

**SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH  
BỆNH VIỆN SẢN - NHI BẮC NINH SỐ 1**

**NGUYỄN THỊ HOA**

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT  
MẢNH GHÉP TỔNG HỢP ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC TẠI  
BỆNH VIỆN SẢN - NHI BẮC NINH SỐ 1**

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**BẮC NINH - 2026**

**SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH  
BỆNH VIỆN SẢN - NHI BẮC NINH SỐ 1**

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT  
MẢNH GHÉP TỔNG HỢP ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC TẠI  
BỆNH VIỆN SẢN - NHI BẮC NINH SỐ 1**

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**Người thực hiện: Nguyễn Thị Hoa**

**Cộng sự: Ngụy Thị Hoạt**

**BẮC NINH - 2026**

## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ÂĐ	: Âm đạo
BN	: Bệnh nhân
BQ	: Bàng quang
BVPSHN	: Bệnh viện phụ sản Hà Nội
BVPSTW	: Bệnh viện phụ sản Trung ương
BVSNBNS1	: Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 1
CTC	: Cổ tử cung
cs	: Cộng sự
POP-Q	: Pelvic Organ Prolapse Quantification System
POSST:	: Pelvic Organ Support study
PT	: Phẫu thuật
RN	: Ruột non
SSD	: Sa sinh dục
TC	: Tử cung
TKKSGS	: Tiêu không kiểm soát gắng sức
VN	: Việt Nam

## MỤC LỤC

<b>DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT .....</b>	
<b>DANH MỤC BẢNG .....</b>	
<b>DANH MỤC HÌNH .....</b>	
<b>ĐẶT VẤN ĐỀ .....</b>	<b>1</b>
<b>Chương 1. TỔNG QUAN.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. CÁC CẤU TRÚC GIẢI PHẪU LIÊN QUAN ĐẾN SA SINH DỤC.....</b>	<b>3</b>
1.1.1. Tử cung và các phương tiện giữ tử cung tại chỗ.....	3
1.1.2. Âm đạo.....	6
1.1.3. Hệ thống cân cơ của đáy chậu .....	6
<b>1.2. CƠ CHẾ SA SINH DỤC.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3. NGUYÊN NHÂN GÂY SA SINH DỤC .....</b>	<b>11</b>
1.3.1. Các bất thường về cấu trúc cơ sàn chậu .....	11
1.3.2. Các liên quan sản khoa .....	11
1.3.3. Tuổi già và mãn kinh .....	12
1.3.4. Các yếu tố làm tăng áp lực ổ bụng thường xuyên.....	12
1.3.5. Rối loạn dinh dưỡng.....	12
<b>1.4. TRIỆU CHỨNG CỦA SA SINH DỤC .....</b>	<b>12</b>
<b>1.5. PHÂN LOẠI SA SINH DỤC.....</b>	<b>13</b>
1.5.1. Phân loại cổ điển.....	13
1.5.2. Phân loại theo hệ thống Baden – Walker Halfway .....	13
1.5.3. Phân loại sa sinh dục theo hệ thống POPQ ... ..	13
<b>1.6. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA SA SINH DỤC .....</b>	<b>15</b>
1.6.1. Chỉ định phẫu thuật điều trị sa tạng vùng chậu .....	16
1.6.2. Các phương pháp phẫu thuật.....	16
1.6.3. Kỹ thuật phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép tổng hợp trong nội soi sa sinh dục tại Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 1.....	20
<b>CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>25</b>
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân .....	25

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ .....	25
<b>2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>25</b>
2.2.1. Phương pháp nghiên cứu.....	25
2.2.2. Cỡ mẫu .....	25
2.2.3. Cách thu nhập số liệu .....	25
2.2.4. Các biến số nghiên cứu.....	26
<b>2.3. XỬ LÝ SỐ LIỆU.....</b>	<b>30</b>
<b>2.4. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>30</b>
<b>CHƯƠNG 3: DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>31</b>
3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và tình trạng kinh nguyệt.....	31
3.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp .....	28.
3.1.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa dư.....	30
3.1.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo số lần đẻ .....	32
3.1.5. Tiền sử bệnh lý đường tiết niệu .....	32
3.1.6. Tiền sử mắc bệnh nội khoa.....	33
3.1.7. Tiền sử phẫu thuật .....	33
3.1.8. Đánh giá mức độ sa sinh dục .....	33
<b>3.2. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP TỔNG HỢP</b>	
<b>ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC TỔNG HỢP .....</b>	<b>34</b>
3.2.1. Phương pháp phẫu thuật.....	34
3.2.3. Tai biến trong mổ .....	34
3.2.4. Tai biến gần sau mổ .....	35
3.2.5. Thời gian trung tiện sau mổ.....	35
3.2.6. Sử dụng thuốc giảm đau sau mổ.....	35
3.2.7. Thời gian nằm viện .....	36
3.2.8. Kiểm tra vị trí mảnh ghép khi bệnh nhân xuất viện.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b> .....31
3.2.9. Biến chứng sau khi ra viện .....	32
3.2.10. Tái phá vỡ sa sinh dục sau phẫu thuật .....	37

<b>CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN .....</b>	<b>38</b>
<b>KẾT LUẬN.....</b>	<b>39</b>
<b>KIẾN NGHỊ.....</b>	<b>40</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO .....</b>	<b>43</b>
<b>PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU.....</b>	<b>43</b>

## DANH MỤC BẢNG

<i>Bảng 1.1. Các loại mảnh ghép tổng hợp .....</i>	<i>18</i>
<i>Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh theo nhóm tuổi và tình trạng kinh nguyệt.....</i>	<i>31</i>
<i>Bảng 3.2. Tỷ lệ mắc bệnh theo nghề nghiệp.....</i>	<i>32</i>
<i>Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc bệnh theo nơi sinh sống.....</i>	<i>32</i>
<i>Bảng 3.4. Tỷ lệ mắc bệnh theo số lần sinh.....</i>	<i>32</i>
<i>Bảng 3.5. Bệnh lý đường tiết niệu .....</i>	<i>32</i>
<i>Bảng 3.6. Tỷ lệ mắc bệnh nội khoa.....</i>	<i>33</i>
<i>Bảng 3.7. Tiền sử phẫu thuật sản phụ khoa - ngoại khoa .....</i>	<i>33</i>
<i>Bảng 3.8. Mức độ sa sinh dục.....</i>	<i>34</i>
<i>Bảng 3.9. Phương pháp phẫu thuật sa sinh dục .....</i>	<i>34</i>
<i>Bảng 3.10. Tai biến trong mổ .....</i>	<i>34</i>
<i>Bảng 3.11. Tai biến gần sau mổ .....</i>	<i>35</i>
<i>Bảng 3.12. Trung tiện sau mổ và tiểu tiện sau mổ .....</i>	<i>35</i>
<i>Bảng 3.13. Sử dụng thuốc giảm đau sau mổ .....</i>	<i>35</i>
<i>Bảng 3.14. Thời gian nằm viện .....</i>	<i>36</i>
<i>Bảng 3.15. Đánh giá kết quả phẫu thuật khi xuất viện.....</i>	<i>36</i>
Error! Bookmark not defined.	
<i>Bảng 3.16. Biến chứng sau khi ra viện.....</i>	<i>36</i>
<i>Bảng 3.17. Tái phát sa sinh dục sau phẫu thuật .....</i>	<i>37</i>

## DANH MỤC HÌNH

- Hình 1.1. Thiết đồ đứng dọc giữa của cơ quan sinh dục nữ .....9*
- Hình 1.2. Mảnh ghép tổng hợp loại nhẹ Parietene, hãng Coviden .....19*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sinh dục là tình trạng các cơ quan trong vùng chậu như tử cung, bàng quang, trực tràng sa xuống thấp trong âm đạo hoặc sa hẳn ra ngoài âm hộ do hệ thống cơ và dây chằng nâng đỡ bị suy yếu [5].

Tuy không phải là một bệnh gây nguy hiểm đến tính mạng người phụ nữ, nhưng sa sinh dục là một bệnh ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, công tác, lao động cũng như tâm sinh lý của bệnh nhân tức là ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống [4].

Sa sinh dục là một bệnh khá phổ biến ở phụ nữ Việt Nam. Theo thống kê của Viện bảo vệ bà mẹ và sơ sinh, tỷ lệ bệnh này gặp ở chị em trong tuổi hoạt động sinh dục khoảng 2%, và gần 8% ở phụ nữ từ 40-50 tuổi [4].

Sa sinh dục là do suy yếu ở các mức độ khác nhau các cấu trúc đáy chậu tiểu khung có nhiệm vụ nâng đỡ và chằng giữ [5]. Điều trị sa sinh dục tùy theo mức độ bệnh. Nhẹ có thể điều trị bằng nội khoa như luyện tập chức năng nâng và khép cơ đáy chậu, vòng nâng pessary, hay liệu pháp hormone thay thế [16]. Trước đây, việc điều trị phẫu thuật sa sinh dục độ II - III chủ yếu là phẫu thuật cắt bỏ tử cung, cổ tử cung, kết hợp làm lại các thành của âm đạo (phẫu thuật Crossen, phẫu thuật Manchester...), tuy nhiên nếu chỉ cắt tử cung đường âm đạo đơn thuần thì sẽ làm khiếm khuyết hệ thống nâng đỡ sàn chậu và sẽ dẫn đến sa móm cắt về sau, các nghiên cứu cho thấy khoảng 40% có sa móm cắt sau cắt tử cung [17]. Khi sa sinh dục xảy ra, rất hiếm khi có thể tìm thấy một điểm yếu duy nhất, mà thường là nhiều vùng liên hệ với nhau và có liên quan đến những phẫu thuật trong quá khứ nhằm phục hồi những điểm yếu nhưng đã không thành công. Việc phục hồi các điểm yếu ở đáy chậu cổ điển thường được thực hiện bằng các phẫu thuật cắt bỏ cơ quan bị sa như tử cung, thành âm đạo, và khâu gia cố hệ thống cân cơ và dây chằng của người bệnh để nâng đỡ cho đáy chậu, tuy nhiên theo thời gian và sự thay đổi sinh lý của người bệnh, những hệ thống này dưới áp lực của ổ bụng sẽ bị giãn ra dẫn đến sa sinh dục tái phát. Năm 1998, tác giả Ulmsten và cộng sự đã đề xuất việc khôi phục lại giải phẫu và chức năng của sàn chậu bằng cách gia cố các cân và dây chằng bằng một loại mảnh ghép tổng hợp, ưu điểm của mảnh ghép tổng hợp là

không bị giãn ra theo thời gian và thay đổi sinh lý của người bệnh [18].

Những năm qua, mảnh ghép tổng hợp đã được đưa vào ứng dụng trong phẫu thuật nâng sàn chậu, với mục đích nâng đỡ tử cung và gia cố các dây chằng của vùng đáy chậu, và đã cho kết quả tốt. Ưu điểm của nó là có khả năng phân tán các lực cơ học lên diện rộng, duy trì sức chịu đựng với áp lực của ổ bụng lên các cân và/hoặc các cơ bị suy yếu và không bị giãn ra theo thời gian [14].

Ở Việt Nam, các phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp đường âm đạo kết hợp phẫu thuật nội soi ổ bụng để nâng sàn chậu trong bệnh lý sa sinh dục được thực hiện tại bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 4 năm 2009 và tại bệnh viện Từ Dũ từ tháng 7 năm 2009. Từ năm 2020, Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang nay là Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 1 tiếp nhận chuyển giao kỹ thuật phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép tổng hợp điều trị sa sinh dục, đến nay kỹ thuật này đã được tiến hành phổ biến cùng với phẫu thuật Crosen giải quyết triệt để bệnh nhân sa sinh dục đến điều trị tại bệnh viện. Hiện nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật nội soi điều trị sa sinh dục tại bệnh viện, vì vậy tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép tổng hợp điều trị sa sinh dục tại Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 1”** với hai mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân sa sinh dục được phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép tổng hợp tại Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 1.*
2. *Nhận xét kết quả điều trị sa sinh dục bằng phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp tại Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 1.*

## Chương 1 TỔNG QUAN

### 1.1. CÁC CẤU TRÚC GIẢI PHẪU LIÊN QUAN ĐẾN SA SINH DỤC

Các cấu trúc giải phẫu liên quan đến sa sinh dục bao gồm: Tử cung và các phương tiện giữ tử cung tại chỗ, âm đạo và cân cơ của đáy chậu.

#### 1.1.1. Tử cung và các phương tiện giữ tử cung tại chỗ

Tử cung nằm trong tiểu khung, dưới phúc mạc, trên hoành chậu hông, sau bàng quang và trước trực tràng

Kích thước trung bình: cao 6-7 cm; rộng: 4-4,5 cm; dày: 2cm

Nặng: trung bình 40-50 gr ở người chưa đẻ và khoảng 50-70 gr ở người đẻ rồi. Tư thế bình thường của tử cung là gấp trước và ngả trước [9].

##### 1.1.1.1. Vị trí và liên quan

Tử cung có hình nón cụt, đáy nằm lên trên, dẹt theo chiều trước sau, hẹp và tròn ở phía dưới. Tử cung nằm trong khoang hoành chậu hông, ngay trên đường giữa, trước trực tràng, sau bàng quang. Thân tử cung có một đáy, hai bên nối với hai vòi trứng, hai mặt và hai bờ.

Đáy là bờ trên của thân tử cung, được che phủ bởi phúc mạc phủ không bóc tách liên quan với các tạng trên ổ bụng. Hai bờ bên dày và được tiếp nối với hai lá phúc mạc, ở giữa là động mạch tử cung. Mặt ruột nhìn lên trên và ra sau được phủ bởi phúc mạc phủ liên quan với trực tràng bởi túi cùng tử cung – trực tràng. Mặt bàng quang nhìn xuống dưới và ra trước được che phủ bởi phúc mạc phủ liên quan với bàng quang bởi túi cùng tử cung – bàng quang.

##### 1.1.1.2. Hướng và tư thế

Thông thường tử cung gấp ra trước ở một tư thế sinh lý, chiếm khoảng 80% [7]. Thân tử cung hợp với cổ tử cung một góc  $120^{\circ}$ , hợp với trục âm đạo một góc  $90^{\circ}$ . Vì vậy, trọng tâm của tử cung rơi ra phía trước của trục âm đạo để chúng không bị sa vào âm đạo. Tuy nhiên, tử cung có thể ngả trung gian, ngả sau.

##### 1.1.1.3. Hình thể ngoài

- Tử cung có hình nón cụt, rộng và dẹt ở trên, hẹp và tròn ở dưới.
- Gồm ba phần là thân, eo và cổ tử cung.

Thân tử cung: dài 4cm, rộng 4,5 cm. Thân có hình thang, rộng ở trên gọi là

đáy, hai bên là hai sừng tử cung nơi cắm vào của vòi trứng. Ngoài ra còn có dây chằng tròn và động mạch tử cung - buồng trứng bám vào. Thân gồm hai mặt: trước dưới và sau trên, đáy ở trên và hai bờ bên.

Eo tử cung: là đoạn thắt nhỏ, dài 0.5 cm, nằm giữa thân ở trên và cổ ở dưới. Khi chuyển dạ eo tử cung giãn ra, tạo thành đoạn dưới. Phía trước có phúc mạc phủ lỏng lẻo, liên quan tới đáy túi cùng bàng quang - tử cung và mặt sau bàng quang. Phía sau và hai bên thì liên quan giống ở thân tử cung.

Cổ tử cung: cổ dài 2.5 cm, rộng 2.5 cm. Cổ tử cung có âm đạo bám vào, chia làm 2 phần: phần trên âm đạo và phần trong âm đạo.

+ Phần trên âm đạo: mặt trước cổ tử cung dính vào mặt dưới bàng quang bởi tổ chức lỏng lẻo dễ bóc tách. Lớp tổ chức này bao gồm 2 lớp: mạc trước cổ tử cung và mạc bao quanh niêm mạc.

Mặt sau có phúc mạc che phủ, liên quan với túi cùng Douglas và qua túi này liên quan với mặt trước trực tràng. Hai bên cổ gần eo trong đáy dây chằng rộng động mạch tử cung bắt chéo trước niệu quản, chỗ bắt chéo cách cổ tử cung 1.5 cm.

Phần trong âm đạo: nhìn từ dưới lên, trông như mồm cá mè, thò vào trong âm đạo. Đỉnh mồm có lỗ ngoài cổ tử cung. Lỗ này tròn ở người chưa đẻ, còn người đã đẻ rồi thì lỗ bè ngang. Lỗ này giới hạn bởi mép trước và mép sau cổ tử cung.

Thành âm đạo quay xung quanh cổ tử cung, tạo nên túi bịt, gồm 4 phần: trước, hai bên và sau. Trong đó túi bịt sau sâu nhất và liên quan với túi cùng Douglas, nên hay chọc dịch ở vị trí này [9].

#### *1.1.1.4. Phương tiện giữ tử cung*

Ngoài vị trí, hướng, chiều của tử cung, hoành chậu hông và thể đáy chậu là những yếu tố giữ tử cung tại chỗ thông qua việc giữ âm đạo. Ngoài ra, tử cung còn được giữ bởi các dây chằng.

Các dây chằng rộng là hai nếp phúc mạc đi từ các bờ bên tử cung tới thành bên chậu hông, nối phúc mạc tử cung với phúc mạc thành chậu. Nó có hai mặt và bốn bờ. Các bờ trong và ngoài lần lượt liên tiếp với phúc mạc của tử cung và thành bên chậu hông; bờ trên ôm lấy vòi tử cung; bờ dưới, còn được gọi là nền dây chằng rộng, là nơi hai lá trước và sau của dây chằng quặt ra trước và sau liên tiếp với phúc

mạc thành. Trong nền dây chằng rộng có động mạch tử cung bắt chéo phía trước niệu quản ở cách cổ tử cung 1,5 cm. Các phần hợp nên dây chằng rộng là mạc treo tử cung, mạc treo vòi tử cung và mạc treo buồng trứng.

Các dây chằng tròn là những dải dài 10-15 cm, từ trước dưới sừng tử cung chạy ra ngoài, xuống dưới và ra trước qua thành chậu và ống bẹn rồi tỏa ra tận cùng ở mô dưới da của gò mu và môi lớn. Một số mạch bạch huyết của tử cung đi theo dây chằng tròn và đổ vào các hạch bạch huyết bẹn nông.

Các dây chằng của cổ tử cung: mô liên kết dày đặc nằm ở sàn chậu hông và tạo nên yếu tố chống đỡ quan trọng cho tử cung. Mô này tạo nên ba cặp dây chằng tử ngoại vi cổ tử cung tỏa hình tia ra sau, ra trước và sang bên tới thành xương của chậu hông. Các dây chằng tử cung cùng từ mặt sau cổ tử cung chạy ra sau, mỗi dây ở một bên của trực tràng, và bám vào mặt trước xương cùng, chúng đội phúc mạc lên thành các nếp tử cung - trực tràng. Các dây chằng ngang cổ tử cung từ bờ bên cổ tử cung và phần bên vòm âm đạo chạy tới thành bên chậu hông, chúng là những dây chằng lớn nhất và quan trọng nhất về lâm sàng. Các dây chằng mu - cổ tử cung từ mặt trước của cổ tử cung và phần trên âm đạo chạy ra trước bám vào mặt sau của các xương mu [10].

Các dây chằng giữ tử cung:

Dây chằng rộng: là nếp phúc mạc gồm hai lá tạo nên bởi phúc mạc bọc mặt trước và sau tử cung, kéo dài ra hai bên tạo thành. Chạy từ bờ bên tử cung, vòi trứng tới thành bên chậu hông.

Dây chằng tròn: dài 10-15 cm, cấu tạo là thừng nửa sợi nửa cơ. Chạy từ góc bên tử cung ra trước đội phúc mạc lá trước dây chằng rộng lên cho tới thành bên chậu hông, chui vào trong lỗ bẹn sâu, chạy trong ống bẹn và thoát ra ở lỗ bẹn nông, đồng thời tỏa ra các nhánh nhỏ tận hết tại mô liên kết gò mu và môi lớn.

Dải cùng - mu - sinh dục bao gồm những thớ cơ xơ đi từ xương cùng qua trực tràng bám đến cổ tử cung và từ cổ tử cung bám vào bàng quang, xương mu phía trước và mặt trên của xương chậu.

Dải cùng - mu - sinh dục tạo nên các dây chằng: dây chằng tử cung cùng, dây chằng ngang cổ tử cung, dây chằng mu bàng quang.

- Đường bám của âm đạo vào cổ tử cung: âm đạo được giữ chắc bởi cơ nâng hậu môn, cơ âm đạo - trực tràng và nút thớ trung tâm, nên âm đạo tạo nên chỗ dựa của tử cung.

- Tư thế của tử cung: là gấp trước và ngả trước, đề lên mặt trên bàng quang, có tác dụng làm tử cung không tụt xuống [9].

### **1.1.2. Âm đạo**

Âm đạo là một ống cơ mạc đàn hồi dài khoảng 8cm, bám từ cổ tử cung tới tiền đình âm hộ, nằm sau bàng quang và niệu đạo, trước trực tràng, chéch ra trước và xuống dưới theo trục chậu hông, trục âm đạo hợp với đường ngang một góc khoảng  $70^{\circ}$  quay ra phía sau. Ống âm đạo dẹt trước sau do hai thành ép sát vào nhau và có tính co giãn. Đầu trên âm đạo dính vào tử cung, đầu dưới thông ra tiền đình. Âm đạo bám vào cổ tử cung theo một đường chéch xuống dưới từ sau ra trước, góp phần giữ cho tử cung cố định trong tiểu khung.

### **1.1.3. Hệ thống cân cơ của đáy chậu**

Tầng sinh môn bao gồm nhiều lớp cơ, cân, bịt phần dưới xương chậu như một "đáy chậu".

Các cơ, dây chằng vùng tầng sinh môn như một cái võng treo chắc chắn làm cho cơ quan sinh dục trong, bàng quang, trực tràng không thể sa xuống được. Tầng sinh môn chia làm 2 phần: phần trước là phần niệu đạo - sinh dục, phần sau là phần hậu môn.

#### *1.1.3.1. Phần niệu đạo - sinh dục (đáy chậu trước)*

Cấu trúc: từ ngoài vào trong có 3 lớp và một nhân xơ trung tâm

- Lớp nông bao gồm:

+ Da: có tính chun giãn, có lông ở ngoài da.

+ Tổ chức dưới da: nơi dày nhất là ở môi lớn, trong đó có các thành phần:

. Sợi cân dai chui qua hố chậu đến dây chằng tròn.

. Động mạch tầng sinh môn nông hay động mạch nuôi dưỡng của Gregoire

. Tĩnh mạch tầng sinh môn nông đổ vào tĩnh mạch thẹn trong, tĩnh mạch bịt và tĩnh mạch hiển trong.

. Hệ thống bạch huyết đổ vào chuỗi hạch nông ở bên trong và một số vào

hạch sâu hổ chậu.

- . Nhánh thần kinh tầng sinh môn xuất phát từ thần kinh thẹn trong.
- + Cân nông: ở phía ngoài bám vào ngành ngòai hang, nằm dưới thể hang.
- . Ở phía trước bám vào cân của âm vật.
- . Ở phía sau bám vào đường giữa và nhân xơ trung tâm.
- Lớp giữa gồm có:
  - + Các bộ phận cương: thể hang, âm vật.
  - + Các cơ:
    - . Cơ ngang nông: là cơ đi từ ngành ngòai hang đến đường giữa. Hai cơ phải và trái tạo thành một dải cơ căng đi từ ngành ngòai hang bên này sang ngành ngòai hang bên kia.
    - . Cơ ngòai hang: bao quanh ba mặt của vật hang và bám vào ngành ngòai mu.
    - . Cơ hành hang: nằm hai bên đường giữa tạo thành một màng, âm đạo chọc vào giữa nên tạo ra hai bó cơ hai bên.
    - . Cơ khít âm môn: là phần trong của cơ hành hang bao quanh âm đạo nằm phía trong và tuyến Bartholin có sợi tận cùng ở âm đạo và vách bàng quang - âm đạo.

- . Cơ vòng thắt ngoài của niệu đạo.

Các cơ trên đều do sự chi phối của thần kinh thẹn, các cơ này có các thớ cơ tụ lại tại một nút trung tâm, khi co rút làm nút trung tâm co lên cao, làm âm đạo khép lại và cương cứng lên, làm chức năng sinh dục.

- Lớp sâu gồm có:
  - + Lớp cơ ngang sâu: có hình tam giác dẹt và bám vào nút trung tâm, đi ngang từ mặt trong ụ ngòai đến nhân xơ trung tâm, nằm ở giữa hai lá của lớp cân giữa.
  - + Cân giữa: gồm hai lá có cơ ngang sâu ở giữa tạo thành một mảnh treo đi từ ngành ngòai hang bên này sang bên kia, có hình tam giác.

Lá ngoài mỏng trùm lên các mạch thẹn và che phủ cơ ngang sâu.

Lá sau (dưới) dày, chắc hơn và chia làm 3 phần:

- . Dây chằng cùng ở phía dưới vòm mu, tạo thành một lớp đệm dưới góc xương mu.
- . Dây chằng ngang dày nhất của mảnh treo bao quanh vật hang, có

những thớ vật hang xen lẫn vào thớ dây chằng.

- . Phần sau mỏng nằm dưới niệu đạo, phủ phần dưới của cơ ngang sâu.

Giữa dây chằng cùng và dây chằng ngang có một khe để các mạch máu vật cương đi qua.

Giữa dây chằng ngang và phần sau có lỗ niệu đạo chọc qua [9].

### *1.1.3.2. Phần hậu môn (đáy chậu sau)*

Đáy chậu sau có cấu trúc ít phức tạp hơn đáy chậu trước, ở giữa có hậu môn, cơ thắt hậu môn và hố ngồi - trực tràng ở hai bên. Từ nông đến sâu gồm có 2 lớp:

- Lớp nông gồm:

- + Da và hậu môn: da rìa hậu môn có các tuyến, khi nhiễm trùng dễ tạo nên ổ áp xe và rò.

- + Tổ chức dưới da: càng ra phía ngoài hậu môn càng dày, có nhiều mạch máu và thần kinh thuộc hệ thống đáy chậu nông. Tổ chức dưới da liên tiếp với phần tổ chức mỡ ở hố ngồi - trực tràng.

- Lớp sâu hay hố ngồi - trực tràng:

Hố ngồi - trực tràng là một vùng chứa nhiều tổ chức mỡ, có các thành phần:

- + Thần kinh hậu môn

- + Bó mạch trực tràng dưới

Hố ngồi trực tràng có hình tam giác.

- Thành trong tạo nên bởi các cơ: Cơ nâng hậu môn

Cơ ngồi - cụt

Cơ thắt ngoài hậu môn

### **Nút đáy chậu**

- Nút đáy chậu nông:

- + Nút đáy chậu nông bao gồm các thớ xơ cơ, là nơi bám tụ của các cơ giữa hậu môn và niệu đạo.

- + Hai cơ ngang nông

- + Cơ thắt vân hậu môn.

- + Thớ cơ hành - hậu môn do hai cơ hành hang dính vào nhau ở giữa tạo nên.

Tổn thương nút đáy chậu (rách, đứt) sẽ ảnh hưởng đến nhiều cơ của đáy chậu và dễ gây sa sinh dục.

- Nút đáy chậu sâu:

Nút đáy chậu sâu bao gồm các thớ xơ cơ, là nơi bám tụ của các cơ ở sâu:

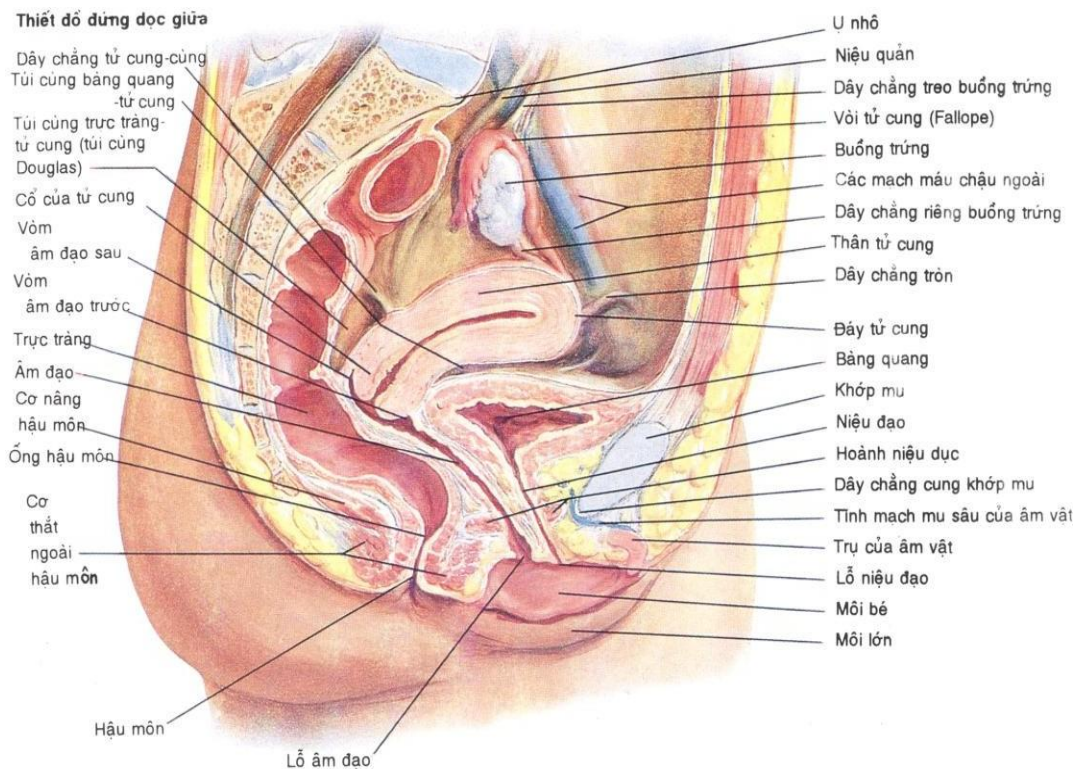
+ Mảnh treo cơ trực tràng - niệu đạo.

+ Cơ ngang sâu

+ Bó trước của cơ nâng hậu môn.

Nút đáy chậu nông và nút đáy chậu sâu thực tế là một tổ chức dính chặt vào nhau, gọi là nút trung tâm.

Khi các cơ bị nhẽo, nút trung tâm bị hạ thấp là một nguyên nhân chính gây sa sinh dục [9].



**Hình 1.1. Thiết đồ đứng dọc giữa của cơ quan sinh dục nữ**  
(Nguyễn Quang Quyền, Atlas Giải phẫu người, Nxb Y Học, 1990)

## 1.2. CƠ CHẾ SA SINH DỤC

Sàn chậu được coi như là một đáy vững chắc để chứa đựng và chống đỡ cho các cơ quan trong ổ bụng. Các tổ chức nâng đỡ này bao gồm một phức hợp các cơ, cân và dây chằng. Đó là cấu trúc đáy sàn, hệ thống treo, nâng đỡ, cố định vị trí đặc biệt của tử cung làm cho chúng không bị sa ra ngoài. Khi mất khả năng hoặc yếu kém chất lượng các tổ chức này do các nguyên nhân khác nhau sẽ đưa đến sa sinh dục [3]

### ❖ Hệ thống nâng đỡ:

Tử cung và vòm âm đạo tựa trên một màng chắn cấu tạo bởi 2 lớp cơ gồm những bó của cơ nâng hậu môn và cơ nông của sàn hội âm xuất phát từ 2 bên, đan chéo vào nhau để tạo thành nút thắt trung tâm đáy chậu. Trong hệ thống này quan trọng nhất là cơ nâng hậu môn.

Cơ nâng hậu môn được mô tả bao gồm phần màng chắn và phần mu tạng quan trọng hơn.

Phần màng chắn bao gồm dải cơ mỏng từ 2 bên thành chậu của cung gân và gai hông bám vào đường giữa sau trực tràng.

Phần mu tạng bao gồm dải cơ hình chữ U dày hơn từ xương vệ và bám vào thành bên âm đạo, trực tràng.

Khi áp lực trong ổ bụng tăng, nếu cơ nâng hậu môn co lại tốt thì nút thắt trung tâm và thành sau âm đạo sẽ bị kéo lên và bít âm đạo lại, có nghĩa là phần này sẽ là phần chịu áp lực chính. Nếu cơ nâng không co thắt tốt, lỗ âm đạo không được bít lại thì thành trước âm đạo sẽ là nơi chịu lực, bị giãn ra và tụt xuống.

### ❖ Hệ thống treo:

Tử cung được treo trong tiểu khung nhờ hệ thống các dây chằng bám vào vùng cổ tử cung. Đó là các dây chằng tử cung - cùng, dây chằng Mackenrodt, dây chằng vệ - bàng quang - tử cung. Ngoài ra giữa âm đạo - bàng quang và âm đạo - trực tràng lại được liên kết với nhau bởi nhiều loại cân (cân Halban, cân trước trực tràng).

### ❖ Hệ thống định hướng:

Chủ yếu là những dây chằng bám vào thân tử cung: dây chằng tròn, dây chằng rộng. Các dây chằng này giữ cho thân tử cung gập góc so với cổ tử cung và

cổ tử cung gập góc so với âm đạo. Như vậy, ở tư thế đứng, áp lực trong ổ bụng sẽ tác dụng lên mặt sau tử cung làm cho tử cung gập lại so với cổ, và cổ tử cung gần như thẳng góc với trục âm đạo. Nói cách khác, hệ thống định hướng này giúp tử cung tác dụng như một cái nút lấp bít lỗ âm đạo lại. Như vậy, các cơ quan trong vùng chậu thường xuyên chịu 2 lực đối kháng nhau là:

(1) Lực từ trên xuống dưới và từ trước ra sau là áp lực ổ bụng.

(2) Lực từ dưới lên trên và từ sau ra trước là lực kháng của cơ sàn chậu, đặc biệt là của bó lên cơ nâng hậu môn.

#### ❖ Cơ chế sa sinh dục:

Sa sinh dục là hậu quả của

(1) Sự yếu kém của sàn chậu, nghĩa là lực đỡ của sàn chậu kém hơn lực đẩy của áp lực ổ bụng.

(2) Sự yếu kém của hệ thống dây chằng trên tử cung khiến tử cung bị đổi trục khi chịu ảnh hưởng của áp lực ổ bụng [14].

### 1.3. NGUYÊN NHÂN GÂY SA SINH DỤC

Có nhiều yếu tố gây nên sa sinh dục như những bất thường bẩm sinh, các yếu tố sản khoa, tuổi già và mãn kinh, các rối loạn dinh dưỡng và các yếu tố làm tăng áp lực ổ bụng

#### 1.3.1. Các bất thường về cấu trúc cơ sàn chậu

Đây là hiện tượng xảy ra do nguyên nhân bẩm sinh ở những phụ nữ chưa sinh đẻ. Theo Bikash C. Basu chúng chiếm 1% trong tất cả những bệnh nhân sa sinh dục [8]. Bất thường này cũng có thể do yếu tố thần kinh ảnh hưởng đến chất lượng của sợi cơ cơ.

#### 1.3.2. Các liên quan sản khoa

Liên quan đến sinh đẻ:

- Đẻ sớm, đẻ dày, đẻ nhiều lần là yếu tố nguy cơ cao nhất.
- Chuyển dạ kéo dài làm cho âm đạo căng quá mức.
- Thời gian chuyển dạ quá nhanh làm cho âm đạo chưa được chuẩn bị tốt.

- Đẻ khó do cổ tử cung, rặn quá sớm khi cổ tử cung chưa mở hết.
- Số lần mang thai, trọng lượng thai, cách thức đẻ.
- Đỡ đẻ không đúng kỹ thuật.
- Can thiệp thủ thuật trong đẻ thô bạo hoặc không đúng kỹ thuật: Forcep, Giác hút.

Liên quan đến sang chấn:

- Rách tầng sinh môn không phục hồi hoặc phục hồi không đúng.
- Các sang chấn phụ khoa khác do tai nạn hoặc do sinh hoạt tình dục.

### 1.3.3. Tuổi già và mãn kinh

- Sa sinh dục là do sự yếu kém chất lượng nâng đỡ của các tổ chức do thoái hóa tuổi già và sự thiếu hụt các hormon sinh dục sau mãn kinh làm các sợi cơ teo đi, xơ cứng và mất tính đàn hồi. có khoảng 80% bệnh xảy rộng ra sau tuổi mãn kinh [16].

**1.3.4. Các yếu tố làm tăng áp lực ổ bụng thường xuyên** như nghề lao động chân tay nặng nhọc, ho mãn tính, mang nịt bụng thường xuyên [9].

### 1.3.5. Rối loạn dinh dưỡng

Nó có thể do cơ địa bẩm sinh hay do ốm yếu vì các bệnh lý kinh niên [5].

## 1.4. TRIỆU CHỨNG CỦA SA SINH DỤC

Khi các dây treo tử cung bị giãn, tử cung không còn nằm đúng trục, áp lực trong ổ bụng đè trên tử cung sẽ được truyền tới nút thắt trung tâm đáy chậu thay vì tới nền xương sợi của xương chậu như trong trường hợp bình thường. Cổ tử cung sẽ dài ra và phì đại, nhất là ở mép trước.

Cả 3 thành phần của ống niệu dục đều có thể bị tụt ra ngoài, các tổn thương có thể là:

- Sa thành âm đạo trước với túi bàng quang hay sa bàng quang.
- Sa thành âm đạo sau với túi trực tràng hay sa trực tràng.
- Cổ tử cung dài phì đại với tử cung sụt xuống thấp.
- Hoặc khi tất cả tổn thương trên phối hợp với nhau, tử cung mất tất cả những liên hệ lân cận sẽ bị tụt ra ngoài khỏi lỗ âm hộ, ngay cả với một áp lực rất nhỏ, kéo theo bàng quang và trực tràng [14].

### Triệu chứng sa sinh dục

Đặc điểm của bệnh tiến triển chậm, có thể kéo dài 5-20 năm.

Triệu chứng cơ năng hay gặp là khó chịu, cảm giác nặng ở bụng dưới, đi đại khó, đi ỉa khó, đại rất, đại không tự chủ, khi cười hoặc ho thì bị són đại [17].

Những triệu chứng bất thường khiến bệnh nhân đến khám thường là cảm giác đè nặng ở âm hộ, thấy có một khối thò ra ngoài âm hộ [14].

Thăm khám lâm sàng nên thực hiện với bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa giống như khám vùng chậu thông thường. Trong khi đánh giá từng vùng, bệnh nhân được khuyến khích thực hiện nghiệm pháp Valsalva để tạng sa có thể đạt tới mức độ tối đa [16]. Cần phải khám bằng mỏ vịt loại có thể tháo rời ra, thực hiện các thủ thuật mảnh mỏ vịt trước, sau và thủ thuật mảnh mỏ vịt sau đẩy cổ tử cung, qua đó đánh giá mức độ sa sinh dục, đồng thời xem kỹ các thành âm đạo tìm các tổn thương, lỗ dò nếu có [5].

## **1.5. PHÂN LOẠI SA SINH DỤC**

### **1.5.1. Phân loại cổ điển**

Sa sinh dục được chia thành 3 độ theo phân loại cổ điển [1, [5], [12]:

- Sa sinh dục độ I: sa thành trước (kèm theo sa bàng quang); sa thành sau (kèm theo sa trực tràng); cổ tử cung thấp nhưng còn nằm trong âm đạo.
- Sa sinh dục độ II: sa thành trước (kèm theo sa bàng quang); sa thành sau (kèm theo sa trực tràng); cổ tử cung thấp thò âm hộ.
- Sa sinh dục độ III: sa thành trước (kèm theo sa bàng quang); sa thành sau (kèm theo sa trực tràng); cổ tử cung sa hẳn ra ngoài âm hộ.

### **1.5.2. Phân loại theo hệ thống Baden – Walker Halfway**

Chia làm 4 mức độ:

- 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 [1].

### **1.5.3. Phân loại sa sinh dục theo hệ thống POPQ [6],[15]**

Từ năm 1996 phân độ sa sinh dục theo POP-Q được chính thức đưa vào thực

hành trong đánh giá sa sinh dục. Cách phân loại này được Hội Nội – Phụ khoa quốc tế và Hội Nội – Phụ khoa và phẫu thuật phụ khoa Châu Mỹ công nhận.

***Phân loại và độ sa tạng chậu theo hệ thống POP - Q***

a. *Giúp phân loại sa tạng chậu tùy theo thành phần bị ảnh hưởng thuộc về:*

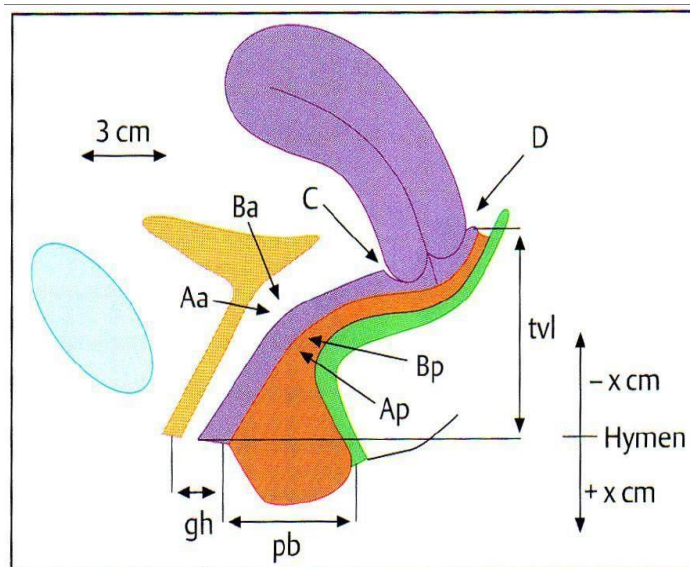
- Ngăn trước (sa BQ, sa niệu đạo)
- Ngăn giữa (sa CTC - TC, sa RN, vòm ÂĐ nếu đã cắt TC)
- Ngăn sau (sa trực tràng)

b. *Thể hiện một bệnh nhân có thể sa một hay nhiều các thành phần nêu trên, quyết định điều trị tương ứng theo nguyên tắc phục hồi theo mỗi cấu trúc bị ảnh hưởng.*

c. *Phân độ sa tạng chậu khách quan, chính xác giúp theo dõi và đánh giá hiệu quả điều trị do dùng thước đo và thể hiện ra đơn vị cm.*

• **Qui ước:** có 9 mốc cần đo

- Đơn vị cm, BN ở tư thế sản phụ khoa, đầu cao 45°, rặn trong quá trình đánh giá



- Dụng cụ: van ÂĐ, thước đo, kẹp tim, pozzi

- Điểm cố định: Aa, Ap cách niệu đạo, mép màng trinh 3cm

- Điểm thay đổi: Ba, Bp là điểm phồng ra xa nhất của đoạn ÂĐ từ Aa, Ap đến túi cùng trước và sau khi BN rặn ± hỗ trợ kéo CTC ra bằng pozzi hoặc kẹp tim.

- Cùng đồ: C, D (được tính nếu còn TC).
- Gh: Khe niệu dục
- Pb: thể sàn chậu (nút sàn chậu)
- Tvl: chiều dài ÂĐ
- Trên/dưới mép màng trinh đánh dấu +/- trước số đo

• **Phân độ**

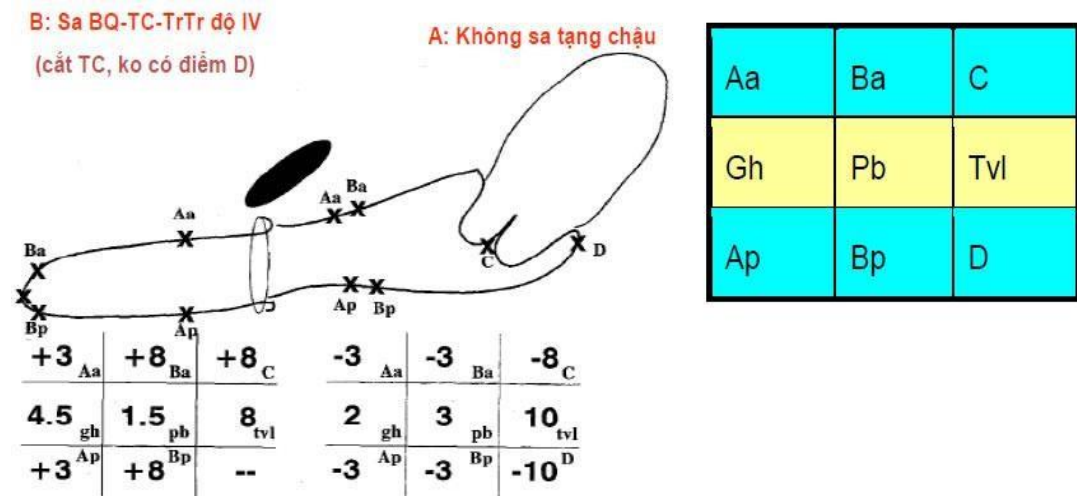
- Độ 0: không sa tạng chậu

Aa, Ba, Ap, Bp: 3cm nằm trên màng trinh. Điểm C hay D:  $tv1 - 2cm < C,$

$D < tv1$

- Độ I:  $B > 1cm$  trên màng trinh
- Độ II: B trong khoảng  $\pm 1cm$  trên dưới màng trinh
- Độ III:  $B > 1cm$  dưới màng trinh đến  $< tv1 - 2cm$
- Độ IV: sa toàn bộ,  $B > (tv1 - 2)cm$

• **Trình bày POP-Q theo sơ đồ**



**1.6. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA SA SINH DỤC**

**a. Nguyên tắc:**

Phục hồi lại các cấu trúc và chức năng sinh lý cơ quan bị sa, của sàn chậu Chỉ định cắt TC khi có bệnh lý tại CTC, TC. Nếu như CTC bình thường và BN có điều kiện theo dõi CTC định kỳ thì nên cắt TC bán phần, giữ lại CTC để tránh

phá vỡ cấu trúc nâng đỡ quan trọng của sàn chậu (vai trò của vòng xơ quanh CTC) làm phương tiện cố định các hệ thống nâng đỡ được phục hồi trong PT như mảnh ghép, khâu phục hồi bằng chỉ không tiêu.

***b. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật tùy thuộc***

Cơ quan bị sa, mức độ sa, có thay đổi chức năng sinh lý sàn chậu

+ Tuổi

+ Tình trạng kinh tế, lối sống

+ Tình trạng sức khỏe người bệnh

+ Điều kiện trang thiết bị hiện có

+ Khả năng và sở trường của phẫu thuật viên

+ Nhu cầu của người bệnh sau khi được tư vấn điều trị căn kẽ

**1.6.1. Chỉ định phẫu thuật điều trị sa tạng vùng chậu**

Sa tạng chậu từ độ II, có triệu chứng hay biến chứng, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống người bệnh, thất bại điều trị bảo tồn 3-6 tháng (pessary) hoặc người bệnh yêu cầu được PT sau khi đã được đánh giá tư vấn đầy đủ [13].

**1.6.2. Các phương pháp phẫu thuật**

*1.6.2.1. Các phương pháp phẫu thuật cổ điển*

Có nhiều phẫu thuật điều trị sa sinh dục đã được thực hiện như:

- Phẫu thuật gấp tử cung ra phía trước của Doger.
- Phẫu thuật đính thân tử cung vào thành trước âm đạo của Boree.
- Phẫu thuật cố định tử cung vào đáy bàng quang của Halban.
- Phẫu thuật làm ngắn dây chằng của tử cung – cùng của Shirodken.
- Phẫu thuật điều chỉnh tư thế tử cung của Crossen – Aloksodroff, Campell,

Landau...

- Phẫu thuật Manchester cắt cụt cổ tử cung phối hợp làm lại thành trước và thành sau âm đạo.

- Phẫu thuật Crossen cắt tử cung qua đường âm đạo kết hợp làm lại thành trước, thành sau âm đạo, tăng lực cân cơ và dây chằng vùng đáy chậu [14].

Đối với những trường hợp sa sinh dục nặng, phương pháp phẫu thuật trước

đây được áp dụng phổ biến là phẫu Crossen.

*1.6.2.2. Phương pháp phẫu thuật bảo tồn bằng đặt mảnh ghép tổng hợp đường âm đạo nâng các tạng bị sa.*

*a. Những quan điểm gần đây về phẫu thuật sa sinh dục.*

Về mặt lịch sử, ca mổ thực sự cắt tử cung qua đường âm đạo đầu tiên được mô tả vào năm 1521 bởi Berengarius de - Capri để điều trị sa tử cung. Vào thời điểm này, nâng đỡ tử cung và giải phẫu động vùng sàn chậu chưa được biết rõ, vì vậy ý tưởng cho rằng nếu tử cung sa xuống thì nên được cắt bỏ đã được đa số phẫu thuật viên chấp nhận. Từ thế kỷ thứ XVI cho đến nay, điều trị sa sinh dục không thay đổi nhiều.

Những năm gần đây, do hiểu biết của chúng ta về động lực học của nâng đỡ tạng chậu thay đổi, và nhu cầu giảm tai biến phẫu thuật ở các bệnh nhân có tuổi đã dẫn đến câu hỏi về vai trò của cắt tử cung đường âm đạo trong sửa chữa sa tử cung âm đạo. Ngoài ra số phụ nữ từ chối cắt tử cung tăng cao do họ có khuynh hướng muốn có thai muộn, thêm vào đó cảm giác tử cung cần cho việc thỏa mãn giao hợp và họ cũng muốn tránh phẫu thuật lớn có thể rủi ro do tai biến cao.

Quan niệm trước đây, thường chỉ định khá rộng rãi trong việc cắt bỏ tử cung sa độ III, nhất là ở nữ cao tuổi.

Hiện nay một số tác giả cho rằng tử cung bị sa chỉ là diễn tiến thụ động, nguyên nhân gây sa là do suy yếu hoặc khiếm khuyết của các cấu trúc nâng đỡ, nguyên tắc của sửa chữa sa tạng chậu là phục hồi các cấu trúc nâng đỡ chứ không phải cắt bỏ "gánh nặng" tử cung. Ngoài ra, có hai bất lợi chính thường xảy ra sau cắt tử cung, một là rủi ro sa mỏm âm đạo cao và hai là âm đạo còn lại thường quá ngắn.

Cùng với sự phát triển của các ngành công nghiệp vật liệu y học, sự ra đời của các mảnh ghép tự nhiên, mảnh ghép tổng hợp khiến cho các phương pháp điều trị kinh điển sa sinh dục có nhiều thay đổi theo thời gian. Các thủ thuật, phẫu thuật sử dụng mô ghép tự thân được áp dụng đầu tiên, nhưng các phương pháp này vẫn không đạt được kết quả lâu dài và tỷ lệ tái phát cao. Hiện nay, ở các nước tiên tiến, phẫu thuật đặt dải treo hoặc mảnh ghép tổng hợp qua đường âm đạo điều trị sa tạng

chậu được áp dụng phổ biến với mục đích tăng kết quả dài hạn của phẫu thuật và có ưu điểm là bảo tồn được tử cung [16].

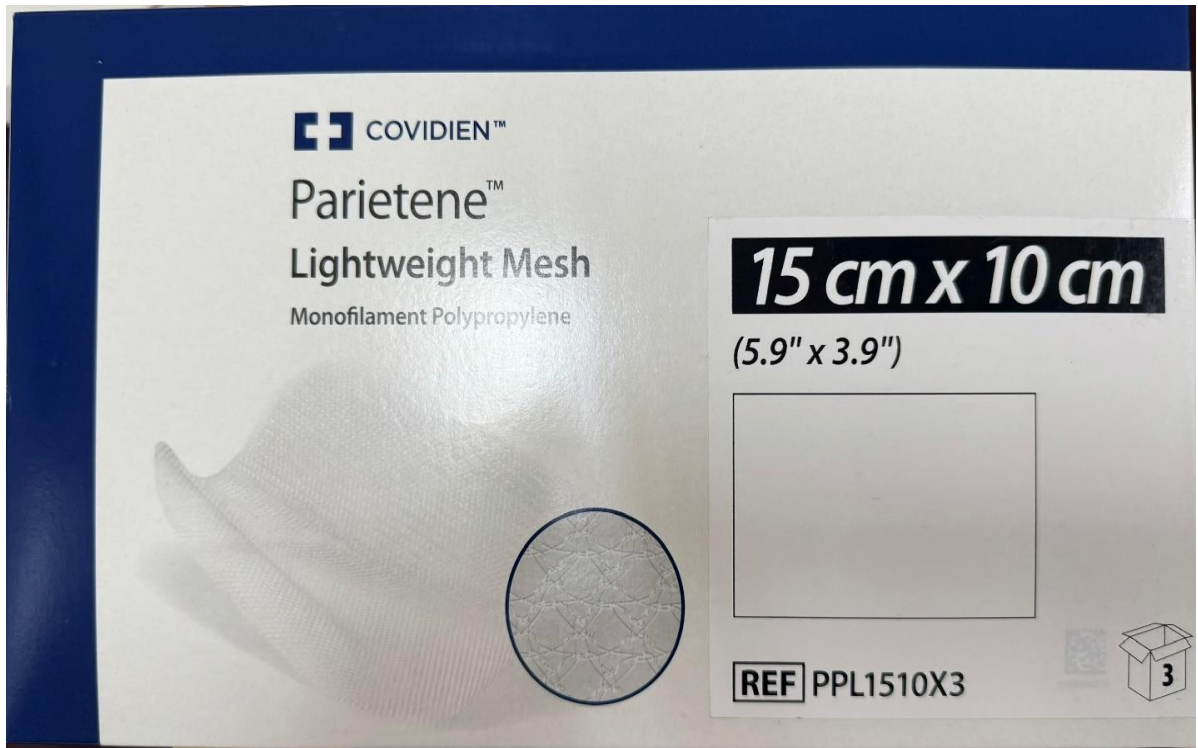
*b. Mảnh ghép tổng hợp*

Các mảnh ghép tổng hợp được phân loại dựa vào nhiều thông số, chủ yếu là kích thước lỗ (nhỏ hoặc lớn), cấu trúc sợi (đơn sợi hoặc đa sợi) và độ bền (khả năng co giãn và độ chắc cơ học). Nhìn chung mảnh ghép thuộc loại đa sợi, kích thước lỗ lớn thì thường mềm dẻo hơn [7], [16]. Các tác giả ưa thích sử dụng những mảnh ghép tổng hợp có lỗ lớn, trọng lượng nhẹ do khả năng hòa hợp mô tốt, phản ứng viêm tại chỗ ít, tỉ lệ xói mòn và đào thải mảnh ghép ít.

Hiện nay loại mảnh ghép được sử dụng nhiều trong phẫu thuật điều trị sa sinh dục là polypropylene type I, do ít bị phản ứng viêm tại chỗ hơn.

**Bảng 1.1. Các loại mảnh ghép tổng hợp**

Loại mảnh ghép	Loại sợi	Kích thước lỗ	Tên hóa học	Tên thương mại	Trọng lượng (g/m <sup>2</sup> )
Tan được Tan bán phần	Đa sợi Đa sợi	Lớn	Polyglactacid	Vicryl, Dexon	35
		Lớn	Polyglactacid + polypropylene	Viro II	63
Type I	Đơn sợi	Lớn (>75µm)	Polypropylene	Marlex Prolene Parietene	152 85.36 38
Type II	Đa sợi	Nhỏ (<10 µm)	Polytetra-fluoroethylene	Gore Tex	
Type III	Đa sợi	Nhỏ/ Lớn	Polyethylene	Mersilene, Dacron.	43
			Polytetra-fluoroethylene	Teflon	317
Type IV		Lỗ cực nhỏ	Polydimethylsiloxane	Silastic	



**Hình 1.2. Mảnh ghép tổng hợp loại nhẹ Parietene, hãng Covidien**

Mảnh ghép tổng hợp có thể đo cắt theo các khiếm khuyết giải phẫu và kích thước khung chậu của từng người bệnh. Thí dụ có thể cắt theo hình chữ T, chữ U để khâu cố định vào thành âm đạo, cổ tử cung.

Rủi ro chính khi sử dụng vật liệu sinh học là các biến chứng xói mòn và thải mảnh ghép. "Xói mòn" là khi có sự hiện diện của mảnh ghép trong lòng đường tiêu, trong khi "thải ghép" là có sự hiện diện của mảnh ghép lộ ra trong âm đạo [16].

*c. Chỉ định và chống chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp:*

Phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp là phẫu thuật ưu thế trong việc đạt hiệu quả giải phẫu ngay sau mổ và giữ cho hiệu quả phẫu thuật kéo dài hơn, giảm tỷ lệ tái phát so với phẫu thuật cắt tử cung hoặc khâu gấp nếp âm đạo sửa hội âm kinh điển.

**Đặt mảnh ghép được chỉ định trong trường hợp:** sa tạng chậu (sa sinh dục) từ độ II, sa tái phát, sa mỏm cắt (sau phẫu thuật Crossen, cắt tử cung).

**Chống chỉ định tuyệt đối đặt mảnh ghép tổng hợp:**

- Bệnh lý rối loạn đông cầm máu, dùng kháng đông kéo dài, xơ gan, suy gan.

- Hiện tại hoặc tiền sử huyết khối/thuyên tắc tĩnh mạch, động mạch.
- Tiểu đường chưa điều trị ổn, không kiểm soát tốt đường huyết.
- Tình trạng suy giảm miễn dịch, dùng corticoid kéo dài.
- Tình trạng teo, khiếm khuyết niêm mạc ÂĐ, hệ thống cân cơ dây chằng quá nhiều.
- Tổn thương tiền ung thư âm hộ, ÂĐ, CTC chưa điều trị dứt.
- Hoặc tiền căn tổn thương tiền ung thư âm hộ, ÂĐ, CTC đã điều trị dứt kèm nhiễm HPV type nguy cơ ung thư cao kéo dài đến nay đã được xác định.
- Ung thư cơ quan sinh dục, đường tiêu hóa và tiết niệu dưới.
- Hiện tại hoặc tiền sử xạ trị vùng bụng chậu.
- Hiện tại viêm nhiễm sinh dục chưa điều trị.

***Chống chỉ định tương đối đặt mảnh ghép tổng hợp đặt ra do nguy cơ lộ mảnh ghép trong các trường hợp sau:***

- Vết thương ở niệu đạo, bàng quang, trực tràng trong lúc mổ
- Niêm mạc âm đạo còn quá ít để che phủ mảnh ghép [3].

**1.6.3. Kỹ thuật phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép tổng hợp trong nội soi sa sinh dục tại Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 1.**

**\* Chuẩn bị trước phẫu thuật:**

- BN được dùng thuốc nhuận tràng vào 17h trước ngày phẫu thuật, được thụt tháo 2h trước phẫu thuật
- Dùng kháng sinh dự phòng nhóm Cephalosporin thế III trước mổ 1h
- BN nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa, với 2 chân được kê cao bộc lộ phẫu trường.
- Vô cảm bằng gây mê nội khí quản.
- Đặt sonde bàng quang bằng sonde Foley số 14.
- Mảnh ghép tổng hợp được sử dụng là mảnh ghép parietene của hãng Coviden, kích thước của mảnh ghép (10 x15)cm được phẫu thuật viên cắt phù hợp với vị trí đặt (cắt chữ T hoặc chữ U)

**\* Cách thức phẫu thuật:**

- Sát khuẩn

- Đặt cần nâng tử cung
- Chọc 4 troca vào ổ bụng
- Mở lá trước dây chằng rộng tại vị trí phúc mạc bám vào mặt trước eo tử cung sang 2 bên về phía dây chằng tròn, bóc tách đáy bàng quang ra khỏi thành âm đạo đến cúp cổ bàng quang.
- Cắt lưới hình chữ T hoặc chữ U tùy theo thói quen của bác sĩ phẫu thuật, khâu cố định lưới vào thành trước âm đạo bằng chỉ không tiêu Tervalon 1.0.
- Rút cần nâng tử cung.
- Rạch da vị trí hố chậu trong gai chậu trước trên 2cm, dùng kim khâu đi dưới phúc mạc thành bụng đến vị trí dây chằng tròn kéo chỉ lưới 2 bên khâu cố định vào cân thành bụng trước bằng chỉ Tervalon 1.0.
- Khâu phúc mạc che phủ kín lưới.
- Trường hợp bệnh nhân có chỉ định cắt tử cung (vì u xơ tử cung, polip buồng tử cung...) thì tiến hành cắt tử cung, khâu mỏm cắt, lấy bệnh phẩm sau đó khâu cố định lưới vào thành âm đạo, khâu cố định 2 chỉ lưới vào cân thành bụng trước.
- Rửa sạch ổ bụng, rút troca, khâu da lỗ chọc troca.
- Tiến hành phẫu thuật làm lại thành sau âm đạo.

## **1.7. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU TRONG NƯỚC VÀ TRÊN THẾ GIỚI**

### **1.7.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới**

Nghiên cứu của Kaori Hoshino thuộc Đại học Sức khỏe Nghề nghiệp và Môi trường, Kitakyushu, Fukuoka, Nhật Bản (2017) trên 34 bệnh nhân cho thấy đặc điểm cơ bản của bệnh nhân như sau: Tuổi trung bình là 60 (dao động từ 36–70) năm, và chỉ số khối cơ thể trung bình là 23,5 (dao động từ 19,0–31,4) kg/m<sup>2</sup>. Mười bảy (50%) phụ nữ bị sa tạng chậu giai đoạn 2 và 17 (50%) phụ nữ bị sa tạng chậu giai đoạn 3. Không ai trong số họ có tiền sử cắt bỏ tử cung. Thời gian phẫu thuật trung bình là 140 (dao động từ 90–255) phút. Lượng máu mất trong phẫu thuật là 50 (dao động từ 10–1600) mL. Một lưới phía trước duy nhất được sử dụng cho 32 bệnh nhân được chẩn đoán mắc sa bàng quang và/hoặc sa tử cung. Lưới kép phía trước và phía sau được sử dụng cho hai bệnh nhân (số 28 và 33) do sa trực tràng. Một bệnh nhân (số 18) có u xơ tử cung lớn gây chảy máu nhiều trong quá trình cắt bỏ tử

cung trên cổ tử cung. Không có biến chứng nào khác xảy ra trong quá trình phẫu thuật (như tổn thương bàng quang hoặc tổn thương ruột). Không có trường hợp nào phải chuyển sang phẫu thuật mở bụng hoặc phẫu thuật qua đường âm đạo. Như thể hiện trong , thời gian phẫu thuật đã được rút ngắn khi chúng tôi có thêm kinh nghiệm, ngoại trừ trường hợp u xơ tử cung lớn và trường hợp sử dụng lưới kép, cả hai trường hợp này đều đã được đề cập ở trên. Không có bệnh nhân nào gặp biến chứng sớm sau phẫu thuật, bao gồm tụ máu, khó tiểu , khó đại tiện và nhiễm trùng. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình là 4 tháng. Một bệnh nhân bị sa bàng quang giai đoạn 2 tái phát và được theo dõi bảo tồn. Một bệnh nhân bị sỏi tiểu do căng thẳng mới xuất hiện và đã được phẫu thuật đặt dải nâng niệu đạo giữa (dải nâng âm đạo không căng). Không có hiện tượng ăn mòn lưới hoặc đau vùng chậu mãn tính xảy ra [17].

### 1.7.2. Tổng quan các nghiên cứu tại Việt Nam

Tại Việt Nam, số lượng bệnh viện triển khai phẫu thuật này còn rất hạn chế, và một số bệnh viện chỉ mới bắt đầu thực hiện những ca đầu tiên do tính phức tạp của giải phẫu vùng chậu cũng như những thách thức trong việc thực hiện các thao tác khâu qua nội soi ở vùng chậu sâu.

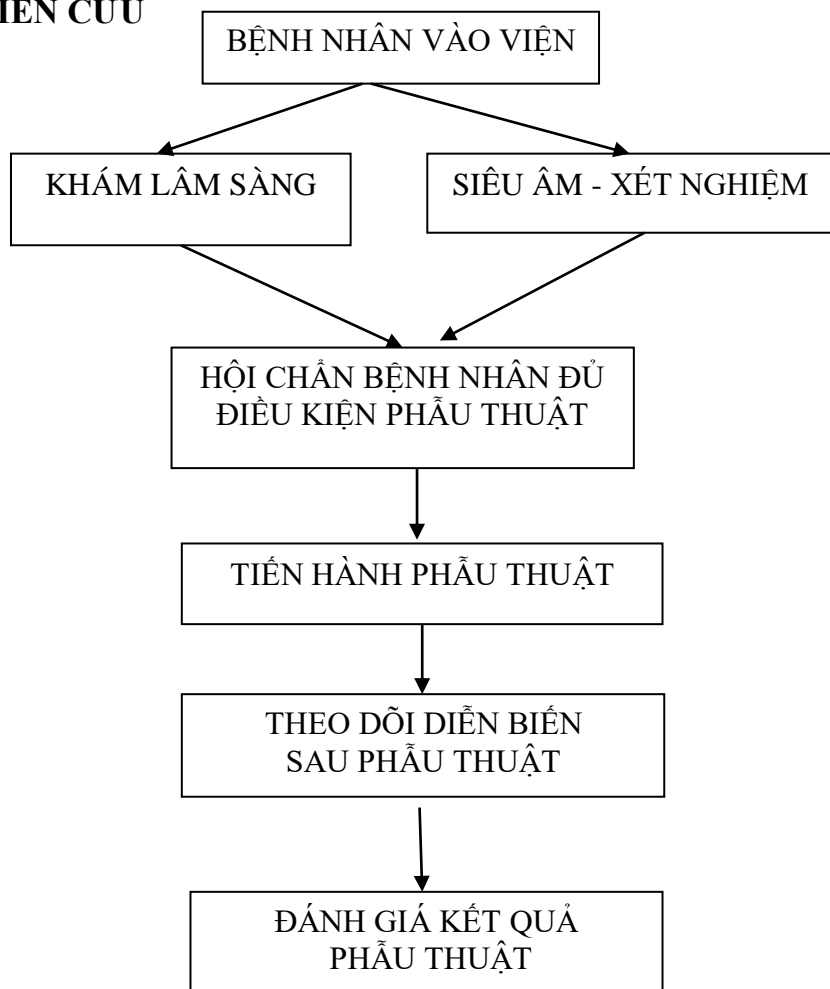
Tác giả Nguyễn Hòa (2024) công bố nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 56 bệnh nhân sa sinh dục độ II-IV được phẫu thuật nội soi treo tử cung/mỏm cắt vào mỏm nhô từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018 cho kết quả cho thấy độ tuổi trung bình là  $54 \pm 8$  tuổi. Số lần sinh qua đường âm đạo trung bình là  $3,75 \pm 0,36$  lần, 87,5% sinh từ 3 lần trở lên. BMI trung bình  $21,4 \pm 2,6$ . Có 74,6% bệnh nhân đã mãn kinh. Phân loại độ sa POP-Q: 8,9% độ II, 85,7% độ III, và 5,4% độ IV. Thời gian phẫu thuật trung bình  $140 \pm 47,9$  phút, lượng máu mất trung bình  $57 \pm 8,3$  ml, và thời gian hậu phẫu  $5,5 \pm 1,3$  ngày. Biến chứng gồm 5,4% chuyển mổ mở, 1,8% tổn thương bàng quang, 1,8% tổn thương niệu quản, 3,6% chảy máu. Không ghi nhận tụ dịch ổ bụng hay nhiễm trùng vết mổ. Kết luận từ nghiên cứu cho thấy Phẫu thuật nội soi treo tử cung/mỏm cắt vào mỏm nhô là phương pháp xâm lấn tối thiểu và hiệu quả.

Nghiên cứu điều trị sa sinh dục bằng cố định trực treo đáy chậu trước vào dải

chậu lược hai bên qua phẫu thuật nội soi của tác giả Trần Ngọc Dũng (2024). Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả ban đầu của phương pháp khâu treo và cố định trực treo đáy chậu vào dải chậu lược hai bên bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị sa sinh dục. Trong thời gian 18 tháng, chúng tôi thực hiện kỹ thuật trên cho 32 bệnh nhân sa sinh dục độ 3, 4. Tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp lần lượt 3,1% và 6,2%. Tỷ lệ tái phát 3,1%. Mức độ đau sau mổ phần lớn là trung bình và thấp lần lượt là 31,2% và 62,5%. Tất cả bệnh nhân hồi phục sớm với thời gian nằm viện ngắn trung bình là 4,5 ngày. Chất lượng cuộc sống thay đổi rõ sau mổ với hai thang điểm PFDI và PFIQ giảm lần lượt là 112,51 xuống 18,75 và 95,21 xuống 13,54. Kết quả ban đầu cho thấy đây là phương pháp an toàn và hiệu quả[11].

Dựa vào tổng quan tài liệu và các nghiên cứu trước đây, nghiên cứu này đề xuất sơ đồ nghiên cứu như sau:

#### SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



## 1.8. GIỚI THIỆU ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU

Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh Số 1 là một cơ sở y tế chuyên khoa hạng I, hoạt động trong lĩnh vực Sản – Phụ khoa và Nhi khoa, đảm nhiệm chức năng tuyến cuối của tỉnh Bắc Ninh trong chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ mang thai, trẻ sơ sinh và trẻ em. Đây là một trong những đơn vị chủ lực trong hệ thống y tế của tỉnh, cung cấp các dịch vụ khám, điều trị và chăm sóc chuyên sâu cho người bệnh trong khu vực và các tỉnh lân cận. Đơn vị được biết đến với quy mô lớn, đội ngũ cán bộ y tế chuyên môn cao và các hoạt động khám chữa bệnh đa dạng, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cộng đồng tại địa phương.

Khoa Phụ được thành lập kể từ khi Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang (nay là Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 1) đi vào hoạt động ngày 05/02/2010. Từ một khoa nhỏ điều trị những bệnh lý phụ khoa thông thường, ít thực hiện các ca phẫu thuật phức tạp, tới nay Khoa Phụ đã trở thành chuyên khoa mũi nhọn của bệnh viện trong điều trị các bệnh lý phụ khoa, nhất là phẫu thuật nội soi phụ khoa. Với đội ngũ bác sĩ giàu kinh nghiệm và chuyên môn cao, Khoa Phụ đã thực hiện được hàng chục nghìn ca mổ phức tạp giúp điều trị hiệu quả các bệnh lý đòi hỏi trình độ phẫu thuật cao như: phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới treo tử cung lên thành bụng điều trị sa sinh dục; phẫu thuật TOT điều trị són tiểu; phẫu thuật tạo hình tầng sinh môn, phẫu thuật nội soi cắt tử cung/bóc u xơ tử cung... Trên 90% bệnh nhân bị chữa ngoài tử cung được phẫu thuật nội soi, nhiều trường hợp bảo tồn được vòi tử cung giúp rút ngắn thời gian hồi phục hậu phẫu cũng như nâng cao khả năng có thai sau phẫu thuật với những bệnh nhân hiếm muộn.

Phẫu thuật nội soi sa sinh dục tại Bệnh viện từ năm 2020. Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép tổng hợp điều trị sa sinh dục được thực hiện từ năm 2023 đến nay đã thực hiện cho 87 lượt bệnh nhân kết quả cho thấy đây là phương pháp an toàn và hiệu quả; các bác sĩ của khoa Phụ đã làm chủ hoàn toàn được kỹ thuật này.

## CHƯƠNG 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. ĐỐI TƯỢNG, THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán sa sinh dục có chỉ định phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép tổng hợp tại Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 1 từ tháng 01 năm 2022 đến tháng hết tháng 8 năm 2025.

##### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Những bệnh nhân sa sinh dục độ II, độ III đã được điều trị bằng phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp tại Bệnh viện.

##### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân bị sa sinh dục được phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp ở nơi khác đến điều trị.

#### 2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

##### 2.2.1. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

##### 2.2.2. Cỡ mẫu

- Lấy mẫu toàn bộ: chọn tất cả các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn đưa vào đối tượng nghiên cứu

##### 2.2.3. Cách thu nhập số liệu

- Thu thập số liệu có sẵn từ bệnh án lưu tại kho hồ sơ của phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Sản – Nhi Bắc Ninh số 1 từ tháng 01 năm 2022 đến hết tháng 8 năm 2025.

- Phiếu thu thập số liệu được xây dựng dựa trên các mục tiêu nghiên cứu từ bệnh án của những bệnh nhân bị sa sinh dục.

#### 2.2.4. Các biến số nghiên cứu

Nhóm biến số	Biến số	Định nghĩa / Phân nhóm	Loại biến số	Phương pháp thu thập
<b>Đặc điểm đối tượng nghiên cứu</b>	Tuổi	Tuổi của người bệnh tại thời điểm nghiên cứu (năm) + <40 + 40-49 + 50-59 + > 60	Định lượng rời rạc	Hồ sơ bệnh án
	Địa chỉ	+ Thành thị + Nông thôn	Định tính danh định	Hồ sơ bệnh án
	Nghề nghiệp	+ Làm ruộng + Công chức + Hưu trí + Nội trợ	Định tính danh định	Hồ sơ bệnh án
	Lý do vào viện	- Khó chịu, cảm giác nặng ở bụng dưới, rối loạn đại tiểu tiện - Cảm giác đè nặng ở âm hộ - Thấy có một khối thò ra ngoài âm hộ	Định tính rời rạc	Hồ sơ bệnh án
<b>Tiền sử bệnh và sản phụ khoa</b>	Tiền sử bệnh tật	+ Bệnh lý nội khoa: tim mạch, tiểu đường, bệnh lý gan, thận + Bệnh lý hô hấp + Bệnh lý tiết niệu	Định tính danh định	Hồ sơ bệnh án

<b>Nhóm biến số</b>	<b>Biến số</b>	<b>Định nghĩa / Phân nhóm</b>	<b>Loại biến số</b>	<b>Phương pháp thu thập</b>
		+ Bệnh lý về đông cầm máu		
	Tiền sử sản khoa	+ Số lần mang thai, số lần đẻ + Trọng lượng thai nhi sau đẻ + Can thiệp thủ thuật lúc đẻ	Định tính rời rạc	Hồ sơ bệnh án
	Tiền sử phụ khoa	+ Tuổi bắt đầu có kinh + Tuổi mãn kinh	Định tính rời rạc	Hồ sơ bệnh án
<b>Tiền sử phẫu thuật</b>	+ Ngoại khoa + Sản phụ khoa	Có/ Không Có/ Không	Định tính nhị phân	Hồ sơ bệnh án
<b>Thăm khám</b>	+ Tầng sinh môn không rách	Có/ Không	Định tính nhị phân	
	+ Tầng sinh môn rách có phục hồi	Có/ Không	Định tính nhị phân	
	+ Tầng sinh môn rách không phục hồi	Có/ Không	Định tính nhị phân	
	+ Tình trạng cổ tử cung viêm loét, lộ tuyến, chảy máu	Có/ Không	Định tính nhị phân	
<b>Đặc điểm</b>	Cách thức phẫu	- Phẫu thuật nội soi đặt	Định tính	Hồ sơ bệnh án

<b>Nhóm biến số</b>	<b>Biến số</b>	<b>Định nghĩa / Phân nhóm</b>	<b>Loại biến số</b>	<b>Phương pháp thu thập</b>
<b>phẫu thuật</b>	thuật	mảnh ghép tổng hợp treo tử cung vào thành bụng. - Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép tổng hợp + cắt tử cung, treo mỏm cắt vào thành bụng. - Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép tổng hợp + cắt tử cung, treo mỏm cắt vào thành bụng + làm lại tầng sinh môn	danh định	
	Các tai biến trong phẫu thuật	- Chảy máu, tụ máu - Đường tiết niệu - Đường tiêu hóa	Định tính rời rạc	Hồ sơ bệnh án
	Các tai biến gần sau phẫu thuật	- Chảy máu - Đường tiết niệu - Đường tiêu hóa - Sốt, nhiễm trùng	Định tính rời rạc	Hồ sơ bệnh án
	Các tai biến xa sau phẫu thuật	- Lộ mảnh ghép - Xói mòn mảnh ghép - Đau tiểu khung, đau khi giao hợp	Định tính danh định	Hồ sơ bệnh án
<b>Chế độ</b>	Theo dõi sau mổ	- Lộ mảnh ghép	Định tính	Hồ sơ bệnh án

<b>Nhóm biến số</b>	<b>Biến số</b>	<b>Định nghĩa / Phân nhóm</b>	<b>Loại biến số</b>	<b>Phương pháp thu thập</b>
<b>điều trị sau phẫu thuật</b>		- Xói mòn mảnh ghép - Đau tiểu khung, đau khi giao hợp	nhị phân	
	Kháng sinh	+ Loại kháng sinh: thường dùng là cephalosporin thế hệ III. + Thời gian sử dụng	Định tính nhị phân	Hồ sơ bệnh án
	Chế độ dinh dưỡng và sinh hoạt	- Cho ăn sớm: Có / Không - Vận động sớm: Có / Không	Định tính nhị phân	Hồ sơ bệnh án
	Theo dõi tiểu tiện - đại tiện hàng ngày	Có bí tiểu hay không? Có / Không	Định tính nhị phân	Hồ sơ bệnh án
	Tình trạng bệnh nhân khi ra viện	+ Vị trí đặt mảnh ghép + Tiểu tiện + Đại tiện	Định tính rời rạc	Hồ sơ bệnh án
<b>Đánh giá kết quả phẫu thuật sau khi bệnh nhân xuất viện</b>	Bệnh nhân được hẹn khám và đánh giá sau 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng và dặn bệnh nhân khám lại ngay khi có các triệu chứng bất thường: như chảy dịch, chảy máu đường dưới, giao hợp đau, đau tiểu khung, sa sinh dục tái phát.			
	Tình trạng vết khâu ở các thành âm đạo	- Vết khâu liền tốt có/không - Viêm nhiễm hay lộ mảnh ghép	Định tính nhị phân	Hồ sơ khám

Nhóm biến số	Biến số	Định nghĩa / Phân nhóm	Loại biến số	Phương pháp thu thập
		có/không - Tình trạng tiểu tiện: có đái buốt, đái rắt, đái máu có/không không		
	Đau tiểu khung, giao hợp đau hay không	Có / Không	Định tính nhị phân	Hồ sơ tái khám
	Đánh giá lại mức độ sa sinh dục	Các mức độ của sa sinh dục Độ I Độ II Độ III	Định lượng liên tục	Hồ sơ tái khám

### 2.3. XỬ LÝ SỐ LIỆU

- Các số liệu thu thập sẽ được xử lý trên phần mềm SPSS.

### 2.4. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu mô tả, số liệu được thu thập trên hồ sơ bệnh án, không can thiệp trực tiếp đến người bệnh, khi tiến hành nghiên cứu, nhóm nghiên cứu luôn đảm bảo nguyên tắc sau:

- Tiến hành nghiên cứu với tinh thần trung thực.
- Nghiên cứu nhằm mục đích hướng tới chăm sóc sức khỏe cộng đồng chứ không có mục đích gì khác.
- Tất cả các thông tin về người bệnh đều được mã hoá và giữ bí mật. Dữ liệu thu thập sẽ được bảo mật tuyệt đối, không tiết lộ danh tính và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Quy trình nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức y học của Bộ Y tế và đã được Hội đồng Đạo đức nghiên cứu của bệnh viện xét duyệt trước khi triển khai.

### CHƯƠNG 3 DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

##### 3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và tình trạng kinh nguyệt

*Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh theo nhóm tuổi và tình trạng kinh nguyệt*

Tuổi	Tuổi mắc bệnh		Tình trạng kinh nguyệt			
			Chưa mãn kinh		Mãn kinh	
	n	%	n	%	n	%
<40						
40-49						
50-59						
≥ 60						
Trung bình (Min – Max)						
<b>Tổng</b>						

##### 3.1.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp

*Bảng 3.2. Tỷ lệ mắc bệnh theo nghề nghiệp*

Nghề nghiệp	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Làm ruộng		
Hưu trí		
Công chức		
Nội trợ		
<b>Tổng</b>		

### 3.1.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa dư

*Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc bệnh theo nơi sinh sống*

Địa chỉ	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Thành Thị		
Nông thôn		
<b>Tổng</b>		

### 3.1.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo số lần đẻ

*Bảng 3.4. Tỷ lệ mắc bệnh theo số lần sinh*

Số lần sinh	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
0		
1-2		
3-4		
5-6		
>6		
<b>Tổng</b>		

### 3.1.5. Tiền sử bệnh lý đường tiết niệu

*Bảng 3.5. Bệnh lý đường tiết niệu*

Rối loạn đi tiểu	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Không có gì đặc biệt		
Són tiểu		
Viêm đường tiết niệu		
<b>Tổng</b>		

### 3.1.6. Tiền sử mắc bệnh nội khoa

*Bảng 3.6. Tỷ lệ mắc bệnh nội khoa*

Bệnh nội khoa	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Bệnh tim		
Tăng huyết áp		
Đái tháo đường		
Bệnh lý hô hấp		
Không		
<b>Tổng</b>		

### 3.1.7. Tiền sử phẫu thuật

*Bảng 3.7. Tiền sử phẫu thuật sản phụ khoa - ngoại khoa*

Tiền sử phẫu thuật	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Không		
Sản - phụ khoa		
Ngoại khoa		
<b>Tổng</b>		

### 3.1.8. Triệu chứng cơ năng

*Bảng 3.8. Triệu chứng cơ năng*

Triệu chứng cơ năng	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Khó chịu, cảm giác nặng ở bụng dưới, rối loạn đại tiểu tiện		
Cảm giác đè nặng ở âm hộ		
Thấy có một khối thò ra ngoài âm hộ		
<b>Tổng</b>		

### 3.1.9.Đánh giá mức độ sa sinh dục

*Bảng 3.9. Mức độ sa sinh dục*

Độ sa	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Độ II		
Độ III		
<b>Tổng</b>		

## 3.2. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP TỔNG HỢP ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC

### 3.2.1. Phương pháp phẫu thuật

*Bảng 3.10. Phương pháp phẫu thuật sa sinh dục*

Phương pháp phẫu thuật	Phẫu thuật làm lại TSM		Không làm lại TSM		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
PTNS đặt mảnh ghép tổng hợp						
PTNS đặt mảnh ghép tổng hợp + Cắt TCBP						
PTNS đặt mảnh ghép tổng hợp + Cắt TCHT						
<b>Tổng</b>						

### 3.2.3.Tai biến trong mổ

*Bảng 3.11. Tai biến trong mổ*

Diễn biến	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Không biến chứng		
Tổn thương BQ		
Tổn thương trực tràng		
Tụ máu		
<b>Tổng</b>		

### 3.2.4. Tai biến gần sau mổ

*Bảng 3.12. Tai biến gần sau mổ*

Diễn biến	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Không biến chứng		
Bí đái sau mổ		
Sốt sau mổ		
Chảy máu sau mổ		
Tụ máu sau mổ		
Tổn thương bàng quang/ trực tràng		
<b>Tổng</b>		

### 3.2.5. Thời gian trung tiện sau mổ

*Bảng 3.13. Trung tiện sau mổ và tiểu tiện sau mổ*

Thời gian (giờ)	Trung tiện		Tiểu tiện	
	n	%	n	%
< 24				
24 – 72				
> 72				
Trung bình				
<b>Tổng</b>				

### 3.2.6. Sử dụng thuốc giảm đau sau mổ

*Bảng 3.14. Sử dụng thuốc giảm đau sau mổ*

Giảm đau sau mổ	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
PCA		
Gây tê ngoài màng cứng		
Truyền paracetamol		
<b>Tổng</b>		

### 3.2.7. Thời gian nằm viện

*Bảng 3.15. Thời gian nằm viện*

Thời gian nằm viện (ngày)	Số trường hợp	Tỷ lệ %
< 5		
5-7		
7-14		
Trung bình		
Min-max		

### 3.2.8. Kiểm tra vị trí mảnh ghép lúc ra viện

*Bảng 3.16. Kiểm tra vị trí mảnh ghép lúc ra viện*

Kiểm tra vị trí mảnh ghép lúc ra viện	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Chảy máu		
Viêm nề		
TKKSGS		
<b>Tổng</b>		

### 3.2.9. Biến chứng sau khi ra viện

*Bảng 3.17. Biến chứng sau khi ra viện*

Diễn biến	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Không biến chứng		
Lộ mảnh ghép		
Giao hợp đau		
Căng - đau tiểu khung		
Viêm nề tại vị trí đặt mảnh ghép		
Són tiểu		

**3.2.10. Tái phát sa sinh dục sau phẫu thuật***Bảng 3.18. Tái phát sa sinh dục sau phẫu thuật*

<b>Thời gian tái phát sa sinh dục</b>	<b>Số trường hợp</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
1 tháng		
6 tháng		
12 tháng		
<b>Tổng</b>		

## **CHƯƠNG 4**

### **DỰ KIẾN BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

**4.2. Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép tổng hợp điều trị sa sinh dục tại Bệnh viện Sản- Nhi Bắc Ninh số 1**

**DỰ KIẾN KẾT LUẬN**

**Theo mục tiêu nghiên cứu**

**KIẾN NGHỊ**

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

1. Bệnh viện Từ Dũ (2015). "Sa các tạng vùng chậu", *Phác đồ điều trị sản phụ khoa* 192-199.
2. Bộ môn giải phẫu trường đại học Y Hà nội (2011). "Hệ sinh dục nữ", *Giải phẫu người*, Nhà xuất bản y học Hà nội, 304-312.
3. Bộ môn phụ sản Trường Đại học Y khoa Hà nội (2005). "Sa sinh dục", *Sản phụ khoa*, Nxb y học Hà Nội, 403-406.
4. Bộ môn phụ sản Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh (2011). "Dẫn sản chậu", *Sản phụ khoa*, Nxb y học TP Hồ Chí Minh, 885-900.
5. Dương Thị Cương, Nguyễn Đức Hình (1999). "Sa sinh dục", *Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành*, Nxb y học Hà Nội, 111-115.
6. Lê Thị Anh Đào (2025). "Phẫu thuật cố định tử cung vào dải chậu lược: ứng dụng tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội", *Tài liệu Hội nghị chỉ đạo tuyến 2025*;
7. Nguyễn Hòa (2024). "Đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật nội soi treo tử cung/mỏm cắt vào mỏm nhô tại Bệnh viện phụ sản Trung Ương", *Tạp chí Phụ sản* ; 22(4):93-96.
8. Nguyễn Trung Vinh (2015). "Chẩn đoán sa tạng chậu", *Sàn chậu học*, Nxb Y học, tr 185-205.
9. Phan Trường Duyệt (2003). *Phẫu thuật sản phụ khoa*, Nxb y học Hà Nội, 302 - 732.
10. Phan Trường Duyệt, Đinh Thế Mỹ (2003). "Sa sinh dục", *Lâm sàng sản phụ khoa*, Nxb y học Hà Nội, 397-401.
11. Trần Ngọc Dũng, Trần Bảo Long (2024). " Điều trị sa sinh dục bằng cố định trực treo đáy chậu trước vào dải chậu lược hai bên qua phẫu thuật nội soi", *Tạp chí nghiên cứu y học*; 178 (5): 117-120

### Tiếng Anh

12. ACOG technical bulletin (1996). Pelvic organ prolapse. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*; 52: 197-205.

13. Baden WF, Walker TA, Lindsday HJ. (1968). The vaginal profile. *Tex Med J.* (64):56–58.
14. Deprest, J., Zheng, F., Konstantinovic, M. et al (2006). *Int Urogynecol Journal.*
15. Dorr II, C.H. (1994). “Relaxation of pelvic supports”, *Current obstetric&Gynecology Diagnosis& treatment*, 9<sup>th</sup> Edition, 809-829.
16. Kohli N, Sze EHM, Roat TW, Karram MM (1996). Incidence of recurrence cystocele after anterior colporrhaphy with or without concomitant transvaginal needle suspension. *Am J Obstet Gynecol*; 175: 1476–82
17. Kaori Hoshino, Kazuaki Yoshimura, Kazuaki Nishimura, Toru Hachisuga. How to reduce the operative time of laparoscopic sacrocolpopexy, *Gynecology and Minimally Invasive Therapy.* 2017, 6, 17 – 19..
18. OkonKwo J.E., Obiechina N.J., Obionu C.N. (2003). “Incidence pelvic organ prolapse in Negerian women’’, *J-Natl-Med assoc*, 95(2), 132-136.
19. Ottesen M., Sorensen M., Kehlet H., Ottensen B. (2003). “Short convalescence after vaginal prolapse surgery’’, *Acta - Obstet - Gynecol - Scand*, 82(4), 359-366.
20. Price N, Slack A, Jackson SR. (2010). Laparoscopic hysteropexy: the initial results of a uterine suspension procedure for uterovaginal prolapsed. *BJOG*; 117:62–68.
21. Ulmsten U, Falconer C, Johnson P, et al (1998). A multicenter study of tension-free vaginal tape (TVT) for surgical treatment of stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*; 9(4): 210 – 3.

## Phụ lục 1

### PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU

#### I. PHẦN HÀNH CHÍNH

- Họ và tên: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_ Mã hồ sơ: \_\_\_\_\_  
- Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
- Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_ Ngày mổ: \_\_\_\_\_ Ngày ra viện: \_\_\_\_\_  
- Ngày vào viện: \_\_\_\_\_

#### II. Chuyên môn

##### A. Tiền sử

##### 1. Tiền sử bệnh lý

- + Bệnh lý nội khoa: Bệnh tim , cao HA ,  
Bệnh thận , đái tháo đường , bệnh lý hô hấp   
Bệnh mãn tính khác:.....  
+ Bệnh lý tiết niệu:  
• Không có gì đặc biệt   
• Rối loạn tiểu tiện: Số tiểu : Có  Không   
Bí tiểu Có  Không   
Viêm tiết niệu mãn tính: Có  Không

##### 2. Tiền sử sản khoa

- + PARA:  
+ Tình hình sinh đẻ:  
- Cách thức đẻ: Đẻ thường  Forcep  Giác hút   
- Mổ lấy thai: Có  Không

##### 3. Tiền sử phụ khoa

- Bệnh phụ khoa đã điều trị: Có  Không  bệnh gì: .....  
Tuổi có kinh:..... Tuổi mãn kinh:.....  
Số năm phát hiện bị SSD:.....

##### 4. Tiền sử phẫu thuật

- + Phụ khoa: Có  Không  PT gì:.....  
+ Ngoại khoa: Có  Không  PT gì:.....

##### 5. Thăm khám

- + Tầng sinh môn: không rách , rách có phục hồi , rách không phục hồi   
+ Cơ vòng HM: tổn thương  không tổn thương   
+ Tử cung: to  nhỏ , di động: Có  Không   
U xơ tử cung: Có  Không

U buồng trứng: Có  Không

+ Đánh giá mức độ SSD: Độ I  Độ II  Độ III

### **B. Tình hình phẫu thuật**

#### 1. Trong mổ

- Tổn thương bàn quang: Có  Không

- Tổn thương trực tràng: Có  Không

- Tụ máu: Có  Không

#### 2. Điều trị sau mổ

+ Trung tiện ngày thứ:..... sau mổ

+ Thời gian lưu sonde BQ:.....

+ Thời gian tự tiểu tiện:.....

+ Bí tiểu sau mổ: Có  Không

+ Số ngày dùng kháng sinh:.....

+ Phương pháp giảm đau sau mổ :

PCA

Truyền Paracetamol

Gây tê ngoài màng cứng

+ Thời gian điều trị sau mổ:..... ngày

+ Biến chứng sau mổ: Có  Không

Loại biến chứng:.....

+ Kiểm tra vị trí đặt mảnh ghép lúc ra viện:

Chảy máu: có  không  Viêm nề: có  không

TKKSGS: có  không

\*Khám lại sau phẫu thuật

	1 tháng	6 tháng	12 tháng	≥2 năm
Lộ mảnh ghép				
Sa sinh dục tái phát				
Đau tiểu khung				
Đau khi giao hợp				
Tiểu không kiểm soát				

**NGƯỜI THỰC HIỆN**

**Nguyễn Thị Hoa**

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN TRONG NGHIÊN CỨU**