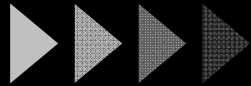


# ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA PHẪU THUẬT TREO TỬ CUNG VÀO MỖM NHÔ QUA NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ SA TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

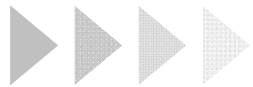


BS. Nguyễn Bá Mỹ Nhi



TU DU HOSPITAL

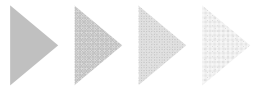
23/9/2009



## ĐẶT VẤN ĐỀ



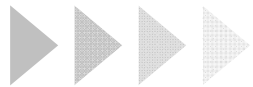
- Sa sinh dục (SSD) = sa các cơ quan trong vùng chậu ( POP pelvic organ prolapsus ): suy yếu hệ thống nâng đỡ đáy chậu → sự tụt xuống các cơ quan này vào AĐ
- 50% PN độ tuổi 15 - 60 bị SSD, ngày càng nhiều PN đi khám vì những khó chịu do bệnh gây ra
- SSD chiếm 1 / 5 chỉ định mổ PK
- Mỹ : > 400.000 ca mổ SSD → PT điều trị các RL do SSD là vấn đề được quan tâm, # 125.000 ca tái phát (31,2 %) → PT điều trị SSD cũng thường bị thất bại



## ĐẶT VẤN ĐỀ



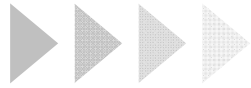
- Bệnh ảnh hưởng chất lượng sống do ảnh hưởng sinh hoạt hàng ngày, RL chức năng các cơ quan vùng chậu: giao hợp khó, tiểu không kiểm soát, bón, viêm nhiễm...
- Nhiều PP điều trị: tập cơ vùng chậu, kích thích điện cơ, mang vật nặng, PT treo TC / mổ cắt - mổ nhô, vào d/c cùng gai ngồi...
- Lựa chọn PP điều trị: tùy độ nặng nhẹ của bệnh, cơ quan bị sa, sức khỏe BN, khả năng và sở trường PTV...



# ĐẶT VẤN ĐỀ



- Đời sống càng cao → chất lượng sống đòi hỏi càng phải cải thiện hơn
  - PN trong độ tuổi hoạt động sinh dục:
    - cảm thấy xấu hổ, không tự tin khi phải chung sống với bệnh
    - ước muốn sanh thêm con
    - quan niệm tình dục kéo dài sau mãn kinh
    - tâm lý còn muốn vẫn là một PN có khả năng làm vợ, làm mẹ
- đặt ra vấn đề điều trị SSD có thể giữ lại TC, duy trì khả năng giao hợp, ít tái phát ... một cách hiệu quả nhất



# ĐẶT VẤN ĐỀ



- 1950: PT mổ hở treo TC - mổ nhô ( sacrohysterocolpopexy)
- So với PT ngã ÂĐ:
  - tái phát sau mổ thấp hơn
  - thời gian bị tái phát dài hơn
  - sau mổ giao hợp ít đau hơn
  - tuy nhiên : tổn kém hơn, thời gian mổ, thời gian hồi phục sau mổ lâu hơn
- PTNS với ưu điểm:
  - ít đau sau mổ, ít tai biến hơn
  - thời gian hồi phục, trở lại công việc nhanh → nằm viện ngắn
  - chi phí điều trị giảm
  - sẹo mổ nhỏ...



## ĐẶT VẤN ĐỀ



- Ý tưởng ứng dụng PTNS điều trị SSD ra đời
- Đã có nhiều báo cáo trên thế giới và trong y văn về PTNS treo TC - mồm nhô
- Riêng trong nước từ trước đến nay chưa thấy có báo cáo nào về vấn đề này → lý do thực hiện NC này
- Đánh giá hiệu quả, an toàn của treo TC - mồm nhô qua NS ổ bụng



# TỔNG QUAN Y VẤN



## *Hệ thống phân loại POP – Q:*

POP- Q ( pelvic organ prolapsus – quantification) được thống nhất và giới thiệu đến các nhà LS , NC bởi:

- Hiệp hội tiểu có kiểm soát quốc tế ( Internatinal continence society ICS)
- Hiệp hội niệu phụ khoa Hoa kỳ (American of urogynecologic society AUS)
- Hiệp hội các nhà phẫu thuật phụ khoa (Society of gynecologic surgeons SGS)



# TỔNG QUAN Y VẤN



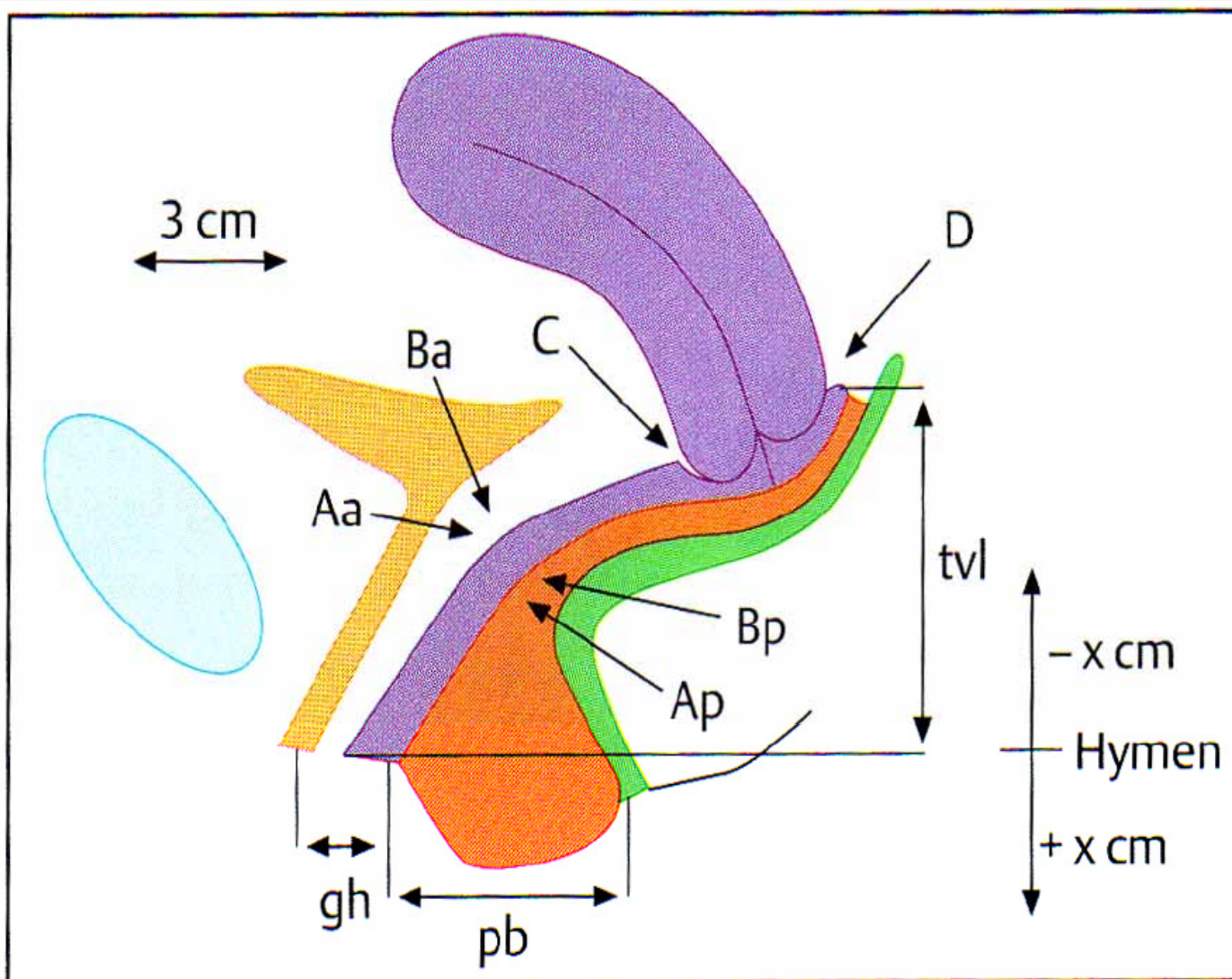
Sự ra đời hệ thống phân loại POP – Q :

- định danh cơ quan sa
- đánh giá KQ điều trị sau PT
- tiêu chuẩn hoá các thuật ngữ trong các NCKH và xuất bản tài liệu
- các BS cùng CK có thể hiểu nhau, hiểu tình trạng BN khi họ được gởi đến





# TỔNG QUAN Y VĂN





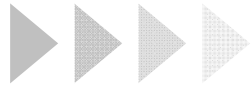
# TỔNG QUAN Y VẤN



Có 3 cách đo: dựa vào **gh** (genital hiatus), **pb** (perineal body), **tvL** (total vaginal length)

Cách tính:

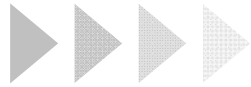
- đơn vị đo: **cm**
- **màng trinh** (mốc cố định để đánh giá độ sa): tại mép màng trinh là vị trí 0, nằm trên ( above) là vị trí số âm (negative number), nằm dưới ( below) là vị trí số dương (positive number)
- **điểm A**: điểm A thành trước ÂĐ Aa nằm ở đường giữa cách miệng niệu đạo ngoài 3cm, đó là chỗ nối giữa BQ và NĐ; điểm A thành sau ÂĐ Ap nằm ở đường giữa cách 3 cm gần mép màng trinh



# TỔNG QUAN Y VẤN



- **điểm B:** điểm B rất thay đổi, những điểm nằm phía trên cao về vòm ÂĐ, CTC cho đến điểm A, nếu điểm B nằm trên vị trí  $-3 =$  không SSD
- **điểm C:** là CTC hay vòm ÂĐ ( nếu đã cắt TC)
- **điểm D:** là chỗ bám của CTC vào ÂĐ, hay vòm ÂĐ; không có điểm D ( nếu không có CTC)
- **khoảng gh:** từ miệng NĐ ngoài và mép sau màng trinh
- **khoảng pb:** từ mép sau màng trinh đến lỗ mở HM
- **tvI:** độ sâu lớn nhất của ÂĐ( tính = cm, đo khi không ho rặn), điểm C, D ở vị trí bình thường



# TỔNG QUAN Y VẤN



## ***Phân độ POP - Q:***

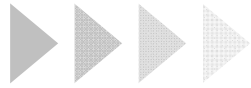
- 1. giai đoạn 0:** không SSD
  - Aa, Ba, Ap, Bp đều ở vị trí – 3
  - C hay D nằm giữa  $tv_l$  và  $< tv_l - 2 \text{ cm}$
- 2. giai đoạn I:** phần xa còn nằm cao cách mép màng trinh  $> 1 \text{ cm}$
- 3. giai đoạn II:** còn  $< 1 \text{ cm}$  đoạn gần hay đoạn xa thì đến mép màng trinh
- 4. giai đoạn III:** sa ra  $> 1 \text{ cm}$  dưới mép màng trinh
- 5. giai đoạn IV:** sa toàn bộ ra ngoài, đoạn xa ít nhất  $(tv_l - 2 \text{ cm})$



# TỔNG QUAN Y VẤN



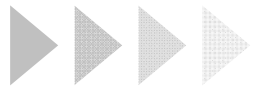
- ***PT kinh điển:***
  - ngã ÂĐ: Manchester, Richter ....
  - ngã bụng: cố định TC - mồm nhô, khâu ngắn d / c TC – cùng, và dính vào mồm nhô...
- ***PTNS tăng trong những năm gần đây***
  - Mỹ: số ca PTNS SSD tăng gấp 2 ( 1979 – 1997)
  - giới hạn của PP : số lượng PTV đủ khả năng thực hiện PTNS thành công còn ít



# TỔNG QUAN Y VẤN



- **Mỹ:** 200.000 ca PT SSD, sa mồm sau cắt TC / ÂĐ # 0,2 – 43 %  
→ thất bại do sa mồm cắt → phát triển PT treo TC / mồm cắt - mồm nhỏ
- **Huguier 1957 và Lane 1962** : mô tả PT lần đầu tiên  
**Snyder và Krantz:** cố định mảnh ghép dọc vách TT – ÂĐ  
**Addison và cộng sự:** cố định mảnh ghép thành trước, sau ÂĐ
- **Kết quả NC:**
  - PT treo TC - mồm nhỏ so với cố định TC – d / c cùng gai điều trị sa vòm → PT mổ hở hiệu quả hơn
  - Duy trì hoạt động giao hợp sinh lý: mảnh ghép dính vào ÂĐ thành trước - sau → các vị trí trên thành ÂĐ được chỉnh sửa → trục ÂĐ được phục hồi
  - Nhược điểm: són tiểu sau PT, ăn mòn của mảnh ghép, xuất huyết nhiều trong mổ, đường mổ rộng



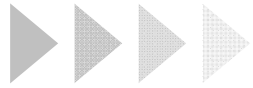
# TỔNG QUAN Y VẤN



- **Wattiez (Pháp) 1991** : thực hiện lần đầu NS treo TC - mồm nhô
- **Nehzat (Mỹ) 1994**: mô tả lần đầu NS treo TC - mồm nhô
- **PTNS đã**:
  - thu nhập kỹ thuật treo TC có tỉ lệ thành công cao từ mổ hở kết hợp với ưu điểm của PT ít xâm lấn

*hay :*

  - PTNS thực hiện treo TC - mồm nhô theo cách của mổ hở , nhưng bằng các đường rạch da rất nhỏ

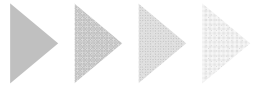


# MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU



- Mục tiêu tổng quát:  
Đánh giá hiệu quả, độ an toàn của PT treo TC - mỗm nhô qua nội soi
- Mục tiêu chuyên biệt:
  - Xác định hiệu quả PTNS treo TC – mỗm nhô qua khảo sát: sự cải thiện về cấu trúc GP, thời gian không bị tái phát
  - Xác định độ an toàn của PTNS treo TC – mỗm nhô qua khảo sát: tai biến trong - sau mổ, thời gian PT, lượng máu mất, thời gian nằm viện, tai biến sau mổ





# PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU



1. Thiết kế NC: tiền cứu
2. Dân số NC : tất cả PN độ tuổi sinh sản - mãn kinh bị SSD
3. Dân số chọn mẫu: tất cả PN độ tuổi sinh sản - mãn kinh bị SSD đến khám tại BV Từ Dũ
4. Tiêu chuẩn chọn: tất cả PN độ tuổi sinh sản và mãn kinh bị sa TC, khám tại BV Từ Dũ trong thời gian từ 5 / 2008 đến 2 / 2010, đồng ý tham gia NC, thỏa các tiêu chuẩn
  - < 60 tuổi
  - Sa TC độ II-III
  - Không có bệnh lý khác của TC, BT, CTC kèm theo(
  - Không kèm sa ruột, sa TT, sa BQ quá nhiều (độ II - III)



# PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU



## 5. Tiêu chuẩn loại:

- Không thỏa các tiêu chuẩn chọn
- Có chống chỉ định PTNS

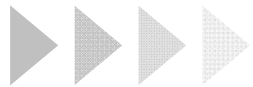
## 6. Cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times P(1-P)}{d^2}$$

P là tỷ lệ ước lượng, theo NC của Peter Von Theoba tỷ lệ thành công sau mổ là 96%,

- là mức ý nghĩa 0.05 ở độ tin cậy 95%
- d là sai số mong muốn là 0.05

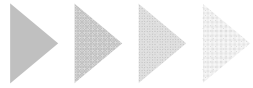
→ Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 59 ca



# CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH



1. Chọn bệnh thoả các tiêu chuẩn chọn mẫu, XNTP, lên chương trình mổ
  
2. Kỹ thuật thực hiện
  - Mê toàn thân
  - trình bày các trocar ( 1 trocar 10 tại rốn, 2 trocar 5 2 bên HC)
  - tư thế Trendelenbourg
  - thám sát ổ bụng, xác định các mốc GP: mỏm nhô, d/c TC - cùng, đỉnh hậu môn, nếp PM BQ...
  - mở PM bộc lộ mỏm nhô, đi tiếp về d/ c TC - cùng

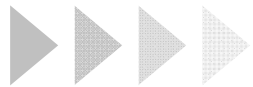


# CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

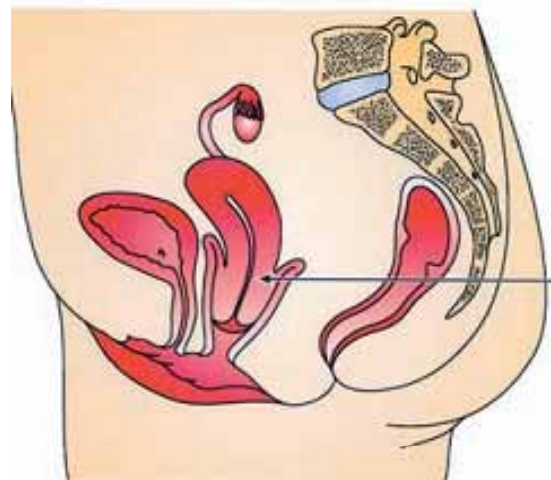


- mở PM đẩy BQ xuống thấp, bộc lộ thành trước âm đạo
- mở PM thành sau tại đỉnh HM, đẩy TT ra xa, bộc lộ thành sau ÂĐ, cơ nâng HM
- cố định mảnh ghép ( propylene ) lên AĐ và cân CTC thành trước và thành sau, cơ nâng HM , d/c TC – cùng , → treo mảnh ghép đến mồm nhô
- phủ PM che lại toàn bộ mảnh ghép
- KT chảy máu
- tháo CO<sub>2</sub> , đóng bụng

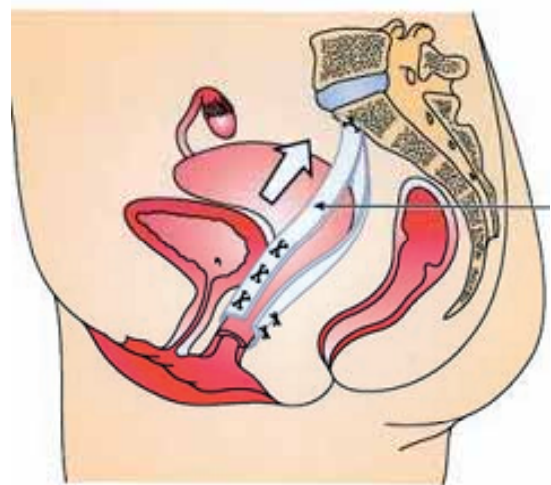
3. Đánh giá hiệu quả tức thì ngay sau PT và 1- 3 - 6 - 12 tháng



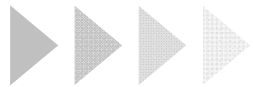
# CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH



Sa TC



Khâu thành  
trước và sau  
AD vào mảnh  
ghép tổng  
hợp, cố định  
vào môm nhô



# CÁCH THU THẬP XỬ LÝ SỐ LIỆU



- Chúng tôi dùng bảng câu hỏi soạn sẵn để thu thập dữ liệu
- Người thu thập số liệu trước và sau mổ, và bác sỹ PT hoàn toàn là những người khác nhau
- Số liệu được nhập, xử lý bằng phần mềm Access 2003, xử lý thống kê với phần mềm SPSS 11.5



## VẤN ĐỀ Y ĐỨC



NC này không vi phạm y đức

- PTNS treo TC - mỗm nhô là PP điều trị SSD hiệu quả, ít tai biến, hồi phục nhanh
- Tất cả BN được giải thích kỹ mục đích NC, PP mổ, tự nguyện tham gia NC
- Mọi thông tin của BN tuyệt đối được tôn trọng, giữ bí mật, chỉ phục vụ mục đích NC



# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



<b>Tuổi</b>	<b>N = 21</b>	<b>%</b>
15-25	1	4.8
26-35	1	4.8
36-45	10	47.6
46-55	7	33.3
>55	2	9.5
<b>Số lần sanh</b>	<b>N = 21</b>	<b>%</b>
Chưa sanh	1	4.8
0-2	10	47.6
>3	10	47.6
<b>Đoãsa TC</b>	<b>N = 21</b>	<b>%</b>
II	3	14.2
II – III	17	81
III	1	4.8





# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



## Thời gian phẫu thuật

Thời gian PT ( phút )	N = 21	%
< 90	2	9.5
90 – 120	11	52.4
121 – 150	5	23.8
151- 180	1	4.8
>180	2	9.5

Ca dài nhất 225 phút - ngắn nhất 85 phút

RIVOIRE (Pháp, 138): TGPT 190ph (75-350);

BENSON: TGPT/mô hình 215ph ± 47; ngày AN: 196ph ± 38



## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



Màu mắt trong mô ( ml )	N = 21	%
< 50	17	80.9
50 -100	2	9.5
101 -150	1	4.8
> 150	1	4.8

Ca mắt màu nhiều nhất: 200 ml / tổn thương mạch máu trước xương cụt

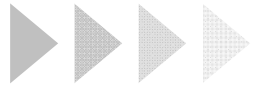


# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	N = 21	%
< 2 ngày	3	14.2
2-3 ngày	15	71.6
> 3 ngày	3	14.2

Dài nhất 9 ngày - ngắn nhất là 36 giờ  
**RIVOIRE (Pháp, 138): 4,7 ngày (2-21)**



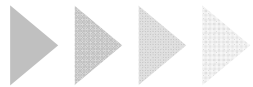
# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



## Nhiệm vụ phẫu thuật

- Không có trường hợp nào tai biến nghiêm trọng trong mổ (1 ca tổn thương mạch máu trước xương cụt)
- Không có trường hợp nào phải truyền máu trong và sau mổ
- Tất cả đều sử dụng KS đơn phong, chỉ có 3 trường hợp chuyển sang KS nhiều trò (2 ca nhiễm trùng tiểu)

RIVOIRE (Pháp, 138): 2/138 tổn thương BQ ; Viêm BQ 17%



# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



## Tai biến sau mổ

- Không có trường hợp nào tai biến nghiêm trọng sau mổ nhỏ: xuất huyết não, viêm PM, đờ BQ, máu tụ...
- 2 trường hợp nhiễm trùng tiêu ( 9,5 %)
- 5 trường hợp than nẫu lỏng, vùng chậu (23 %)
- Chưa thấy trường hợp nào xuất hiện tiêu không kiểm soát khi gắng sức

**RIVOIRE (Pháp, 138): 2/138 tổn thương BQ , Viêm BQ 17%**



# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



## Kết quả PT

- Tất cả các ca đều có cải thiện lên 0 ngay sau PT
- 5 ca đau lưng, đau hai vò, nhưng hết sau 6 – 8 tuần
- Theo dõi: 4 ca / 12 tháng, 6 ca / 9 tháng, 5 ca / 6 tháng, 2 ca / 3 tháng : chưa thấy ca nào bị sa lại, hay xuất hiện tiểu không kiểm soát
- Tất cả bệnh nhân đều hai long sau PT

Tổng tới RIVOIRE (Pháp, 138, theo dõi 31 tháng): cải thiện ngay nhờ SSD sau mổ lên 0, 12 ca thất bại con SSD III-IV; 7 ca loét AN; 80% (105 ca) rất hai long sau PT, 2% (3 ca) không hai long



# KẾT LUẬN



- PTNS treo TC - môn nhô khâu thi do thời gian PT ngắn, an toàn, hiệu quả tốt thì, tai biến trong và sau mổ hầu như không có
- Tuy nhiên PT còn cần phải tiếp tục NC với số lượng ca lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn → có thể nâng giá trị chính xác hơn hiệu quả và độ an toàn của PT
- PTV NS phải tiếp tục huấn luyện KT khâu may qua NS



**PHẪU THUẬT NỘI SOI  
TREO TỤ CUNG VÀO MỠM NHỎ**

The image shows an endoscopic view of a surgical procedure. A tubule is being suspended into the nasal cavity. The text is overlaid on the image in white, bold, uppercase letters. The background shows the internal structures of the nasal cavity, including the turbinate and the nasal mucosa. A surgical instrument is visible on the left side of the image, and a blue light source is visible on the right side.





Chân thành cảm ơn