

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC  
BẰNG PHẪU THUẬT ĐẶT TẮM NÂNG SÀN CHẬU ĐƯỜNG ÂM ĐẠO  
TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI**

*Mai Trọng Hưng<sup>1\*</sup>, Đỗ Khắc Huỳnh<sup>1</sup>*

**Tóm tắt**

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị sa sinh dục bằng phẫu thuật đặt tấm nâng sàn chậu đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 63 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán sa sinh dục và được điều trị bằng phẫu thuật đặt tấm nâng sàn chậu đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 7/2012 - 7/2017. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN là 55. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $50 \pm 21,4$  phút. Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật là  $87,5 \pm 30,5$ mL. Thời gian nằm viện trung bình là  $6,4 \pm 1,5$  ngày. Có gặp tác dụng không mong muốn là lộ tấm nâng sàn chậu và đau sau khi giao hợp (4,8%). Tỷ lệ tái phát sa sinh dục là 6,3%. **Kết luận:** Phương pháp điều trị sa sinh dục bằng đặt tấm nâng sàn chậu đường âm đạo là phương pháp điều trị mới, khá an toàn, tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp và tỷ lệ tái phát thấp.

**Từ khóa:** Sa sinh dục; Phẫu thuật đặt tấm nâng sàn chậu đường âm đạo.

**EVALUATION OF THE EFFICACY OF SYNTHETIC MESH IMPLANTATION  
VAGINALLY IN GENITAL PROLAPSE TREATMENT  
AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL**

**Abstract**

**Objectives:** To evaluate the efficacy of synthetic mesh implantation vaginally in genital prolapse treatment at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 63 patients with genital prolapse at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from July 2012 to July 2017. **Results:** The mean age of the patients was 55. The average surgery time was  $50 \pm 21.4$  minutes. The average amount of blood loss during surgery

---

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

\*Tác giả liên hệ: Mai Trọng Hưng (drhung.pshn1@gmail.com)

Ngày nhận bài: 25/6/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 05/8/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i7.875>

was  $87.5 \pm 30.5$  mL. The average hospital stay was  $6.4 \pm 1.5$  days. Complications after hospital discharge accounted for 4.8%, these were mesh exposure and pain after intercourse. After surgery, 4 patients had a recurrence of genital prolapse, accounting for 6.3%. **Conclusion:** Genital prolapse treatment using synthetic mesh implantation vaginally is a new treatment method, quite safe, with a low rate of unwanted effects and a low recurrence rate.

**Keywords:** Genital prolapse; Vaginal synthetic mesh placement surgery.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sinh dục là hiện tượng tử cung sa xuống thấp trong âm đạo hoặc sa hẳn ra ngoài âm hộ, thường kèm theo sa thành trước âm đạo và bàng quang hoặc sa thành sau âm đạo và trực tràng [1]. Tuy không phải là bệnh gây nguy hiểm đến tính mạng người phụ nữ, nhưng sa sinh dục là bệnh ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, công tác, lao động cũng như tâm sinh lý của BN và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ [2].

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, đặt vòng nâng Pessary trong âm đạo, hay liệu pháp hormone thay thế... Trước đây, việc điều trị phẫu thuật sa sinh dục độ II - III chủ yếu là phẫu thuật cắt bỏ tử cung, cắt bỏ cổ tử cung, kết hợp làm lại các thành âm đạo (phẫu thuật Crossen, phẫu thuật Manchester...), tuy nhiên, nếu chỉ cắt tử cung đường âm đạo đơn thuần sẽ làm ảnh hưởng đến hệ thống nâng đỡ sàn chậu và dẫn đến sa móm cắt về sau, các nghiên cứu cho thấy khoảng 40% các trường hợp sau mổ có

sa móm cắt sau cắt tử cung [3]. Năm 1998, tác giả Ulmsten và CS 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 tấm nâng sàn chậu tổng hợp, ưu điểm của tấm nâng sàn chậu là không bị giãn ra theo thời gian [4].

Phẫu thuật ngả âm đạo bằng kỹ thuật cố định sàn chậu vào dây chằng cùng gai sử dụng mảnh ghép tổng hợp polypropylene để điều trị cho BN nữ bị sa sinh dục đã bắt đầu được thực hiện từ tháng 7/2012 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của phương pháp này, vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Đánh giá hiệu quả điều trị sa sinh dục bằng phẫu thuật đặt tấm nâng sàn chậu đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

63 BN được chẩn đoán sa sinh dục tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 7/2012 - 7/2017.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN sa sinh dục độ II, độ III, có triệu chứng ảnh hưởng chất lượng sống; BN được phẫu thuật ngả âm đạo bằng kỹ thuật cố định sàn chậu vào dây chằng cùng gai; BN có đủ các thông tin cần thiết trong hồ sơ bệnh án.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ*: Sa sinh dục có các bệnh lý ác tính đường sinh dục kèm theo; sa sinh dục kèm viêm nhiễm nặng cổ tử cung.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

\* *Cỡ mẫu và chọn mẫu*: Chọn mẫu toàn bộ các trường hợp đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

\* *Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin*:

- Bệnh án nghiên cứu được xây dựng và thu thập thông tin qua dữ liệu bệnh án điều trị của BN.

- Các thông tin quan trọng cần thu thập bao gồm: Tuổi, tiền sử sản khoa liên quan đến sa sinh dục, mức độ sa sinh dục và các tạng bị sa, các tổn thương cổ tử cung trên BN bị sa sinh dục, các triệu chứng đường tiết niệu kèm theo sa sinh dục, đánh giá kết quả phẫu thuật dựa trên thang điểm POP Q.

- Thông tin dữ liệu được thu thập tại bệnh án điều trị, phỏng vấn và liên lạc trực tiếp tới người bệnh.

\* *Xử lý số liệu*: Theo phương pháp thống kê y học tính số trung bình, giá trị min, max, độ lệch chuẩn, tỷ lệ (%). Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 và Excel 2013.

## 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y học của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trước khi triển khai nghiên cứu (Quyết định số: 977 QĐ/PS-TTĐT CĐT ngày 25/6/2018). Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Phân bố độ tuổi của BN nghiên cứu

**Bảng 1.** Phân bố tuổi BN.

Nhóm tuổi (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 40	7	11,1
40 - 49	10	15,9
50 - 59	28	44,4
≥ 60	18	28,6
Trung bình (min - max)	54,7 ± 10,5 (37 - 82)	

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $54,7 \pm 10,5$ , nhóm BN từ 50 - 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,4%. BN trẻ nhất là 37 tuổi, lớn nhất là 82 tuổi.

## 2. Vị trí, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật

**Bảng 2.** Vị trí, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật.

Vị trí đặt tấm nâng sàn chậu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	Lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình (mL)
Thành trước	51	81	$42,2 \pm 11,6$	$78,8 \pm 25,5$
Thành sau	2	3,2	$62,5 \pm 3,5$	$112,0 \pm 19,7$
Hai thành	10	15,8	$95,7 \pm 12,7$	$126,7 \pm 22,5$
Tổng	63	100		$87,5 \pm 30,5$

BN được đặt tấm nâng sàn chậu thành trước chiếm tỷ lệ cao nhất (81%), chỉ có 02 BN (3,2%) được đặt tấm nâng sàn chậu ở thành sau âm đạo.

Thời gian trung bình phẫu thuật đặt tấm nâng sàn chậu ở thành trước âm đạo là  $42,2 \pm 11,6$  phút.

Lượng mất máu trung bình nhiều nhất ở BN đặt tấm nâng sàn chậu ở cả 2 thành âm đạo và ít nhất ở BN đặt thành trước âm đạo, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## 3. Tai biến trong mổ

**Bảng 3.** Tai biến trong mổ.

Các tai biến	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không biến chứng	59	93,7
Tổn thương bàng quang	0	0
Tổn thương trực tràng	0	0
Tụ máu	4	6,3

Chỉ có 6,3% (4 ca) bị tụ máu thành trước âm đạo trong mổ do bóc tách sâu vào mặt sau bàng quang và được phẫu thuật viên xử trí ổn định, không ghi nhận có ca phẫu thuật nào bị tai biến thủng bàng quang hay trực tràng.

#### 4. Biến chứng ngay sau mổ

**Bảng 4.** Tai biến gần sau mổ.

Diễn biến	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không biến chứng	58	92,0
Bí tiểu sau mổ	3	4,8
Sốt sau mổ	2	3,2
Chảy máu sau mổ	0	0
Tụ máu sau mổ	0	0
Tổn thương bàng quang/trực tràng	0	0

Có 3 ca bí tiểu sau mổ chiếm tỷ lệ 4,7%, có 2 ca sốt trên 48 giờ sau mổ chiếm tỷ lệ 3,2%. Nguyên nhân sốt của BN là do nhiễm trùng tiết niệu.

#### 5. Thời gian nằm viện

**Bảng 5.** Thời gian nằm viện.

Thời gian nằm viện (ngày)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 5	3	4,8
5 - 7	48	76,2
7 - 14	12	19,0
Trung bình	6,4 ± 1,5	

Thời gian nằm viện trung bình là 6,4 ± 1,5 ngày.

#### 6. Đánh giá kết quả phẫu thuật khi BN xuất viện

**Bảng 6.** Đánh giá kết quả phẫu thuật khi BN xuất viện.

Kết quả sau mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	51	80,9
Khá	11	17,5
Trung bình	1	1,6
Xấu	0	0
Tổng	63	100

Đánh giá kết quả phẫu thuật dựa trên thang điểm POP Q, nghiên cứu ghi nhận có 51 trường hợp (80,9%) ra viện trong tình trạng tốt; có 17,5% BN ra viện trong tình trạng khá. Chỉ có 01 BN ra viện được đánh giá ở mức độ trung bình.

**7. Biến chứng sau ra viện****Bảng 7.** Biến chứng sau khi ra viện.

Diễn biến	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không biến chứng	60	95,2
Lộ tẩm nâng sàn chậu	3	4,8
Giao hợp đau	3	4,8
Căng - đau tiêu khung	0	0
Viêm nề tại vị trí đặt tẩm nâng sàn chậu	0	0
Són tiểu	0	0

Trong số 63 BN được phẫu thuật đặt tẩm nâng sàn chậu, có 03 BN (4,8%) bị lộ tẩm nâng sàn chậu sau mổ và phải quay lại bệnh viện để cắt lọc tẩm nâng sàn chậu, khâu phục hồi thành âm đạo, 03 BN cũng bị đau khi giao hợp, thời điểm xuất hiện lộ tẩm nâng của cả 03 BN đều trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật.

**8. Tái phát sa sinh dục sau phẫu thuật****Bảng 8.** Tái phát sa sinh dục sau phẫu thuật.

Thời gian tái phát sa sinh dục ở các thời điểm	Số trường hợp cộng dồn (n)	Tỷ lệ (%)
1 tháng	1	1,6
≤ 6 tháng	2	3,2
≤ 12 tháng	3	4,8
≥ 2 năm	4	6,3
Tổng	4	6,3

Tỷ lệ tái phát sa sinh dục chiếm tỷ lệ 6,3 % (04 BN), trong đó thời gian tái phát sớm nhất là 1 tháng sau phẫu thuật và thời gian tái phát xa nhất là sau 5 năm.

## BÀN LUẬN

### \* Độ tuổi:

Nhóm BN chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm từ 50 - 59 tuổi, chiếm 44,4%. Như vậy, có thể nhận thấy độ tuổi phụ nữ hay mắc bệnh sa sinh dục nhất là > 50 tuổi. Điều này phù hợp với y văn là bệnh sa sinh dục hay gặp ở lứa tuổi, tiền mãn kinh và mãn kinh.

### \* Vị trí, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật:

Thời gian đặt tấm nâng sàn chậu thành trước nhanh hơn so với đặt tấm nâng sàn chậu thành sau. Nguyên nhân là do việc bóc tách niêm mạc âm đạo thành trước quen thuộc hơn đối với bác sĩ phẫu thuật phụ khoa vốn đã rất quen với các phẫu thuật cổ điển đường dưới trong điều trị sa sinh dục như phẫu thuật Crossen, phẫu thuật Manchester hoặc cắt tử cung qua đường âm đạo. Khi thực hiện phẫu thuật đặt tấm nâng sàn chậu thành sau, người phẫu thuật viên phải bóc tách niêm mạc thành sau âm đạo đến sát mạc trực tràng - âm đạo và bóc tách rộng về 2 bên khoang cạnh trực tràng. Việc bóc tách thành sau chủ yếu được thực hiện bằng tay nên khó khăn hơn, khiến thời gian phẫu thuật kéo dài. Theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2011), lượng máu mất khi đặt mảnh ghép thành sau là  $41 \pm 22\text{mL}$ , thành trước là  $46 \pm 22\text{mL}$  và cả 2 thành là  $56 \pm 23\text{mL}$  [5]. Kết quả này khác so

với nghiên cứu ghi nhận, trong nghiên cứu này, lượng mất máu khi thực hiện mỗi loại phẫu thuật nhiều hơn so với của tác giả Nguyễn Bá Mỹ Nhi. Nguyên nhân của việc này là do kỹ thuật thực hiện ở Bệnh viện Phụ sản Hà Nội có điểm khác, các phẫu thuật viên sẽ không tiến hành bơm dung dịch nước muối sinh lý vào lớp dưới niêm mạc thành trước và thành sau âm đạo mà tiến hành bóc tách trực tiếp. Việc bơm nước muối sinh lý vào lớp dưới niêm mạc âm đạo khiến cho tổ chức liên kết dưới niêm mạc trở nên lỏng lẻo, giúp cho việc bóc tách dễ dàng hơn và ít gây chảy máu hơn.

### \* Tai biến trong mổ:

Trong quá trình phẫu thuật, các BN đều được đặt sonde bàng quang khiến cho bàng quang xẹp lại làm giảm khả năng tai biến thủng bàng quang do kim xuyên đâm vào. Ngoài ra, màu sắc nước tiểu sau phẫu thuật cũng giúp phát hiện những tổn thương sớm ở bàng quang. Tất cả BN phẫu thuật đặt tấm nâng sàn chậu thành sau đều được thăm trực tràng trước khi kết thúc cuộc mổ vì vị trí đặt tấm nâng sàn chậu thành sau sát phen trực tràng âm đạo, việc bóc tách niêm mạc thành sau có thể gây rách trực tràng khi xuyên kim để kéo tấm nâng sàn chậu có thể đâm thủng trực tràng.

So sánh với nghiên cứu của Seng Sam Ath (2011) trên 375 BN được phẫu thuật sa sinh dục cũng không có ghi nhận tổn thương ruột, bàng quang [6].

Có 4 ca tụ máu ở vị trí đặt tấm nâng sàn chậu thành trước, được phát hiện và xử trí ngay trong mổ bằng cách mở lại thành trước âm đạo, nối lỏng tấm nâng sàn chậu, lấy máu tụ, khâu buộc cầm máu các mạch máu đang chảy, đặt lại mảnh ghép và chèn gạc to trong âm đạo. Sau phẫu thuật, các ca này sau đó đều ổn định, không phát hiện tụ máu sau khi rút gạc chèn. Nguyên nhân của các ca này là do phẫu thuật viên bóc tách sâu niêm mạc thành trước qua cân Halban đến mặt sau bàng quang. Đây là vị trí có nhiều mạch máu dễ gây tụ máu. 04 trường hợp này đều là những ca xảy ra khi kỹ thuật mới được thực hiện, sau này, không gặp những tai biến tụ máu trong mổ.

*\* Biến chứng sau mổ:*

Trong 3 trường hợp bí tiểu sau mổ, 1 trường hợp do trong mổ bị tụ máu, phẫu thuật viên đặt gạc to chèn âm đạo sau 3 ngày khiến BN không tự đi tiểu được, sau khi rút gạc BN đã tự đi tiểu bình thường, 2 BN bí tiểu do kéo quá căng tấm nâng sàn chậu thành trước đồng thời có cố định 4 vị trí tấm nâng sàn chậu lộ ra ngoài da bằng chỉ vicryl số 3, 2 trường hợp này sau phẫu thuật

đã được xử lý bằng cách cắt chỉ khâu cố định 4 chân tấm nâng sàn chậu, mở thành trước âm đạo vào vị trí đặt tấm nâng sàn chậu, sau đó luồn 1 chiếc pince vào giữa mặt sau bàng quang và thành âm đạo để nối lỏng tấm nâng sàn chậu, sau khi xử trí bệnh nhân tự đi tiểu được. Có 2 trường hợp sốt sau 48 giờ sau mổ được xác định là do nhiễm trùng tiết niệu, được điều trị kháng sinh Ciprobay và ổn định sau 6 và 7 ngày hậu phẫu.

*\* Thời gian nằm viện trung bình:*

Thời gian nằm viện trung bình là  $6,4 \pm 1,5$  ngày. Thời gian nằm viện rút ngắn sẽ giảm những chi phí mà người bệnh phải chi trả. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Seng Sam Ath (2011) với thời gian trung bình là  $5,63 \pm 2,32$  ngày [6].

*\* Đánh giá kết quả phẫu thuật khi BN xuất viện:*

Trong nghiên cứu chỉ có 1 BN xuất viện ở tình trạng sức khỏe trung bình, đây là BN xuất viện 8 ngày sau mổ, thời gian điều trị kéo dài là do bị nhiễm khuẩn tiết niệu, không phải do tai biến sau phẫu thuật.

Hiệu quả sau phẫu thuật đạt được tức thời với 100% BN không còn sa sinh dục sau phẫu thuật. Có nhiều BN than phiền về cảm giác căng tức ở khớp háng khi cử động sau khi đặt tấm



nâng sần chậu, nhưng cảm giác này dần hết khi BN đi lại nhiều, cảm giác căng tức này không đến mức phải sử dụng thuốc đặt giảm đau. Đến khi ra viện, những BN này chỉ còn cảm giác mơ hồ không rõ ràng và việc vận động khớp háng hoàn toàn bình thường, không còn cảm giác khó chịu.

*\* Biến chứng sau ra viện:*

Các trường hợp lộ tẩm nâng sần chậu sau phẫu thuật trong nghiên cứu đều biểu hiện bằng triệu chứng đau khi giao hợp của người bệnh hoặc của người chồng. Thời điểm xuất hiện lộ tẩm nâng của cả 03 BN đều trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật. BN tự kiểm tra bằng tay khi sờ vào vết mổ và thấy tổ chức cứng lộ ra ở vết mổ khiến họ phải quay lại khám. Các BN này đã được xử trí bằng cách cắt lọc bớt tẩm nâng sần chậu cho gọn lại, mở lại thành trước âm đạo và khâu phủ niêm mạc âm đạo lên vị trí tẩm nâng sần chậu bị lộ bằng chỉ chậm tiêu, những BN này sau đó đều ổn định. Đây là những ca phẫu thuật ở giai đoạn bắt đầu tiến hành phẫu thuật, tẩm nâng sần chậu tự tạo không phù hợp với kích thước thành trước âm đạo của BN, trong những ca sau đó các phẫu thuật viên đã điều chỉnh lại kích thước tẩm nâng sần chậu cho gọn lại phù hợp với người bệnh, các ca phẫu thuật sau này không gặp thêm các biến chứng tương tự.

*\* Tái phát sa sinh dục sau phẫu thuật:*

Trong nghiên cứu, có 4 ca tái phát sinh dục (6,3%). Trong số các ca này, có 1 ca tái phát sa thành trước âm đạo sau 1 tháng, đây là trường hợp đặt tẩm nâng sần chậu cả hai thành âm đạo, khi khám lại bác sĩ ghi nhận phần bị sa là phần niêm mạc âm đạo còn quá nhiều sau khi đã nâng bàng quang lên, xử trí bằng cách cắt bớt niêm mạc thành trước âm đạo, khâu phục hồi và chèn gạc để phần niêm mạc này liền sát với vị trí tẩm nâng sần chậu đã mô hóa, sau đó BN ổn định và không bị tái phát lại. Ca tiếp theo bị tái phát sau phẫu thuật đặt tẩm nâng sần chậu hai thành âm đạo 6 tháng, đây là ca tái phát sa cổ tử cung, được xử trí bằng cắt cụt cổ tử cung. Ca thứ ba bị tái phát sau phẫu thuật đặt tẩm nâng sần chậu hai thành âm đạo 1 năm, bị tái phát sa sinh dục độ III, được xử trí bằng phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn đường âm đạo giữ nguyên tẩm nâng sần chậu đã đặt. Ca thứ tư bị tái phát sa cổ tử cung sau 5 năm, đây là ca đặt tẩm nâng sần chậu thành trước âm đạo, khi khám lại chỉ có tử cung bị sa mà thành âm đạo không bị sa, BN có nguyện vọng cắt toàn bộ tử cung, trường hợp này sau đó đã được cắt toàn bộ tử cung đường âm đạo.

Tái phát sa sinh dục sau phẫu thuật là vấn đề rất phổ biến, tại Mỹ, hằng năm có 400.000 ca mổ sa sinh dục, thì có 125.000 ca tái phát, chiếm 31,25%. Tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [5]. Nhóm nghiên cứu nhận thấy những ca tái phát phần lớn là sa cổ tử cung sau đặt tấm nâng sàn chậu, mặc dù trong quá trình phẫu thuật, phẫu thuật viên đã đính phần thân tấm nâng sàn chậu vào cổ tử cung, giúp kéo cổ tử cung treo vào lỗ bịt hoặc dây chằng cùng - chậu, tuy nhiên, với áp lực ổ bụng tác động chính lên trực tử cung, khả năng những trường hợp này bị sa cổ tử cung tái phát khá cao.

### KẾT LUẬN

Điều trị sa sinh dục bằng đặt tấm nâng sàn chậu đường âm đạo là phương pháp điều trị mới, khá an toàn, tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp (4 ca tụ máu ở vị trí đặt tấm nâng sàn chậu thành trước trong mổ, 2 ca bị bí tiểu do phải điều chỉnh lại tấm nâng sàn chậu; 4,8% bị lộ tấm nâng sàn chậu và đau sau khi giao hợp) và tỷ lệ tái phát thấp (6,3%).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Thị Cương, Nguyễn Đức Hình. “Sa sinh dục”. Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành. *Nhà xuất bản Y học Hà Nội*. 1999:111-115.
2. Bộ môn Phụ sản, Trường Đại học Y khoa Hà Nội. “Sa sinh dục”. Sản phụ khoa. *Nhà xuất bản Y học Hà Nội*. 2005:403-406.
3. Price N, Slack A, Jackson SR. Laparoscopic hysteropexy: The initial results of a uterine suspension procedure for uterovaginal prolapse. *BJOG*. 2010; 117(1):62-68.
4. Ulmsten U, Falconer C, Johnson P, Jomaa M, Lannér L, Nilsson CG, Olsson I. A multicenter study of tension-free vaginal tape (TVT) for surgical treatment of stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1998; 9(4):210-213.
5. Nguyễn Bá Mỹ Nhi. Đánh giá bước đầu phẫu thuật điều trị sa tạng chậu nữ có đặt tấm nâng sàn chậu tổng hợp tại Bệnh viện Từ Dũ. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2011.
6. Seng Sam Ath. Đánh giá phẫu thuật Crossen trong điều trị sa sinh dục tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm. *Luận văn Thạc sỹ Y học*. 2011.