KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG MẢNH GHÉP TỔNG HỢP TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA BỆNH LÝ SA TẠNG CHẬU TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Đinh Văn Sinh, Cao Xuân Hùng, Lê Quang Nam*

**Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An*

Email: bs.caohungspk@gmail.com

SĐT: 0918819899

TÓM TẮT

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 sàn chậu trên các bệnh nhân sa tạng vùng chậu tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Báo cáo hàng loạt ca, đối tượng là các phụ nữ có sa tạng vùng chậu khám và điều trị tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An, được chỉ định can thiệp phẫu thuật phục hồi sàn chậu có sử dụng mảnh ghép tổng hợp.

Kết quả: Trong thời gian từ tháng 6/2020 đến 6/2021, có 48 bệnh nhân được phẫu thuật với độ tuổi trung bình 61,3 tuổi. Số bệnh nhân có lần mang thai con lần 3 trở lên là 83.3 %. Tỷ lệ sa bàng quang là 89,5%, sa tử cung là 83,3%, sa trực tràng 31,2%. Phẫu thuật nội soi chiếm 72,8% và qua đường âm đạo chiếm 28,2%. Thời gian nội soi cố định sàng chậu vào mỏm nhô 130 ± 39 phút, với lượng mất máu 160±37 ml. Thời gian đặt mesh thành trước âm đạo là 61±6 phút, với lượng máu mất 56 ± 13 ml. Tai biến đau vùng xương cụt là 3/48 bệnh nhân, tỷ lệ bàng quang tăng hoạt sau mổ chiếm 3/48 bệnh nhân.

Kết luận: Sử dụng mảnh ghép tổng hợp phục hồi sàng chậu sau mổ có thể thực hiện đường âm đạo và đường nội soi, trong nghiên cứu này không có trường hợp nào tái phát trong thời gian theo dõi. Tỷ lệ tai biến gần và tai biến về sau thấp, cải thiện chất lượng cuộc sống sau mổ.

Từ khóa: Sa sinh dục, nội soi, cố định sàng chậu vào mỏm nhô.

ABTRACTS

EVALUATING THE EARLY OUTCOMES OF USING POLYMERIC MESHES IN SURGICAL MANAGEMENT OF PELVIC FLOOR PROLAPSE AT THE OBSTESTRICS DEPARTMENT OF NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: To evaluate the effectiveness and safety of polypropylene mesh in the surgical reconstruction of pelvic floor in patients with pelvic organ prolapse (POP) at Nghe An Friendship General Hospital.

Subjects and Methods: Case reports of female patients with pelvic organ prolapse treated at Nghe An General Friendship Hospital who assigned for surgery to reconstruct the pelvic floor with polymeric mesh.

Results: Between June 2020 to June 2021, among 48 selected patients underwent surgery, the average age was 61.3 years, the proportion of patients who were in pregnant equal to or greater than 3 times was 83.3%; The proportion of bladder prolapse, uterine prolapse and rectus prolapse were 89.5%, 83.3% and 31.2%, respectively. Laparoscopic surgery accounted for 72.8% of total cases and sacrocolpopexy accounted for 28.2%. The average time of sacrocolpopexy was 130 ± 39 minutes with the blood loss of 160±37 ml. The average time of mesh placement for reconstruction of the anterior wall of the vagina was 61±6 minutes, the average blood loss was 56 ± 13 ml. Sacral pain occurred in 3 out of 48 patients. Overactive bladder was seen in 3 out of 48 patients.

Conclusions: The placement of polymeric mesh to repair the pelvic organ prolapse can be perfomed transvaginal or laparoscopy surgery. In our study, there was no recurrence during follow-up. The rate of early and long term complications was low. The quality of life of patients was improved after surgery.

Keywords: Pelvic organ prolapse, laparoscopic, sacrocolpopexy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa tạng vùng chậu (Pelvic organ prolapsus) là bệnh lý thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh hoặc sinh đẻ nhiều lần. Do tình trạng suy yếu của hệ thống nâng đỡ đáy chậu dẫn đến sự tụt xuống của các cơ quan vùng chậu và âm đạo. Sa sinh dục mặc dù không đe dọa đến tính mạng nhưng lại gây ảnh hưởng nhiều đến chất

lượng cuộc sống và sức khỏe của bệnh nhân. Sa sinh dục gây rối loạn chức năng các cơ quan vùng chậu (tử cung, ruột, bàng quang), tiểu không tự chủ, táo bón, viêm nhiễm tại chỗ do cọ xát, ảnh hưởng đến quan hệ tình dục. Tại Mỹ khoảng 50% phụ nữ trong độ tuổi 15-60 bị sa sinh dục và mỗi năm có đến 200.000 ca mổ sa sinh dục [1].

Càng ngày đòi sống càng nâng cao, người phụ nữ đòi hỏi chất lượng sống cải thiện hơn, mong muốn bảo tồn khả năng sinh sản, duy trì chất lượng tình dục và tránh được các triệu chứng của bệnh lý sa tạng chậu gây ra. Điều đó đặt ra sự cần thiết phải phục hồi lại cấu trúc sàn chậu, giải quyết các rối loạn chức năng sàn chậu, hạn chế thấp nhất tỉ lệ tái phát, nhằm nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

Có nhiều phương pháp điều trị sa sinh dục bằng nội khoa hoặc ngoại khoa. Từ những kỹ thuật ngoại khoa kinh điển như phẫu thuật crossen, lefort hay đến những kỹ thuật mới triển khai trong những năm gần đây như phẫu thuật nội soi cố định khối sa tạng chậu vào mỏm nhô hay đặt mesh prolen đường âm đạo. Tuy vậy còn nhiều tranh cãi trong các quan điểm điều trị và chưa có phương pháp nào được xem là tối ưu nhất. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài 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 sàn chậu trên các bệnh nhân sa tạng chậu tại BVHNĐK Nghệ An từ 6/2020 đến 06/2021.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo loạt ca

Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ bị sa tạng chậu có có rối loạn chức năng sàn chậu, khám tại BVHNĐK Nghệ An, được chỉ định điều trị phục hồi sàn chậu qua âm đạo hay nội soi ổ bụng có sử dụng mảnh ghép tổng hợp

Cách chọn mẫu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tuổi ≥ 18 tuổi, có sa tạng chậu ≥ độ 2 (theo POP), có triệu chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống

Tiêu chuẩn loại trừ: Có dị dạng, lỗ rò hoặc ung thư đường tiêu hóa, tiết niệu hoặc sinh dục, chống chỉ định với đặt mesh

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi	*< 30*	*0*	*2%*
	30 - <40	*1*	*2%*
	40 - < 50	*5*	*10,5%*
	50- < 60	*16*	*33,3%*
	60- < 70	*18*	*37,5%*
	≥ 70	*8*	*16,7%*
	Trung bình		*61,3±9,5 (33 – 76)*
Số con	*0*	*0*	*0*
	1-2	*8*	*16,7%*
	≥ 3	*40*	*83,3%*

Nhận xét: Lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 60 - < 70 tuổi chiếm tỷ lệ 37,5%, bệnh nhân ít tuổi nhất 33 tuổi và cao tuổi nhất là 76 tuổi, tuổi trung bình 61,3 tuổi. Có 83,3% số bệnh nhân sinh con lần 3 trở lên.

Bảng 3.2. Phân bố sa các tạng vùng chậu

Tạng sa	Số ca và Tỷ lệ %	Độ sa			
		1	2	3	4
Bàng quang	*43/48 (89,5%)*	*1 (2,3%)*	*8 (18,6%)*	*29(67,4%)*	*5 (11,7%)*
Tử cung	*40/48 (83,3 %)*	*7 (17,5%)*	*13 (32,5%)*	*17 (42,5%)*	*3 (8,5%)*
Trực tràng	*15/48 (31,2%)*	*2 (13,4%)*	*7 (46,7%)*	*4 (26,6 %)*	*2(13,3%)*
Mỏm cắt	*4/48 (8,3%)*	*0*	*0*	*1 (25%)*	*3 (75%)*

Nhận xét: Tỷ lệ sa bàng quang chiếm tỷ lệ cao nhất 89,5%, tỷ lệ sa mỏm cắt 8,3%.

Bảng 3.3. Phân bố các phẫu thuật sàn chậu và các đặc điểm phẫu thuật

Phương pháp	Số ca	Thời gian (phút)	Lượng máu mất (ml)	Thời gian nằm viện (ngày)
NS cố định sàng chậu vào mỏm nhô	*35/48 (72,9%)*	*130± 39 (75- 185*	*160 ± 37 (50-250)*	*7,5±1,5 (5-11)*
Mesh thành trước âm đạo	*9/48 (18,7%)*	*61± 6 (50-70)*	*56 ± 13 (40-100)*	*6,2±0,8 (4-7)*
Mesh thành sau âm đạo	*0*	*0*	*0*	*0*
Mesh thành trước và thành sau âm đạo	*4/48 (8,4%)*	*82± 22 (60-110)*	*75 ± 22 (50-130)*	*6,7±1,2 (5-8)*

Nhận xét: Phẫu thuật nội soi cố định sàng chậu vào mỏm nhô chiếm tỷ lệ cao nhất 35/48 (72,9%) và lượng mất máu là 160 ± 37 (50-250ml) với thời gian phẫu thuật 130 ± 39 (75-185ml). Phương pháp đặt mesh thành trước âm đạo lượng máu mất trung bình và thời gian mổ trung bình ngắn nhất lần lượt là 56±13 (40-100 ml) và 61±6 (50-70 phút).

Bảng 3.4. Các phẫu thuật kết hợp

Kỹ thuật nội soi cố định sàn chậu vào mỏm nhô kết hợp	Số lượng	%
Cắt TCBP	*3/35*	*8,5 %*
Sửa thành sau âm đạo	*7/35*	*20%*

Nhận xét: Tỷ lệ phối hợp cắt TCBP và sửa thành sau âm đạo trong nội soi cố định tử cung vào mỏm nhô lần lượt là 3/35 (8,5%) và 7/35 (20%).

Bảng 3.5. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Thời gian trung bình theo dõi (tháng)
Mesh thành trước	*3,9± 1,8 (0,5- 6)*
Mesh thành sau	*0*
Mesh thành trước và thành sau	*3,2±1,9 (0,5-4)*
NS treo sàng chậu vào mỏm nhô	*5,7±3,1 (0,3-12)*

Nhận xét: thời gian trung bình theo dõi của nội soi treo sàng chậu vào mỏm nhô là: 5,7±3,1 (0,3-12) tháng.

Bảng 3.6. Tai biến

Tai biến	Nội soi	Đường âm đạo	Tỷ lệ %
Xói mòn mesh	*0*	*0*	*0*
Tổn thương ruột	*1*	*0*	*2%*
Tổn thương bàng quang	*1*	*0*	*2%*
Mất máu cần truyền	*0*	*0*	*0*
Đau vùng bẹn	*0*	*1*	*2%*
Đau vùng cùng cụt	*2*	*1*	*6,25%*
Tụ máu	*1*	*2*	*6.25%*

Nhận xét: Tỷ lệ tai biến tụ máu và đau vùng cùng cụt chiếm tỷ lệ cao nhất đề chiếm 3/48 (6,25%).

Bảng 3.7. Các rối loạn tiểu tiện – đại tiện mới xuất hiện

Rối loạn	Số lượng	Nội soi	Đường âm đạo
Bàng quang tăng hoạt	*3/48 (6,25%)*	*2*	*1*
Táo bón	*2/48 (4,1%)*	*2*	*0*

Nhận xét: Tỷ lệ bàng quang tăng hoạt, táo bón sau phẫu thuật lần lượt là 6,25% và 4,1%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là 61,3 tuổi, tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Kim và cộng sự 2007 với độ tuổi trung bình 63,8 tuổi [2]. Phụ nữ càng lớn tuổi, đẻ nhiều lần nguy cơ sa tạng chậu càng cao, trong nghiên cứu này tỷ lệ con lần 3 chiếm 83,3%. Tỷ lệ POP tăng có thể là kết quả của quá trình lão hóa và thoái hóa sinh lý và từ sự giảm nồng độ estrogen. Nhiều nghiên cứu cho thấy rõ vai trò quan trọng của hormone sinh dục trong việc duy trì các mô liên kết và ma trận ngoại bào cần thiết để nâng đỡ tạng chậu. Liên

quan đến sự giảm nồng độ hormone sinh dục, ở phụ nữ đã mãn kinh cũng là yếu tố nguy cơ tăng tỷ lệ tiến triển POP [3].

4.2. Phân bố các tạng sa

Sa bàng quang chiếm tỷ lệ cao nhất 89,5% 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 trực tiếp bởi mang thai, sinh đẻ và tăng áp lực ổ bụng, tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi và cộng sự với tỷ lệ sa bàng quang là 90,2% [4],[5]. Có 4/48 (8,3%) số trường hợp cắt hoàn toàn tử cung nhưng bệnh nhân vẫn sa tạng chậu. Điều đó càng khẳng định chỉ cắt tử cung đơn thuần không điều trị được sa tạng chậu. Có 79,1 % số bệnh nhân có sa bàng quang độ 3 trở lên. Điều này được giải thích do văn hóa phụ nữ Việt Nam, đây như vấn đề tế nhị nên âm thầm sống chung, một số do điều kiện nhận thức kinh tế và văn hóa còn thiếu nên chỉ khi bệnh nặng biểu hiện nhiều đến chất lượng cuộc sống thì mới đi khám và điều trị.

4.3. Phân bố các phẫu thuật sàn chậu và các đặc điểm phẫu thuật

Phẫu thuật nội soi cố định sàng chậu vào mỏm nhô chiếm tỷ lệ cao nhất 35/48 (72,9%) và lượng mất máu là 160 ± 37 (50-250ml) với thời gian phẫu thuật 130 ± 39 (75-185ml) kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Jin-Sung Yuk và cộng sự (2018) [5]. Trong nghiên cứu này việc sử dụng mesh trong phẫu thuật có thế sử dụng được cả đường bụng và đường âm đạo. Tỷ lệ mất máu trong phẫu thuật nội soi ít hơn, tuy nhiên đòi hỏi trình độ phẫu thuật viên nội soi cao hơn. Đối với các trường hợp đặt mesh đường âm đạo đơn thuần thành trước thời gian ngắn, lượng mất máu không nhiều phù hợp đối các bệnh nhân già yếu mà bệnh nhân sa ít hoặc không đủ điều kiện gây mê thời gian dài. Đặc biệt chúng tôi gặp 4 trường hợp sa tạng chậu sa độ 3 trở lên sau cắt tử cung. Trong đó chúng tôi có tiến hành 2 trường hợp nội soi treo vào mỏm nhô và 2 trường hợp chúng tôi đặt mesh đường âm đạo sử dụng đặt cố định khối sa bằng mesh qua lỗ bịt và và dây chằng cùng gai.

4.4. Các phẫu thuật kết hợp trong nội soi cố định sàn chậu vào mỏm nhô kết hợp

Trong nghiên cứu có 03 trường hợp bệnh nhân có sa tạng chậu kèm u xơ tử cung, chúng tôi đã tiến hành cắt tử cung bán phần và đặt mesh, và có 7/35 trường

hợp chúng tôi có kết hợp thành sau âm đạo. Đa số các trường hợp đó trực tràng sa nhẹ, sau khi tiến hành đặt mesh chúng tôi có sửa và làm hẹp hành sau âm đạo.

4.5. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật

Thời gian trung bình theo dõi của nội soi treo sàng chậu vào mỏm nhô là: 5,7±2,4 (0,3-12) tháng. Thời gian theo dõi sau mổ còn ngắn mặc dù hiệu quả cao nhưng cần nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi lâu hơn và so sánh với các phương pháp khác để làm rõ hiệu quả phẫu thuật.

4.6. Tai biến và các rối loạn tiểu tiện – đại tiện mới xuất hiện

Tỷ lệ đau vùng cùng cụt sau mổ và tụ máu chiếm tỷ lệ 3/48 trường hợp. Đa số liên quan thao tác trong kỹ thuật cầm máu và bóc tách. Các bệnh nhân đều ổn định sau khi cầm máu và dùng giảm đau.

Tỷ lệ bàng quang tăng hoạt sau phẫu thuật là 3/48 (6,25%) và tỷ lệ táo bón là 4/48 (4,1%) điều này có thể liên quan đến kinh nghiêm và kỹ thuật bóc tách bàng quang và đặt cố định mesh quá căng của. Tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu Anger JT (2014) [6] và Karram M (2013) [7]. Điều này có thể do số bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi còn ít.

5. KÉT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Sử dụng mảnh ghép tổng hợp để phục hồi sàng chậu đạt hiệu quả và an toàn cải thiện và đem lại chất lượng sống tốt hơn cho người phụ nữ bị sa tạng chậu và các rối loạn vùng chậu, Phẫu thuật có thể thực hiện qua đường âm đạo hoặc nội soi. Tỷ lệ tái phát và các tai biến xa gần đều thấp.

Kiến nghị cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian nghiên cứu dài hơn và có sự so sánh các phương pháp khác để đánh giá hiệu quả và mức độ an toàn của sự dụng mảnh ghép tổng hợp trong phẫu thuật sa tạng chậu

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Subak LL, Waetjen LE, van den Eeden S, Thom DH, Vittinghoff E, Brown JS (2001), “Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States”, *Obstet Gynecol*, 98:646–651.

2. Kim, C. M.,Chung, D. J., Kim, S. K., Kim, J. W., & Bai, (2007), "Risk factors for pelvic organ prolapse", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 98(3), 248–251.
3. Hoffman BB, Schorge J, "Pelvic Organ Prolapse" *Williams Gynecology 3rd Edition* (2016)pp 538 – 560.
4. Nguyễn Bá Mỹ Nhi và cộng sự, " Nhận xét bước đầu sử dụng mảnh ghép tổng hợp trong điều trị ngoại khoa bệnh lý sa tạng chậu nữ tại Bệnh viện Từ Dũ" *Tạp chí phụ sản*, tập 10, số 2, Tháng 4 -2012.
5. Jin-Sung Yuk, Jung Hun Lee, Jun-Young Hur & Jung-Ho Shin (2018), *The prevalence and treatment pattern of clinically diagnosed pelvic organ prolapse*: a Korean National Health Insurance Database-based cross-sectional study 2009–2015.
6. Anger JT, Mueller ER, Tarnay C, Smith B, Stroupe K, Rosenman A, et al. (2014), Robotic compared with laparoscopic sacrocolpopexy: a randomized controlled. *Obstet Gynecol* 2014;124:165]. Obstet Gynecol , 123:5–12.
7. Karram M, Maher C. Surgery for posterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol* 2013;24:1835–41.