

TIỂU KHÔNG TỰ CHỦ khi bị áp lực phẫu thuật TVT

Hồ thi Ánh Nguyệt, M.D. FACOG
Sản Phụ Khoa
Kaiser Permanente Bellflower

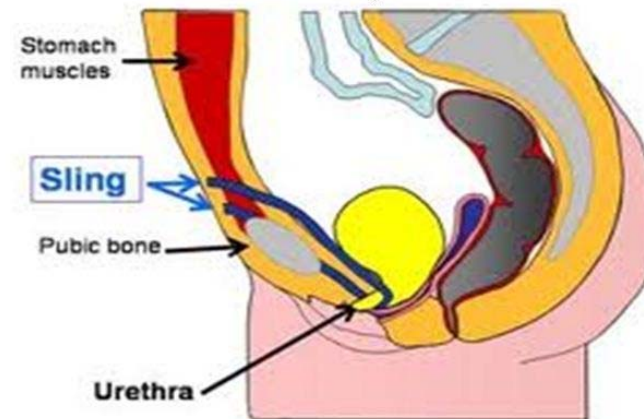
Chỉ định

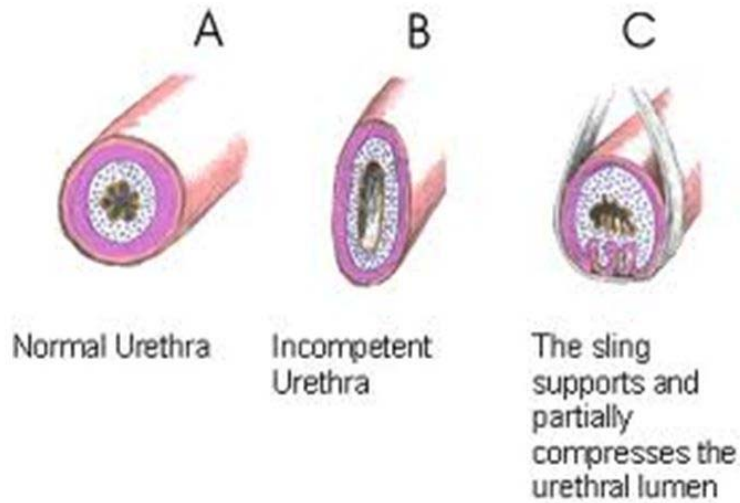
- Tiểu không tự chủ khi bị áp lực
- Vì bị sa cổ bàng quang / niệu đạo (bladder neck hypermobility)
- Vì cơ cấu niệu đạo suy yếu (intrinsic sphincter deficiency)

Phẫu thuật TVT

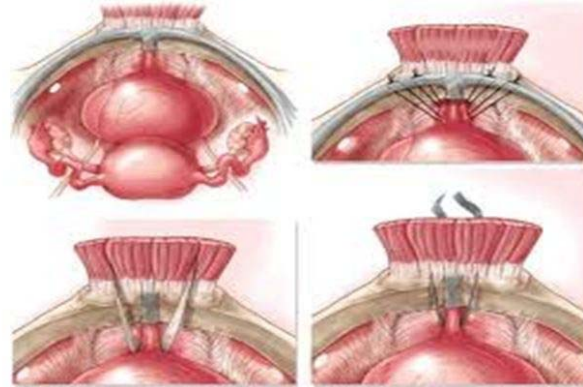
- TVT sling được đưa ra tại Sweden vào khoảng giữa thập niên 1990 do hai BS Ulf Ulmsten và Papa Petros.
- Tiêu chuẩn hóa phẫu thuật sling truyền thống
- Phẫu thuật chỉ cần 3 vết mổ nhỏ nên ít đau đớn cho BN
- Có thể dùng gây tê tại chỗ, tránh được gây mê toàn diện
- Có kết quả cao

Phẫu thuật TVT





Phẫu thuậtTVT



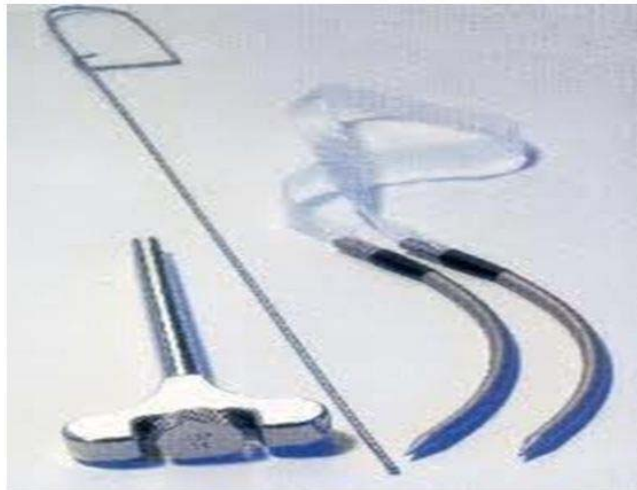
TIỀN PHẪU

- Khám tổng quát, bệnh sử, tiền sử
- Khám niệu phụ khoa
- Không cần làm niệu động đồ (urodynamic study) nếu BN chỉ có triệu chứng TKTC khi bị áp lực, dung lượng BQ bình thường và dung lượng còn lại sau khi tiểu (PVR volume) < 50 ml. Thử nước tiểu và cấy vi trùng nước tiểu.

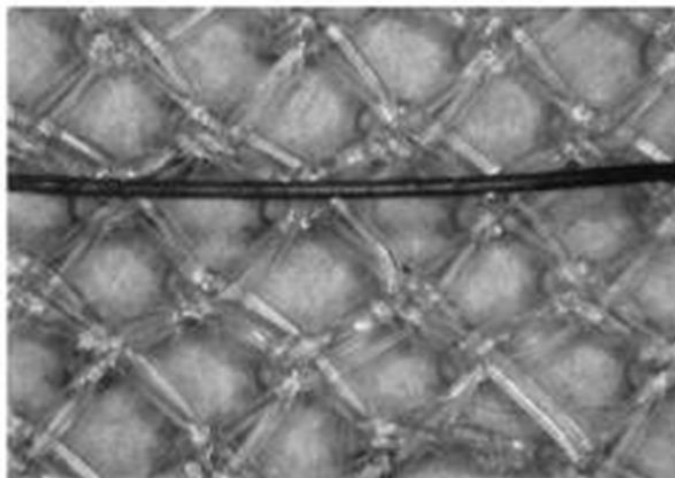
Phòng mổ

- Thuốc kháng sinh phòng ngừa (antibiotic prophylaxis) trước khi mổ (cefazolin 1 g intravenously or, for penicillin-allergic patients, clindamycin 600 mg and gentamicin 80 mg intravenously) is given.
- Vị thế Trendelenberg – đầu thấp, mông cao lên
- Gây mê – toàn diện (general)
 - gây tê màng cứng
 - gây tê tủy sống
 - gây mê truyền dịch và đánh thuốc tê tại chỗ

Ethicon Gynecare TVT



LƯỚI POLYPROPYLENE
1 CM x 40 CM



Vết mổ sát mé trên xương vẹo, cách tâm
điểm 2.5 cm mỗi bên



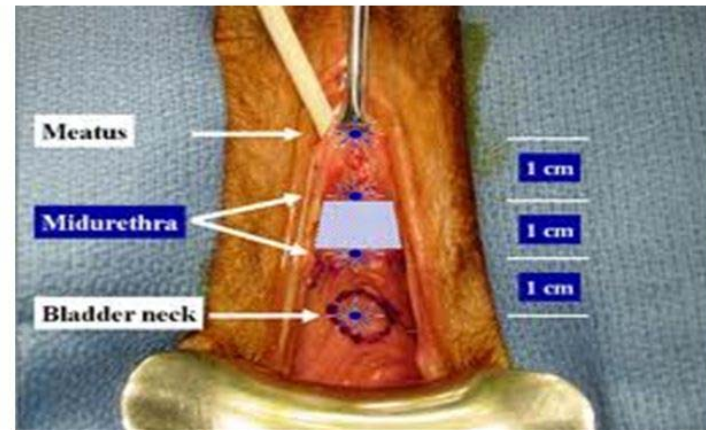
Gây tê tại chỗ



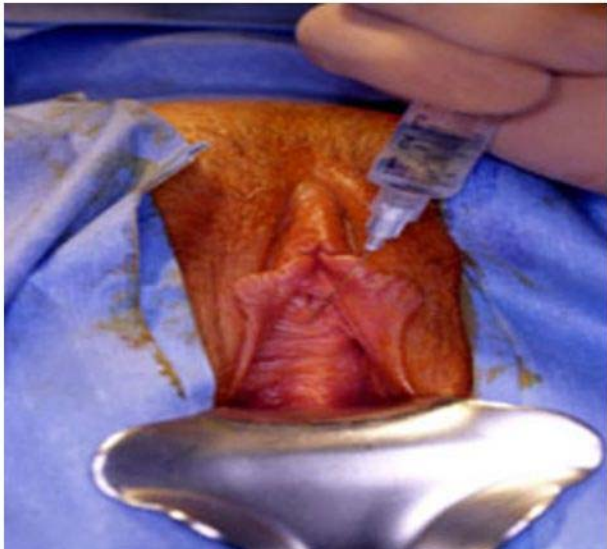
Hai vết mổ trên mu vẹo nữ



Vết mổ tại phần giữa niệu đạo



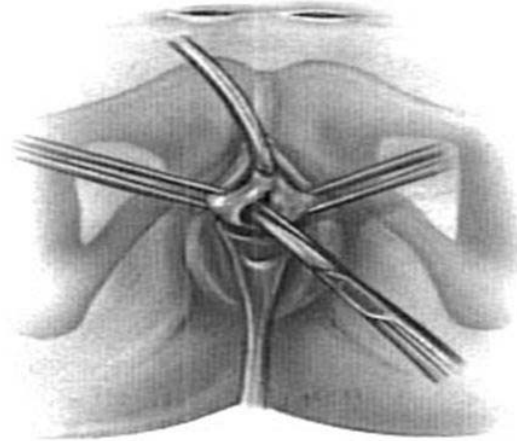
Gây tê tại chỗ da âm đạo



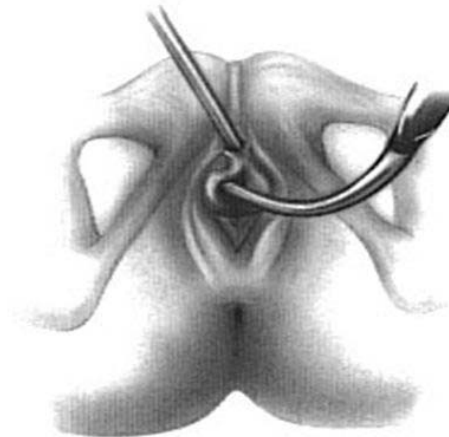
Đặt ống foley 18 F có cây thép cứng (rigid urethral guide)



Mổ da âm đạo và tạo một đường hầm vào tới bờ dưới xương vẹt



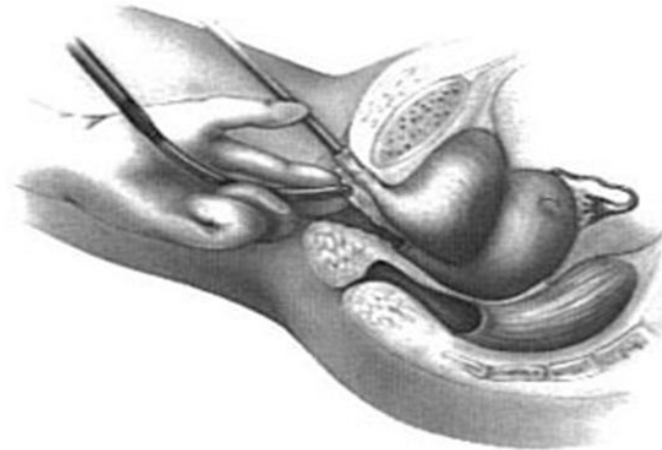
luồnTVT trocar vào đường hầm dùng ống foley có cây thép cứng đẩy BQ xuống và đối diện với hướng trocar



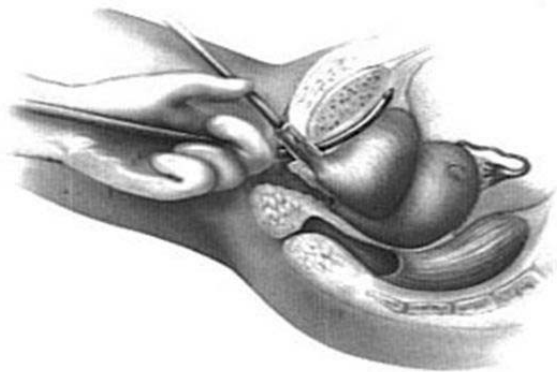
luôn TVT trocar vào đường hầm

- Dùng hai ngón tay trong âm đạo để hướng dẫn trocar vào khoảng trống Retzius
- Mũi nhọn của trocar hướng về vai BN (nếu về giữa -> lưng BQ, nếu về phía ngoài -> đụng động mạch external iliac, obturator, femoral, or inferior epigastric)
- Sau khi qua được cân sàng chậu, hạ tay cầm trocar xuống để trocar ôm sát xương vè

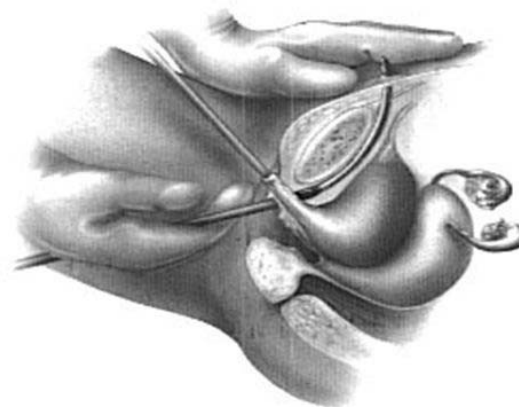
Trocar xuyên qua lớp cân sàng chậu (endopelvic fascia)



Trocar ôm sát xương vè, nếu trocar đâm quá thẳng có thể đi vào lòng bụng và phạm ruột non, ruột già

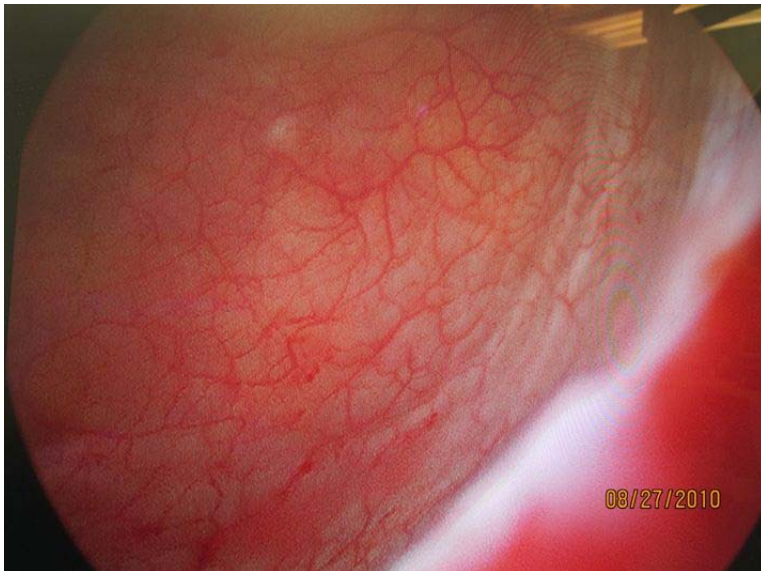


Trocar xuyên qua cơ thẳng, qua vết mổ trên da

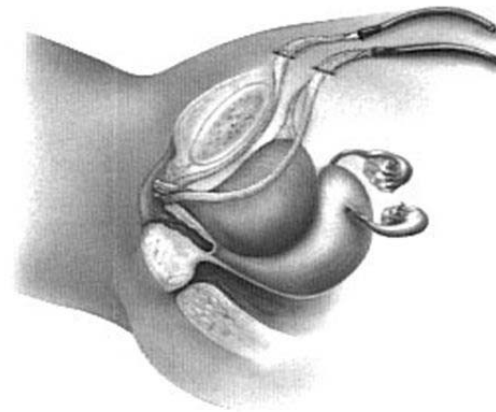


Rút ống foley ra và soi bàng quang để biết chắc là trocar không làm lủng BQ

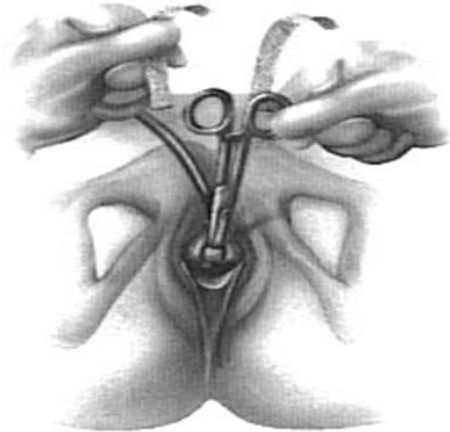
- Dùng 300 ml nước cất
- Cystoscope 70 độ
- Quan sát kỹ hai bên vùng cổ BQ/niệu đạo và vòm trên BQ ở vị trí 11 giờ và 1 giờ
- Phẫu thuật viên có thể soi BQ sau mỗi lần luồn 1 trocar. Sau khi có nhiều kinh nghiệm thì luồn cả 2 trocar 2 bên rồi soi BQ một lần
- Kéo trocar và sling qua khối vết mổ trên da



Luồn trocar và sling qua phía đối diện



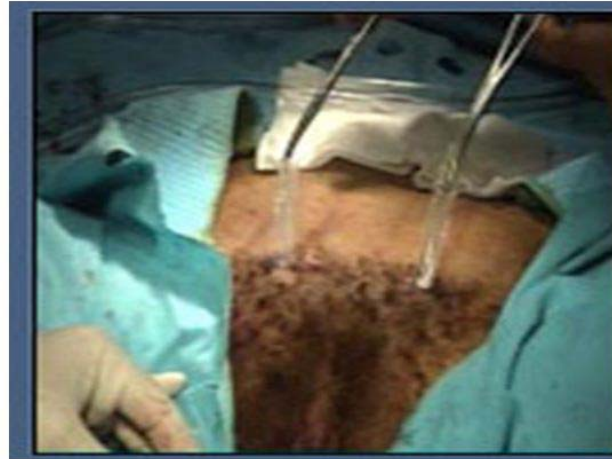
Đặt kẹp giữa NĐ và sling trước khi kéo sling lên khoảng cách giữa sling và NĐ .5 cm tránh cho sling không bị căng



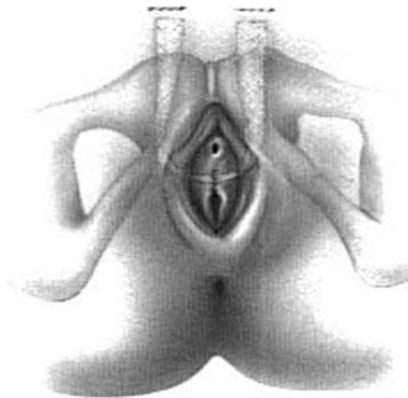
Cắt bỏ phần lưới dư



Kẹp và rút lớp bao ny lông ra



Khâu âm đạo bằng chỉ 2-0 vicryl và dán hoặc khâu vết mổ trên da



Hậu phẫu

- Rút ống foley trong phòng mổ hay phòng hồi sinh. Bơm 300 ml nước vào BQ, nếu BN tiểu ra hơn 200 ml thì không cần đặt ống foley trở lại. Nên làm chừng 3-4 giờ sau khi mổ.
- BN có thể đi về cùng ngày
- Tránh giao hợp và tránh tập thể dục, làm việc nặng nhọc hay khâu vá nặng từ 4-8 tuần.
- Tái khám trong 4 tuần
- Cho BN thuốc trấn thống



Những rủi ro giải phẫu (surgical risks)

- Nhiễm trùng
- Chảy máu – đặt áp lực vào hai bên niệu đạo dưới xương vệ hay nhét băng vào âm đạo
- Trocar đâm lủng bàng quang – rút trocar ra và làm lại, BN cần mang ống foley và uống trụ sinh từ 3-7 ngày
- BN bị bí tiểu – đặt ống foley, thử cho BN tiểu mỗi 3-7 ngày. Nếu vẫn không tiểu được, hay tiểu rất khó khăn sau 2 tháng, cần phải cắt sling.

UroToday Inf J, 2010 Feb;3(1).



DOI: 10.3886/infj.1940/5/764.2010.2.2.072
UroToday, 1802 Fifth Street, Berkeley CA 94710
1-941-351-6314 (fax), info@urotoday.com
ISSN 1544-5724

Những rủi ro giải phẫu (surgical risks)

- Lưới prolene ăn mòn vào BQ hay niệu đạo (cần mổ lấy hết cả sling ra, và tái tạo hình BQ/ niệu đạo)
- Lưới prolene ăn mòn vào âm đạo (dùng kem estrogen, giải phẫu cắt bỏ phần lưới bị hở ra và khâu âm đạo lại)

Những rủi ro giải phẫu (surgical risks)

Voiding difficulty* <u>tiểu khó</u>	7.5
Complete urinary retention• <u>bí tiểu</u>	2.3
Urinary tract infection <u>nhiễm trùng đường tiểu</u>	4.1
Bladder perforation <u>lủng BQ</u>	3.8
Retropubic hematoma <u>đong máu sau xương vè</u>	1.9
Blood loss greater than 200 ml <u>mất máu > 200 ml</u>	1.9
Wound infection <u>vết mổ bị nhiễm trùng</u>	0.8
Complications requiring laparotomy <u>tai biến cần mổ bụng</u>	0.3
Vesicovaginal fistula <u>lỗ rò BQ/âm đạo</u>	0.1
Obturator nerve injury <u>phạm dây thần kinh obturator</u>	0.1
Major vascular injury <u>phạm động mạch lớn</u>	0.1

Kết quả

- TKTC khi bị áp lực 90%
- Kết quả cao hơn cho BN bị sa cổ BQ/niệu đạo hơn là vì cơ cấu NĐ suy yếu (ISD)
- BN bị TKTC trở lại sau khi mổ Burch, có thể mổ TVT, kết quả 87%
- Sling > Burch > sửa thành trước âm đạo (anterior repair)

tự làm lấy sling

- Gynemesh – lưới polypropylene 25cm x 25 cm
- Đây là loại lưới được cắt ra làm sling truyền thống trước khi có TVT
- Cắt ra được 25 sling, mỗi sling sẽ rẻ hơn nhiều
- Có nhiều loại trocar trên thị trường

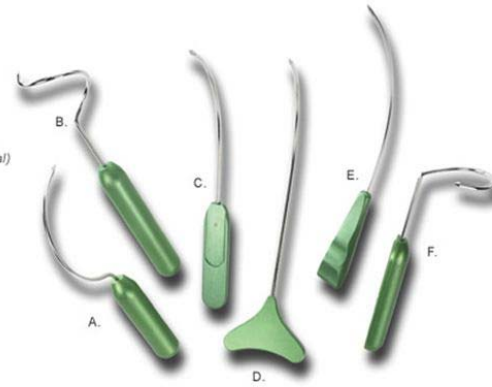


Caldera Medical

Caldera Medical

- A. Hook
- B. Helical
- C. Transvaginal
- D. Posterior
- E. Suprapubic
- F. Inside Out

(Also available but not shown is a Large Helical)



Aspide medical

