

# HỘI THẢO CHUYÊN ĐỀ



## Chương trình hội nghị khoa học Sàn Chậu Học Tp HCM Lần Thứ 5

*Chuyên đề: Phẫu thuật đặt mảnh ghép  
trong điều trị sa tạng chậu nữ*



Thứ Sáu, Ngày 7 Tháng 1 Năm 2011  
Bệnh Viện Từ Dũ Tp Hồ Chí Minh

# CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ VÙNG SÀN CHẬU HAY CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG HỌC TỔNG PHÂN

*Võ Tấn Đức, Nguyễn Thị Thùy Linh  
Bộ môn chẩn đoán hình ảnh Đại học Y dược TPHCM*

## Mở đầu

Rối loạn chức năng vùng hậu môn - trực tràng là vấn đề thường gặp trên lâm sàng và có ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng sống. Ước tính khoảng 10% - 20% số bệnh nhân đến khám về tiêu hóa có rối loạn chức năng vùng hậu môn - trực tràng. Ở Mỹ, bệnh ảnh hưởng đến hơn 30% phụ nữ sau mãn kinh và có hơn 400.000 trường hợp phẫu thuật sản chậu mỗi năm. Trong nhiều trường hợp, chẩn đoán khó khăn và dựa chủ yếu vào các dấu hiệu khi khám lâm sàng gợi ý. Bệnh nhân thường đến khám vì những triệu chứng không đặc hiệu như táo bón, đại tiện không kiểm soát hay đau. Đại tiện không kiểm soát, sa sản chậu và sa các tạng thường kết hợp với nhau. Để có chẩn đoán cuối cùng, bắt buộc phải làm thêm các khảo sát về chẩn đoán hình ảnh. Trong nhiều thập kỷ qua, khảo sát động học tổng phân bằng X quang, được mô tả lần đầu tiên vào năm 1952, đã giữ vai trò chính trong chẩn đoán những bất thường về chức năng và hình thái của vùng hậu môn – trực tràng. Khảo sát động học tổng phân cung cấp một cách sáng tỏ toàn bộ những chức năng hoạt động và các cấu trúc của trực tràng. Hơn nữa, nó còn cho phép đánh giá các cơ thắt hậu môn, cơ nâng và cơ mu – trực tràng. Tuy nhiên kỹ thuật X quang này bị hạn chế bởi bản chất hình ảnh thu được là hình chiếu trên mặt phẳng và không thể thấy được mô mềm xung quanh trực tràng. Để khắc phục những nhược điểm đó, nhiều tác giả đã đề nghị bên cạnh bơm cản quang vào trực tràng, đồng thời cần phải trám cản quang vào niệu đạo, bàng quang, âm đạo, ruột non và xoang phúc mạc.

Cộng hưởng từ đã được sử dụng trong đánh giá các bệnh lý hậu môn – trực tràng. Nó đã chứng minh khả năng phát hiện những dị tật bẩm sinh, giúp đánh giá giai đoạn các u tân sinh, cũng như khả năng phát hiện tốt các bệnh lý viêm nhiễm vùng chậu, sa sản chậu, sa trực tràng kiểu túi và các kiểu lồng tiêu hoá. Đến nay, hệ thống máy cộng hưởng từ kín đã hạn chế khảo sát động học tổng phân vì bệnh nhân bắt buộc phải ở tư thế nằm. Với sự ra đời của hệ thống máy hở cho phép thu nhận hình ảnh trên trục đứng đã giúp thực hiện chụp động học tổng phân ở tư thế ngồi. Do tính chất không gây ion hoá như X quang (cuộc chụp động học tổng phân đã làm cho bệnh nhân chịu một liều tia xạ hữu dụng trung bình trên 4,9mSv), với khả năng ghi hình đa bình diện, tính tương phản của các mô mềm rất tốt và độ phân giải thời gian cao, chụp động học tổng phân bằng cộng hưởng từ đã chứng minh được tính ưu việt của nó.

Trên y văn đến nay đã có một số lượng lớn đáng kể các công trình khảo sát động học tổng phân bằng cộng hưởng từ. Nhiều báo cáo đã thực hiện cộng hưởng từ động học tổng phân ở máy hệ thống kín và bệnh nhân được chụp ở tư thế nằm ngửa. Trong khi đó, do tính chuyên biệt của hệ thống máy hở thu tín hiệu theo chiều đứng dọc, số lượng ít trên thị trường nên các số lượng các công trình khảo sát động học tổng phân ở tư thế ngồi ít hơn.

Tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh chúng tôi đã dùng cộng hưởng từ khảo sát động học sản chậu, chủ yếu đánh giá trên các bệnh nhân có những khó chịu như nêu trên, thường đến từ khoa tiêu hóa, tiết niệu và đặc biệt là khoa hậu môn – trực tràng. Trong 2 năm qua, đã có hơn 1.000 người bệnh được chụp tại bệnh viện chúng tôi. Đây là một kỹ thuật an toàn, không nhiễm tia xạ, không độc hại và mang lại rất nhiều thông tin hữu ích cho chẩn đoán với tính chính xác cao.

## **Chuẩn bị bệnh nhân**

Bệnh nhân được thực thao 1-2 lần nhằm mục đích làm sạch phân trong trực tràng trước khi vào phòng chụp cộng hưởng từ.

Trước khi chụp, bệnh nhân được giải thích, hướng dẫn và tập luyện các thao tác sẽ thực hiện trong lúc chụp như thót, rặn tổng phân và làm nghiệm pháp Valsalva. Khả năng hợp tác thực hiện tốt được đánh giá bằng tay qua độ căng của thành bụng khi rặn và làm nghiệm pháp Valsalva.

Bệnh nhân đi tiểu trước khi tiến hành chụp khoảng 15 phút.

## **Kỹ thuật chụp**

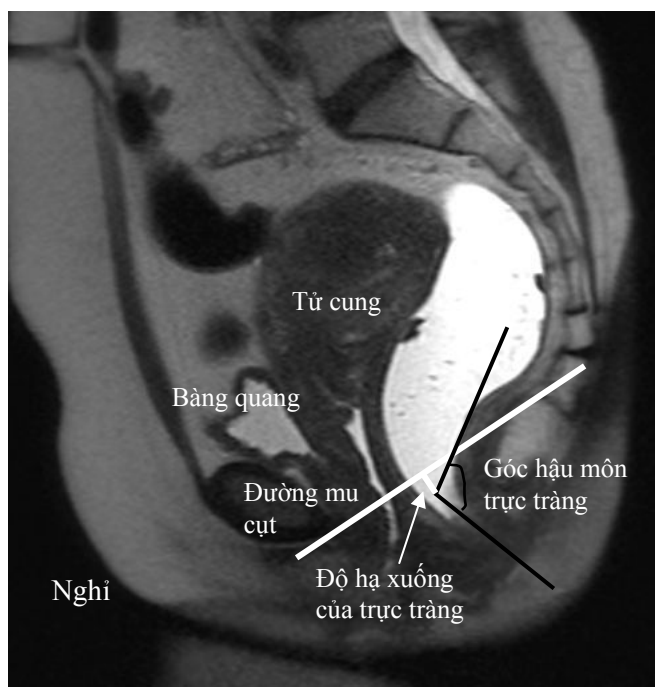
Dùng ống thông Folley 26FR để bơm gel siêu âm vào trực tràng tạo cảm giác mắc đại tiện cho bệnh nhân. Lượng gel bơm vào tùy thuộc khả năng chịu đựng của mỗi người, trung bình thường dùng # 120 – 150ml. Đối với bệnh nhân nữ đã có gia đình, bơm thêm một lượng gel nhỏ # 10ml vào âm đạo để đánh dấu mốc giải phẫu rõ hơn.

Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chụp kiểu tư thế Fowler với đầu và lưng được kê cao bằng gối, hai khớp gối gấp cong nhẹ bởi túi cát lót bên dưới, lót tả giấy dưới mông bệnh nhân. Tư thế này nhằm tạo cảm giác thoải mái và tương đối phù hợp sinh lý để bệnh nhân có thể thực hiện tổng phân dễ dàng.

Sử dụng cuộn thu tín hiệu bụng, đặt ở vùng chậu với trung tâm ngay khớp mu. Ở thì nghỉ (tư thế trung tính), ghi hình sàn chậu qua ba mặt cắt: ngang, dọc và mặt phẳng trán. Trong khảo sát động (tư thế thót và rặn), hình ảnh sàn chậu được quay phim trên mặt cắt dọc giữa để xem lại và đánh giá những thay đổi của sàn chậu cũng như khả năng tổng phân của trực tràng.

Đánh giá sự thay đổi bề dày cơ mu – trực tràng ở tư thế trung tính và rặn được thực hiện bằng mặt cắt ngang đi qua mặt phẳng chứa bờ dưới xương mu và chỗ nối hậu môn – trực tràng. Khảo sát thì rặn, chúng tôi dùng nghiệm pháp Valsalva: bệnh nhân hít sâu, nín thở và gắng sức rặn liên tục trong khoảng 12 giây.

Các chuỗi xung dùng trong khảo sát với các thông số kỹ thuật được trình bày trong bảng 1. Tổng cộng có ít nhất 7 chuỗi xung được thực hiện và thời gian chụp cho một bệnh nhân khoảng 20 – 30 phút.



**Hình 1: Cộng hưởng từ cắt dọc giữa sàn chậu minh họa các mốc giải phẫu ở thì nghỉ**

	T2 HASTE Sagittal	T2 TSE Coronal	T2 TSE Transverse	CINE – SQUEEZ	CINE – STRAIN	T2 HASTE Axial Normal	T2 HASTE Axial Valsalva
FOV read	280	230	225	350	350	300	300
FOV phase	75%	100%	100%	75%	75%	80%	80%
Slide thickness	5mm	3mm	3mm	5mm	5mm	8mm	8mm
TR/TE	1300/83	4290/136	6110/112	4/2	4/2	1000/96	1000/96
Average	1	1	1	1	1	1	1
Slides	15	15	19	30	30	9	9
Dist factor	0%	0%	20%			0%	0%

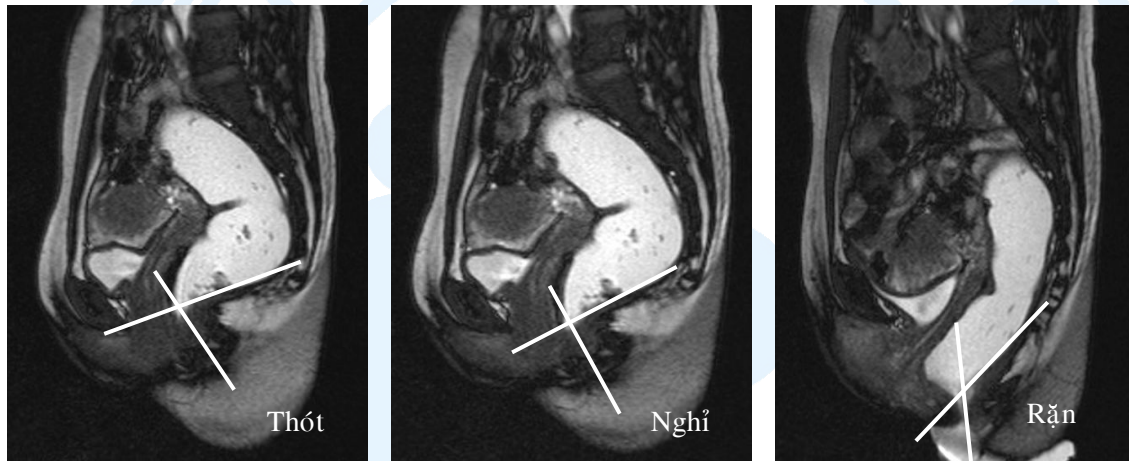
Phase oversampling	47%	60%	50%	7%	7%	7%	7%
--------------------	-----	-----	-----	----	----	----	----

**Bảng 1: Thông số kỹ thuật các chuỗi xung dùng trong khảo sát tĩnh và động vùng sàn chậu.**

**Tiêu chuẩn đánh giá các khoang sàn chậu trên bệnh nhân rối loạn tổng phân**

**Định nghĩa thuật ngữ các mốc giải phẫu thường dùng** <sup>2, 20, 30, 37, 48, 73</sup>

Góc hậu môn – trực tràng (Anorectal angle - ARA): là góc tạo bởi trục của ống hậu môn với đường tiếp tuyến thành sau đoạn xa trực tràng.

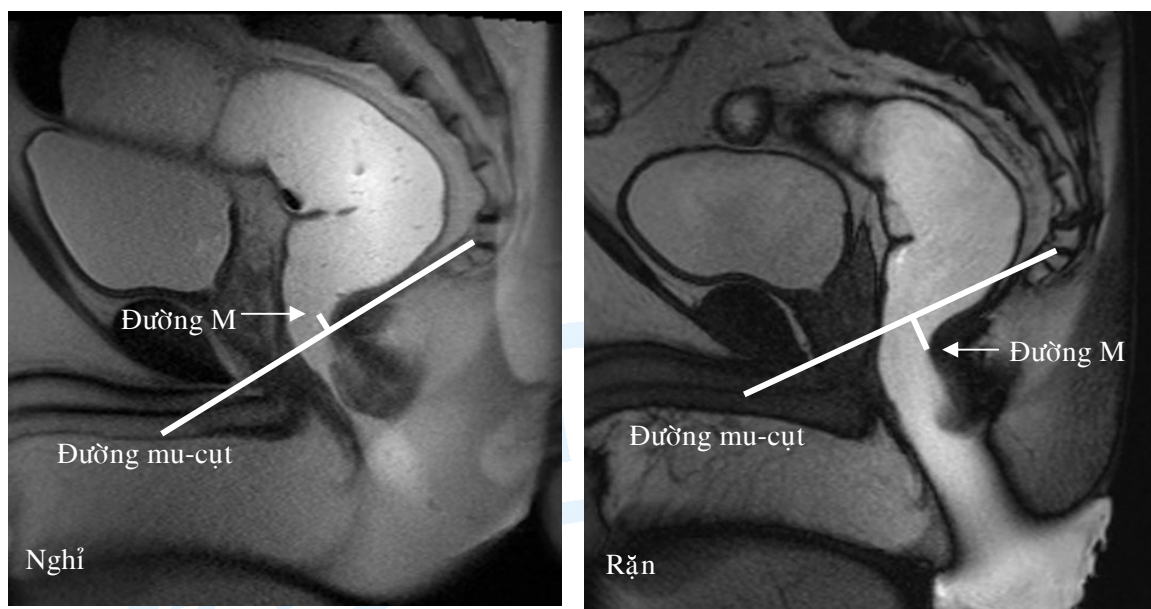


**Hình 2: Thay đổi bình thường của góc hậu môn – trực tràng qua các thì**

Chỗ nối hậu môn – trực tràng (Anorectal junction - ARJ): là giao điểm của trục ống hậu môn với đường tiếp tuyến thành sau đoạn xa trực tràng.

Đường mu – cụt (Pubococcygeal line - PCL): đường nối từ bờ dưới xương mu đến khớp của hai xương cụt cuối cùng.

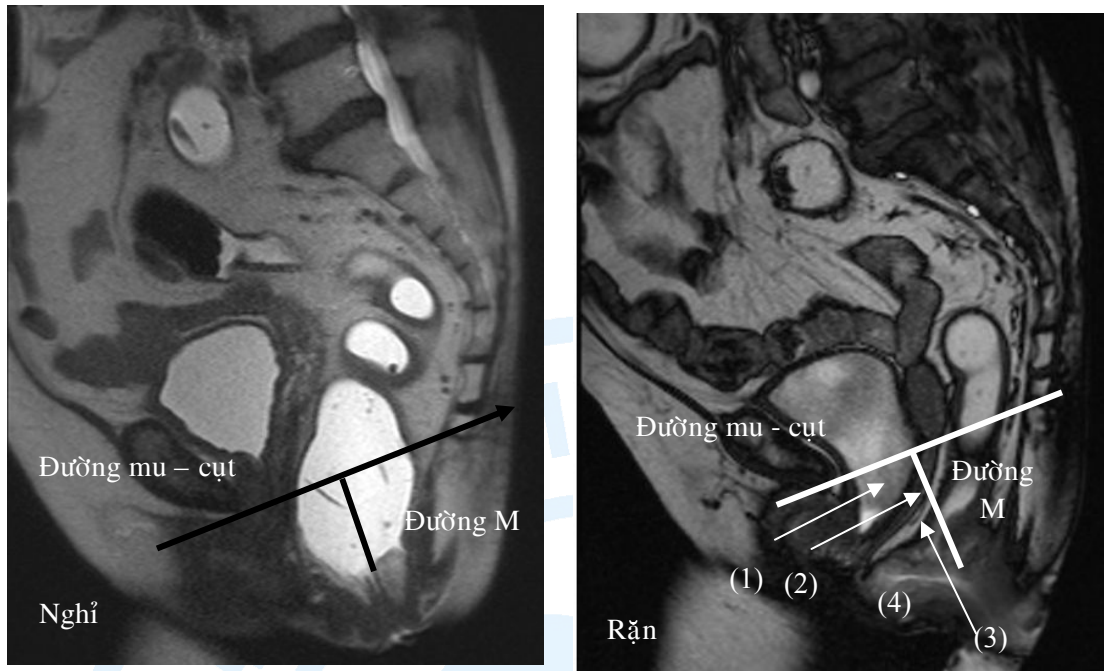
Độ hạ xuống của trực tràng (Rectal descent): là khoảng cách ngắn nhất từ chỗ nối hậu môn – trực tràng đến đường mu – cụt (vẽ vuông góc). Độ hạ thấp quá mức tương trưng cho bất thường khoang chậu hông sau.



**Hình 3: Sự hạ xuống bình thường của trực tràng.**

Sa các cơ quan ở các khoang chậu hông (organ prolapse): Cổ bàng quang – bàng quang, niệu đạo (khoang chậu hông trước); cổ tử cung-tử cung và âm đạo (khoang chậu hông giữa); ruột non, đại tràng chậu hông hay mỡ phúc mạc (khoang phúc mạc) được gọi là sa khi cơ quan đó nằm dưới đường mu – cụt, thường thấy trên thì rặn. Mức độ sa được đo vuông góc từ chỗ thấp nhất của cơ quan đó đến đường mu – cụt. Sa các cơ quan này tượng trưng cho bất thường khoang chậu tương ứng.

Sa sàn chậu (Pelvic floor descent, Pelvic Floor Weakness hoặc Descending Perineal Syndrome): Là từ dùng chung để chỉ sự giảm trương lực các cơ và hệ thống nâng đỡ sàn chậu. Bất thường có thể liên quan đến một hay tất cả các khoang chậu hông biểu hiện bằng hình ảnh căng phồng lên của toàn bộ đáy chậu trong thì nghỉ và rõ nhất là sự hạ thấp bất thường của các cơ quan vùng chậu lúc rặn.



**Hình 4: Bất thường độ hạ xuống của trực tràng trong thì nghỉ.**

***Kèm theo sa nhiều cấu trúc khác trong thì rặn. (1) Sa bàng quang, (2) Sa tử cung – cổ tử cung, (3) Sa mỡ phúc mạc, (4) Túi sa thành trước trực tràng***

Túi sa thành trước trực tràng (Rectocele): là sự phồng ra phía trước > 0.5cm của thành trước trực tràng so với vị trí bình thường.<sup>47</sup> Trong khi đó, sự nhô ra của thành sau trực tràng với bất cứ mức độ nào cũng được gọi là túi sa thành sau, nhưng ít gặp hơn. Độ rộng của túi sa được đo từ bờ ngoài khối phồng đến thành bình thường của trực tràng.

Lồng trực tràng – hậu môn (Recto – Anal Intussusception): là sự phát triển của nếp gấp > 3mm lõm vào thành trực tràng khi rặn đại tiện. Nếp gấp này có khi chỉ là niêm mạc trực tràng, nhưng cũng có thể là tất cả các lớp của thành trực tràng. Lồng được đặt tên tùy theo vị trí của nó: *lồng trực – trực tràng* (intrarectal) với khối lồng còn nằm trong trực tràng, *lồng trực tràng – hậu môn* (intraanal) với khối lồng qua khỏi trực tràng nhưng vẫn còn nằm bên trong ống hậu môn và gọi là *sa trực tràng* (extraanal hay recto prolapse) khi khối lồng sa hẳn ra bên ngoài ống hậu môn.

#### **Tiêu chuẩn đánh giá các khoang sàn chậu**

Chúng tôi quan tâm các biến số sau:

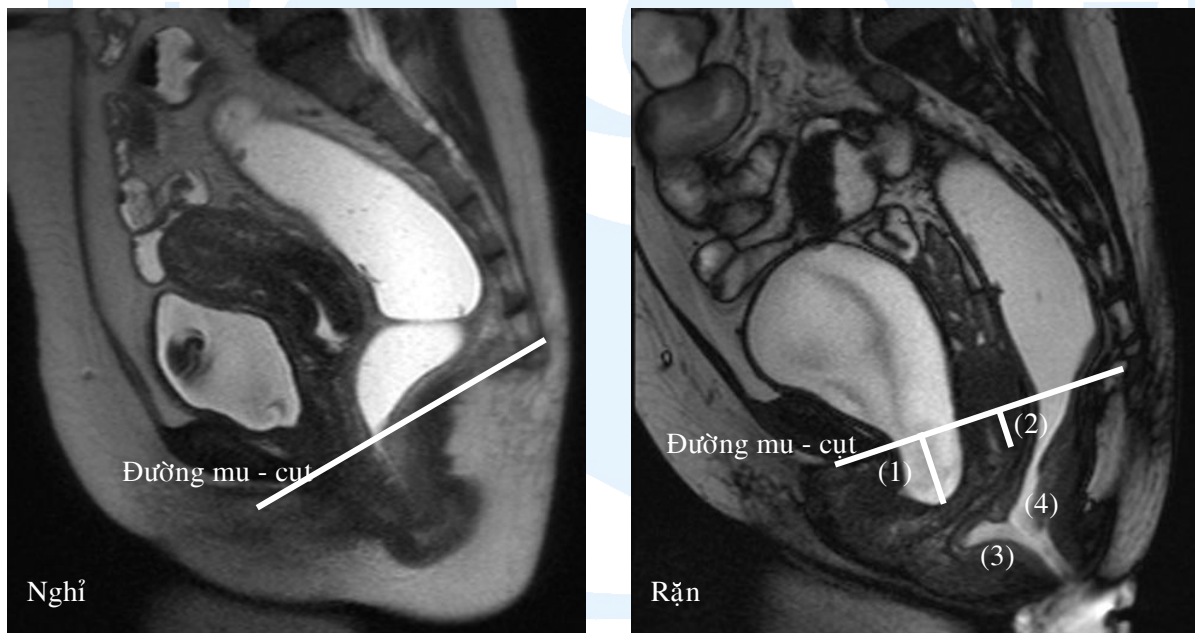
Góc hậu môn – trực tràng qua các thì nghỉ – thót – rặn: Trên người bình thường, số đo góc hậu môn – trực tràng nhỏ lại khi thót và tăng lên khi rặn so với tư thế nghỉ. Không thay đổi, thay đổi không đáng kể hoặc giảm góc hậu môn – trực tràng khi rặn là một trong các dấu hiệu gợi ý bệnh lý cơ thắt cơ mu – trực tràng.

Khả năng tổng phân của trực tràng được gọi là bình thường khi tổng trên 70% lượng gel siêu âm bơm vào trực tràng trong lúc rặn khoảng 30 giây.

Độ hạ xuống của trực tràng so với đường mu – cụt trong thì nghỉ và rặn hay đường M.<sup>23,30,73</sup> Khoảng cách này thường là nhỏ hơn 2cm trên người bình thường.<sup>56,68</sup>

Có nhiều cách phân độ khác nhau trong y văn. Chúng tôi chọn cách phân chia mức độ theo tác giả Zoran L.Barbaric và cộng sự,<sup>73</sup> đánh giá độ hạ xuống của trực tràng so với đường mu – cụt trong thì rặn.

Phân độ	Độ hạ xuống của trực tràng
0 (bình thường)	0 → < 2 cm
I (nhẹ)	2 → < 4 cm
II (trung bình)	4 → < 6 cm
III (nặng)	≥ 6cm



**Hình 5 : Sa bàng quang kết hợp với sa nhiều cấu trúc khác của vùng chậu.**

**(1) Sa bàng quang, (2) Sa tử cung – cổ tử cung, (3) Túi sa thành trước trực tràng, (4) Bất thường độ hạ xuống của trực tràng**



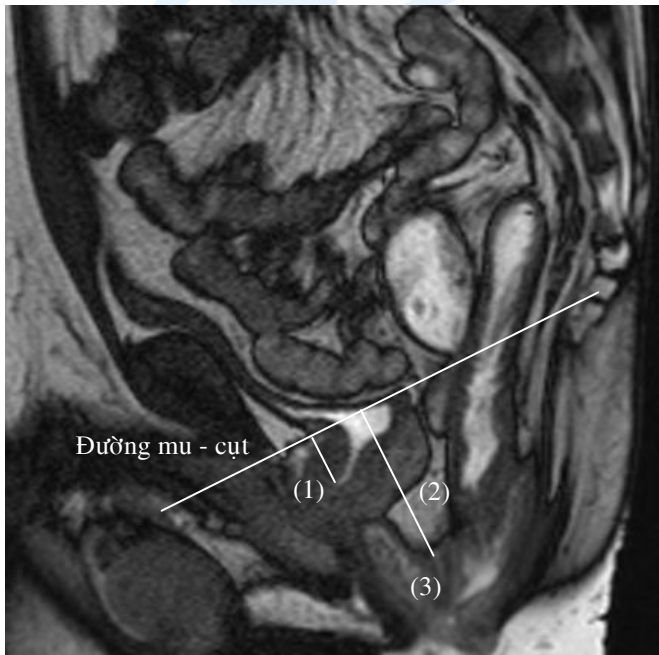
Vị trí các cơ quan vùng chậu (bàng quang, cổ tử cung – tử cung, các cấu trúc nằm trong phần thấp nhất của khoang phúc mạc) so với đường mu – cụt trong thì rặn. Tất cả các cơ quan như niệu đạo – bàng quang, tử cung – cổ tử cung và chỗ thấp nhất của túi cùng Douglas đều nằm trên đường mu – cụt trong thì nghỉ và thì rặn. Khi có sa cơ quan, các tác giả thường phân chia thành 3 mức độ theo tiêu chuẩn Yang như sau <sup>20,28,29,35,36,37,47,48</sup>

Độ I (nhẹ): cấu trúc sa nằm dưới đường mu – cụt < 3cm.

Độ II (trung bình): cấu trúc sa nằm dưới đường mu – cụt # 3 → 6cm.

Độ III (nặng): cấu trúc sa nằm dưới đường mu – cụt > 6cm.

Cấu trúc nằm trong túi cùng Douglas có thể là ruột non hay đại tràng chậu hông hoặc mỡ mạc nối.



**Hình 6 : Sa đại tràng chậu hông trong thì rặn.**

**(1) Sa niệu đạo – cổ bàng quang, (2) Sa đại tràng chậu hông,**

**(3) Lồng niêm mạc trực tràng – hậu môn**

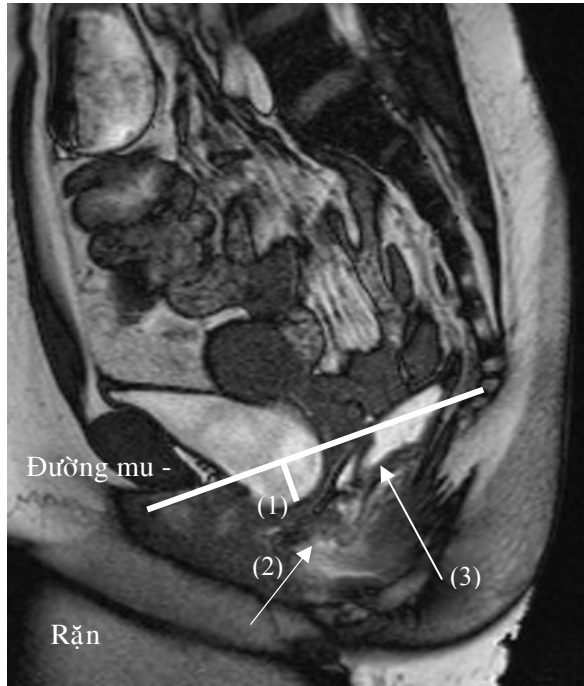
Bất thường hình thái trực tràng – hậu môn (túi sa trực tràng, lồng trực tràng – hậu môn, sa trực tràng). Nghiên cứu về mối liên quan giữa độ sâu của túi sa thành trước trực tràng và biểu hiện của triệu chứng lâm sàng, đa số các tác giả chọn cách phân độ như sau: <sup>17, 21, 22, 35, 47, 48, 61</sup>

Độ I (nhẹ): độ sâu túi sa < 2cm.

Độ II (trung bình): độ sâu túi sa  $2 \rightarrow 4$ cm.

Độ III (nặng): độ sâu túi sa  $> 4$ cm.

Kích thước khối lồi được đo từ chỗ bắt đầu lõm vào của thành trực tràng đến chỗ thấp nhất của đoạn ruột chui vào trong thì rặn tối đa. Phân độ cho các trường hợp lồi trực tràng – hậu môn thành 2 mức độ: độ I  $\leq 1$ cm và độ II là  $> 1$ cm.<sup>6</sup>



**Hình 7 : Lồng niêm mạc trực – trực tràng**

*(1) Sa bàng quang, (2) Túi sa thành trước trực tràng, (3) Lồng niêm mạc trực-trực tràng*

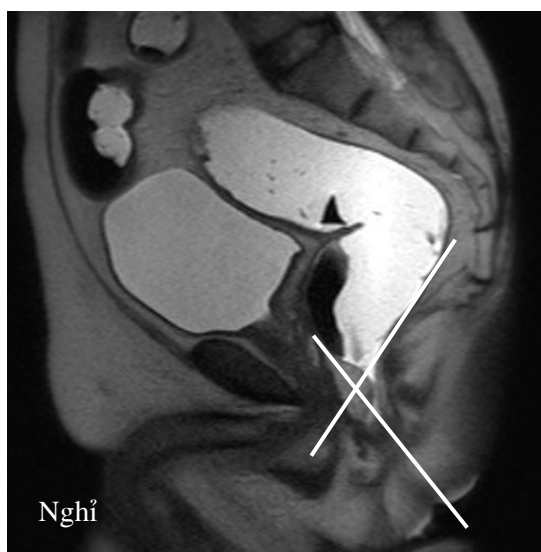
Các dấu hiệu gợi ý chẩn đoán bệnh lý cơ thắt cơ mu – trực tràng (anismus) trên hình ảnh dựa vào gợi ý của sự phối hợp các tiêu chuẩn sau:<sup>20,21,48</sup>

Không thay đổi, thay đổi ít hoặc giảm số đo góc hậu môn – trực tràng ở thì rặn so với thì nghỉ.

Không thấy rõ sự thay đổi độ hạ xuống của trực tràng trong thì rặn so với thì nghỉ.

Không tổng được  $> 70\%$  lượng gel siêu âm bơm vào ban đầu trong khoảng thời gian 30 giây.

Bề dày và chiều dài cơ mu-trực tràng: dày lên và ngắn lại trong thì rặn.



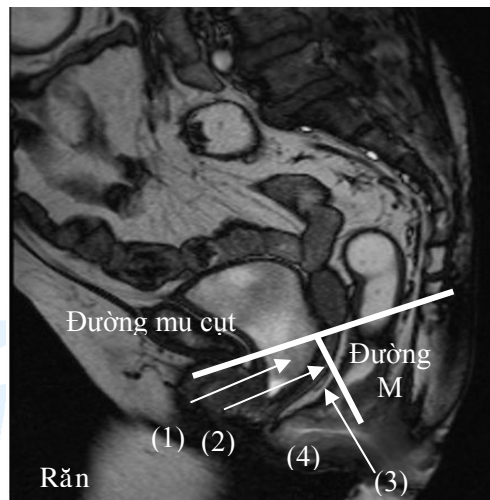
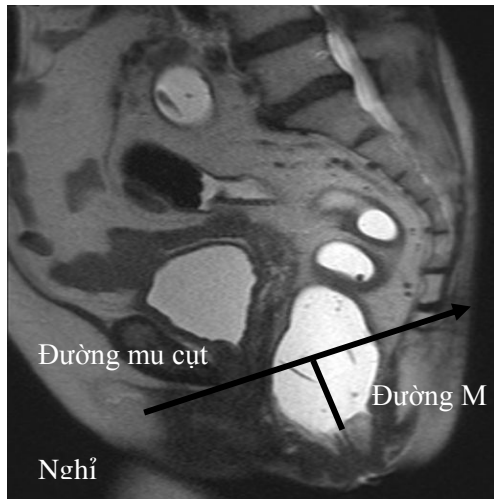
**Hình 8: Các biểu hiện hình ảnh bệnh lý cơ thắt cơ mu – trực tràng**

*Góc hậu môn – trực tràng thì rặn thay đổi nhỏ hơn trong thì nghỉ và không tống hết gel bơm vào trực tràng. Dấu mũi tên chỉ vết ấn lõm chỗ treo cơ mu - trực tràng trở nên rõ hơn trong thì rặn.*

Bệnh lý vùng sàn chậu thường phức tạp vì các yếu tố nguy cơ hình thành bệnh lý ảnh hưởng và tác động chung đến hệ thống mạc, cân, dây chằng và các cơ nâng đỡ sàn chậu và gây ra các bất thường được biểu hiện đồng thời ở nhiều khoang. Điều này cũng được các nhà phẫu thuật công nhận khi đối chiếu trong lúc mổ.<sup>17,30</sup>

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng không phải các dấu hiệu hình ảnh bất thường nào cũng cần tiến hành phẫu thuật. Quyết định kế hoạch điều trị cần tùy thuộc vào mức độ biểu hiện triệu chứng lâm sàng của từng bệnh nhân kết hợp với khám nghiệm hình ảnh học và các xét nghiệm khác.

Cộng hưởng từ thực sự là phương tiện lý tưởng với các ưu điểm nổi bật : chỉ một lần khảo sát đánh giá được đồng thời tất cả các khoang chậu trên nhiều mặt cắt, **dễ dàng** xác định các mốc giải phẫu, tương phản cấu trúc tạng và mô mềm rõ đẹp với độ phân giải cao, không xâm lấn, không bị ảnh hưởng tia xạ, bên cạnh đó còn có thể loại trừ các u, hạch khác ở vùng chậu.



**Hình 9: Bất thường độ hạ của trực tràng trong thì nghỉ và sa nhiều khoang chậu trong thì rặn (1: sa bàng quang, 2: sa tử cung, 3: sa mỡ phúc mạc, 4: túi sa thành trước trực tràng)**



**Hình 10: Sa bàng quang (1), ruột non, đại tràng chậu hông (2) và túi sa thành trước trực tràng (3).**

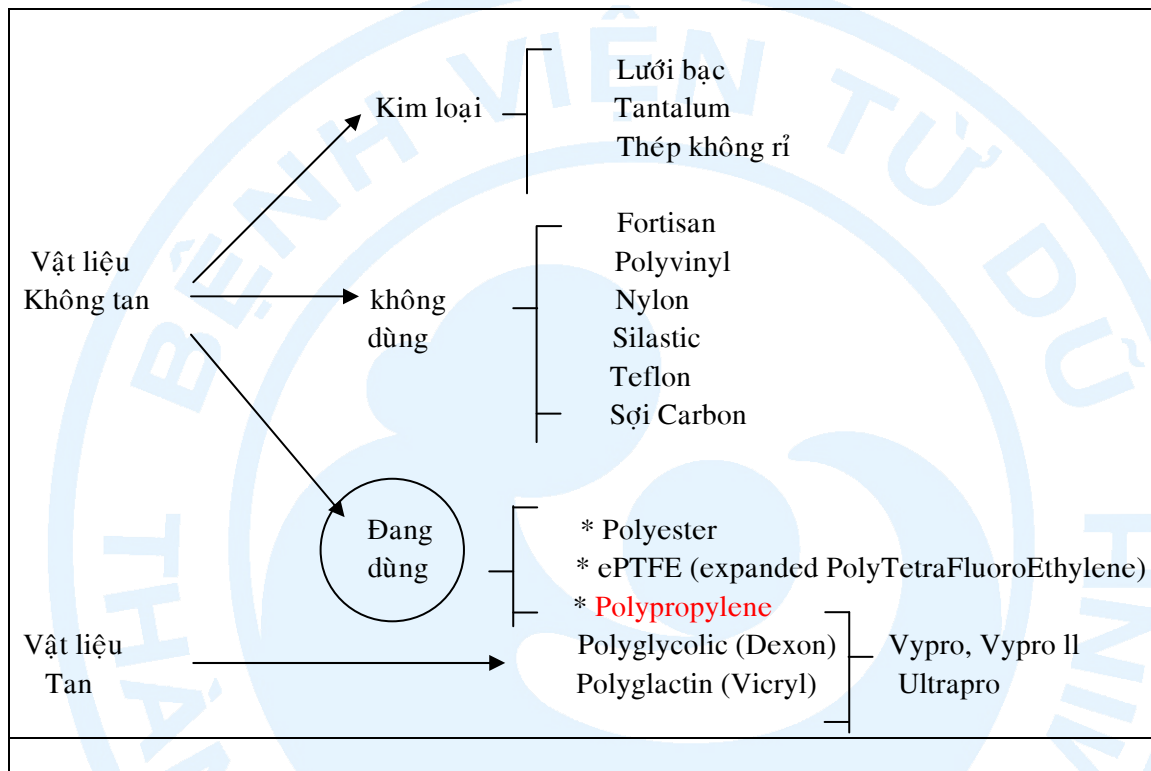
# MẢNH GHÉP DỪNG TRONG THOÁT VỊ

TS Vương Thừa Đức

## I/ Đại cương các loại mảnh ghép dùm trong thoát vị :

Mảnh ghép nhân tạo bắt đầu được dùng trong thoát vị từ cuối thế kỷ 19, và cho đến nay có rất nhiều loại chất liệu ghép khác nhau gồm 2 nhóm lớn là nhóm vật liệu không tan, và nhóm vật liệu tan.

Bảng 1: Các loại mảnh ghép đã và đang dùng trong thoát vị



## A/ Mảnh ghép làm bằng Vật liệu không tan:

### 1/ Mảnh ghép kim loại:

Kim loại bắt đầu được dùng khá sớm trong mổ thoát vị gồm lưới bạc (Phelps-1894), Tantalum (Burke-1940), và thép không gỉ (Babcock-1952). Nhưng sự ứng dụng này hiện đã chìm vào quên lãng do những bất lợi vốn có của chúng:

- Độ cứng của lưới kim loại làm cản trở sinh hoạt của người bệnh.
- Kim loại không hoàn toàn trở với cơ thể dẫn đến sự tụ dịch, dính ruột, hình thành những hang hốc và làm tăng khả năng nhiễm trùng.
- Gãy mảnh ghép và thoát vị tái phát qua chỗ gãy.

### 2/ Mảnh ghép không phải kim loại ít dùng trong thoát vị:

#### a/ Fortisan :

Là cellulose tái chế, trở về mặt sinh học, tạo nên một giàn lưới hiệu quả cho mô liên kết phát triển. Năm 1954, Koontz và Kimberly nhận thấy rằng; Fortisan dễ sử dụng, thúc đẩy sự thâm nhập của nguyên bào sợi của ký chủ, tuy nhiên; Fortisan lại tỏ ra bất lợi khi nhiễm trùng, dễ bị cuốn lại và trở thành dị vật trong ổ mổ hoặc gây ra những hang hốc, do đó nó không được dùng trên lâm sàng để điều trị thoát vị.

b/ Polyvinyl (Ivalon):

Là một polymer của cồn Polyvinyl với Formaldehyde, có hình dạng như một lát bánh mì. Ivalon đã được dùng trong phẫu thuật tổng quát và tim mạch. Năm 1957, Abrahams và Jonassen dùng Ivalon trong 16 ca thoát vị tái phát với 2 ca nhiễm trùng tự lành và không có ca tái phát. Tuy nhiên, Koontz và Kimberly rồi sau đó là Adler và Darby trong thí nghiệm đều kết luận rằng, Ivalon khó được cơ thể dung nạp khi bị nhiễm trùng và không phải là chất liệu tốt để dùng trong thoát vị.

c/ Nylon:

Maloney (1958) đã dùng Nylon với 253 ca và Abrahmson (1988) với 780 ca thoát vị với tỷ lệ tái phát dưới 2% sau 3-5 năm. Nghiên cứu của Koontz và Kimberly cho thấy rằng khi không có nhiễm trùng, lưới Nylon được mô sợi thâm nhập tốt và tạo nên một vách chắc chắn, tuy nhiên khi bị nhiễm trùng thì sự xâm nhập của mô sợi sẽ không tốt. Adler và Firme còn nhận thấy Nylon có xu hướng giảm khả năng chịu lực và tiêu hủy khi ở trong mô sống, do đó nó không phải là vật liệu thích hợp để dùng trong thoát vị.

d/ Silastic:

Silicones là polymer của silicone và oxygen, những chuỗi polymer dài này tạo thành một loại cao su cứng gọi là Silastic. Silastic dùng trong thoát vị là loại kết hợp với Dacron hay Nylon dưới dạng bánh kẹp, trong đó Nylon hay Dacron nằm giữa. Vật liệu này được dùng đầu tiên trong phẫu nhi để điều trị thoát vị rốn hay hở thành bụng lớn ở trẻ sơ sinh, trong đó tấm Silastic được khâu vào cân để tạo nên một túi tạm thời chứa các nội tạng thoát vị.

Linn và Vargas, khi thực nghiệm trên chó, đã nhận thấy Silastic gây ra một phản ứng mô sợi đủ mạnh để chống đỡ cho việc phục hồi thành bụng. Xét nghiệm mô học cho thấy mô sợi phát triển nhờ những nguyên bào sợi tập kết thành hàng. Tuy vậy, cho đến nay Silastic vẫn chưa giữ một vị trí lớn trong điều trị thoát vị ngoài những trường hợp dùng tạm thời như trong phẫu nhi.

e/ Polytetrafluoroethylene-PTFE (Teflon) :

PTFE có đặc tính độc đáo là không thấm nước và không gì dính được vào nó. Khi đưa vào cơ thể, Teflon không gây phản ứng viêm cấp tính hay phản ứng mô, khi đó một lớp gồm những nguyên bào sợi sẽ bao xung quanh nó và bề mặt nó hoàn toàn không dính protein.

Năm 1959, Ludington và Woodward đầu tiên dùng Teflon để điều trị thoát vị thành bụng. Sau đó, Gibson và Stafford (1964) rồi Kalsbeek (1974), đã báo cáo một số ca thoát vị thành bụng dùng Teflon, nhưng kết quả không cao do những biến chứng phải tháo mảnh ghép, từ đó họ cho rằng, việc dùng Teflon cần phải được đánh giá lại.

Nhìn chung Teflon không hội nhập tốt vào mô của cơ thể, không tổ chức hóa được một khi bị nhiễm trùng, và có tỷ lệ biến chứng vết mổ quá cao để có thể cho phép nó được dùng một cách thường quy trong điều trị thoát vị.

f/ Sợi carbon:

Sợi carbon mềm được dung nạp tốt trong mô sống, lôi kéo sự thâm nhập của nguyên bào sợi, tạo nên một lớp mô xơ giống như cân và gân. Johnson (1980) rồi Greenstein (1984) nhận thấy, lưới sợi carbon được dung nạp vào mô tốt hơn Dacron và mô sợi do nó tạo ra cũng chịu lực tốt hơn so với mô sợi được tạo ra bởi Dacron.

Năm 1990, báo The Lancet tổng kết rằng lưới sợi carbon rất dễ được cơ thể dung nạp, tạo mô sợi giống như dây chằng bình thường và chịu lực tương đương như dây chằng bình

thường, do đó nó có thể hữu dụng trong điều trị thoát vị ở người. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào dùng lưới sợi carbon trên người để điều trị thoát vị.

### 3 / Mảnh ghép Polymer đang dùng trong thoát vị:

#### a/ Polyester (Dacron, Mersilene):

Là polymer của ethylene glycol và terephthalic acid, được phát hiện năm 1939, đến cuối thập niên 1950 nó được đan thành lưới và bán ra thị trường với tên gọi là Mersilene và Dacron.

Năm 1975, Stoppa đã đặt lưới Mersilene qua ngã tiền phúc mạc. Ông ghi nhận có 2/95 ca bị tái phát do lỗi kỹ thuật và 1 ca bị rò bàng quang. Sau đó, vào năm 1989, Stoppa cũng với kỹ thuật như trên, đã báo cáo 604 ca với tỷ lệ tái phát là 1,4%.

Năm 1989, Wantz tổng kết 237 bệnh nhân thoát vị bẹn có nguy cơ tái phát cao được điều trị theo kỹ thuật của Stoppa cho thấy tỷ lệ tái phát là 3,7%. Năm 1991, Wantz lại báo cáo tỷ lệ thành công 100% với 30 ca thoát vị thành bụng lớn, và nhấn mạnh rằng mảnh ghép phải được đặt giữa lớp phúc mạc và lớp cơ. Ông tin rằng Mersilene là cần thiết cho sự thành công của kỹ thuật này vì đủ mềm và đàn hồi để thích nghi với vùng bẹn, được dệt đủ độ nhám để không bị trượt khỏi vị trí, và đủ khả năng kích hoạt mô sợi phát triển vào nhằm cố định nó.

Nhìn chung, kể từ khi được Wolstenholme dùng đầu tiên để điều trị thoát vị vào năm 1956, cho đến nay sau hơn 40 năm sử dụng, Dacron được chấp nhận như một loại mảnh ghép thường quy trong lâm sàng, tuy nhiên nó vẫn không thông dụng nhiều so với polypropylene.

#### b/ Polypropylene (Prolene, Marlex):

Được Usher đầu tiên sử dụng vào năm 1958, polypropylene là loại mảnh ghép dùng trong mổ thoát vị thông dụng nhất hiện nay. Loại mảnh ghép này có một số ưu điểm hơn các loại khác như mềm mại hơn, tạo dáng tùy ý mà không bị gãy vỡ, dung nạp tốt hơn đối với lực uốn và gập, có thể dùng trong thoát vị vùng bẹn mà không gây khó chịu cho người bệnh. Nghiên cứu của Usher cho thấy polypropylene ít gây phản ứng hơn và dễ dung nạp hơn Dacron, chịu lực rất tốt (50.000-150.000 lbs/m<sup>2</sup>), không thấm nước, kháng lại hầu hết các hóa chất, và chịu được nhiệt độ cao (250<sup>0</sup> F) nên có thể tiệt trùng bằng nhiệt được.

Sau Usher, việc dùng polypropylene để điều trị thoát vị rất phổ biến tại Mỹ vào thời điểm những năm 1960. Adler nhận thấy có đến 20% số ca thoát vị lớn được mổ theo kỹ thuật này ở Mỹ vào năm 1962.

Năm 1982, Martin nghiên cứu về vai trò của polypropylene trong nhiễm trùng vết thương với 450 ca thoát vị và nhận thấy, tỷ lệ nhiễm trùng là 0,6% và do đó, ông kết luận rằng, việc đặt lưới polypropylene một cách thích hợp không làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng hoặc không làm rắc rối cho việc điều trị nhiễm trùng một khi nó đã xảy ra. Ông đề nghị nên dùng polypropylene rộng rãi hơn trong điều trị thoát vị.

Năm 1988, Nyhus cũng đặt lưới polypropylene tiền phúc mạc để điều trị thoát vị bẹn tái phát, và ghi nhận tỷ lệ tái phát là 1,7% (theo dõi từ 6 tháng đến 10 năm) với biến chứng không đáng kể.

Lichtenstein (1989) với kinh nghiệm của 1000 ca mổ thoát vị bẹn, đã kết luận rằng nên từ bỏ việc điều trị thoát vị bằng kỹ thuật khâu mô tự thân vốn gây căng, và thay vào đó nên dùng kỹ thuật không căng, bằng cách đặt mảnh ghép polypropylene.

Tóm lại, mảnh ghép loại polypropylene đã có một vị trí lớn trong thoát vị từ 40 năm nay, và là loại mảnh ghép dùng trong mổ thoát vị thông dụng nhất hiện nay [31].

#### c/ Expanded Polytetrafluoroethylene - ePTFE (Gore-Tex)

PTFE là một loại polymer được fluor hóa với công thức  $(-CF_2-CF_2)_n$ , được Plunkett phát hiện một cách ngẫu nhiên vào năm 1938. Năm 1963, Shinsaburo Oshige phát hiện một quy trình kéo dài PTFE để tạo nên một cấu trúc sợi, có lỗ, liên tục và đồng dạng, giúp cho nó có khả năng chịu lực cao gọi là ePTFE.

ePTFE trơ đối với mô, ít gây phản ứng viêm hoặc phản ứng loại bỏ mảnh ghép. Khả năng chịu lực của nó còn tốt hơn polypropylene và polyester, dễ uốn, mềm mại, không bị sần, được đan thành lưới có lỗ khoảng 20-25 micron cho phép mô sợi có thể thâm nhập vào và tổ chức hóa nó.

Elliott và Juler (1979) đã so sánh ePTFE với polypropylene và nhận thấy sự tổ chức hóa xảy ra hoàn toàn vào tuần lễ thứ 8 cho cả 2 loại mảnh ghép. Tuy nhiên, ePTFE hợp nhất với mô nhanh hơn và hoàn hảo hơn polypropylene. Mô sợi xung quanh mảnh ghép ePTFE được định hướng trật tự hơn với phản ứng viêm rất nhẹ, trong khi đó polypropylene hình thành mô sợi dày đặc với phản ứng viêm rõ rệt.

Wool (1985) là người đầu tiên dùng ePTFE trong lâm sàng, với 30 ca thoát vị mà không bị tái phát hay nhiễm trùng. Sau đó, Pasqualitti và Miracco (1987), Bauer (1987) đã báo cáo một số ca thoát vị dùng ePTFE mà không bị tái phát hay biến chứng.

LeBlanc và Booth (1992) báo cáo 100 ca thoát vị bẹn dùng ePTFE theo kỹ thuật Lichtenstein mà không có tái phát (theo dõi trung bình 2,6 năm) và không nhiễm trùng. Họ kết luận rằng, ePTFE là một chất liệu ghép an toàn và hiệu quả để điều trị thoát vị bẹn.

Năm 1993, Berliner báo cáo 350 ca thoát vị bẹn được đặt mảnh ghép ePTFE theo kỹ thuật Lichtenstein với tỷ lệ tái phát 1,1% (theo dõi 41 tháng) và tỷ lệ nhiễm trùng mảnh ghép không đáng kể (0,29%), nhưng có 1 ca bị hang hốc mãn tính phải tháo ghép.

Tóm lại, cho đến nay, tuy chỉ được dùng trên lâm sàng trong thời gian khá ngắn (20 năm), nhưng một số đặc điểm nổi bật của ePTFE được lưu ý như không gây xói mòn, ít gây phản ứng mô, có khả năng tạo nên một lớp tế bào trung mô mới (trên bề mặt phúc mạc của mảnh ghép) vốn không gây dính, và do đó ít gây dính, tắc hay rò ruột.

#### B/ Mảnh ghép làm bằng vật liệu tan:

Mảnh ghép polyglycolic acid (Dexon) mềm, gấp được, kéo dài được, thoái hóa và tan dần sau 90 ngày. Mảnh ghép polyglactin 910 (Vicryl) cũng gấp được, không đàn hồi và có những đặc điểm vật lý và thời gian tan giống như Dexon.

Lamb (1983) khi dùng mảnh ghép Vicryl để vá thành bụng thỏ, đã thấy rằng, không có sự khác biệt giữa Vicryl với các loại lưới không tan vào tuần thứ 3, nhưng vào tuần thứ 12 thì khả năng chịu lực của nó giảm hẳn. Kết quả là có đến 40% ca phục hồi bằng mảnh ghép Vicryl bị thoát vị do mô sợi không phát triển đủ trước khi nó tan.

Năm 1986, Dayton dùng mảnh ghép Dexon cho 8 trường hợp hở thành bụng do nhiễm trùng với kết quả là 6/8 bị thoát vị lại. Tác giả kết luận rằng, thoát vị sau mổ là khó tránh nếu dùng mảnh ghép tan để phục hồi thành bụng, nhưng biến chứng này phần nào được bù đắp nhờ tránh được các biến chứng khác trầm trọng hơn nếu dùng mảnh ghép không tan như nhiễm trùng, rò, chảy máu, lở da. Do đó, Dayton tin rằng việc đặt mảnh ghép tan để chống đỡ tạm thời sự khiếm khuyết thành bụng trong những trường hợp bị nhiễm trùng cho đến khi nhiễm trùng thoái lui, sẽ làm tăng cơ hội thành công cho việc đặt mảnh ghép vĩnh viễn sau đó.

Nhìn chung, cho đến nay, các loại mảnh ghép tan tổng hợp chưa chứng tỏ được khả năng dùng thay thế các loại lưới không tan trong điều trị thoát vị, ngoài một số ứng dụng tạm thời như đã nói ở trên.

#### II/ Sự lành mô sau mổ thoát vị có đặt mảnh ghép nhân tạo:



Quá trình lành sẹo của thoát vị kéo dài khoảng 1 năm, chủ yếu liên quan đến việc sản xuất và gọt tủa chất collagen, để cuối cùng hình thành nên những bó sợi collagen nằm song song với nhau, hướng theo chiều của lực căng.

Trong trường hợp có mảnh ghép, phản ứng của ký chủ xảy ra xung quanh mảnh ghép sẽ ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương, để đưa đến kết quả cuối cùng là đông hóa hay tổ chức hóa mảnh ghép. Sự lành vết thương và phục hồi mô là một quá trình tự động bao gồm 3 giai đoạn: viêm, tăng sinh, và gọt tủa mô.

#### 1/ Giai đoạn viêm:

a/ Giai đoạn này xảy ra sớm, chỉ trong vòng vài giờ sau mổ. Do tác động của chấn thương phẫu thuật, mạch máu dẫn nở làm tăng tưới máu đến vùng mổ, làm thấm những thành phần trong máu và những tế bào viêm (bạch cầu đa nhân trung tính, bạch cầu lim pho, và đại thực bào) vào khoang ngoại bào thuộc khu vực vết thương.

- Giai đoạn viêm cấp tính: Vết thương và toàn bộ bề mặt của mảnh ghép (gồm cả những khe, lỗ) sẽ bị xâm nhập bởi rất nhiều bạch cầu đa nhân. Chúng bám vào mô và mảnh ghép vốn trước đó dính Fibrin và máu đông. Những tế bào bạch cầu đa nhân trung tính sẽ làm sạch những mảnh mô bị mô chết, máu đông, và cả những vi trùng đã xâm nhập vào vết mổ. Quá trình ăn vi trùng của những tế bào đa nhân trung tính này có thể bị yếu đi bởi sự hiện diện của mảnh ghép.

- Giai đoạn viêm mãn tính: Sau 5-7 ngày, những thực bào đơn nhân bắt đầu thâm nhập vào và biệt hóa thành những đại thực bào ( $\leq 50$  micron) thường trú. Chúng cố gắng ăn gồm cả vi trùng, những mảnh mô chết lẫn những dị vật. Do mảnh ghép (cũng là dị vật), vốn không thể ăn được nên những đại thực bào này sẽ kết hợp với nhau để tạo thành những tế bào khổng lồ nhiều nhân nhằm cô lập MG (hiện tượng này tương tự như phản ứng viêm xảy ra trong trường hợp nhiễm lao, nhằm cô lập vi trùng lao).

Những đại thực bào đã biệt hóa này sẽ phối hợp hoạt động với nhau, sản xuất ra những yếu tố kích thích sự cư trú và tăng sinh của một hỗn hợp gồm những tế bào T, bạch cầu đa nhân, bạch cầu ái toan, tế bào hạt, tương bào, và những nguyên bào sợi, mà kết quả cuối cùng là hình thành nên mô hạt viêm (Granuloma: Đặc điểm của mô hạt viêm này là gồm những tế bào khổng lồ nhiều nhân và mô sợi bao quanh) chen vào những khoảng hở của MG và chỗ tiếp xúc giữa MG với ký chủ. Mô hạt viêm này không phải là thể tĩnh của hiện tượng viêm mãn tính mà thể hiện như một vết thương mãn tính tồn tại nhiều năm sau mổ (tế bào bạch cầu đơn nhân và đại thực bào xuất phát từ mô ở khoảng tiếp xúc giữa MG và ký chủ bị chết và liên tục được thay thế bởi những tế bào ở ngoại vi).

Điều thắc mắc là tại sao MG vốn trơn mà lại có thể gây nên một phản ứng viêm như vậy? Người ta cho rằng những vật liệu này tuy trơn về mặt lý hóa học nhưng không thực sự trơn về mặt sinh học. Sau khi đưa vào cơ thể, MG sẽ mau chóng hấp thụ một lớp protein của ký chủ trên bề mặt của nó (trong đó, albumin, fibrinogen và những sản phẩm từ fibrinogen có vai trò chủ yếu trong phản ứng dị vật), và các thực bào chính là phản ứng với lớp protein này hơn là với bản thân MG. Tùy theo tính chất lý hóa của từng chất liệu ghép và loại protein được hấp thụ mà sự thoái hóa của lớp protein này sẽ xảy ra nhanh hay chậm, kết quả là phản ứng dị vật (foreign body reaction-FBR) cũng sẽ khác nhau tùy theo từng loại MG khác nhau.

#### 2/ Giai đoạn tăng sinh mô:

Bình thường, giai đoạn này bắt đầu sau mổ khoảng 1 tuần, liên quan đến sự thành lập mô hạt, tạo nên một lớp mô liên kết mới bao xung quanh nhằm lấp đầy vết thương.

a/ Phản ứng chủ yếu trong giai đoạn này là hoạt động của những đại thực bào và những tế bào khổng lồ - dị vật ở bề mặt của mảnh ghép. Chúng tiết ra những chất Cytokines, có tác dụng thúc đẩy sự tăng sinh của nguyên bào sợi và sự hình thành các mao mạch. Kế tiếp, những nguyên bào sợi sẽ tổng hợp chất Collagen, một loại sợi cao phân tử, là thành phần chủ

yếu của mô liên kết. Sự tổng hợp Collagen sẽ duy trì ở mức độ cao suốt vài tháng trong vết mổ, cho đến khi lượng Collagen dư thừa được tự động gọt tủa bớt.

Sự lành vết thương cứ tiếp tục như vậy cho đến khi toàn bộ mảnh ghép được tổ chức hóa vào cơ thể, và toàn bộ khoảng trống trong vết mổ được lấp đầy. Khi đó, do mô sợi thâm nhập vào toàn bộ những khoảng trống của mảnh ghép, nên mảnh ghép sẽ co lại và giảm 10 – 20% kích thước theo mọi hướng. Sự co lại của mảnh ghép thường bắt đầu xảy ra sau mổ khoảng 1 tháng, và đây cũng là một nguyên nhân gây thoát vị tái phát sớm nếu ta dùng mảnh ghép không đủ rộng hoặc mảnh ghép không được cố định tốt .

b/ Quá trình lành sẹo xảy ra ở chỗ tiếp xúc giữa mô với mảnh ghép và phụ thuộc vào:

b1/ Những đặc điểm toàn thân của ký chủ (tình trạng dinh dưỡng...) và tình hình tại chỗ (thành phần hóa học tại mô , sự tích điện, nhiễm trùng...) có ảnh hưởng đến sự lành vết thương.

b2/ Hình dạng và địa hình bề mặt của mảnh ghép sẽ quyết định thành phần, quá trình phản ứng và sự tập kết của mô hạt tại chỗ:

- Kích thước tốt nhất cho những lỗ của mảnh ghép, để mô liên kết phát triển tối đa là  $\geq 100$  micron. Những mảnh ghép mà có lỗ quá lớn thì sẽ chậm được tổ chức hóa, nhưng một khi đã tổ chức hóa được thì nó lại bám vào mô chắc chắn hơn vì chứa nhiều nguyên bào sợi và nhiều chất Collagen hơn. Ngược lại, lỗ quá nhỏ thì mô sợi sẽ khó phát triển vào bên trong, mà chỉ bao xung quanh mảnh ghép.

- Mảnh ghép càng xốp thì càng dễ được tổ chức hóa. Tính xốp này sẽ quyết định lượng Collagen trong những khoảng hở của mảnh ghép. Khởi đầu, những khoảng trống của mảnh ghép được lấp đầy bởi những tế bào máu và Fibrin. Sau đó, những Fibrin này dần dần được dọn đi do hoạt động của đại thực bào và, những khoảng trống để lại này, sẽ được thay thế bằng những tế bào khổng lồ và chất Collagen.

3/ Giai đoạn gọt tủa mô :

Hoạt động chủ yếu trong giai đoạn này là những hoạt động enzyme nhằm, lấy bớt đi những mô hạt và mô liên kết dư thừa, vốn đã được tập kết tại chỗ và xếp thành dạng sẹo.

Không phải đến giai đoạn này thì sự gọt tủa Collagen mới bắt đầu, mà thực ra, nó đã xảy ra song song trong suốt quá trình tạo lập Collagen trước đó. Quá trình này nhằm kế thừa những sợi Collagen không định hình, để chuyển dần thành một lưới sợi Collagen định hình, xếp thẳng hàng và đan xen lẫn nhau, liên kết với những sợi Collagen ở lớp sâu hơn. Hậu quả của quá trình gọt tủa mô là có một sự sút giảm lượng Collagen tại chỗ, trong khi đó lực gây phá vỡ vẫn tiếp tục đe dọa vết thương cho đến tháng thứ 6 sau mổ, nên sự hiện diện của mảnh ghép là điều cần thiết để giúp sức chịu lực cho vết thương trong thời gian đó.

Kể từ tháng thứ 6 trở đi, sẹo đã có được 80% sức mạnh, đủ để chịu được lực căng. Do đó, chỉ khâu thoát vị cũng như mảnh ghép phải tồn tại được ít nhất cho đến thời điểm này. Để đạt được yêu cầu này, chỉ khâu và mảnh ghép phải làm bằng loại vật liệu không tan. Những mảnh ghép và chỉ khâu loại vật liệu tan được như polyglycolic acid (Dexon), polyglactin 910 (Vicryl) thường tiêu sau 4-8 tuần, nên không thích hợp để dùng cho thoát vị.

Mỗi giai đoạn của quá trình lành vết thương đều phụ thuộc vào nhau, và có thể kéo dài hay rút ngắn tùy thuộc vào tình trạng toàn thân của bệnh nhân và tình hình vết thương. Sự suy yếu của cơ thể và sự hiện diện của vi trùng trong vết mổ sẽ kéo dài quá trình lành vết thương. Trong trường hợp bị nhiễm trùng, kinh nghiệm cho thấy rằng; mảnh ghép loại

polypropylene hoặc polyester (nhờ có kích thước các lỗ lớn nên các đại thực bào có thể chui vào được để ăn vi trùng) vẫn có thể đồng hóa được vào cơ thể và làm sạch vi trùng nhờ vào hoạt động của hệ miễn dịch; trong khi đó, loại mảnh ghép PTFE (do các lỗ nhỏ < 50 micron khiến các đại thực bào không chui vào được để ăn vi trùng) lại thường bị loại bỏ khi có nhiễm trùng.

### **III/ Quan niệm mới về mảnh ghép:**

#### **1/ Mảnh ghép nhẹ, lỗ lớn & nặng, lỗ nhỏ**

MG nặng hay nhẹ là căn cứ vào hàm lượng **polypropylene nhiều hay ít**. Lỗ MG lớn hay nhỏ là tùy theo **lỗ hay nhỏ hơn 1 mm**.

Từ sau 1995, người ta nhận thấy rằng việc sử dụng những MG cổ điển tuy chắc chắn (trên mức cần thiết) nhưng thường gây nên phản ứng viêm tại chỗ thái quá, gây đau do chèn ép, tạo mẫn sọ lớn làm cứng vùng bẹn và do đó làm cản trở sinh hoạt người bệnh.

MG hiện đại có xu hướng nhẹ hơn (ít chất polypropylene hơn), kích thước lỗ lớn (> 1mm), có độ đàn hồi tốt (20–35% ở áp lực bình thường của ổ bụng là 16 N/ cm) và có sức chịu lực (tensile strength) tối thiểu là 16 N/cm.

Thành bụng bình thường là một hoạt động phức tạp của các cân cơ. Trong điều kiện sinh lý với áp lực 16 N, độ giãn trung bình của thành bụng là 11-32%. Kết cấu của MG nặng (hàm lượng polypropylene là 80-85g/ m<sup>2</sup>) cho phép độ đàn hồi chỉ 4-16% ở áp lực 16 N, khiến cho thành bụng trở nên cứng kém đàn nỡ. Trong khi đó, MG nhẹ vẫn duy trì được tính đàn hồi sinh lý vốn có của thành bụng mà vẫn đủ chắc.

Theo định luật Laplace, trong trường hợp thay thế toàn bộ cân cơ thành bụng bằng MG, thì sức chịu lực tối đa chỉ là 32 N/cm. Do đó, việc dùng MG nặng với sức chịu lực lên đến 100 N/cm là không cần thiết và không phù hợp với hoạt động bình thường của cân cơ, dẫn đến việc hạn chế cử động của thành bụng và gây cảm giác không thoải mái cho người bệnh.

MG nhẹ được dùng từ 1998 là loại MG hỗn hợp giữa 2 thành phần không tan và tan là polypropylene và polyglactin 910, trong đó hàm lượng polypropylene được giảm chỉ còn 30%, và kích thước lỗ (sau khi thành phần polyglactin tan hết) tăng lên 500-600% so với MG kinh điển. Cụ thể là, Vypro (25g polypropylene/ m<sup>2</sup>, 27g polyglactin 910/ m<sup>2</sup>, lỗ 3-5 mm) và Vypro II (35g polypropylene/ m<sup>2</sup>, 45g polyglactin 910/ m<sup>2</sup>). Vypro được thiết kế dùng cho thoát vị nhỏ, trong trường hợp thoát vị bẹn lớn hay thoát vị vết mổ thì nên dùng Vypro II có sức chịu lực cao hơn, đến 32 N/cm (do có nhiều chất liệu polypropylene hơn).

Một loại MG nhẹ khác là loại polypropylene đơn sợi (đường kính sợi nhỏ hơn bình thường) và có lỗ lớn trên 2mm (đại diện cho nhóm này là Parietene và Dynamesh). Loại MG này đáp ứng những giá trị sinh lý của thành bụng trên khía cạnh lực kéo và độ mềm mại. Tính tương hợp sinh học (biocompatibility) của loại MG này trên thực nghiệm ở chuột là chấp nhận được với việc giảm đáng kể FBR (foreign body reaction) và chỉ gây phản ứng mô sợi nhẹ xung quanh MG. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu lâm sàng nào khẳng định những kết quả nghiên cứu trên.

TiMesh light (35g/ m<sup>2</sup>) và TiMesh extra-light (16g/m<sup>2</sup>) là loại MG nhẹ mới, có phủ Titanium trên bề mặt polypropylene đơn sợi, có lỗ > 1mm. Loại MG này có tính tương hợp sinh học tốt nếu so với loại MG lỗ nhỏ kinh điển, nhưng lại không hơn nếu so với loại MG polypropylene lỗ lớn nói trên (Dynamesh). MG này có bất lợi là sức chịu lực tương đối kém, khoảng 12 N/cm đối với TiMesh extra-light, so với yêu cầu tối thiểu là 16 N/cm.

UltraPro (polypropylene + polyglacaprone 25) là loại MG mới nhất kết hợp chất liệu không tan và tan, trong đó polyglacaprone 25 là loại loại đơn sợi, và là copolymer của ε caprolactone (có tính mềm mại) và glycolide (có tính cứng). Nghiên cứu cho thấy polyglacaprone 25 không độc với gene

và tế bào, không sinh ung, không gây kích thích mô hay dị ứng. Polyglecaprone 25 cũng ít gây phản ứng mô hơn trong giai đoạn lành vết thương sớm so với polyglactin 910, nó tan mà không gây tăng tập kết tế bào, phản ứng viêm hay xơ hóa trong vòng 84-140 ngày. Điều lý thú là, UltraPro làm giảm đáng kể FBR nếu so với Dynamesh, là loại MG mà ta vẫn còn đang nghiên cứu.

## **2/ Yêu cầu của mảnh ghép nhân tạo dùng trong thoát vị:**

Từ những năm 1950, Cumberland và Scales đã phát triển 8 yêu cầu không thể thiếu của một mảnh ghép nhân tạo lý tưởng là [31]:

- (1) Không bị biến đổi về mặt vật lý học bởi dịch mô
- (2) Trơ về mặt hóa học
- (3) Không gây phản ứng viêm hoặc phản ứng loại bỏ mảnh ghép
- (4) Không gây ung thư
- (5) Không gây dị ứng hoặc quá cảm
- (6) Chịu được lực căng cơ học
- (7) Có thể tạo ra theo hình dạng mong muốn
- (8) Có thể tiệt trùng được

Cả 3 loại mảnh ghép polyester, polypropylene và ePTFE hiện đang được dùng rộng rãi khắp thế giới đều đáp ứng được 8 tiêu chuẩn nêu trên và kinh nghiệm lâm sàng cho thấy chúng được cơ thể dung nạp tốt.

Debord (1998) cho rằng một mảnh ghép lý tưởng cần có thêm 3 tiêu chuẩn ngoài 8 tiêu chuẩn trên, đó là:

- (1) Đề kháng đối với sự nhiễm trùng.
- (2) Tạo nên một rào cản chống dính ở bề mặt tiếp xúc với nội tạng.
- (3) Nhất thể với mô để cố định tốt mà không bị co lại và bọc nang hóa, vốn đôi khi còn thấy trong những mảnh ghép hiện đang dùng.
- (4) Klosterhalfen (2005), lưu ý rằng MG cần phải có độ tương hợp sinh học tốt (good biocompatibility), nhờ đó bệnh nhân sẽ thoải mái hơn và giảm bớt tình trạng đau mãn tính sau mổ.

## **3/ Biện chứng của mảnh ghép:**

Tính tương hợp lâu dài (long-term biocompatibility) và phản ứng của mô đối với mảnh ghép (MG) khi đưa vào cơ thể cho đến nay vẫn chưa được hiểu hết. Gần như những hiểu biết hiện nay về những tác động sinh học của MG được rút ra từ những thí nghiệm trên loài vật.

Những nghiên cứu về những MG được lấy ra (sau khi đã được đặt) giúp có thêm những hiểu biết về biện chứng lâu dài của MG. Nghiên cứu của Klosterhalfen trên 347 MG được lấy ra cho thấy:

- MG nặng, lỗ nhỏ phải lấy ra do đau nhiều hơn MG nhẹ, lỗ lớn (40%-Prolene & 6%-Vypro)
- Rò vết mổ chỉ gặp đối với MG nặng
- Tái phát thoát vị gặp trên tất cả các loại MG. Sau khi được ghép trung bình 26 tháng, 99% tái phát xảy ra ở rìa và bờ tự do của MG. Trên 70% mẫu MG lấy ra từ những ca tái phát cho thấy có sự thay đổi về tỷ lệ của collagen type I / III, điều này càng khẳng định giả thuyết về sự thay đổi ECM trong sinh lý bệnh học của thoát vị.
- Sự phản ứng của ký chủ đối với MG là rất khác nhau và có tính chất cá nhân, tính chất này phụ thuộc vào cơ địa di truyền của từng cá thể.

### **a/ Sự co rút của mảnh ghép:**

Là hiện tượng thông thường sau khi đặt MG và phải được tính đến khi mổ tái tạo thành bụng bằng MG nhân tạo (phải phủ dư xung quanh lỗ thoát vị để tránh tái phát). Nguyên nhân không phải do MG tự co mà do mô sẹo xung quanh MG co rút. Sự co rút này của mô sẹo là hiện tượng sinh lý, gây ra bởi sự mất nước và giảm diện tích bề mặt trong quá trình lành vết thương (trung bình: giảm 60% so với vết thương ban đầu). Nhìn chung, người ta đều đồng ý rằng, MG nhẹ lỗ nhỏ ít bị co rút hơn do phản ứng mô sẹo ít hơn so với MG nặng lỗ lớn.

#### b/ Seo bắc cầu:

Hiện tượng này có liên quan chặt chẽ với sự co rút của mô sẹo nói trên và không liên quan đến cấu trúc sợi của MG. Nguyên nhân là do mô hạt viêm mọc xung quanh các sợi và vươn ra hơn 1/2 lỗ của MG. Trong trường hợp MG có lỗ nhỏ hơn 1 mm, mô hạt xung quanh sợi này dính với mô hạt xung quanh các sợi lân cận và cuối cùng tạo nên một mảng lớn mô hạt. Kết quả cuối cùng là tạo nên một mảng sẹo lớn che phủ toàn bộ MG, làm cho MG bị cứng không gập được, và điều này sẽ khiến người bệnh không thoải mái khi cử động.

Seo bắc cầu thường gặp đối với MG nặng lỗ nhỏ, và sẽ khiến cho MG co rút nhiều hơn. Trong khi đó, MG nhẹ với kích thước lỗ lớn hơn 1 mm, khiến mô hạt không thể mọc phủ tới 1/2 lỗ và do đó hiện tượng bắc cầu sẽ khó xảy ra. Nhờ vậy, MG không bị cứng và người bệnh vẫn cảm thấy thoải mái khi vận động.

#### c/ Tái phát:

Tái phát là lý do chiếm đến 60% số trường hợp tháo bỏ mảnh ghép. Nguyên nhân tái phát có thể do:

- Lỗi kỹ thuật: cố định không tốt trong 2 tuần đầu sau mổ, MG không che phủ đủ lỗ thoát vị
- Sự co rút của mảnh ghép
- Sự thay đổi của ECM (những nghiên cứu cho thấy có sự thay đổi trong việc chuyển hóa collagen, làm giảm tỷ lệ collagen I/III trong phần lớn những bệnh nhân tái phát)

Tỷ lệ và mức độ của những liên kết chéo liên phân tử giữa collagen I và III ảnh hưởng đến sức chịu lực (tensile strength) và tính bền vững cơ học của mô sẹo. Cũng vì vậy, thoát vị thường xảy ra ở người có rối loạn chuyển hóa collagen như hội chứng Marfan, hội chứng Ehler-Danlos, cutis laxa, osteogenesis imperfecta và trật khớp háng ở trẻ em. Những yếu tố khác như tuổi tác, giới tính, hút thuốc lá và yếu tố di truyền cũng làm ảnh hưởng đến tỷ lệ collagen I/III và tỷ lệ tái phát của thoát vị.

#### 4/ Đau mạn tính sau mổ:

Đau mạn tính là vấn đề đã từng được nói đến trong lĩnh vực mổ thoát vị và có thể là đề tài quan trọng nhất được bàn luận nhiều gần đây. Những nghiên cứu lâm sàng cho thấy, đau mạn tính chiếm tỷ lệ cao sau mổ thoát vị gồm cả mổ có dùng mảnh ghép. Khác với những tình trạng đau do liên quan đến thần kinh (đau xuất hiện sớm ngay sau mổ, do tổn thương một nhánh thần kinh nào đó trong khi mổ), đau mạn tính thường bắt đầu khoảng 1 năm sau mổ.

Nghiên cứu về những MG được lấy ra cho thấy, hầu hết những trường hợp có tiền sử đau mạn tính thì trong những khe, lỗ của MG có sự hiện diện của những sợi và bó sợi thần kinh. Ngày nay, bằng kỹ thuật nhuộm immunohistochemical người ta thấy được cả những cấu trúc thần kinh nhỏ nhất vốn gặp nhiều ở mô hạt viêm xung quanh MG. Do bản chất của mô hạt viêm là một tình trạng viêm mạn tính, nên nó gây kích thích những cấu trúc thần kinh này và tạo nên cảm giác đau. Trong vài trường hợp, người ta còn phát hiện những u thần kinh (neuroma), là một bằng chứng của sự hủy hoại cơ học của sợi thần kinh gây ra bởi MG, ở nơi tiếp giáp giữa MG và ký chủ,

Tất cả những MG nặng, lỗ nhỏ lấy ra đều có tỷ lệ cao liên quan đến những tình trạng đau mạn tính. Trong khi đó, MG nhẹ, lỗ lớn do giảm đáng kể bề mặt tiếp xúc với ký chủ, nên cũng giảm được phản ứng của mô với MG, và kết quả là giảm đau mạn tính sau mổ.

#### 5/ Nhiễm trùng mảnh ghép:

Tỷ lệ nhiễm trùng mảnh ghép trong phẫu thuật thoát vị rất thấp (#0,1%). Gồm 2 dạng:

- Nhiễm trùng cấp tính: xảy ra sớm sau mổ với triệu chứng sốt, sưng nóng đỏ đau và chảy dịch vàng hay mủ ở vết mổ. Cần phải mở rộng vết mổ để thoát lưu sớm và dùng kháng sinh liều cao. Nếu mảnh ghép loại polypropylene thì có thể giữ lại được vì kinh nghiệm cho thấy, trong một số trường hợp vẫn có thể hết nhiễm trùng và cơ thể vẫn có thể tổ chức hóa mảnh ghép được, nhưng nếu dùng PTFE thì bắt buộc phải tháo bỏ sớm mảnh ghép vì không có khả năng hết nhiễm trùng nếu để lại mảnh ghép.

- Nhiễm trùng mạn tính: xảy ra nhiều tháng thậm chí nhiều năm sau mổ. Triệu chứng sưng đau không rõ rệt, có thể thể hiện như vết rỉ dịch kéo dài không lành. Trong trường hợp này, bắt buộc phải tháo bỏ mảnh ghép (không dễ thực hiện, do mảnh ghép ăn sâu vào mô, tạo nhiều hang hốc xung quanh) bất kể là loại gì, vì nếu không thì nhiễm trùng không hết được.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1/ Debord J. R. (1995), “The Rationale for the selection of a prosthetic biomaterial in hernia repair”, *Problems in General Surgery*, Vol.12, No. 1, pp. 75-78.
- 2/ Debord J. R. (1998), “The historical development of prostheses in hernia surgery”, *Surg Clin North Am*, Vol. 78, No 6, pp. 973-1006.
- 3/ Deysine M.(1998),“Pathophysiology, prevention and management of prosthetic infections in hernia surgery”, *Surg Clin North Am*, Vol. 78, No 6 , pp. 1105.
- 4/ Mann D., Prout J., Havranek E., Gould S., Darsi A. (1998), “Late-onset deep prosthetic infection following mesh repair of inguinal hernia”, *Am J. Surg*, Vol. 176 (1), pp. 12-14.
- 5/ Klosterhalfen B., Junge K., Klinge U., The lightweight and large porous mesh concept for hernia repair, *Expert Rev. Med. Devices*, 2, 1, 2005.

# PHẪU THUẬT ĐẶT MẢNH GHÉP QUA NGÕ ÂM ĐẠO TRONG ĐIỀU TRỊ SA TẠNG CHẬU NỮ

\*\*\*

*TS.BS. Nguyễn Trung Vinh \**

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Sa tạng chậu, sa sinh dục, sa niệu dục, còn gọi là hội chứng sa sàn chậu có nguyên bệnh sinh là do sự khiếm khuyết của các cấu trúc nâng đỡ vùng sàn chậu. Chẩn đoán và điều trị được thực hiện cùng lúc với sa bản nâng và sa ba tạng chậu dựa trên quan điểm sàn chậu học.

Mục tiêu nghiên cứu: - Xác định chỉ định phẫu thuật đặt mảnh ghép qua ngõ âm đạo trong điều trị sa tạng chậu nữ. - Đánh giá kết quả bước đầu phương pháp phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp qua ngõ âm đạo trong điều trị sa tạng chậu nữ.

**Phương pháp:** - Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân nữ vào khoa Sàn chậu Bệnh viện Triều An với các triệu chứng rối loạn tiểu đại tiện và / sa tử cung âm đạo. Xác định chẩn đoán bằng thăm khám lâm sàng và Cộng hưởng từ động tổng phân. Đánh giá kết quả phẫu thuật dựa trên sự cải thiện của triệu chứng lâm sàng.

**Kết quả:** Từ 3-2010 đến 11-2010, 23 bệnh nhân nữ từ đến tuổi bị sa tạng chậu có triệu chứng được điều trị phẫu thuật. Rất ít biến chứng trong và sau mổ. Kết quả: tốt > 90%.

**Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật đặt mảnh ghép qua ngõ âm đạo trong điều trị sa tạng chậu nữ cho kết quả tốt, ít biến chứng.

**Từ khoá:** sa tạng chậu, hội chứng sa sàn chậu, sa bản nâng, sàn chậu học, cộng hưởng từ động tổng phân.

## SUMMARY

### *INTRA-VAGINAL GRAFT PROCEDURE IN THE TREATMENT OF FEMALE PELVIC ORGAN PROLAPSE*

*Nguyen Trung Vinh \**

**Introduction:** Pelvic Organ Prolapse (POP) or Descending Perineum syndrome (DPS) are caused by the pelvic support defects. Diagnosis and treatment of DPS or POP must not be separated and follow the concept of Pelviperrineology.

**Methods:** Female patients committing to Pelviperrineology Department – Trieu An Hospital with symptoms of urinary and evacuated dysfunction. Diagnosis was determined by physical examination and MRI defecography. Assess the post-op results of intravaginal graft procedure.

**Results:** From March 2010 to Nov. 2010, 23 female patients aging from to, with symptomatic POP were treated by intravaginal graft procedure. Less intra and post operation complications. Good results with > 90 % excellent outcomes.

**Conclusion:** Intravaginal graft procedure in the treatment of female Pelvic Organ Prolapse is an efficient technique with less complications.

**Keywords:** *Pelvic Organ Prolapse, Descending Perineum syndrome, Levator plate sagging, Pelviperrineology, MRI Defecography, Intravaginal graft procedure .*

\* *Head of Uro-Pelviperrineology Department of Trieu An Hospital, HCMC Vietnam.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa tạng chậu (Pelvic Organ Prolapse), sa sinh dục hay sa niệu dục, trên lâm sàng còn có tên gọi là hội chứng sa sàn chậu (Perineum descending syndrome - PDS) (Parks, 1966) là hậu quả của tình trạng khiếm khuyết sa bản nâng (Levator plate sagging-LPS) (J. Beco, 2008) và các cấu trúc nâng đỡ khác của vùng chậu (các dây chằng và mạc nội chậu). Đây là nguyên nhân chính gây ra các triệu chứng rối loạn tiêu đại tiện (són tiểu, tiểu gấp, táo bón,...) do sa ba tạng chậu (tiết niệu dưới, sinh dục và hậu môn trực tràng). Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về đề tài này, đặc biệt trong chuyên khoa Niệu dục. Hiện nay chẩn đoán sa bản nâng và sa tạng chậu chủ yếu dựa trên phương tiện chẩn đoán hình ảnh Cộng hưởng từ động tổng phân (MRI Defecography). Còn về phương pháp điều trị, ngoài điều trị bảo tồn và thủ thuật, điều trị ngoại khoa hiện nay là kết hợp nhiều phẫu thuật cùng lúc dựa trên quan điểm sàn chậu học (Pelviperineology) trong đó phẫu thuật phục hồi sa tạng chậu bằng cách đặt mảnh ghép tổng hợp qua ngõ âm đạo ngày càng được rộng rãi áp dụng. Ở nước ta, rất ít đề tài nghiên cứu về vấn đề này.

### MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- 1/ Đánh giá vai trò của Cộng hưởng từ động tổng phân trong chẩn đoán sa tạng chậu nữ
- 2/ Xác định chỉ định phẫu thuật đặt mảnh ghép qua ngõ âm đạo trong điều trị sa tạng chậu nữ.
- 3/ Đánh giá kết quả bước đầu phương pháp phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp qua ngõ âm đạo trong điều trị sa tạng chậu ở bệnh nhân nữ Việt Nam.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Thiết kế nghiên cứu: Tiền cứu, mô tả cắt ngang
- Thời gian nghiên cứu: từ 3/ 2010 - 11/ 2010 ( 9 tháng).
- Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN nữ được chẩn đoán là sa tạng chậu có triệu chứng (túi sa niệu đạo bọng đái và / hoặc túi sa trực tràng thấp, giữa, cao) và có chỉ định phẫu thuật đặt mảnh ghép qua ngõ âm đạo trong điều trị sa tạng chậu.
  - Chỉ định phẫu thuật: Sa sàn chậu  $\geq$  độ II + sa tạng chậu  $\geq$  độ I
  - Phương pháp phẫu thuật: kết hợp nhiều phẫu thuật cùng lúc để điều trị sa các tạng chậu trong đó phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp qua ngõ âm đạo là phẫu thuật chính:
    - 1/ Bóc tách mô dưới niêm thành trước và sau âm đạo bằng dung dịch nước cất pha Adrenaline 1/200.000.
    - 2/ Rạch mở niêm âm đạo theo đường giữa đi từ vết tích màng trinh cho đến gần sát cổ tử cung.
    - 3/ Bóc tách rộng hai bên khoang cạnh âm đạo (chủ yếu bằng tay) bộc lộ bề mặt cơ bites trong tương ứng với Cung gân mạc chậu (đường trắng) đi từ mặt sau xương mu cho đến gai tọa.
    - 4/ Đặt hai mảnh ghép tổng hợp (Surgimesh) đưa ra hai bên lỗ bites theo kỹ thuật không căng (tension free technique) thay thế cho mạc mu cổ (thành trước âm đạo) và mạc trực tràng âm đạo (thành sau âm đạo).
    - 5/ Đóng vết mổ bởi mũi khâu liền bằng chỉ Vicryl 2.0. Không dẫn lưu.
- Biến chứng sớm: mức độ đau, bí tiểu, đại tiện lần đầu, chảy máu, nhiễm trùng.
- Biến chứng muộn: di chứng, đánh giá sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng.
- Theo dõi sau mổ: qua điện thoại, thư hồi đáp, khám định kỳ 1,3,6,9 tháng.
- Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân.

## III. KẾT QUẢ & BÀN LUẬN

### • Nguyên bệnh sinh:

Trong thời gian 9 tháng từ 3-2010 đến 11-2010, đối tượng nghiên cứu gồm 23 nữ nằm viện với chẩn đoán là hội chứng sa sàn chậu có triệu chứng. Các kết quả thu thập được như sau:

1/ Tuổi: trung bình là 58,1 ít nhất là 36 và lớn nhất là 81, trong đó 19/23 (83%) trường hợp (TH) lớn hơn 40 tuổi. Điều này cho thấy là ở phụ nữ độ tuổi > 40, có thể sự thiếu hụt oestrogen gây ra hiện tượng thoái hóa keo làm teo nhão các cấu trúc (cơ, mạc, dây chằng) nâng đỡ và treo giữ cơ quan vùng chậu[5].

2/ Tiền sử phẫu thuật vùng chậu: Ở các phụ nữ lớn tuổi đã có tiền sử cắt bỏ tử cung do sa, đồng nghĩa toàn bộ cấu trúc giải phẫu vùng chậu thay đổi, từ đó môm cắt này rất dễ bị sa tái phát [5]. Trong lô nghiên cứu, 4/23 TH đã qua phẫu thuật cắt bỏ tử cung, thăm khám lâm sàng và trên phim cộng hưởng từ động phát hiện sa môm cắt âm đạo kèm theo sa bản nâng.

3/ Sinh đẻ theo đường tự nhiên:

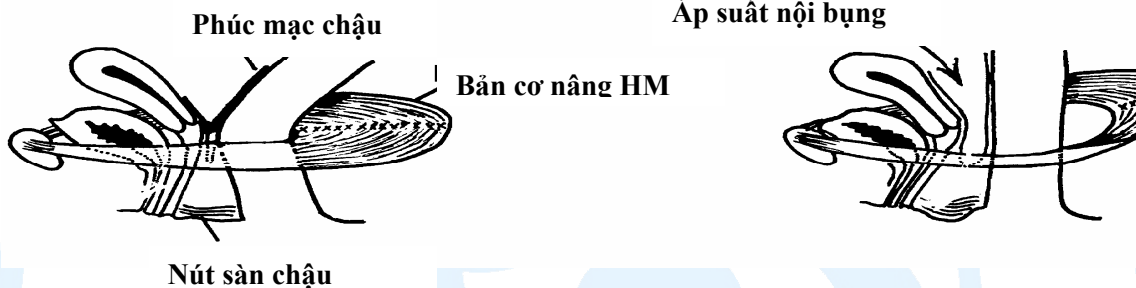


Một thống kê gần đây ở Mỹ cho thấy 50% phụ nữ đã sinh đẻ theo đường tự nhiên bị sa tạng chậu trong đó nếu sinh 1 lần có tỷ lệ mổ sa tạng chậu gấp 4 lần và gấp 8,4 lần nếu sinh 2 con trở lên [7]. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi, có 2 TH sinh 1 lần và 21/23 TH (91%) sinh từ 2 lần trở lên. Điều này cho thấy ở nữ càng sinh nhiều theo đường tự nhiên càng dễ mắc hội chứng sa sản chậu.

4/ Táo bón: theo A. Lembo (2003) táo bón chia làm 2 loại[6]. Táo bón chức năng, đại tràng co bóp bình thường chiếm 59%, điều trị đáp ứng tốt với nội khoa như thuốc nhuận trường và thực phẩm nhiều chất xơ. Loại thứ hai là táo bón cơ học (41%) bao gồm đại tràng chậm co bóp (Colonic inertia) chiếm 13%, bế tắc đường ra (Outlet obstruction) chiếm 25% và kết hợp cả hai chiếm 3%. Táo bón cơ học cần điều trị bằng vật lý trị liệu (bài tập Kegel...), thủ thuật (kích điện, phản hồi sinh học...) và phẫu thuật. Trong phạm vi nghiên cứu của đề tài, 100% BN bị táo bón là loại táo bón cơ học thuộc bế tắc đường ra, được chẩn đoán lâm sàng theo tiêu chuẩn ROME II và chẩn đoán hình ảnh trên cộng hưởng từ động tổng phân (MRI Defecography). Tác động của yếu tố rặn gắng sức kéo dài khi sanh đẻ hoặc táo bón sẽ gây chấn thương trực tiếp lên các cơ nâng đỡ sản chậu trong đó đặc biệt là với đường nối giữa của bản cơ nâng hậu môn làm bản và khe cơ nâng bị toác rộng, hậu quả là sự sa nhão của 3 tạng chậu ít nhiều chắc chắn xảy ra [2,12]. Vì vậy J. Beco (2008) đã xem phẫu thuật phục hồi bản cơ nâng hậu môn là chìa khóa của ngành sản chậu học[2].

(a) Bản cơ nâng HM bình thường

(b) Sa bản cơ nâng HM



#### 5. Vai trò của mạc nội chậu (Endopelvic fascia) và các dây chằng:

Nếu các tạng chậu được xem là con tàu, bản cơ nâng được xem là mặt nước thì mạc nội chậu và các dây chằng được xem là các dây neo giữ. Dưới tác động của gia tăng áp lực (như rặn, sinh đẻ, ho kéo dài...) mặt nước bị toác rộng, kể đến các phương tiện neo giữ bị rách đứt thì con tàu sẽ chìm. Theo DeLancey [ ] các phương tiện neo giữ này có thể chia làm 3 mức:

- Mức I hay Vùng đỉnh: Tạng sinh dục (từ cung, âm đạo) được treo giữ bởi phức hợp dây chằng chính - từ cung cùng, khi suy yếu sẽ gây sa sinh dục .

- Mức II hay phần di động nằm ngang của âm đạo, gồm:

Thành trước âm đạo: Mạc mu cổ và dây chằng mu niệu đạo treo giữ trực tiếp bóng đái niệu đạo, khi suy yếu sẽ gây tiểu són, tiểu gấp hoặc cả hai (thể hỗn hợp).

Thành sau âm đạo: Mạc trực tràng âm đạo khi suy yếu sẽ gây các thể túi sa trực tràng cao, giữa, thấp là những nguyên nhân thường gặp nhất của táo bón do bế tắc đường ra. Mạc mu cổ và mạc trực tràng âm đạo là 2 thành phần chính của mạc nội chậu phát xuất từ cung gân mạc chậu (Arcus tendineus fascia pelvis), trải dài từ mặt sau xương mu cho đến gai tọa, băng qua bề mặt của mạc cơ bịt trong nên còn có tên gọi là Đường trắng (White line).

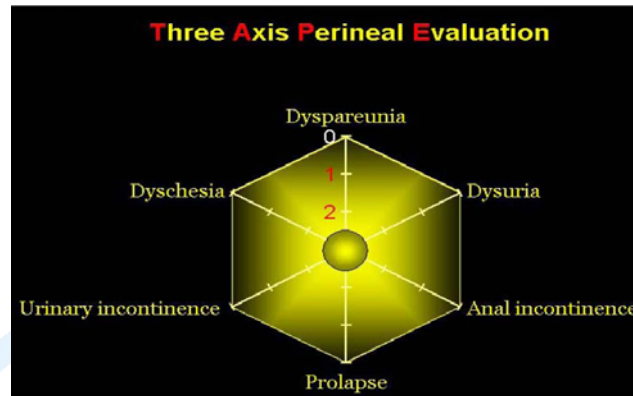
- Mức III là phần cố định ngoài cùng do dính vào nhau của 3 trực tạng chậu: đoạn xa của niệu đạo và âm đạo, nút sản chậu, hệ cơ thắt và ống hậu môn.

Do có cùng nguồn gốc phôi học, các khiếm khuyết giải phẫu của vùng sản chậu luôn có khuynh hướng xảy ra đồng thời. Một người bị sa sinh dục luôn kèm theo táo bón và / tiểu són hoặc ngược lại.

#### • Chẩn đoán:

Từ trước đến nay, các chuyên khoa tiết niệu (Urology), phụ khoa (Gynecology) và hậu môn đại trực tràng (Coloproctology) theo hướng phát triển ba chuyên khoa riêng biệt. Hai thập niên gần đây, chuyên ngành Sản chậu học ra đời với lý thuyết hợp nhất (Integral theory) kết hợp cả ba

chuyên khoa nói trên [1,3]. Theo chuyên khoa mới này, việc thăm khám lâm sàng phải thực hiện cùng lúc cả 3 trục tạng chậu với mục đích điều trị một chuyên khoa này sẽ không gây ảnh hưởng xấu đến chuyên khoa khác [11,12].



Trong lô nghiên cứu này các triệu chứng lâm sàng ghi nhận được như sau:

+ Triệu chứng đường tiết niệu: - 18 TH rối loạn tiểu tiện: 7 tiểu són khi gắng sức, 3 tiểu gấp, 8 thể hỗn hợp.

Túi sa	Triệu chứng Lâm sàng	BN
Niệu đạo	Són tiểu	7
Bọng đái	Tiểu gấp	3
BDNĐ	Thể hỗn hợp	8

+ Triệu chứng đường âm đạo: - 3/4 TH tiền sử đã cắt tử cung bị sa mỏm cắt âm đạo.  
- 15 TH sa tử cung (14 sa độ I, 1 sa độ II).

+ Triệu chứng đường hậu môn: - 23/23 TH Rectocele kèm táo bón (chẩn đoán theo tiêu chuẩn ROME II).  
- 10/23 TH sa trĩ vòng.  
- 4/23 TH lỏng trong trực tràng hậu môn.

RL Đại tiện	Số BN
ĐT tắc nghẽn	23
ĐT không hết phân	23
Mót rặn	21
Đau tức hậu môn	23
Phân cục lỏng nhón	20
ĐT < 3 lần/ tuần	21
Hỗ trợ (tay, thuốc, thụt tháo)	23

• **Chẩn đoán theo kết quả Cộng hưởng từ động tổng phân:**

Hiện nay chưa có tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán sa tạng chậu.[5,13]. Sa sinh dục thường được xác định dựa trên thăm khám lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm nội soi, XQ động, cộng hưởng từ động, niệu động đồ... Kết quả cho thấy các thương tổn này hiếm khi xuất hiện riêng lẻ mà thường kèm theo sa tạng chậu kế cận (sa thành trước âm đạo tức túi sa bọng đái niệu đạo và sa thành sau âm đạo liên quan mật thiết với các thể của túi sa trực tràng).

Nguyễn Đình Hồi và cs (2005) nghiên cứu 56 ca rectocele dựa trên thăm khám lâm sàng và đo áp lực hậu môn, siêu âm lòng hậu môn trực tràng và XQ trực tràng động[14].

Trong lô nghiên cứu này, ngoài thăm khám lâm sàng để xác định hội chứng sa sàn chậu như túi sa bọng đái niệu đạo, sa tử cung, túi sa trực tràng, sa nút sàn chậu, sa bản nâng... ở cả hai thì nghi và rặn, kết quả chẩn đoán chính xác hơn vẫn phải dựa vào kết quả phim cộng hưởng từ động tổng phân (MRI Defecography) với các bảng phân mức độ nặng như sau:

1. Bảng phân độ Sa Sàn chậu (Comiter CV) [4]

Độ	Đường M	Đường H	BN
I (nhẹ)	M > 2-4 cm	H > 6-8 cm	0 /23
II(trung bình)	M ≥ 4-6 cm	H ≥ 8-10 cm	18/23
III (nặng)	M ≥ 6 cm	H ≥ 10 cm	5/23

Trong lô bệnh này sự gia tăng của hai đường M (đường cơ - Muscular line) và H (đường khe - Hiatus line) không ghi nhận có sự thay đổi mang tính tương quan. Vì vậy về chỉ định phẫu thuật chúng tôi chỉ dựa trên phân độ sa của đường M. Tất cả 23 TH có mức độ sa sàn chậu M ≥ độ II.

2. Bảng phân độ Túi sa bọng đái niệu đạo (Yang vcs)

Độ	Độ sâu của Túi sa đo trên MRI	BN
I (nhẹ)	> 1 – 2 cm	5
II(trung bình)	> 2 – 4 cm	8
III (nặng)	≥ 4 cm	5

3. Bảng phân độ Túi sa trực tràng (Yang vcs)

Độ	Độ sâu của Túi sa đo trên MRI	BN
I (nhẹ)	> 1 – 2 cm	0
II(trung bình)	> 2 – 4 cm	16
III (nặng)	≥ 4 cm	7

Túi sa trực tràng	23 BN
Thể Cao: - Sa mỡ phúc mạc	13
- Ruột non	3
Thể giữa	8
Thể thấp	7



Có 8 TH cùng lúc có 2 loại thương tổn túi sa trực tràng khác

Trong lô nghiên cứu của chúng tôi cả 23 TH đều được chụp Cộng hưởng từ động tổng phân (MRI Defecography). Đây là một phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại cho kết quả chính xác và đầy đủ, chẩn đoán tổng hợp các bệnh lý sa tạng sàn chậu: sa bản cơ nâng hậu môn, túi sa bọng đái niệu đạo, sa tử cung, túi sa trực tràng thể thấp, giữa, cao (gồm túi sa mỡ phúc mạc, túi sa ruột non, túi sa đại tràng chậu

hông), sa nút sàn chậu, kẹt thần kinh thẹn, co thắt cơ mu trực tràng nghịch lý, lỏng trong hậu môn trực tràng, trĩ,... Từ kết quả chẩn đoán hình ảnh này phối hợp với thăm khám lâm sàng, chúng tôi đề ra phương án kết hợp đa phẫu thuật theo quan điểm hợp nhất của sàn chậu học (thường từ 2 - 4 phẫu thuật/ BN).

Ở nước ta kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh cộng hưởng từ động còn khá mới, số cơ sở chụp cũng như số nhân lực thông thạo về kỹ thuật này chưa nhiều, chi phí chụp khá đắt nên ít BN đồng ý chụp lại kiểm tra sau mổ (trong lô bệnh này, chỉ có 3/23 BN chụp lại). Đây là một trong những điểm hạn chế công tác nghiên cứu bệnh lý vùng sàn chậu.

• **Chỉ định phẫu thuật:**

Ở giai đoạn đầu với mức độ sa bản nâng nhẹ ( $M \geq$  độ I), 3 trực tạng chậu bị ảnh hưởng ít (rối loạn tiểu đại tiện chưa trầm trọng) thì phương pháp điều trị có thể là Vật lý trị liệu (bài tập Kegel, phản hồi sinh học), thủ thuật (kích điện, ghê từ trường) hoặc phẫu thuật phục hồi bản nâng đơn thuần có thể có hiệu quả. Khi mức độ sa sàn chậu nặng hơn ( $M \geq$  độ II) + sa các tạng chậu > độ I, các phương tiện neo giữ (mạc và dây chằng) đã bị rách đứt tương ứng với các triệu chứng lâm sàng nặng thì chỉ định phẫu thuật đặt các mảnh ghép tổng hợp cần được đặt ra. Phẫu thuật đặt mảnh ghép qua ngõ âm đạo dành cho các trường hợp sa tạng chậu nặng dựa trên kết quả thăm khám lâm sàng và phim cộng hưởng từ động tổng phân và đã điều trị nội khoa thất bại. Các chỉ định phẫu thuật gồm có:

- + Sa bản nâng hậu môn ( $M \geq$  độ II)
- + Sa thành trước Âm đạo (Túi sa bọng đái niệu đạo) > độ I.
- + Sa thành sau Âm đạo: - Túi sa trực tràng thể cao: mỡ phúc mạc, ruột non, đại tràng chậu hông.  
- Túi sa trực tràng giữa, thấp  $\geq$  độ II.

• **Phương pháp phẫu thuật:**

Trong lô nghiên cứu này, các phẫu thuật điều trị sa tạng chậu được kết hợp như sau:

- MGTT + MGTS + PHBN + KT	: 4	TH
- MGTT + MGTS + PHBN	: 6	TH
- MGTT + MGTS + KT	: 2	TH
- MGTT + MGTS	: 3	TH
- MGTT + KT	: 2	TH
- MGTT + PHTS + PHBN	: 1	TH
- PHTT + MGTS + PHBN	: 1	TH
- MGTS + PHBN + KT	: 1	TH
- MGTS + PHBN	: 2	TH
<b>Cộng</b>	<b>:</b>	<b>23 TH</b>

$$23 \text{ TH} = 15 \text{ MGTT} + \text{MGTS}, \quad 3 \text{ MGTT}, \quad 5 \text{ MGTS}$$

(MG: mảnh ghép, TT: thành trước âm đạo, TS: thành sau âm đạo, PH: phục hồi, BN: bản cơ nâng hậu môn, KT: khâu treo)

Chúng tôi áp dụng phương pháp kết hợp đa phẫu thuật để điều trị các bệnh lý sa tạng chậu theo quan điểm lý thuyết hợp nhất của sàn chậu học chứ không thực hiện từng phẫu thuật riêng lẻ, từ đó rút ra được một số các kinh nghiệm sau:

1/ Sa bản nâng > độ II ( $M > 4 \text{ cm}$ ) kèm theo rối loạn tiểu đại tiện nặng cần phải kết hợp đa phẫu thuật với mục đích phục hồi sa bản cơ nâng hậu môn cùng lúc với sa nhão mạc nội chậu (mạc mu cổ, cung gân mạc chậu, mạc trực tràng âm đạo) và các dây chằng (DC mu niệu đạo, DC chính tử cung - cùng), tuy nhiên khi các phương tiện nâng đỡ và treo giữ này đã thực sự rách đứt thì chỉ định đặt mảnh ghép thay thế là điều cần thiết và việc điều trị mới có kết quả.

2/ Tuân thủ đúng nguyên tắc kỹ thuật mô không căng (Tension free technique), phục hồi thành trước và sau âm đạo bằng cách thay thế bởi 2 mảnh ghép tổng hợp treo qua lỗ bịt ở 2 đầu trước, sau của cung gân mạc chậu và thả tự do các đầu của dải treo. Kỹ thuật này có ưu điểm là rất ít đau sau mổ so với phẫu thuật không đặt mảnh ghép, đây là yếu tố rất quan trọng đối với bệnh nhân lớn tuổi và cấu trúc sàn chậu bị sa nhão nặng. Tuy nhiên ở các trường hợp đã sa tử cung âm đạo > độ I nên kèm theo phẫu thuật phục hồi phức hợp dây chằng chính-tử cung cùng.

- **Kết quả phẫu thuật:**

Trong thời gian theo dõi từ 1-9 tháng sau mổ, chúng tôi đánh giá kết quả phẫu thuật trên từng trục của ba tạng chậu như sau:

1/ Trục Hậu môn trực tràng: 23 TH nhập viện vì táo bón do bế tắc đường ra được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ROME II, nguyên nhân chủ yếu là do thương tổn túi sa trực tràng (có 8 TH có 2 túi sa trực tràng khác nhau cùng lúc) và lồng trong hậu môn trực tràng (4 TH). Ngoài ra thêm một số thương tổn khác đi kèm như trĩ vòng (10 TH).

1.1. Kết quả điều trị táo bón (23/23 TH):

<b>RL Đại tiện</b>	<b>Số BN</b>	<b>Cải thiện</b>
ĐT tắc nghẽn	23	23 (100%)
ĐT không hết phân	23	21 (91%)
Mót rặn	21	20 (95%)
Đau tức hậu môn	23	21 (91%)
Phân cục lớn nhón	20	20 (100%)
ĐT < 3 lần/ tuần	21	20 (95%)
Hỗ trợ (tay, thuốc, thụt tháo)	23	23 (100%)

Như vậy kết quả cải thiện tốt sau mổ đối với triệu chứng táo bón là > 91%.

1,2, Kết quả điều trị trĩ (10/23TH): kết quả tốt 100% bằng phẫu thuật phục hồi bản nâng và khâu treo.

2/ Trục Tiết niệu: 18/23 TH trong đó 7 TH tiểu són, 3 TH tiểu khẩn cấp, 8 TH thể hỗn hợp. 17 TH cải thiện tốt sau mổ, 1 TH thể hỗn hợp cải thiện trung bình. Tỷ lệ đạt kết quả tốt là 94%

3/ Trục sinh dục: 15 TH sa sinh dục (14 TH sa tử cung độ I, 1 TH sa độ II). Sau mổ cả 15 TH đều có kết quả cải thiện tốt hơn trước mổ. Tuy nhiên ở lô bệnh này, không ghi nhận được kết quả về giao hợp đau trước và sau mổ.

- **Dữ liệu trong và sau mổ:**

- Thời gian mổ: lúc đầu, mỗi phẫu thuật kéo dài từ 30 – 45 phút do chưa kinh nghiệm. Hiện nay, thời gian mổ chỉ còn 15-25 phút/ phẫu thuật.

- Chảy máu trong và sau mổ: đây là phẫu thuật rất ít chảy máu (<10 ml/PT), và gần như không gặp ca nào chảy máu sau mổ.

- Đau và bí tiểu hậu phẫu: vì kết hợp nhiều phẫu thuật trong điều trị sa bản nâng và sa tạng chậu, chúng tôi thường gây tê ngoài màng cứng và thông tiểu lưu khoảng 48 giờ sau mổ để giảm đau hậu phẫu nên mức độ đau hậu phẫu không đánh giá được chính xác.

- Nhiễm trùng vết mổ và lộ mảnh ghép do bào mòn mô: biến chứng đáng quan tâm nhất của phẫu thuật này là lộ mảnh ghép do bào mòn mô. Theo dõi sau 3 tháng, chúng tôi phát hiện 1 TH lộ mảnh ghép ở thành sau âm đạo # 0,5cm2 nhưng không có triệu chứng lâm sàng, hiện đang tiếp tục theo dõi.

- Thời gian nằm viện: Thường chúng tôi giữ bệnh nhân đến ngày cắt chỉ (7-8 ngày sau mổ) mới xuất viện với tình trạng đại bộ phận triệu chứng đều cải thiện tốt.

- Tái phát: Trong thời gian theo dõi 1- 9 tháng, chúng tôi chưa phát hiện trường hợp nào sa bản nâng và sa tạng tái phát.
- Đánh giá kết quả hài lòng của người bệnh : 20 TH rất hài lòng, 3 TH hài lòng trung bình, 0 TH không hài lòng. Điều này nói lên kết quả khả quan của phẫu thuật theo lý thuyết hợp nhất của chuyên ngành Sản chậu.

Có lẽ số lượng bệnh mổ chưa nhiều, thời gian nghiên cứu ngắn nên đây chỉ là kết quả bước đầu. Đề tài cần có số lượng BN đông hơn, có nhóm đối chứng ngẫu nhiên và thời gian nghiên cứu lâu hơn.

#### **IV. KẾT LUẬN:**

- Chẩn đoán và điều trị hội chứng sa sản chậu nên theo quan điểm Sản chậu học, nghĩa là luôn đánh giá cùng lúc cả 3 tạng chậu: tiết niệu dưới, sinh dục, hậu môn trực tràng.
- Cộng hưởng từ động tổng phân cho kết quả rất đáng tin cậy trong chẩn đoán sa tạng chậu nữ.
- Phương pháp kết hợp đa phẫu thuật có sử dụng đặt mảnh ghép thành trước và thành sau âm đạo trong phục hồi sa tạng chậu cho kết quả tốt > 90%, rất ít biến chứng trong và sau mổ.
- Nghiên cứu cần tiếp tục với số lượng bệnh nhân nhiều hơn, cần chụp MRI sau mổ, có nhóm chứng ngẫu nhiên và thời gian theo dõi lâu hơn.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Beco J, Mouchel J (2002). Understanding the concept of perineology. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 13:275-277.
2. Beco J (2008). Interest of retro-anal levator plate myorrhaphy in selected cases of descending perineum syndrome with positive anti-sagging test. *BMC Surgery*; 8:13.
3. Beco J, Mouchel J (2003). Perineology: A new area. *Int Urogynecol J*;17;2: 79-86
4. Comiter CV, Vasavada SP, Barbaric ZL, Gousse AE, Raz S (1999). Grading pelvic prolapse and pelvic floor relaxation using dynamic magnetic resonance imaging. *Urology*; 3:454-457.
5. Dietz H.P (2008). The aetiology of prolapse. *Int Urogynecol J*;19: 1323-1329
6. Lembo A and al (2003). Current concepts Chronique Constipation. *N Engl J Med*, 349: 1360-8
7. Mant J and al (1997). Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study, *BJOG*; 104: 579-85
8. Nichols DH (1982). Retrorectal levatorplasty with colporrhaphy. *Clin Obstet Gynecol*, 25:939-947.
9. Nichols DH (1982). Retrorectal levatorplasty for anal and perineal prolapse. *Surg Gynecol Obstet*, 154:251-254.
10. Parks AG (1967). Post-anal perineorrhaphy for rectal prolapse. *Proc R Soc Med*, 60:920-921.
11. Petros PE, Patrick JW (2008). The Integral theory of continence. *Int Urogynecol J*;19: 35-40
12. Peter Petros (2007). *The female pelvic floor. Function, dysfunction and management according to the integral theory.* Springer. Second Edition.
13. Shafik A (1987). A new concept of the anatomy of the anal sphincter mechanism and the physiology of defaecation. *XXVIII - Complete rectal prolapse: a technique for repair. Coloproctology*, 9:345-352.
14. Nguyễn Đình Hồi vcs (2005). Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị chứng táo bón do sa trực tràng kiểu túi. *Y học TPHCM, Tập 9, phụ bản số 1: 10 -16*

# PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA TẠNG CHẬU NỮ CÓ ĐẶT MẢNH GHÉP TỔNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

*BS Nguyễn Bá Mỹ Nhi, BS Phan Thị Nga, BS Văn Phụng Thống, BS Nguyễn Thị Vĩnh Thành, BS Nguyễn Thị Thanh Tâm, BS Hồ Kỳ Thu Nguyệt, BS Nguyễn Bá Mỹ Ngọc*

## ĐẶT VẤN ĐỀ:

Sa sinh dục (SSD) hay còn gọi là sa các cơ quan vùng chậu (POP = pelvic organ prolapsus) được biết đến do tình trạng suy yếu hệ thống nâng đỡ đáy chậu dẫn đến sự tụt xuống của các cơ quan vùng chậu vào âm đạo.

Gần 50% phụ nữ trong độ tuổi 15 - 60 bị sa tạng vùng chậu, và ngày càng có nhiều phụ nữ đi khám vì những khó chịu do bệnh gây ra. Sa tạng vùng chậu chiếm một phần năm chỉ định mổ phụ khoa, mỗi năm ở Mỹ có khoảng 400.000 ca mổ SSD, con số này cho thấy phẫu thuật điều trị các rối loạn do sa tạng vùng chậu gây ra là vấn đề phổ biến, trong đó khoảng 125.000 ca tái phát (chiếm tỷ lệ 31, 25%) cho thấy tỉ lệ thất bại của phẫu thuật điều trị sa tạng vùng chậu không phải là thấp.

Mặc dù không đe dọa trực tiếp tính mạng bệnh nhân, nhưng bệnh đã gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống và sức khỏe của họ, ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày do rối loạn chức năng các cơ quan vùng chậu (tử cung, ruột, bàng quang), giao hợp khó, rối loạn đi tiểu, khó đi cầu, tràn nặng bụng dưới đau lưng, cảm giác vướng nặng và phồng căng trong âm đạo, viêm nhiễm tại chỗ do cọ xát...

Nhiều phương pháp điều trị sa tạng vùng chậu đã được đề cập và thực hiện, từ điều trị nội khoa như tập vật lý sàn chậu (tập cơ vùng chậu, kích thích điện cơ, mang vật nặng trong âm đạo...), sử dụng mũ chụp đặt âm đạo (pessary), cho đến điều trị ngoại khoa cắt tử cung, cố định tử cung hay mổ cắt vào mỏm nhô, vào các dây chằng như cùng gai, tử cung cùng ... Việc lựa chọn phương pháp điều trị nào tùy thuộc vào: tạng nào bị sa, mức độ nặng nhẹ của bệnh, tình trạng sức khỏe người bệnh, khả năng và sở trường của phẫu thuật viên, điều kiện tại cơ sở mình có.

Ngày nay đời sống kinh tế càng cao, bệnh nhân càng đòi hỏi chất lượng sống phải được cải thiện nhiều hơn, không chỉ riêng người phụ nữ còn trong độ tuổi hoạt động sinh dục mà hầu hết tất cả mọi phụ nữ bị sa tạng vùng chậu đều cảm thấy xấu hổ và không tự tin khi phải chung sống với các rối loạn chức năng do sa tạng vùng chậu gây ra. Ước muốn sanh thêm con, quan niệm hoạt động tình dục kéo dài sau mãn kinh, tâm lý mong muốn vẫn còn là một phụ nữ, vẫn còn khả năng làm vợ làm mẹ, càng được xã hội thừa nhận, đặt ra vấn đề cần thiết phải phục hồi lại cấu trúc giai phẫu sản chậu, giải quyết các rối loạn chức năng sản chậu, hạn chế tối đa phá vỡ các cấu trúc nâng đỡ do phẫu thuật gây ra một cách hiệu quả nhất. Được sự cho phép của bệnh viện Từ Dũ, phương pháp sử dụng mảnh ghép tổng hợp polypropylene trong điều trị phục hồi sản chậu đã được triển khai thực hiện để điều trị sa tạng vùng chậu.

Việc đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phương pháp này là hết sức quan trọng nhằm rút ra những kinh nghiệm trong quá trình thực hiện và cung cấp dữ liệu tham khảo cho các nhà lâm sàng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: “Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phương pháp sử dụng mảnh ghép tổng hợp polypropylene trong phẫu thuật điều trị phục hồi sản chậu trên các bệnh nhân sa tạng vùng chậu tại BV Từ Dũ từ năm 2009 đến năm 2011”

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

### 1. MỤC TIÊU CHÍNH :

Đánh giá bước đầu hiệu quả và độ an toàn của phương pháp sử dụng mảnh ghép tổng hợp trong phẫu thuật phục hồi sàn chậu trên các bệnh nhân sa tạng vùng chậu tại BV Từ Dũ từ tháng 7/ 2009 đến tháng 11 năm 2010

### 2. MỤC TIÊU PHỤ:

2.1 Mô tả đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu

2.2 Mô tả các tạng bị sa và mức độ sa theo phân loại POP - Q

2.3 Đánh giá hiệu quả điều trị: thay đổi độ sa sau mổ theo phân loại POP - Q, thời gian cải thiện, khối bệnh, sự hài lòng, chất lượng sống, thời gian tái phát trong 2 tháng đến 12 tháng sau mổ.

2.4 Đánh giá độ an toàn phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tai biến trong mổ, biến chứng gần sau mổ, biến chứng xa sau mổ.

## TỔNG QUAN Y VĂN

Sa tạng vùng chậu là bệnh lý phổ biến, chiếm tỉ lệ khoảng 50% ở các phụ nữ đã có sinh đẻ ( Beck 1991). Tỉ lệ gộp chung hàng năm các loại phẫu thuật phối hợp chiếm khoảng trên 10-30/10000 phụ nữ ( Brubaker 2002).

### I. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI SA TẠNG VÙNG CHẬU

**Sa sinh dục (SSD) hay còn gọi là sa các tạng trong vùng chậu (POP = pelvic organ prolapse)** được xem là sự tụt xuống của tử cung, bàng quang, trực tràng, thành trước, thành sau âm đạo... khỏi vị trí giải phẫu bình thường, do sự tổn thương và suy yếu các cấu trúc cân cơ dây chằng nâng đỡ tại sàn chậu [1]. Theo định nghĩa này các loại sa tạng vùng chậu được phân ra bao gồm:

- Sa bàng quang: thường được mô tả như sa thành trước âm đạo
- Sa cổ bàng quang: có hay không kèm theo sa bàng quang và niệu đạo quá di động
- Sa tử cung: sa tử cung và cổ tử cung
- Sa mỏm cắt: sau cắt tử cung
- Sa trực tràng: sa phần dưới thành sau âm đạo
- Sa ruột: sa túi cùng trực tràng âm đạo, phần trên của thành sau âm đạo, khối sa thường chứa quai ruột non.
- Sa thành trước, sa thành sau âm đạo

#### **Phân loại sa sinh dục :**

##### **a. Theo hệ thống Baden Walker Halfway**

- Độ 1: sa đến giữa chiều dài âm đạo
- Độ 2: sa từ dưới điểm giữa chiều dài âm đạo đến màng trinh
- Độ 3: sa dưới màng trinh ra đến nửa chiều dài âm đạo
- Độ 4: sa toàn bộ hay quá đến nửa chiều dài âm đạo ra ngoài

##### **b. Theo hệ thống POP-Q (Pelvic Organ Prolapse - Quantification)**

Phân loại này được tiêu chuẩn hóa thuật ngữ về sa sinh dục vào năm 1993 bởi:

- ICS (International Continence Society)
- AUGS (American Urogynecologic Society)



□ SGS (Society of Gynecologic Surgeons)

Được sử dụng rộng rãi trên thế giới do:

- Chính xác, đi đến được sự thống nhất trong phân loại
- Đánh giá được nhiều yếu tố
- Ứng dụng tốt trong cả thực hành lâm sàng và nghiên cứu
- Tiêu chuẩn dùng trong báo cáo khoa học

Đơn vị: cm

Tư thế SPK, 45 độ, Valsava

Dụng cụ: van AD, thước đo, kẹp tim, kẹp Pozzi

Mốc 0: màng trinh, nằm trên màng trinh là dấu (-), dưới màng trinh là dấu(+)

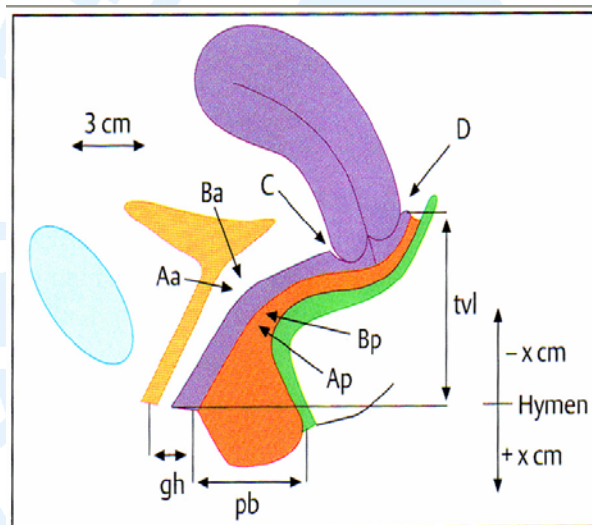
**Các điểm đo:**

Điểm cố định (Aa, Ap): cách niệu đạo 3cm

Điểm thay đổi (Ba, Bp): điểm xa nhất của đoạn AD từ Aa, Ap đến cùng đồ

Cùng đồ: C & D (còn TC)

Ba kích thước đo: đường kính khoang niệu dục (gh: genital hiatus), bề dày tầng sinh môn (pb: perineal body) và tổng chiều dài âm đạo (tvL: total vaginal length)



	Ba	C
	Pb	TvL
	Bp	D

- Độ 0: Ko SSD
  - Aa, Ba, Ap, Bp: 3cm trên màng trinh
  - C hay D:  $tvL - 2cm < C, D \leq tvL$
- Độ I:  $B > 1cm$  trên màng trinh
- Độ II:  $B < 1cm$  trên màng trinh đến màng trinh
- Độ III:  $B > 1cm$  dưới màng trinh đến  $< tvL - 2 cm$
- Độ IV: sa toàn bộ,  $B \geq (tvL - 2) cm$

## II. DỊCH TỄ HỌC SA TẠNG VÙNG CHẬU VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

### Tỷ lệ

Tại Mỹ, 24% phụ nữ bị một trong các dạng của rối loạn chức năng đáy chậu [10]. Theo báo cáo một nghiên cứu về sức khỏe phụ nữ thì khi thăm khám có 34% phụ nữ bị sa thành trước âm đạo, 19% sa thành sau âm đạo và 14% có sa tử cung [11].

### **Yếu tố nguy cơ :**

Một người bệnh có thể bị sa một hay nhiều vị trí khác nhau tùy điểm yếu của sàn chậu tại đâu. Bệnh nguyên sa tạng chậu phức tạp, liên quan đến nhiều yếu tố khác nhau, bao gồm: mang thai, sanh đẻ, sanh nhiều lần ; bệnh lý mô liên kết mắc phải; suy yếu của sàn chậu; tuổi tác; sau cắt tử cung; mãn kinh; các yếu tố phối hợp với tình trạng tăng áp lực ổ bụng mãn tính (Bump 1998, Gill 1998, MacLennan 2000).

## **III. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN SA TẠNG VÙNG CHẬU**

### **1. Hỏi bệnh sử:**

Cần khai thác kỹ bệnh sử về niệu khoa, sản phụ khoa, nội ngoại khoa, sử dụng thuốc và các thói quen sinh hoạt ảnh hưởng đến chức năng đáy chậu và làm lợi tiểu.

### **2. Khám lâm sàng: Bao gồm khám tổng quát, khám bụng, khám phụ khoa**

#### **Triệu chứng lâm sàng**

Khó chịu  
Đau, giao hợp khó  
Kích thích tại chỗ do loét  
Triệu chứng đường tiểu:  
Tiểu ứ đọng  
Bàng quang tăng hoạt  
Tắc niệu đạo

#### **Triệu chứng khác**

Táo bón, Tiêu không kiểm soát  
Tiểu không kiểm soát  
Khám phụ khoa

#### **Khám âm đạo với van, mỏ vịt, kẹp Pozzi, kẹp hình tim và thước đo**

Khám ở tư thế sản phụ khoa hoặc ngồi xổm hoặc đứng và hướng dẫn bệnh nhân rặn  
Dùng Pozzi hay kẹp tim kéo cổ tử cung xuống đánh giá sa tử cung, đẩy thành âm đạo lên để đánh giá khả năng phục hồi thành âm đạo khi mỏ sa sinh dục, đồng thời cho bệnh nhân ho xem có bị TKKS khi gắng sức tiềm ẩn hay không, nếu có thì làm thêm Bonney test.

Đánh giá tình trạng nội tiết tại chỗ qua niêm mạc âm đạo.

Đánh giá hệ thống cơ nâng hậu môn

Khám trực tràng để chẩn đoán sa ruột, sa trực tràng

Xác định lượng nước tiểu tồn lưu

Thử nghiệm mang băng đối với bệnh nhân có tiểu không kiểm soát

Nhật ký đi tiểu cũng được phát cho bệnh nhân đánh giá trong vòng 7 ngày.

### **3. Đo niệu động học**

Do khả năng rối loạn đi tiểu kèm theo sa sinh dục khá cao (60%), niệu động học cũng được thực đối với tất cả các trường hợp mỏ sa sinh dục.

### **4. Đánh giá chất lượng sống người bệnh**

### **5. Xét nghiệm**

Tổng phân tích nước tiểu, cấy trùng tiểu làm kháng sinh đồ nếu nghi ngờ.

Chức năng thận

Siêu âm phụ khoa

Chụp cộng hưởng từ

#### IV. TỔNG QUÁT ĐIỀU TRỊ

Theo thống kê, 11% phụ nữ sống đến 80 tuổi sẽ phải trải qua phẫu thuật điều trị sa sinh dục hoặc tiểu không kiểm soát trong cuộc đời mình. Trong số đó, với các phẫu thuật điều trị sa sinh dục kinh điển sẽ có 30% bị tái phát [1]. Mặc dù sa sinh dục không phải là bệnh lý cấp tính hay nan y buộc phải điều trị ngay, nhưng bệnh lại gây ảnh hưởng đến sức khỏe do gây viêm loét phần âm đạo, cổ tử cung bị sa ra ngoài, rối loạn đi tiêu tiểu. Ngoài ra còn ảnh hưởng đến sinh hoạt tình dục, gây cảm giác khó chịu khi đi lại, làm việc do cơ quan bị sa ra ngoài âm hộ và làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh [2].

Có nhiều phương pháp để điều trị sa tạng vùng chậu, bao gồm nội khoa như tập vật lý trị liệu sàn chậu (pelvic floor muscle training PFMT), hoặc sử dụng các vòng nâng đỡ cơ học pessary, hay các phẫu thuật treo nâng cố định các tạng bị sa có kết hợp sửa chữa lại những khiếm khuyết đặc biệt.

Mục tiêu của điều trị phẫu thuật trong sa tạng vùng chậu bao gồm:

- phục hồi lại cấu trúc âm đạo bình thường
- phục hồi hoặc duy trì chức năng bàng quang bình thường
- phục hồi hoặc duy trì lại chức năng bình thường của ruột
- phục hồi hoặc duy trì chức năng tình dục bình thường

Trong nhiều thập kỷ qua đã có rất nhiều thay đổi lớn trong các kỹ thuật mổ qua ngã âm đạo, ngã bụng (mổ hở hay nội soi) nhằm đáp ứng các mục tiêu trên, gồm các phẫu thuật sau:

1. Phẫu thuật ngã âm đạo: *cắt tử cung, sửa thành trước và sau âm đạo, chỉnh hình cùng đồ theo phương pháp Mc Call (Mc Call culdoplasty), cắt đứt cổ tử cung và treo tử cung vào dây chằng cardinal (Manchester repair), cố định cổ tử cung vào dây chằng cùng gai và trước gai (prespinous and sacrospinous colpopexy), cột lại túi ruột sa (enterocele ligation), sửa sa thành bên âm đạo (paravaginal repair), phẫu thuật Le Fortes và phục hồi hội âm (perineal reconstruction)*
2. Phẫu thuật ngã bụng: *cố định vào mông nhô (sacral colpopexy), sửa sa thành bên (paravaginal repair), treo vòm âm đạo và khâu ngắn dây chằng tử cung cùng (vault suspending and uterosacral ligament plication), cột lại túi ruột sa và sửa lại thành sau âm đạo (enterocele ligation and posterior vaginal wall repair). Phẫu thuật có thể thực hiện qua mổ hở hay qua nội soi ổ bụng.*
3. Sự kết hợp của vài loại phẫu thuật với nhau trong điều trị sa tạng

Chọn lựa phẫu thuật tùy thuộc một số yếu tố: bản chất cơ quan bị sa, vị trí và mức độ sa, triệu chứng kèm theo có ảnh hưởng đến chức năng đường tiểu, đường ruột, tình dục; sức khỏe của người phụ nữ; khả năng và sở trường của phẫu thuật viên.

Phẫu thuật ngày càng phát triển với khuynh hướng tăng thêm việc sử dụng mảnh ghép (mesh /graft) có chất liệu tổng hợp, hay sinh học, với mục đích làm giảm nguy cơ thất bại. Có rất nhiều loại mảnh ghép khác nhau, sự khác biệt giữa các mảnh ghép dựa vào cấu trúc, chất liệu, và khả năng vật lý của nó. Hiện nay chưa có phân loại cụ thể nào cho các mảnh ghép này, do vậy tạm thời mảnh ghép được xếp làm các loại như sau:

- mảnh ghép bằng chất liệu tổng hợp, qui định gọi là mesh, trong đó có loại tan được và không tan được
- mảnh ghép bằng chất liệu sinh học, qui định gọi là graft, trong đó có loại tan được và loại không tan được
- mảnh ghép kết hợp giữa chất liệu tan – không tan, tổng hợp hoặc sinh học.

Ngoài ra các mảnh ghép này còn có khác nhau về:

- loại đơn sợi hay đa sợi

- kích thước đường kính các lỗ trên mảnh ghép phải đủ rộng để các tế bào máu như hồng cầu, bạch cầu, đại thực bào..., các phân tử kháng sinh có thể đi xuyên qua, bảo vệ mô tại chỗ chống đỡ nhiễm trùng
- các mạch máu tăng sinh xuyên qua các lỗ đó dễ dàng, tạo điều kiện cho các tổ chức mô bám dính lên mảnh ghép được và giúp nâng đỡ tốt.

Về mặt lý thuyết mảnh ghép có thể được sử dụng cho bất kỳ mức độ nào của sa tạng vùng chậu, thành trước hay sau của âm đạo. Vì tỉ lệ tái phát của các phương pháp phẫu thuật cổ điển không phải là thấp, chiếm khoảng 30% các trường hợp, do vậy mảnh ghép đã được đề nghị sử dụng ngay trong lần điều trị đầu tiên đối với sa tạng vùng chậu có nguy cơ thất bại cao (tức là cho phẫu thuật lần đầu) và phẫu thuật sửa chữa lại các trường hợp sa tạng tái phát... Tại Anh quốc, sử dụng mảnh ghép đặc biệt nhiều cho các trường hợp tái phát và các bệnh của mô liên kết bẩm sinh như trong hội chứng Marfan, Ehlers Danlot.

Theo tổng quan từ Cochrane collaboration review manager 2007, với hơn 30 nghiên cứu về vấn đề này, cho thấy qua khảo sát 2472 bệnh nhân được điều trị sa thành trước âm đạo có sử dụng mảnh ghép tổng hợp hay sinh học (với 17 nghiên cứu RCT, 4 nghiên cứu so sánh không ngẫu nhiên non-randomised, 1 ghi nhận registry, và 13 báo cáo hàng loạt ca) đã đưa ra kết luận rằng việc có sử dụng mảnh ghép với bất kỳ loại gì, thì hiệu quả tránh tái phát cao hơn nhiều so với không sử dụng mảnh ghép RR 0,48 95% CI 0,05 - 0,09; đồng thời cũng đưa ra bằng chứng tỉ lệ thất bại cao nhất ở nhóm phẫu thuật không sử dụng mảnh ghép là 29% so với có sử dụng mảnh ghép tổng hợp không tan chỉ có 9%, trong khi so với mảnh ghép tổng hợp tan được là 23%. Tuy nhiên thời gian theo dõi để đi đến kết luận tái phát chưa đủ dài.

Tỉ lệ bào mòn với mảnh ghép tổng hợp không tan 10% 95% CI 8 - 13%, và phải lấy mảnh nâng ra là 6%. Việc sử dụng mảnh ghép được chế tạo có chất lượng tốt đạt tiêu chuẩn nguy cơ bị bào mòn, nhiễm trùng thấp nhất, khả năng bám dính cao ... là một tiến bộ lớn mang lại nhiều hứa hẹn thỏa mãn được mong muốn đạt được chất lượng cao trong điều trị phẫu thuật đối với sa tạng vùng chậu. Đây là vấn đề có tính thời sự và cấp thiết để ngăn ngừa bệnh suất, tái phát lại, nâng cao sức khỏe và chất lượng sống cho người bệnh.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### I. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Báo cáo hàng loạt ca.

### II. DÂN SỐ NGHIÊN CỨU

#### 1. Quần thể đích

Những phụ nữ đi khám phụ khoa bị sa tạng vùng chậu

#### Quần thể nghiên cứu

Những phụ nữ bị sa tạng chậu đến khám phụ khoa tại BV Từ Dũ.

#### 2. Mẫu

Những phụ nữ bị sa các tạng vùng chậu có triệu chứng tiết niệu, tiêu hóa, hay tình dục đã ảnh hưởng đến chất lượng sống, yêu cầu được điều trị đến khám phụ khoa tại bệnh viện Từ Dũ, chỉ định sử dụng mảnh ghép tổng hợp trong điều trị phục hồi sàn chậu qua ngã âm đạo hay nội soi ổ bụng, đồng ý tham gia và trả lời đầy đủ các câu hỏi trong bảng câu hỏi nghiên cứu, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian từ 2010 đến 2012.

### III. CÁCH CHỌN MẪU

#### 1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Những phụ nữ bị sa tạng vùng chậu có triệu chứng tiết niệu, tiêu hóa hay tình dục đã ảnh hưởng đến chất lượng sống, yêu cầu được điều trị, đến khám phụ khoa tại Bệnh viện Từ Dũ có chỉ định đặt chỉ định sử dụng mảnh ghép tổng hợp trong điều trị phục hồi sàn chậu qua ngã âm đạo hay nội soi ổ bụng, đồng ý tham gia và trả lời đầy đủ các câu hỏi trong bảng câu hỏi nghiên cứu, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian từ 2010 đến 2012:

- Từ 40 tuổi trở lên
- Không muốn sinh con nữa
- Sa tạng vùng chậu  $\geq$  độ II theo phân loại POP – Q
- Có các triệu chứng ảnh hưởng đến chất lượng sống do sa tạng vùng chậu gây ra.

## 2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bị một trong các tình trạng sau có liên quan đến đường tiết niệu, đường ruột, âm đạo như: dị dạng, lỗ dò, ung thư, khối u
- Tiền sử chấn thương tủy sống, hệ thần kinh trung ương, xạ trị vùng bụng chậu, rối loạn tâm thần.
- Có chống chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp âm đạo hay ngã bụng: viêm âm hộ đạo cấp tính chưa điều trị, sang thương và dịch tiết bất thường ở niệu đạo, lỗ trong cổ tử cung, nghi ngờ khối u ác tính tử cung buồng trứng, tiền căn mổ viêm phúc mạc, dính ruột, tắc ruột, lao phúc mạc..... vận động viên thể thao

## IV. CỖ MẪU

Chúng tôi thu thập tất cả các trường hợp đặt mảnh ghép tổng hợp ngã âm đạo hay qua nội ổ bụng điều trị sa tạng vùng chậu có triệu chứng tại BV Từ Dũ thỏa tiêu chí chọn mẫu trong thời gian từ tháng 7 năm 2009 đến tháng 11 năm 2010.

## V. PHƯƠNG TIỆN THU THẬP SỐ LIỆU

Bảng thu thập số liệu là bảng câu hỏi soạn sẵn, bảng nhật ký đi tiểu.

Dụng cụ khám phụ khoa: đèn gù, bàn khám, mỏ vịt, kẹp tim, kẹp Pozzi, thước đo độ sa tạng vùng chậu, gòn hấp vô trùng, kèm gấp, que gòn, găng tay hấp vô trùng.

Dụng cụ và máy đo niệu động học gồm: niệu dòng đồ, áp lực đồ bàng quang.

## VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nghiên cứu được thực hiện tại phòng khám niệu phụ khoa và khoa nội soi Bệnh viện Từ Dũ. Những phụ nữ đi khám phụ khoa được chẩn đoán sa tạng vùng chậu có chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích mục đích nghiên cứu sẽ được phỏng vấn bằng bảng câu hỏi soạn sẵn. Tất cả đối tượng nghiên cứu đều được chúng tôi phỏng vấn về tên, tuổi, nơi ở, tuổi, số lần sanh, chỉ số khối cơ thể, tình trạng mãn kinh. Phần tiếp theo là những câu hỏi về triệu chứng sa tạng vùng chậu, mức độ nặng và ảnh hưởng đến chất lượng sống. Đồng thời chúng tôi cũng khai thác đặc điểm và rối loạn đi tiểu, đi tiêu, tình dục kèm theo của người bệnh. Sau đó bệnh nhân được khám tổng quát, đo chiều cao, cân nặng, huyết áp, khám phụ khoa và đánh giá độ sa tạng chậu. Làm nghiệm pháp xác định có rỉ nước tiểu khi gắng sức, nghiệm pháp Bonney, khám cung phản xạ cùng 2- cùng 4 qua phản xạ hành hang, siêu âm ngã âm đạo, xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu trong trường hợp có triệu chứng nhiễm trùng tiểu và tổng phân tích nước tiểu không phù hợp. Xác định lượng nước tiểu tồn lưu bằng sonde Nelaton ngay sau khi bệnh nhân vừa tiểu xong.

2. Bilan niệu động học được chỉ định trong tất cả các trường hợp phẫu thuật phục hồi sàn chậu bằng mảnh ghép tổng hợp ngay khi bệnh nhân đến khám vì xuất hiện các rối loạn đi tiểu nhằm xác định chẩn đoán, lượng giá trước và sau mổ, phát hiện những bất thường đi tiểu xuất hiện sau mổ. Nhật ký đi tiểu cũng được phát cho bệnh nhân đánh giá trong vòng 7 ngày trước mổ, sau mổ 1 tháng và 1 năm.

3. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được mổ bởi cùng một nhóm phẫu thuật viên. Việc khám đánh giá trước mổ, sau mổ và xử lý phân tích số liệu được thực hiện bởi người khác.
4. Kỹ thuật phục hồi sàn chậu sử dụng mảnh ghép tổng hợp không tan chất liệu polypropylene.
- Vô cảm: mê nội khí quản (nội soi) hay tê tủy sống (âm đạo)
  - Nội soi cố định sàn chậu vào mồm nhô: bệnh nhân nằm ngửa, tư thế sản phụ khoa. Bơm hơi CO<sub>2</sub> ổ phúc mạc, thám sát tử cung và 2 phần phụ; tạo đường hầm dưới phúc mạc nằm lệch qua phải (tránh đại tràng sigmoide) đi từ mồm nhô đến cùng đồ sau, bộc lộ thành sau âm đạo, cơ nâng, thành trước âm đạo, đặt mảnh ghép chữ Y cố định thành trước âm đạo, có 2 nhánh chữ Y đi ngang qua 2 cửa sổ mạc chằng rộng ra sau và kết nối với mảnh ghép chữ T cố định vào thành sau âm đạo, 2 dây chằng tử cung cùng, cơ nâng, tất cả các mảnh ghép đều được cố định tất cả vào dây chằng trước của đốt sống L5 (mồm nhô) bằng chỉ không tan prolene 2-0. Phủ phúc mạc che lại mảnh ghép, kiểm tra niệu quản bên phải. Tháo CO<sub>2</sub> và đóng bụng.
  - Phẫu thuật qua ngã âm đạo nâng bàng quang, tử cung, trực tràng riêng lẻ theo tạng bị sa hay phối hợp nhiều tạng một lúc, có kèm đặt sling dưới niệu đạo hoặc không (TOT): bệnh nhân nằm ngửa, tư thế sản phụ khoa, chích nước làm căng phình thành âm đạo bằng nước muối sinh lý, để tạo thuận lợi cho việc tách rời ra xa lên cao của bàng quang, tử cung, trực tràng, khôi thành âm đạo, đặt mảnh ghép tổng hợp 4 chi, có khâu đính vào cân cổ tử cung mặt trước, đâm 4 chi đi ngang qua 2 lỗ bịt để nâng bàng quang, hay sling dưới niệu đạo cũng ngang qua 2 lỗ bịt, đặt mảnh ghép tổng hợp chữ T có 2 chi đính vào cân cổ tử cung mặt sau, đến dây chằng cùng gai 2 bên, và đến nút thớ trung tâm. Khâu lại niêm mạc các thành âm đạo bị mở ra, chèn mèche âm đạo và lưu thông tiểu, rồi lấy gạc và rút thông tiểu sau 12 – 24 giờ, đo thể tích nước tiểu tồn lưu và đánh giá bệnh nhân đi tiểu được không.
  - Soi bàng quang kiểm tra ngay sau đó khi nghi ngờ có tổn thương bàng quang (nước tiểu đỏ), cũng như kiểm tra sự phun nước tiểu của 2 miệng niệu quản đổ vào bàng quang.
  - Thăm trực tràng để kiểm tra trực tràng có tổn thương không.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN:

### 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Đặc điểm	Trung bình – số người (tỷ lệ %)
Tuổi	57 ± 10 (28 -83)
Số lần sanh	4 ± 2 (1 – 13)
Sanh ≥ 3 lần	105 (79,5%)
BMI	22,5 ± 2,4 (16,4 – 29,7)
Béo phì ≥ 26	9 (8,1%)
Mãn kinh	72 (63,7%)
Tiểu đường	5 (3,8%)
CHA	34 (10,6%)

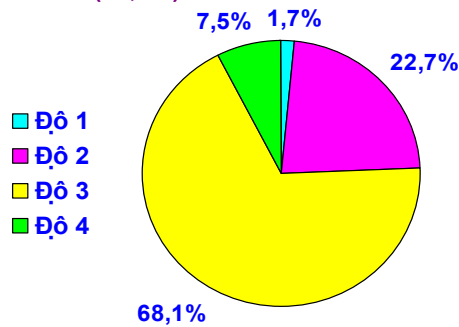
- Tuổi trung bình của bệnh nhân là 57 ( nhỏ nhất là 28 và lớn tuổi nhất là 83) cho thấy bệnh nhân đa số là người trẻ
- Có ít nhất một lần sanh và tổng số sanh con thứ 3 trở lên chiếm tỉ lệ cao 79,5%; chỉ số khối cơ thể không cao , trung bình là 22,5 ( cao nhất là 29,7), và béo phì chỉ chiếm 8,1% ( BMI > = 26); có 63,7% bệnh nhân đã vào mãn kinh, cho thấy có sự phù hợp với các yếu tố nguy cơ như mang thai, sanh đẻ nhiều, thiếu hụt nội tiết sinh dục nữ do mãn kinh, được kể đến nhiều trong sa tạng vùng chậu.

- Các bệnh nhân có các bệnh nội khoa như tiểu đường cao huyết áp ghi nhận không có nhiều trong mẫu nghiên cứu.

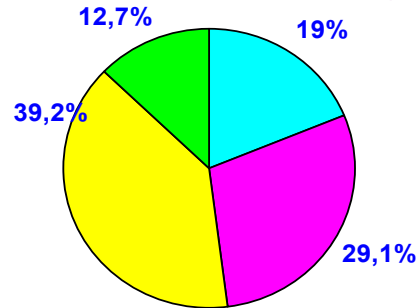
2. Phân bố sa các tạng vùng chậu:

## SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU

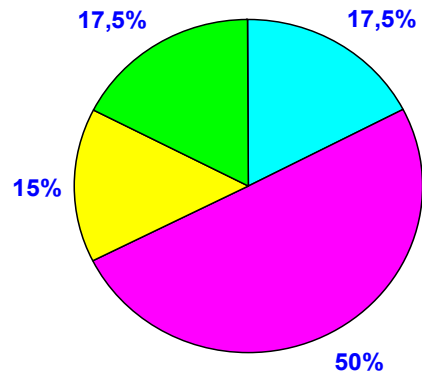
**Sa Bàng quang**  
119/132 (90,2%)



**Sa Tử cung**  
79/132 (59,8%)



**Sa Trực tràng**  
40/132 (30,3%)



**Có 8/132 (6,1%) TH sa mòm, trong đó 5 TH sa độ 4**

- Trong số 132 bệnh nhân bị sa tạng vùng chậu, tỉ lệ xuất hiện sa bàng quang rất cao 90,2%, trong khi đó sa tử cung chỉ có 59,8%, và sa trực tràng thấp nhất 30,3%, điều này phù hợp với đặc điểm thành âm đạo trước giữa nơi liên quan trực tiếp với bàng quang và niệu đạo là thành phần bị tổn thương và chịu ảnh hưởng truyền lực nhiều nhất do mang thai, sanh đẻ, tăng áp lực ổ bụng kéo dài...
- Có 8/132 trường hợp sa mòm cắt âm đạo sau cắt tử cung ngã âm đạo đơn thuần, không cố định mòm cắt, trong đó có 5 trường hợp sa độ 4. Mẫu 132 bệnh nhân chưa phải là nhiều, hơn nữa đối với phụ nữ Việt nam, đây là bệnh lý hết sức tế nhị tại vùng kín, đa số họ âm thầm chịu đựng cùng chung sống với khối sa và cho rằng đó là điều không tránh khỏi khi sanh đẻ nhiều, vì vậy đây chỉ là một ít của phần nổi tảng băng, có thể còn có nhiều hơn nữa các sa mòm cắt mà chúng ta chưa biết hết được.
- Chúng tôi sử dụng hệ thống phân loại POP –Q để đánh giá độ sa các tạng để có chỉ định điều trị phù hợp cũng như dùng POP – Q để đánh giá kết quả sau phẫu thuật, và thấy rằng sa bàng quang chiếm hàng đầu và hơn 90% sa ở độ nặng ( $\geq$  độ 3), trong khi đó chỉ khoảng 65 - 68% sa trực tràng và sa tử cung bị sa ở độ nặng ( $\geq$  độ 3). Tuy nhiên cho dù ở mức độ nào nếu đã có sa nào đã có ảnh hưởng đến chất lượng sống, chúng tôi đều tư vấn bệnh nhân được điều trị, đối với độ sa nhẹ (độ 1 và độ 1 -2), chúng tôi đề nghị tập vật lý sản chậu để hy vọng diễn tiến chậm lại hay dừng lại quá trình sa, còn độ sa nặng (từ độ 2 trở đi) được phẫu thuật phục hồi lại sản chậu có sử dụng mảnh ghép nâng treo các tạng vùng chậu.

### 3. Phân bố các phẫu thuật phục hồi sàn chậu và các đặc điểm phẫu thuật:

Phương pháp PT	Số ca	Thời gian PT	Lượng máu mất	Số ngày nằm viện
NS treo TC/MC vào mồm nhô	20/132 (15,2%)	122 ± 43 (40 – 180)	36 ± 23 (10 – 100)	4,7 ± 2,7 (2 – 15*)
NS cố định sàn chậu và TC vào mồm nhô	2/132 (1,5%)	75 ± 21 (60 – 90)	28 (5 – 50)	4,5 (4 – 5)
Mesh thành sau ÂĐ	26/132 (19,7%)	48 ± 14 (25 – 75)	41 ± 22 (5 – 100)	
Mesh thành trước ÂĐ	111/132 (84,1%)	32 ± 24 (10 – 140)	46 ± 22 (10 – 100)	4,4 ± 1,8 (2 – 12**)
Mesh thành trước và sau ÂĐ	26/132 (19,7%)	73 ± 16 (54 – 110)	56 ± 23 (20 – 100)	4,6 ± 1 (3 – 12)

\* nằm viện 15 ngày do BN bị thủng bàng quang khi đặt TOT phải lưu thông tiểu 10 ngày sau đó tiếp tục điều trị nhiễm trùng tiểu 5 ngày sau đó

\*\* nằm viện 9 ngày do tiểu khó → cắt sling N9 sau mổ

- Chúng tôi sử dụng các kỹ thuật phục hồi sàn chậu khác nhau từ ngã âm đạo cho đến ngã bụng, cố định sàn chậu vào mồm nhô thông qua phẫu thuật nội soi được thực hiện nhờ lợi dụng đặc tính lưu thông của khí CO<sub>2</sub> trong lòng chậu làm dễ bộc lộ các cấu trúc giải phẫu, cũng như đi xuống được rất sâu đến tận sàn chậu để dàng ít chảy máu, nhờ đó có thể đặt mảnh ghép tổng hợp chính xác tại vị trí cần cố định mảnh ghép vào. Tỷ lệ thành công sau 5 năm của các phẫu thuật nội soi cố định vào mồm nhô đạt 97% (Benson 2008, Maher 2004, Lo 1998 - Cochrane data base 2009), tuy nhiên đây là một kỹ thuật đòi hỏi phẫu thuật viên phải có trình độ nhất định về phẫu thuật nội soi nâng cao, đặc biệt là kỹ năng khâu may và khâu tại các cấu trúc nằm sâu ở sàn chậu, đây chính là hạn chế lớn nhất của phẫu thuật qua ngã nội soi trong điều trị phục hồi bằng cố định sàn chậu vào mồm nhô, dù hiệu quả được đánh giá là cao nhất trong các loại phẫu thuật phục hồi sàn chậu. Chính vì vậy bước đầu chúng tôi có 20 trường hợp treo tử cung hay mồm cắt vào mồm nhô do chỉ chọn nhóm bệnh sa tử cung đơn thuần, vì phẫu thuật tương đối đơn giản hơn, chúng tôi tiến thêm bước nữa thực hiện cố định sàn chậu vào mồm nhô để điều trị sa nhiều tạng. Thời gian phẫu thuật trung bình 122 phút, lượng máu mất trung bình là 36 ml, cũng như thời gian nằm viện trung bình 4,7 ngày, đối với treo tử cung hay mồm cắt vào mồm nhô, cho thấy không khác biệt nhiều so với một số các tác giả trên thế giới như Lo (1998), Benson (2008), Maher (2004), Rivoire (1988), Arnaud Wattiez (1999).

- Phục hồi sàn chậu qua ngã âm đạo có tỷ lệ thành công sau 5 năm là 85% (Benson 2008, Maher 2004, Lo 1998 - Cochrane data base 2009), thực hiện qua ngã âm đạo chiếm đa số trong 132 bệnh nhân, có lẽ vì các lý do sau đây: phẫu thuật ngã âm đạo rất quen thuộc với các nhà phẫu thuật phụ khoa, sự suy yếu các cấu trúc nâng đỡ làm cho các mô lỏng lẻo dễ bóc tách, âm đạo ở người đã nhiều lần sanh đẻ rất rộng rãi mềm dãn, nhờ vậy tiếp cận các vị trí để đặt mảnh ghép rất thuận lợi mà không cần phải có kỹ năng gì đặc biệt. Tuy nhiên, do sử dụng sự cảm nhận của các đầu ngón tay là chính bóc tách vào những cấu trúc giải phẫu khá sâu, hệ thống mạch máu vùng chậu phần thấp (âm đạo, tầng sinh môn, các hố cạnh bàng quang, trực tràng) rất nhiều, do đó thường gây tổn thương các hệ thống mạch máu này và chảy máu nhiều hơn (lượng máu mất trung bình trong nhóm đặt mảnh ghép thành trước và thành sau là 56 ml nhiều gấp đôi lượng máu mất qua nội soi), tuy nhiên trung



bình của thời gian phẫu thuật ngã âm đạo ngắn hơn so với nội soi, còn ngày nằm viện trung bình sau mổ không khác biệt nhiều so với nhóm được làm nội soi. Các kết quả ghi nhận được của chúng tôi không khác biệt nhiều so với Benson( 2008), Maher ( 2004), Lo( 1998).

4. Phân bố các phẫu thuật kèm theo:

PT kèm theo	Số lượng	Tỷ lệ % / 132
<b>Sling</b>	<b>84</b>	<b>63,7</b>
<i>TOT</i>	<b>76</b>	<b>57,6</b>
<i>Surgimesh</i>	16	
<i>Prolene</i>	58	
<i>Optilene</i>	1	
<i>Desara</i>	1	
<i>TVT Gynecare</i>	<b>8</b>	<b>6,1</b>
<b>Cắt TC</b>	6	4,5
<b>Sửa thành trước ÂĐ</b>	0	0
<b>Sửa thành sau ÂĐ</b>	13	9,8

- Tất cả các trường hợp sa tạng vùng chậu trong nghiên cứu này đều được làm xét nghiệm chuyên biệt niệu động học, đánh giá các rối loạn chức năng bàng quang và niệu đạo, chúng tôi ghi nhận có 84 /132 (63,7%) bệnh nhân có tiểu không kiểm soát khi gắng sức, và 57,6% được đặt sling dưới niệu đạo ngang qua 2 lỗ bịt TOT, 6,1% được đặt TVT để điều trị. Bilan niệu động học đóng vai trò không thể thiếu nhằm phát hiện ra các rối loạn chức năng của bàng quang và niệu đạo, tránh bỏ sót tổn thương trong điều trị phục hồi sàn chậu, là hành lang pháp lý cho quá trình điều trị.

- Có 6/132 bệnh nhân được cắt bỏ tử cung do có bệnh lý tại tử cung (u xơ tử cung, phết tế bào âm đạo cổ tử cung bất thường, rong huyết điều trị nội thất bại...). Vẫn còn nhiều tranh cãi trong quan điểm cắt hay giữ tử cung (Roovers (2004), Jeng (2005)), tuy nhiên xu hướng của chúng tôi tán thành quan điểm của một số các tác giả khác Benson (1994), Tayrac (2002), về quan điểm cắt tử cung có nguy cơ phá vỡ hơn nữa các cấu trúc vốn suy yếu càng bị suy yếu thêm, hơn nữa một số tai biến do cắt tử cung có thể xảy ra như: tổn thương bàng quang, trực tràng, xuất huyết nội, tụ máu, nhiễm trùng mồm cắt ... là những yếu tố góp phần làm tăng tỉ lệ thất bại của điều trị phục hồi sàn chậu. Hơn nữa một số các nghiên cứu được tổng quan từ Cochrane data base 2009, của tác giả Tayrac 2002 cho thấy nếu cắt tử cung trong điều trị phục hồi sàn chậu có thể làm tăng tỉ lệ xói mòn âm đạo do mảnh ghép.

5. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật :

Phương pháp PT	Thời gian theo dõi (tháng)
Mesh thành trước ÂĐ	5,7 ± 3,7 (0,7 – 18)
Mesh thành sau ÂĐ	3,8 ± 2,4 (0,7 – 7,2)
Mesh thành trước và sau ÂĐ	3,8 ± 2,4

	(0,7 – 7,2)
NS treo TC/MC vào mỏm nhô	6,2 ± 2,9 (2,6 – 11,4)
NS cố định sàn chậu và TC vào mỏm nhô	1,7 (1,3 – 2,1)

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này được 17 tháng (từ tháng 9/ 2009 – 11 /2010), thời gian theo dõi trung bình còn ngắn, chưa đủ để có những kết luận cuối cùng về hiệu quả và độ an toàn của việc sử dụng mảnh ghép trong phục hồi sàn chậu, và hiện tại việc theo dõi định kỳ vẫn còn đang tiếp tục.

#### 6. Tai biến:

	NS /22	Ngã ÂĐ /111	Tổng /132
Tiểu tồn lưu >100ml			16 (12%)
Có sling	2 (0,9%)	10* (9%)	12
Không sling	0	4	4
Xói mòn âm đạo / mesh thành trước ÂĐ (111 ca) / NS (22 ca)	0	4 (3,03%)	
Tổn thương ruột, mạch máu lớn	0	0	
Tổn thương bàng quang			
Có sling	1	1	2
Mất máu cần truyền máu	0	1	1
Đau vùng bẹn	0	3 (2,7%)	3
Đau vùng xương cụt	0	8 (30,7% 8/26 ca cố định DCCG)	8

Qua 132 bệnh nhân được phẫu thuật phục hồi sàn chậu có sử dụng mảnh ghép tổng hợp, chúng tôi rút ra được một số ghi nhận từ các tai biến:

- tiểu tồn lưu 12 % (16 ca), trong đó có 14 ca đặt mảnh ghép thành trước âm đạo, và 2 ca qua nội soi. Có 12 ca đặt TOT kèm theo trong số 10 ca đặt mảnh ghép thành trước âm đạo, (\* trong đó có 2 ca tiểu khó đến bí tiểu, chúng tôi buộc phải phải rời lỏng sling dưới niệu đạo 1 ca, 1 ca phải cắt bỏ sling, cả 2 trường hợp này đều do lúc khởi đầu chúng tôi thiếu kinh nghiệm nên đã kéo chặt sling và sling bị tuột không nằm ở dưới niệu đạo giữa, mà nằm vào dưới cổ bàng quang gây thất nghệt cổ bàng quang lại.)
- Biến chứng xói mòn âm đạo gặp 4 ca / 111 bệnh nhân đặt mảnh ghép nâng thành trước âm đạo (3,03%). Xói mòn âm đạo gặp ở thời điểm 1-5-6 tháng sau mổ, chỉ có 1 trường hợp cắt sling, các trường hợp còn lại nhẹ nên chỉ điều trị bảo tồn. Đây là biến chứng thường được quan tâm khi sử dụng mảnh ghép tổng hợp để điều trị. Tỷ lệ xói mòn âm đạo của chúng tôi không khác biệt nhiều và có phần thấp hơn so với các tác giả M.

Kdous 6% , Tayrac 4,2% xói mòn âm đạo, 0,25% xói mòn bàng quang; không có trường hợp nào ghi nhận xói mòn ở các bệnh nhân nội soi.

- Có 2 / 84 (76 TOT + 8 TVT) trường hợp thủng bàng quang do đặt sling dưới niệu đạo, cả 2 ca này 1 ca TVT (12,5%) và 1 ca TOT (1,31%) đều rơi vào những ca đầu tiên khi chúng tôi chưa có kinh nghiệm, ca TOT được tháo bỏ sling, đặt dẫn lưu bàng quang liên tục 5 ngày, sau đó bệnh nhân ổn, tác giả Tayrac có tỉ lệ thủng bàng quang trong TOT 0,3 % , ca TVT của chúng tôi sau khi phát hiện thủng bàng quang vẫn tiếp tục đặt lại TVT.
- Than phiền đau vùng cùng cụt chiếm 30,7%, trong nhóm can thiệp ngã âm đạo, trong khi không có ghi nhận than phiền vì đau nào từ các bệnh nhân được nội soi. Đây có thể được xem là nhược điểm đáng lưu ý của phẫu thuật qua ngã âm đạo, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào để chúng tôi có thể so sánh được. Riêng tỉ lệ đau vùng bẹn của chúng tôi là 2,7% trong khi của tác giả Tayrac là 27/602 (4,4%), tuy nhiên vì số ca của chúng tôi còn ít nên chưa thể kết luận chính xác được.
- Có 1 trường hợp mất máu nhiều phải truyền máu do hematome lớn ở thành trước trái âm đạo sau TOT và đặt mảnh ghép thành trước, vì khối máu tụ lớn do vậy chúng tôi buộc phải mở thành âm đạo ra lại để lấy khối máu tụ và tháo bỏ các mảnh ghép.
- Không tổn thương ruột, mạch máu lớn, không tổn thương bàng quang trên bệnh nhân chỉ đặt mảnh ghép thành trước và thành sau âm đạo, không đặt sling dưới niệu đạo, cho thấy không có tai biến nặng nề đe dọa tính mạng người bệnh trong loạt nghiên cứu bước đầu của chúng tôi.

#### 7. Các loại mảnh ghép sử dụng :

Phương pháp PT	Surgimesh prolapse	Prolene mesh	Gynecare	Khác
Mesh thành trước ÂĐ	32/111 (28,8%)	37/111 (33,3%)	8/111 (7,2%)	2/111 (1,8%)
Xói mòn ÂĐ	1/32 (0,3%)	2/37 (5,4%)	1/8 (12,5%)	0
Co rút ÂĐ	1/32 (0,3%)	11/37 (29,7%)	1/8 (12,5%)	0
Mesh thành sau ÂĐ	0	26/26 (100%)	0	0
Xói mòn ÂĐ		0		
Co rút ÂĐ		3/26 (11,5%)		
Mesh thành trước và sau ÂĐ	0			
NS treo TC/MC vào mỏm nhô	0	20/20 (100%)	0	0
Xói mòn ÂĐ		0		
Co rút ÂĐ				
NS đặt mesh cố định sàn chậu và TC vào mỏm nhô	0	2/2 (100%)	0	0
Xói mòn ÂĐ		0		
Co rút ÂĐ		0		

## 8. Tái phát sa tạng vùng chậu – sa mới

		NS	Ngã ẨĐ	Tổng
Tái phát	Sa bàng quang	1	1	2
	Sa trực tràng		1	1
Sa mới	Sa trực tràng 3		1	1

Hiệu quả của phẫu thuật phục hồi sàn chậu có sử dụng mảnh ghép :

- hiệu quả tức thì sau mổ : đạt 100%
- sau mổ 1 tháng : có 1ca sa bàng quang , trường hợp này sau nội soi cố định sàn chậu vào mồm nhô, đây là ca đầu tiên do thiếu kinh nghiệm khi bộc lộ thành trước âm đạo chúng tôi đã không đi đến tận cổ bàng quang được, ca này sa bàng quang phối hợp với sa nhiều tạng khác độ 4.
- Sau mổ 4 tháng có một ca sa bàng quang lại, ca này được mổ nâng bàng quang bằng mảnh ghép tổng hợp và cố định tử cung vào dây chằng cùng gai 2 bên bằng chỉ prolene. Chúng tôi ghi nhận ca này sa lại bàng quang khá nhanh dù có sử dụng mảnh ghép.
- Có một trường hợp sau mổ 1 tháng bệnh nhân bị sa trực tràng tái phát sau mổ ( trước mổ bệnh nhân có sa mồm cắt độ 3, bàng quang độ 2, trực tràng độ 2 - 3) 1 tháng: bệnh nhân được nâng bàng quang, mồm cắt , TOT, và chỉ may lại cân trực tràng âm đạo đơn thuần, chúng tôi nghĩ rằng phương pháp sửa thành sau âm đạo đơn thuần cổ điển đã không đủ sức để nâng đỡ các cấu trúc bị sa, dẫn đến sa lại trực tràng khá nhanh.
- Chúng tôi cũng có một trường hợp sa mới trực tràng độ 3 sau mổ nâng bàng quang, TOT 4 tháng (chẩn đoán trước mổ là sa bàng quang độ 3, sa trực tràng độ 1, TKKSKGS), chúng tôi nghĩ rằng đối với các tạng đã chẩn đoán có sa thì nên được giải quyết đồng thời luôn dù là sa nhẹ, nếu đã được chỉ định điều trị phẫu thuật vì những sa phối hợp khác.

## 9. Các rối loạn đi tiểu mới xuất hiện

	NS	Ngã ẨĐ	Tổng
TKKSKGS	5	0	5
OAB	0	1	1

- Xuất hiện TKKSKGS: 5 / 20 (25%) trường hợp nội soi treo tử cung vào mồm nhô, trong khi không có trường hợp nào trong nhóm đặt mảnh ghép ngã âm đạo, đặt ra vấn đề có cần làm phẫu thuật Burch dự phòng khi cố định tử cung vào mồm nhô hay không, chúng tôi không có nhiều kinh nghiệm đối với các trường hợp xuất hiện TKKSKGS trong các tình huống này.
- Bàng quang tăng hoạt (OAB): có 1 trường hợp sau mổ nâng bàng quang, và đặt TOT, 4 tháng tiểu, tiểu tồn lưu nhiều 360ml và bất đồng vận cơ thắt, Pdet max 26cmH20.

### **KẾT LUẬN :**

1. Sa sinh dục (SSD) hay còn gọi là sa các cơ quan vùng chậu (POP = pelvic organ prolapsus) được biết đến do tình trạng suy yếu hệ thống nâng đỡ đáy chậu dẫn đến sự tụt xuống của các cơ quan vùng chậu vào âm đạo. Mặc dù không đe dọa trực tiếp tính mạng bệnh nhân, nhưng bệnh đã gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống của bệnh nhân.
2. Phẫu thuật điều trị các rối loạn do sa tạng vùng chậu gây ra là vấn đề phổ biến, trong đó tại Mỹ khoảng 125.000 ca tái phát (chiếm tỷ lệ 31, 25%) cho thấy tỉ lệ thất bại của phẫu thuật điều trị sa tạng vùng chậu không phải là thấp.
3. Sử dụng mảnh ghép tổng hợp để phục hồi sàn chậu đang là vấn đề mang tính thời sự và đã được đề nghị sử dụng ngay trong lần mổ đầu tiên nhằm hạn chế tới mức thấp nhất khả năng tái phát và giảm những tổn kém do điều trị các tái phát sa tạng vùng chậu.
4. Phẫu thuật tùy thuộc mức độ sa, tạng nào sa, tình trạng sức khỏe bệnh nhân, khả năng của phẫu thuật viên, và có thể thực hiện điều trị sử dụng mảnh ghép qua ngã âm đạo hay nội soi.
5. Với hiệu quả được đánh giá tức thì ngay sau mổ 100%, tỉ lệ tái phát không cao và có thể kiểm soát được nguyên nhân gây tái phát, cũng như tỉ lệ tai biến trong mổ, tai biến gần, xa sau mổ, phù hợp chung với các tác giả khác trong y văn, chúng tôi nghĩ rằng phẫu thuật phục hồi sàn chậu có sử dụng mảnh ghép tổng hợp bằng polypropylene mang tính khả thi, chất lượng điều trị tốt, có thể cải thiện và đem lại chất lượng sống tốt hơn cho bệnh nhân sa tạng vùng chậu.

# PHẪU THUẬT NỘI SOI CỔ ĐỊNH ÂM ĐẠO VÀO MÒM NHÔ ĐỂ ĐIỀU TRỊ SA NIỆU - DỤC TẠI BV BÌNH DÂN: NHỮNG KẾT QUẢ BAN ĐẦU

*Nguyễn Văn Ân (\*), Nguyễn Việt Hùng (\*\*),  
Nguyễn tế Kha (\*), Nguyễn Ngọc Châu (\*), Võ Trọng Thanh Phong (\*)*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá khả năng thực hiện và hiệu quả điều trị của phẫu thuật treo âm đạo vào xương cùng qua phẫu thuật nội soi để điều trị bệnh lý sa niệu - dục nặng.

**Bệnh nhân & Phương pháp:** 9 bệnh nhân nữ tuổi TB ~ 66,9 (54 – 74) bị sa tử cung độ III – IV ± kết hợp với sa bàng quang đã được điều trị tại BV Bình Dân từ tháng 10/2009 đến tháng 11/2010. Kỹ thuật mổ là phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc dung mảnh ghép prolene khâu cố định thành trước và thành sau âm đạo vào mòm nhô xương cùng.

**Kết quả:** Thời gian mổ TB ~ 140 phút (120 – 210). Thời gian nằm viện 3 – 5 ngày. Không ghi nhận biến chứng trong và sau mổ. Thời gian theo dõi 1 – 12 tháng: 8 / 9 có kết quả tốt (hết sa tử cung, cải thiện đáng kể tình trạng rối loạn tiêu); 1 / 9 kết quả khá tốt (hết sa tử cung nhưng bị tiểu gấp và tiểu lắt nhắt kéo dài 1 tháng sau mổ).

**Bàn luận & Kết luận:** Phẫu thuật cố định âm đạo vào xương cùng có thể thực hiện qua phẫu thuật nội soi tương đối dễ dàng. Các bước phẫu thuật cũng tương tự như mổ ngò, nhưng có được những thuận lợi của phẫu thuật ít xâm hại. Kết quả ban đầu của chúng tôi là rất khả quan.

## LAPAROSCOPIC SACRAL COLPOPEXY FOR TREATMENT OF URO-GENITAL PROLAPSE AT BINH DAN HOSPITAL - PRELIMINARY RESULTS

### SUMMARY

**Purpose:** To evaluate the possibility of laparoscopic sacral colpopexy for treatment of severe uro-genital prolapse .

**Patients & Methods:** 9 patients suffered from grade III – IV prolapsus of uterus ± associated with cystocele were operated from October 2009 to November 2010 at Binh Dan hospital. Our technique was transperitoneal laparoscopy using prolene mesh to fixed anterior and posterior vaginal vault to sacral promontory.

**Results:** The mean age of the 9 patients were 66.9 (54 – 74) . The mean operating time was 140 minutes (120 – 210). Time of hospitalization were 3 – 5 days. Not any accident or complication post-op have been recorded until now. Time of following up was 1 – 12 months: 8 of 9 patients have got good results, the last one have not had prolapsus any more but got suffered from de novo urgency during 1 month.

**Conclusion:** Sacral colpopexy by laparoscopy can be performed feasibly. Laparoscopic procedures are similar to open surgery with the advantages of minimal invasive operation. Our preliminary results are very optimistic.

---

(\* ) BV Bình Dân

(\*\* ) BV Nhân Dân Gia Định