

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH SÀN CHẬU VÀO MỖM NHÔ XƯƠNG CÙNG TRONG ĐIỀU TRỊ SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU Ở NỮ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XUYỀN Á TP. HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Vĩnh Bình¹, Phan Đức Hữu¹, Võ Đình Bảo¹,
Phạm Cao Thập¹, Lê Khải Ngọc¹, Phan Huy Thông¹,
Lâm Văn Chương¹, Nguyễn Đình Đức¹, Nguyễn Đoàn Ngọc Trán¹,
Nguyễn Phước Vinh¹, Nguyễn Trần Nhựt Huy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sa các tạng vùng chậu là bệnh lý thường gặp ở những bệnh nhân nữ lớn tuổi và ảnh hưởng trên sinh hoạt hàng ngày. Điều trị phẫu thuật được chỉ định trong những trường hợp nặng.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị sa các tạng vùng chậu nữ tại Bệnh viện Xuyên Á TP. Hồ Chí Minh bằng phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào mỗm nhô xương cùng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Bệnh nhân sa các tạng vùng chậu độ III, IV, chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào mỗm xương cùng từ 09/2015 – 03/2023.

Kết quả: Có 123 trường hợp sa các tạng vùng chậu trong đó 78 trường hợp sa các tạng vùng chậu độ III, 42 trường hợp sa các tạng vùng chậu độ IV, 3 trường hợp sa mỗm cụt âm đạo độ III. Tuổi trung bình $64,8 \pm 12,4$ tuổi. Thời gian mổ trung bình $185,4 \pm 66,4$ phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình $51,6 \pm 47,6$ ml. Ghi nhận 2/123 trường hợp biến chứng trong mổ (thủng bàng quang, chảy máu tĩnh mạch trước xương cùng); 2/123 trường hợp đau hạ vị - tăng sinh

môn kéo dài và 1/123 trường hợp thoát vị thành bụng. Thời gian theo dõi trung bình là $13,1 \pm 6,4$ tháng. Tỷ lệ thành công chung là 121/123 trường hợp chiếm tỷ lệ 98,4%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào mỗm nhô xương cùng có tính khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị sa các tạng vùng chậu mức độ nặng.

Từ khóa: sa các tạng vùng chậu, sa sinh dục, sa tạng chậu, cố định sàn chậu vào mỗm nhô.

SUMMARY

THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC SACRAL COLPOPEXY FOR TREATMENT OF SEVERE PELVIC ORGANS PROLAPSE AT XUYEN A HOSPITAL HO CHI MINH CITY

Background: Pelvic organs prolapse is very popular in old women and causes bad quality of life. Surgical treatment is indicated in severe cases.

Objectives: To evaluate the feasibility, efficacy, and safety of the laparoscopic sacral colpopexy for the treatment of severe genital prolapses in women at Xuyen A hospital.

Materials and methods: Cross-sectional analysis. Patients with severe genital prolapses (grade III–IV) were chosen. The procedures were transperitoneal laparoscopy from September 2015 to March 2023.

Result: There were 123 pelvic organs prolapse with 78 grade III and 42 grade IV and 1 prolapses of vaginal cuff (grade III). The

¹Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á – TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Đình Bảo

Email: vodinhbaoyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/05/2023

Ngày phản biện khoa học: 25/05/2023

Ngày duyệt bài: 21/06/2023

patients' mean age was $64,8 \pm 12,4$. The mean operative time was $185,4 \pm 66,4$ minutes. The mean blood loss was $51,6 \pm 47,6$ ml. Recorded 2/123 cases of intraoperative complications (bladder perforation, bleeding venous in front of the sacrum), 2/123 cases of prolonged lower abdominal – perineal pain and one case of abdominal wall hernia. With the mean follow-up of $13,1 \pm 6,4$ months. No postoperative complications were recorded. The overall success rate is 121/123 cases, accounting for 98.4%.

Conclusion: Sacral colpopexy by laparoscopy is feasible, safe, and efficacious for the treatment of severe genital prolapses in females.

Keywords: Pelvic organs prolapse; Laparoscopy; Promontofixation; Sacral Colpopexy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa các tạng vùng chậu là bệnh lý thường gặp ở những bệnh nhân nữ lớn tuổi, có tiền sử sinh đẻ nhiều, béo phì và có các bệnh lý làm tăng áp lực ổ bụng... Bệnh ảnh hưởng trên sinh hoạt hàng ngày, gây các triệu chứng rối loạn ở hệ tiết niệu, tiêu hóa và hoạt động sinh dục. Việc điều trị sa các tạng vùng chậu có thể điều trị nội khoa bảo tồn (nâng âm đạo, tập cơ sàn chậu, liệu pháp estrogen) trong những trường hợp nhẹ hoặc can thiệp phẫu thuật (đối với những bệnh nhân sa các tạng vùng chậu độ III, IV) vì những triệu chứng trên cơ quan tiết niệu, tiêu hóa, sinh dục... mà không thể đáp ứng điều trị nội khoa. Có nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau được báo cáo bao gồm: mổ mở hay nội soi, tiếp cận ngã bụng hay ngã âm đạo, có hoặc không dùng mảnh ghép nhân tạo. Việc chọn lựa phụ thuộc vào các tạng bị sa, mức độ nặng của tạng sa, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, lựa chọn của người bệnh.

Phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô xương cùng là một phẫu thuật nội

soi tiếp cận qua ngã bụng sử dụng mảnh ghép Prolene để cố định sàn chậu vào móm nhô xương cùng. Phương pháp mang lại hiệu quả cao, ít xâm hại, bảo tồn cơ quan (không cần phải cắt bỏ tử cung), có thể đồng thời đưa các tạng về vị trí sinh lý trong sa nhiều cơ quan. Phương pháp được tiến hành đầu tiên vào năm 1994 bởi Nezhat [7]. Hiện nay, có nhiều trung tâm y khoa đã thực hiện, tuy nhiên các bài báo về phương pháp này còn ít do tính chất phức tạp bệnh lý có sự chồng chéo của nhiều chuyên khoa. Tại nước ta, hiện rất ít trung tâm triển khai, một số trung tâm mới chỉ bắt đầu triển khai những ca bệnh đầu tiên do tính chất phức tạp của giải phẫu vùng chậu cũng như sự khó khăn của thao thác khâu qua nội soi ở vùng chậu sâu. Tại Bệnh viện Xuyên Á, chúng tôi bắt đầu thực hiện phẫu thuật này vào tháng 09/2015 cho tới nay. Có rất ít các bài báo trong nước và cỡ mẫu nghiên cứu trong các bài báo cũng ở số lượng nhỏ. Chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sa các tạng vùng chậu nữ tại Bệnh viện Xuyên Á TP. Hồ Chí Minh bằng phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào móm nhô xương cùng từ 09/2015 đến 03/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

• **Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân được chẩn đoán sa các tạng vùng chậu (gồm sa tử cung và sa móm cụt âm đạo sau cắt tử cung) độ III và độ IV theo hệ thống phân độ POP-Q.

• **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** những bệnh nhân được chẩn đoán sa các tạng vùng chậu độ III và độ IV theo hệ thống phân độ POP-Q có hoặc không kèm theo sa ngăn trước (bàng quang), sa ngăn sau (trực tràng) hoặc

sa ruột non với các triệu chứng lâm sàng: khối sa ra khỏi âm đạo, rối loạn đi tiêu, rối loạn đi tiểu kèm theo. Tất cả các bệnh nhân này đều có kết quả chụp động học MRI xác định có sa các tạng vùng chậu từ độ III trở lên.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân đang có nhiễm trùng cấp tính ở đường tiết niệu và sinh dục; bệnh nhân đang nghi ngờ những bệnh lý ác tính ở cơ quan sinh dục; bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao do bệnh lý hô hấp, tim mạch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

• **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang.

• **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

○ Cỡ mẫu: được tính theo công thức: $n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times p(1-p)/d^2$

○ Với $p=96\%$ (theo nghiên cứu tác giả Rozet (2005) [9] và cộng sự, nghiên cứu phân tích gộp 363 trường hợp phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào móm nhô xương cùng, có tỷ lệ thành công sau theo dõi 14,6 tháng là 96%).

○ Chọn độ tin cậy là 95% và $d = 5\%$ thì $n = 60$

○ Trong thực tế có 123 bệnh nhân tham gia trong nghiên cứu.

• **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

• **Nội dung nghiên cứu:** Tuổi, số lần sinh đẻ, BMI, mức độ sa theo hệ thống phân độ POP-Q, các sa tạng đi kèm, các triệu chứng rối loạn hệ niệu và tiêu hóa, thời gian mổ, lượng máu mất, chuyển mổ mở, các tai biến và biến chứng trong mổ, thời gian rút dẫn lưu, thời gian hậu phẫu, thời gian nằm viện, các biến chứng muộn sau mổ (lộ mảnh ghép, đau vùng chậu...). Bệnh nhân được hẹn

tái khám hàng tháng mỗi 3 tháng đầu, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng và mỗi năm trong suốt thời gian nghiên cứu để theo dõi các biến chứng và tỷ lệ thành công của phẫu thuật. Thành công: bệnh nhân hết hoặc giảm độ sa tạng vùng chậu < độ II theo POP- Q. Thất bại: mức độ sa các tạng vùng chậu không thay đổi hoặc sa tạng tái phát sau phẫu thuật.

• **Phương pháp thu thập số liệu:** Chúng tôi tiến hành thực hiện phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu phía trước và sau tử cung vào dây chằng dọc của móm nhô xương cùng với 2 mảnh ghép prolene. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật bằng 4 trocar, 2 trocar 10mm và 2 trocar 5mm, giai đoạn đầu phẫu thuật chúng tôi dùng chỉ vicryl 2.0 để cố định mảnh ghép vào sàn chậu (mục đích dễ thao tác khâu mảnh ghép) nhưng do có trường hợp thất bại sau mổ nên các ca sau đó chúng tôi sử dụng chỉ prolene 2.0. Mảnh ghép phía trước được luồn xuống phía sau qua dây chằng rộng. Qua đó cả 2 mảnh ghép được luồn dưới phúc mạc qua đường hầm tạo sẵn để cố định với dây chằng dọc của móm nhô xương cùng. Chúng tôi tiến hành khâu 2 mảnh ghép với dây chằng dọc bằng 3 mũi chỉ, 1 mũi chỉ vicryl 1.0 và 2 mũi chỉ prolene 1.0. Tất cả chỗ mở phúc mạc đều được khâu lại bằng viryl 2.0. Chúng tôi không quan niệm cắt tử cung trong mổ và cũng không chủ trương tiến hành đồng thời các phẫu thuật khác sửa các sa ngăn trước và ngăn sau vì nhiều trường hợp những rối loạn này sẽ cải thiện chỉ với phẫu thuật cố định sàn chậu vào móm nhô xương cùng.

• **Phương pháp xử lý số liệu:** Các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Từ tháng 09/2015 đến tháng 3/2023 chúng tôi có 123 bệnh nhân sa các tạng vùng chậu từ độ III trở lên được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung:

Bảng 1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân	123 trường hợp
Tuổi trung bình	64,8 ± 12,4 tuổi (38 – 87)
Sa môm cụt	3 trường hợp (2,4%)
Sa tử cung	120 trường hợp (97,6%)
BMI (kg/m ²)	21,8 ± 3,6 (17,33 – 29,52)
Số lần sinh đẻ trung bình	4,1 ± 1,9 lần (0 – 10)

Nhận xét: Bệnh nhân có tuổi trung bình 64,8 ± 12,4 tuổi; có 2,4% bệnh nhân có sa môm cụt (những bệnh nhân này trước đó đã phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn phần); 97,6% bệnh nhân có sa tử cung; BMI đạt giá trị trung bình là 21,8 ± 3,6 kg/m² và số lần sinh đẻ trung bình của bệnh nhân 4,1 ± 1,9

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Khối sa ra âm đạo	112 trường hợp (91,1%)
	Triệu chứng đường tiết niệu	27 trường hợp (21,9%)
Tiền căn	Phẫu thuật các tạng vùng chậu	4 trường hợp (3,3%)

Nhận xét: 91,1% bệnh nhân đi khám và nhập viện do khối sa ra âm đạo, những trường hợp còn lại do có triệu chứng đường tiết niệu. Chỉ có 3,3% bệnh nhân trước đó có phẫu thuật các tạng vùng chậu (3 bệnh nhân đã phẫu thuật cắt tử cung và 1 bệnh nhân đã phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào môm nhô xương cùng, nay tái phát).

Bảng 3: Kết quả chụp MRI động học sàn chậu

Sa môm cụt âm đạo	3/123 trường hợp	2,4%
Sa tử cung độ III	78/123 trường hợp	63,4%
Sa tử cung độ IV	42/123 trường hợp	34,2%
Sa ngăn trước và ngăn sau đi kèm ở mức độ nhẹ (độ I, II)	48/123 trường hợp	39%

Nhận xét: Tất cả các trường hợp đều được chụp cộng hưởng từ trước phẫu thuật. Kết quả ghi nhận sa tử cung độ III chiếm đa số (63,4%), các sa tạng khác đi kèm thường ở mức độ nhẹ.

3.2. Đánh giá kết quả

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình	185,4 ± 66,4 phút (105 – 370)
Lượng máu mất trung bình	51,6 ± 47,6 ml (0 – 450)
Thời gian rút dẫn lưu trung bình	2,9 ± 1,9 ngày (2 – 8)
Thời gian hậu phẫu trung bình	10 ± 7,1 ngày (5 – 49)
Thời gian nằm viện trung bình	13,2 ± 7,9 ngày (6 – 52)
Thời gian theo dõi trung bình	13,1 ± 6,4 tháng

Nhận xét: Các bệnh nhân có thời gian mổ, lượng máu mất, thời gian rút dẫn lưu, thời gian hậu phẫu và nằm viện dao động khác nhau. Các bệnh nhân đều được theo dõi sau phẫu thuật, thời gian theo dõi theo dõi trung bình $13,1 \pm 6,4$ tháng.

Bảng 5: Tỷ lệ thành công

Tỷ lệ thành công	121/123 trường hợp	98,4%
Phẫu thuật nội soi	120/123 trường hợp	97,6%
Chuyển mổ mở	3/123 trường hợp	2,4%

Nhận xét: Tỷ lệ thành công của phương pháp phẫu thuật này là 98,4%. Trong đó 97,6% bệnh nhân thành công với phương pháp phẫu thuật nội soi và 2,4% bệnh nhân (3 trường hợp) phải chuyển mổ hở do khó khăn trong quá trình phẫu thuật nội soi.

Bảng 6: Tỷ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật:

Biến chứng trong mổ	2/123 trường hợp	3,2%
Biến chứng muộn (đau hạ vị - tăng sinh môn kéo dài)	2/123 trường hợp	1,6%
Sa tái phát	2/123 trường hợp	1,6%
Thoát vị thành bụng	1/123 trường hợp	0,8%

Nhận xét: Có hai trường hợp có biến chứng trong mổ, một trường hợp chảy máu tĩnh mạch trước xương cùng và một trường hợp trong quá trình bóc tách sàn chậu trước từ cung ghi nhận thủng bàng quang lỗ nhỏ. Có một trường hợp bệnh nhân chuyển mổ hở sau đó có thoát vị thành bụng về sau. Hai bệnh nhân ghi nhận sa tái phát vào tháng thứ 3 khi tái khám do bực chỗ khâu. Hai trường hợp đau hạ vị - tăng sinh môn kéo dài 2 tháng sau mổ (1,6%), hầu hết các rối loạn đi tiêu và đi tiểu đều cải thiện sau mổ.

Tỷ lệ thành công: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thành công là 98,4% (121/123 trường hợp), tỉ lệ tái phát là 1,6% với thời gian theo dõi trung bình là $13,1 \pm 6,4$ tháng. So với các nghiên cứu khác: Bacle (2011) [5] với $n = 501$, ghi nhận tỉ lệ tái phát 11,5% với thời gian theo dõi trung bình 37,2 tháng. Sabagh (2010) [10] tỷ lệ tái phát là 10,8% với thời gian theo dõi trung bình 60 tháng, Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2010) [2] với $n = 21$, chưa ghi nhận trường hợp nào sa tái phát, tuy nhiên số bệnh nhân tái khám không đầy đủ (5 trường hợp ở tháng thứ 6, 2 trường hợp ở tháng thứ 12), Đỗ Nguyên Phương (2010) [3] với $n = 34$ trường hợp thì chưa ghi nhận trường hợp nào sa tái phát, tuy nhiên không ghi rõ thời gian theo dõi trong bao lâu. Nguyễn Văn Ân (2014) [1] với $n = 24$, tỉ lệ tái phát 15,8% với thời gian theo dõi trung bình 20,9 tháng. Có thể thấy tỷ lệ thành công và tỷ lệ tái phát tương đương so với các nghiên cứu khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân tái phát là do trong những ca đầu chúng tôi sử dụng chỉ Vicryl (mục đích là để thao tác khâu qua nội soi) để khâu mảnh ghép vào

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Bệnh nhân có độ tuổi trung bình $64,8 \pm 12,4$ tuổi, với số lần sinh đẻ trung bình $4,1 \pm 1,9$ lần có đặc điểm phù hợp với mẫu số nghiên cứu ở những bệnh nhân sa các tạng vùng chậu là những bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử sinh nở nhiều. Đa phần có triệu chứng trên các hệ cơ quan sinh dục, tiết niệu và tiêu hóa. Triệu chứng thường gặp nhất là khó chịu do khối sa ra khỏi âm đạo (91,1%)

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

sàn chậu và mỏm nhô, cả 2 trường hợp bọc chỗ khâu vào tháng thứ 2 và tháng thứ 3 sau mổ. Sau đó chúng tôi đã cải tiến kỹ thuật, sử dụng chỉ Prolene để khâu. Sau khi thay đổi quy trình kỹ thuật, chúng tôi chưa ghi nhận thêm trường hợp nào sa tái phát.

Các rối loạn trên hệ tiêu hóa và tiết niệu đều cải thiện tốt sau mổ. Với tỷ lệ thành công tương đương các tác giả trong và ngoài nước cho thấy phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào mỏm nhô xương cùng mang lại hiệu quả cao trong điều kiện hiện tại.

Tính khả thi: Chúng tôi so sánh kết quả phẫu thuật của chúng tôi cùng với các tác giả trong và ngoài nước cùng thực hiện phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào mỏm nhô. Paraiso (2005) [8] báo cáo 56 bệnh nhân: thời gian mổ trung bình 269 phút, lượng máu mất trung bình 172 ml, thời gian nằm viện trung bình 1,8 ngày, 1 trường hợp phải chuyển mổ mở (1,8%). Agarwala (2007) [4] báo cáo 74 trường hợp sa mỏm chậu âm đạo hoặc sa tử cung độ III - IV: lượng máu mất trung bình 25 ml (25 – 150), 2 trường hợp phải chuyển mổ mở (2,7%), Bacle (2011) [5] báo cáo 501 trường hợp bị sa các tạng vùng chậu độ III – IV: thời gian mổ trung bình 97,4 phút, thời gian nằm viện trung bình 3,7 ngày. Mustafa (2012) [6] báo cáo 47 trường hợp các bệnh nhân sa các tạng vùng chậu độ II - IV thời gian mổ trung bình 196 phút cho 15 trường hợp đầu tiên, 162 phút cho những trường hợp sau, 2 trường hợp phải chuyển mổ mở (4%). Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2010) [2] báo cáo 21 trường hợp tại BV Từ Dũ: thời gian mổ 85 – 220 phút. Đỗ Nguyên Phương (2010) [3] báo cáo 34 trường hợp tại BV Chợ Rẫy: thời gian mổ trung bình 234,2 phút, lượng máu mất trung bình 92,1 ml, thời gian nằm viện trung bình 7,76 ngày. Nguyễn Văn Ân (2014) [1] báo cáo 24 trường hợp, không

có trường hợp phải chuyển mổ mở, thời gian mổ trung bình 168 phút, lượng máu mất trung bình 36,4 ml, thời gian nằm viện trung bình 4,2 ngày.

Tính an toàn: So sánh tỉ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật của chúng tôi cùng với các tác giả trong và ngoài nước. Stepanian (2008) [11], tỉ lệ lộ mảnh ghép 1,2%). Bacle (2011) [5] tỉ lệ tai biến trong mổ 1,7%, tỷ lệ lộ mảnh ghép là 2,4%. Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2010) [2], 1 trường hợp (4,7%) bị tai biến rách tĩnh mạch trước xương cùng mất 200 ml máu trước khi khâu cầm máu được. Đỗ Nguyên Phương (2010) [3] 1 trường hợp tai biến trong mổ là tụ máu vùng mỏm nhô (2,9%), biến chứng sớm sau mổ gồm 1 trường hợp rò nước tiểu kéo dài (2,9%) và nhiễm trùng vết mổ 6 trường hợp (17,6%). Nguyễn Văn Ân (2014) [1] không có trường hợp nào bị tai biến trong lúc mổ.

Nghiên cứu của chúng tôi: Thời gian phẫu thuật trung bình là 185,4 phút, thấp nhất là 105 phút và cao nhất là 370 phút. Thời gian phẫu thuật tập trung nhiều nhất là 120 – 180 phút. Trường hợp phẫu thuật kéo dài là trường hợp bệnh nhân thừa cân, bệnh nhân có tử cung to và viêm dính vùng chậu, phẫu thuật bộc lộ vùng chậu và thao tác khâu khó khăn do khó bộc lộ mỏm nhô và các quai ruột đổ xuống hố chậu trong quá trình phẫu thuật khiến cuộc mổ kéo dài, bệnh nhân sau mổ an toàn và không có biến chứng sau mổ. Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu này là 51,6 ml, đa số các trường hợp là mất máu ít, lượng máu mất nhiều nhất là 450ml, đây là trường hợp tổn thương tĩnh mạch trước xương cùng và đã được kiểm soát tốt trong quá trình phẫu thuật, bệnh nhân hậu phẫu ổn định. So sánh với các tác giả khác thì lượng máu mất trung bình là tương đương. Lượng máu mất trung bình thấp cho

thấy đây là một kỹ thuật an toàn và chấp nhận được về phương diện chảy máu.

Tuy nhiên thời gian hậu phẫu ($10 \pm 7,1$ ngày) và thời gian nằm viện ($13,2 \pm 7,9$ ngày) kéo dài hơn so với các nghiên cứu khác, lý do chúng tôi có 1 trường hợp sau mổ nhiễm trùng vết mổ, bệnh nhân chậm có nhu động ruột và có biến cố tim mạch sau mổ khiến thời gian nằm viện kéo dài đến 52 ngày và thời gian hậu phẫu kéo dài đến 49 ngày, trường hợp này xảy ra trên bệnh nhân 76 tuổi và có yếu tố tim mạch trước đó được đánh giá đầy đủ nguy cơ với các chuyên khoa tim mạch, hô hấp và tiền mê. Cuộc mổ diễn ra rất thuận lợi khoảng 125 phút nhưng biến cố tim mạch xảy ra ở hậu phẫu. Do đó cần thận trọng chỉ định trong những trường hợp bệnh nhân lớn tuổi và có bệnh nền kèm theo. Hơn nữa, đây là phẫu thuật với thời gian mổ lâu, trên BN lớn tuổi, chúng tôi chủ động cho BN nằm viện dài ngày đến khi lâm sàng thật sự ổn định. Hy vọng trong thời gian tới với đường cong học tập được cải thiện chúng tôi sẽ tự tin cho BN ra viện sớm hơn giúp rút ngắn thời gian nằm viện so với các tác giả khác trên thế giới.

Có 3 trường hợp chuyển mổ mở, cả 3 trường hợp BMI đều trên $24,2 \text{ kg/m}^2$. Hai trường hợp do ruột và mạc treo đổ nhiều xuống vùng chậu chúng tôi không bộc lộ tốt vùng phẫu thuật qua nội soi. Trường hợp còn lại do chỗ chia tĩnh mạch chủ dưới nằm ngay trên móm nhô không thể khâu qua nội soi, chúng tôi tiến hành mổ mở vén mạch máu sang bên để khâu vào dây chằng dọc trước xương cụt.

Với các kết quả trên cho thấy việc thực hiện phẫu thuật này an toàn và khả thi trong điều kiện của bệnh viện chúng tôi.

Những biến chứng:

Biến chứng trong mổ: Chúng tôi có một trường hợp rách tĩnh mạch trước xương cụt gây mất khoảng 450 ml máu đã mô tả ở trên, trường hợp này đã được khâu nội soi cầm máu, không truyền máu và diễn tiến hậu phẫu ổn định. Một trường hợp trong quá trình bóc tách sàn chậu trước tử cung ghi nhận thủng bàng quang nhỏ do viêm dính nhiều, chúng tôi xử trí bằng cách khâu lại bằng chỉ Vicryl và lưu thông niệu đạo – bàng quang 14 ngày, hậu phẫu và tái khám bệnh nhân ổn định.

Biến chứng sớm: Chúng tôi có 1 trường hợp có biến cố tim mạch sau mổ ở bệnh nhân 76 tuổi có yếu tố nguy cơ tim mạch trước đó như đã mô tả, bệnh nhân ổn định sau đó tuy nhiên thời gian nằm viện kéo dài đến 52 ngày. Ba trường hợp có sốt sau mổ tuy nhiên điều trị ổn định hoàn toàn sau đó với kháng sinh phổ rộng. Không có trường hợp nào phải truyền máu trong và sau mổ.

Biến chứng muộn: Có 1 trường hợp chuyển mổ hở sau đó tái khám chúng tôi ghi nhận có tình trạng thoát vị thành bụng. Có 2 trường hợp đau vùng chậu kéo dài đến 2 - 3 tháng sau mổ phải sử dụng giảm đau và kháng viêm kéo dài, không ghi nhận các biến chứng lộ mảnh ghép. Tuy nhiên so với các nghiên cứu khác thì số liệu còn ít nên cần cỡ mẫu lớn hơn để có nhìn nhận tổng thể hơn.

Việc cắt tử cung hay bảo tồn tử cung trong sa sinh dục:

Hiện tại việc cắt tử cung hay không vẫn còn đang bàn cãi, những năm về trước, việc cắt tử cung trong sa sinh dục thường được chọn lựa bởi các nhà sản phụ khoa như Stepanian, Miklos và Moore với quan điểm luôn luôn cắt tử cung [11]. Một nghiên cứu năm 2008 của các tác giả này với cỡ mẫu 402 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi có định sàn chậu vào móm nhô có 272 trường hợp đã được cắt tử cung từ trước, 130 trường hợp được cắt tử cung trong phẫu thuật.

Tuy nhiên, khuynh hướng hiện tại nhiều tác giả lựa chọn quan điểm bảo tồn tử cung. Chứng minh cho quan điểm không cần cắt bỏ tử cung là qua kết quả các nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ thành công tương đương mà bệnh nhân không phải chịu kéo dài thời gian mổ và chịu rủi ro do phẫu thuật cắt tử cung. Hiện có rất ít báo cáo về loại phẫu thuật này, tuy nhiên đa phần các nghiên cứu được báo cáo đều ủng hộ quan điểm bảo tồn tử cung như: Agarwala (2007) [4], Sabbagh (2010) [10], ... trong nước các tác giả đều thống nhất quan điểm bảo tồn tử cung như Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2010) [2], Đỗ Nguyên Phương (2010) [3], Nguyễn Văn Ân (2014) [1].

Quan điểm của chúng tôi là bảo tồn tử cung và kết quả cho thấy tỷ lệ thành công tương đương (có 3 trường hợp sa móm cắt do bệnh nhân đã cắt tử cung trước đó)

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào móm nhô xương cùng có tính khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị sa các tạng vùng chậu mức độ nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Ân, Võ Trọng Thanh Phong, Phạm Hữu Đoàn, Nguyễn Tế Kha, Nguyễn Ngọc Châu, Ngô Đại Hải, Phạm Phú Phát (2014) Áp dụng phẫu thuật nội soi treo âm đạo vào móm nhô để điều trị sa sinh dục nặng. Y học TPHCM. 18(1) 424-429.
2. Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Phan Thị Nga, Văn Phụng Thống, Nguyễn Thị Vĩnh Thành, Nguyễn Thị Thanh Tâm, Hồ Kỳ Thu Nguyệt, Nguyễn Bá Mỹ Ngọc (2011) Đánh giá bước đầu hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật treo tử cung vào móm nhô xương qua nội soi ổ bụng trong điều trị sa tử cung tại bệnh viện Từ Dũ. Y học TPHCM. 14(2), 89-95.
3. Đỗ Nguyên Phương, Trần Quang Phúc, Nguyễn Thị Nga, Châu Quý Thuận, Trần Trọng Trí, Trần Ngọc Sinh (2010) Phẫu thuật nội soi ổ bụng gây tổn thương nặng hệ tiết niệu. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 375, 554-557.
4. Agarwala N, Hasiak N, Shade M (2007) Laparoscopic sacral colpopexy with Gynemesh as graft material--experience and results. J Minim Invasive Gynecol. 14 (5), 577-583.
5. Bacle J, Paptoris AG, Bigot P et al (2011) Laparoscopic promontofixation for pelvic organ prolapse: A 10-year single center experience in a series of 501 cases. Int J Urol. 18, 821-826.
6. Mustafa S, Amit A, Filmar S, Deutsch M, Netzer I, ItskovitzEldor J. Lowenstein (2012) Implementation of laparoscopic sacrocolpopexy: establishment of a learning curve and shortterm outcomes. Arch Gynecol Obstet. 286 (4), 983-988.
7. Nezhat et al (1994) Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. Obstet Gynecol. 84(5), 885-888
8. Paraiso MFR, Walters MD, Rackley RR, Melek S, Hugney C (2005) Laparoscopic and abdominal sacral colpopexies: A comparative cohort study. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 192, 1752-1758.
9. Rozet F, Mandron E, Arroyo C, et al (2005). Laparoscopic sacral colpopexy approach for genito-urinary prolapse: experience with 363 cases. Eur Urology;47:230-236.
10. Sabbagh R, Mandron E, Piussan J, Brychaert PE and Le MT (2010) Long-term anatomical and functional results of laparoscopic promontofixation for pelvic organ prolapsed. BJU Int. 106, 861-866.
11. Stepanian AA, Miklos JR, Moore RD, and Mattox TF (2008) Risk of Mesh Extrusion and Other Mesh-Related Complications After Laparoscopic Sacral Colpopexy with or without Concurrent Laparoscopic-Assisted Vaginal Hysterectomy: Experience of 402 Patients. J Minim Invasive Gynecol. 15, 188-196