

# KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC CÓ BẢO TỒN TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Châu Khắc Tú, Lê Sỹ Phương, Bạch Cẩm An, Lê Minh Toàn, Phan Việt Tâm  
 Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trung ương Huế

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ són tiểu, phân độ sa sinh dục trên nhóm bệnh nhân sa sinh dục được điều trị bằng PROLIFT mà vẫn bảo tồn tử cung tại Bệnh viện Trung ương Huế và đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật. **Đối tượng & phương pháp:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang có theo dõi từ tháng 4/2009 đến 4/2013. **Kết quả:** Tỷ lệ són tiểu chiếm 20%, tình trạng sa sinh dục được cải thiện hoàn toàn và chưa thấy tái phát sau 48 tháng, tình trạng đau sau mổ cũng như các biến chứng trong và sau mổ rất thấp có thể sửa chữa được. **Kết luận:** đây là một kỹ thuật có hiệu quả lớn trong điều trị sa sinh dục có bảo tồn tử cung, tỷ lệ tai biến thấp và rất có giá trị trong tương lai.

## Abstract

### SURGERY TECHNIQUE FOR PELVIC ORGAN PROLAPSES

## WITH UTERINE RESERVATION AT HUE CENTRAL HOSPITAL

**Objective:** To determine the rate of urine incontinence, POP – Q classification for female genital prolapse on patients treated with PROLIFT with uterine reservation at Hue Central Hospital and evaluating treatment outcomes after surgery. **Materials & methods:** prospective study, cross-sectional description of follow-up from April 2009 to April 2013. **Results:** The rate of urine incontinence is 20%, genital prolapse status improved completely and have not seen recurrence after 48 months, pain after surgery as well as complications during and after surgical are very low and can be treated. **Conclusion:** this is an effective technique in treating female genital prolapse, complication rate is low and very valuable in the future

## Đặt vấn đề

Sa sinh dục là một bệnh lý phổ biến, xảy ra ở 50% bệnh nhân đã sinh con và cả cuộc đời của một người phụ nữ có nguy cơ có điều trị sa sinh dục khoảng 11% [1]. Có nhiều nguyên nhân gây sa sinh dục bao gồm rối loạn chức năng thần kinh cơ và sàn chậu như yếu các dây chằng tử cung cùng, dây chằng ngang cổ tử cung hoặc chấn thương các dây chằng [9].

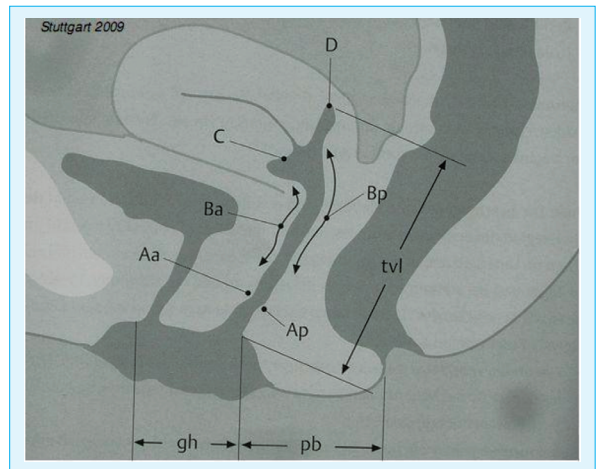
Hiện nay, để phân độ sa sinh dục người ta thường phân độ theo Baden-Walker gồm 4 độ [1]:

- 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 thụt vào 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
- Sa sinh dục độ IV: sa thành trước (kèm theo sa bàng quang), sa thành sau (kèm theo sa trực tràng), toàn bộ tử cung nằm ra ngoài âm hộ

Nhưng phân loại này không đánh giá mức độ sa

của các cơ quan khác như bàng quang và trực tràng và vì thế khó chọn một phương pháp điều trị phù hợp.

Từ năm 1996 phân độ sa sinh dục theo POP-Q được chính thức đưa vào thực hành trong đánh giá sa sinh dục. Phân độ này đánh giá rất cụ thể từng vị trí sa tử đó có thể lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Cách phân loại này được Hội Niệu – Phụ khoa quốc tế và Hội Niệu – Phụ khoa và phẫu thuật phụ khoa Châu



Mỹ công nhận. Phân loại sử dụng 9 kích thước khác nhau tính bằng centimet kể từ màng trinh, mỗi bên có 6 điểm tại thành âm đạo (2 điểm ở thành âm đạo trước, 2 ở sau và 2 ở đáy âm đạo) và 3 kích thước đo ở vùng đáy chậu. Điểm Aa, Ap, Ba, Bp đều bằng -3, điểm C và D nằm ở khoảng từ -TVL và - (TVL-2) hay các điểm có số đo tương đương theo thứ tự như sau : Aa, Ba, C, D, Bp, Ap, total vaginal length (TVL), genital hiatus (gh), and perineal body (pb) -3, -3,-7, -9, -3, -3, 9, 2, 2.

Trên thực tế lâm sàng người ta phân loại theo POP-Q như sau [4].

+ Độ 0: Không có sa sinh dục.

+ Độ I: Phần cuối của sa sinh dục còn nằm trên màng trinh 1cm.

+ Độ II: Phần cuối của sa sinh dục nằm ở trên hoặc dưới màng trinh 1 cm.

+ Độ III: Phần cuối của sa sinh dục nằm ở dưới màng trinh 1 đến 2cm.

+ Độ IV: Phần cuối của sa sinh dục nằm ở dưới màng trinh trên 2cm.

Trước đây, điều trị sa sinh dục chủ yếu là cắt tử cung đường âm đạo. 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 sinh dục. Các nghiên cứu cho thấy khoảng 40% có sa mồm cắt sau cắt tử cung [9]. Mặt khác, cổ tử cung và tử cung có vai trò quan trọng trong chức năng tình dục. Trong một số trường hợp cắt tử cung ảnh hưởng đến chức năng sinh dục và sự thoải mái của phụ nữ. Vì vậy, ngày càng có nhiều phụ nữ muốn giữ lại tử cung.

Người ta nghiên cứu thấy phục hồi sa sinh dục thành trước bằng phương pháp cổ điển thường sau đó có kèm sa bàng quang hơn là bằng cách phủ lưới polypropylen. Còn thành sau âm đạo thì có một tỷ lệ thấp sa trực tràng và các quai ruột, 10% phụ nữ có xuất hiện những triệu chứng về tiết niệu.

Theo lý thuyết của Ulmsten, người ta sẽ khôi phục lại giải phẫu và chức năng của sàn chậu bằng cách gia cố các gân và dây chằng với một loại lưới nhân tạo [10]. 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. Những năm qua, lưới nhân tạo đã được đưa vào ứng dụng trong lâm sàng và đã cho kết quả tốt. Tiềm lợi của nó là có khả năng phân tán các lực cơ học lên diện rộng và duy trì sức chịu đựng với áp lực của ổ bụng lên các cân và/hoặc các cơ bị suy yếu [6].

Phẫu thuật dùng miếng lưới polypropylene (PROLIFT) để nâng đỡ tử cung là một phương pháp

khá phổ biến hiện nay ở các nước phát triển, tuy nhiên ở Việt Nam hiện nay đang còn khá mới mẻ và ít được áp dụng. Nguyên tắc của phương pháp này là sửa chữa những khoang trung tâm và dây chằng cùng - gai chậu mà không cần cắt bỏ tử cung để có thể giữ cân bằng cho sàn chậu nhằm phục hồi những trường hợp sa sinh dục mức độ nặng muốn bảo tồn tử cung. Tại Bệnh viện Trung ương Huế chúng tôi đã bắt đầu triển khai kỹ thuật này từ tháng 4 năm 2009 với sự giúp đỡ của đoàn chuyên gia trung tâm phẫu thuật sàn chậu Wuerzburg, CHLB Đức và đoàn chuyên gia đến từ Incontinence Center S.C., USA, đến nay đã hơn 4 năm. Đề tài nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục đích:

1. Xác định tỷ lệ sốn tiểu và phân loại POP-Q trên bệnh nhân sa sinh dục được điều trị bằng Prolift.

2. Đánh giá kết quả sau điều trị sa sinh dục bằng tấm lưới PROLIFT

## Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng: Nhóm bệnh nhân có sa sinh dục tại Bệnh viện TW Huế thỏa mãn những tiêu chuẩn sau:

- Tiêu chuẩn chọn lựa: Những bệnh nhân sa sinh dục mức độ nặng gồm sa bàng quang và sa trực tràng độ 2, 3, 4, và/hoặc sa tử cung độ 3, 4 có nguyện vọng muốn giữ lại tử cung hoặc không có chỉ định phẫu thuật cắt tử cung.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Sa sinh dục mức độ nhẹ, không đủ sức khỏe để tham gia phẫu thuật, có chỉ định cắt tử cung rõ ràng (ví dụ: ung thư nội mạc tử cung), có những phẫu thuật âm đạo trước đó, những trường hợp nhiễm trùng nặng.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có theo dõi trên 20 bệnh nhân đã được phẫu thuật đặt tấm lưới Prolift A, Prolift P, Prolift T tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 4/2009 đến tháng 4/2013.

- **Đánh giá bệnh nhân:** Tình trạng của sàn chậu sẽ được phân loại theo POP - Q quốc tế, đánh giá sa thành trước (điểm Aa, Ba), sa tử cung và vòm âm đạo (điểm C), sa thành sau (điểm Ap, Bp). Chúng tôi chia bệnh nhân thành ba nhóm: sa thành trước - giữa, sa thành sau - giữa, sa toàn bộ. Phân loại POP - Q áp dụng đánh giá cho những bệnh nhân trước và sau phẫu thuật 1, 6, 12, 24 và 48 tháng. Tình trạng đau sau phẫu thuật sẽ được tính điểm theo thang đo VAS (Visual Analogue Pain Scale) ở những ngày thứ 1, 3, 7 sau khi phẫu thuật.

#### - Trước phẫu thuật:

+ Thụt tháo bệnh nhân vào buổi tối hôm trước và 4 giờ trước khi phẫu thuật

- + Cephalosporin III 1g tiêm tĩnh mạch trước mổ 1 giờ
- + Tất cả bệnh nhân đều được gây tê tuỷ sống
- + Đặt sonde tiểu bằng sond Foley

**- Kỹ thuật phẫu thuật:**

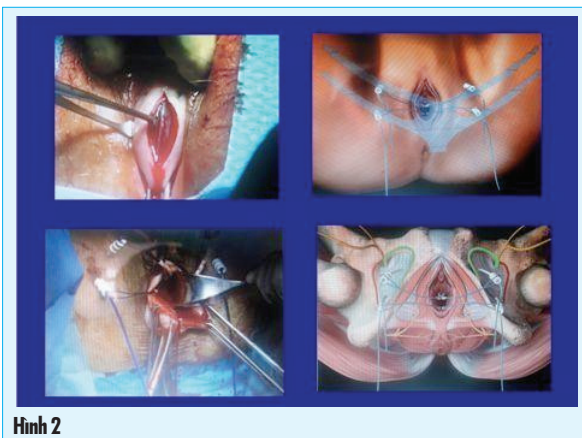
Sử dụng lưới nhân tạo polypropylen (10 x 15 cm) để nâng đỡ cổ tử cung và vách âm đạo trực tràng, cắt tấm lưới theo như hình 1, sử dụng một tấm lưới để phục hồi thành trước giữa, 1 tấm cho thành sau giữa, và 2 tấm cho trường hợp sa sinh dục toàn bộ



Hình 1

*Thành trước giữa (hình 2)*

Thành trước giữa sẽ được tiêm Lignocaine 5% và epinephrine 0.25%. Rạch theo đường thẳng 2cm vào thành trước theo đường trước giữa dưới lỗ niệu đạo, sẽ thám sát được bàng quang và khoang quanh bàng quang và vòm mạc chậu. Tiếp tục, rạch da một đường nhỏ 4mm trên nếp gấp sinh dục – đùi, về phía đầu gần của lỗ bịt ngang với âm vật, và một đường rạch 4mm khác phía dưới 2 cm. Chúng tôi lần lượt tạo các đường hầm xuyên qua ở bờ trước trên và bờ dưới lỗ bịt, màng bịt và cơ bịt trong để có thể đến được đường rạch âm đạo. Tại điểm này, phần gấp khúc trước dưới của tử cung và cổ tử cung sẽ được níu giữ với phần cuối của

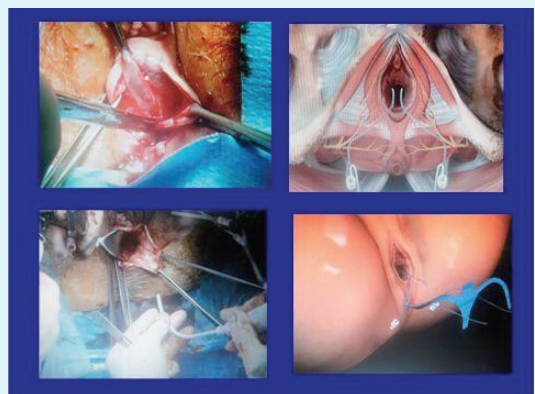


Hình 2

tấm lưới bằng những mũi khâu chỉ không tiêu 2/0. Sau đó, các nhánh còn lại của tấm lưới sẽ được luồn qua các đường hầm. Đường mổ ở thành trước âm đạo sẽ được khâu lại bằng chỉ tiêu 3/0.

*Thành sau - giữa (hình 3)*

Rạch theo đường thẳng ở thành sau âm đạo, khi đó bằng ngón tay thám sát kỹ trực tràng và những khoang cạnh trực tràng, dây chằng cùng - gai chậu (SSL) và cơ nâng hậu môn. Tiếp tục rạch da 4 mm ở 2 bên. Đường rạch là điểm từ hậu môn ra 3cm rồi xuống dưới 3cm. Tạo một đường hầm phía sau từ mỗi đường rạch xuyên qua dây chằng cùng gai chậu (sarcospinosus ligament) cách gai tọa 2cm, băng qua hố ngồi đến các khoang cạnh trực tràng. Mỗi đường đi băng qua hầm là một nhánh của tấm lưới. Tại điểm gấp khúc sau dưới của tử cung và cổ tử cung sẽ được buộc với phần cuối của tấm lưới bằng chỉ không tiêu 2/0. Đường rạch âm đạo sẽ được khâu lại bằng chỉ tiêu 3/0. Tất cả bệnh nhân ngay sau khi phẫu thuật kết thúc đều được kiểm tra trực tràng.



Hình 3: Tái tạo thành sau giữa

Sa sinh dục toàn bộ (nhóm 3): Ứng dụng cả 2 kỹ thuật trên (hình 4)



Hình 4: Tái tạo toàn bộ (1: Dây chằng tử cung - cùng, 2: Dây chằng cùng - gai hông, 3: Dải mạc chậu)

**- Sau phẫu thuật:**

Nội soi bàng quang và khám trực tràng.

Sond tiểu và gạc sẽ được lưu lại trong âm đạo từ 36-48g

Dự phòng nhiễm trùng:

Metronidazole 500mg truyền TM - 2 lần/ngày

Cephalosporin III 1g TMC 2 lần/ngày x 7 ngày

Chúng tôi sẽ theo dõi đánh giá hiệu quả của kỹ thuật điều trị sa sinh dục theo phân độ POP-Q, và những vấn đề khác như tiểu không tự chủ, đau sau

phẫu thuật (thang đo VAS – Visual Analogue Pain Scale), đời sống tình dục, an toàn và biến chứng của kỹ thuật, có so sánh trước phẫu thuật và sau phẫu thuật.

**2.3. Phân tích số liệu:**

Tất cả số liệu được phân tích theo phần mềm SPSS 13.0. Test Chi-Square được sử dụng để so sánh kết quả trước và sau phẫu thuật

**Kết quả**

Từ 4/2009 đến 4/2013 chúng tôi đã điều trị cho 20 bệnh nhân trong đó sa thành trước - giữa cho 5 bệnh nhân (nhóm 1), sa thành sau - giữa cho 5 bệnh nhân (nhóm 2) và sa toàn bộ cho 10 bệnh nhân (nhóm 3). Không có bệnh nhân nào trải qua những cuộc phẫu thuật sàn chậu trước đó.

Tỷ lệ bệnh nhân có són tiểu là 20% (n = 4). Những bệnh nhân trước phẫu thuật không có triệu chứng tiểu không tự chủ thì sau phẫu thuật cũng không xuất hiện triệu chứng này.

Những trường hợp sa sinh dục nặng khi được đánh giá theo thang điểm POP-Q đều được điều trị triệt để và không hề tái phát trung bình sau 48 tháng theo dõi (p<0,01).

**Bảng 1.** Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình	60,4±4,7 tuổi (42 - 70)
Thời gian mắc bệnh (năm)	4,2 ± 3,7
Số lần sinh con trung bình	5,1 ± 1,9 (1-8)
Mãn kinh	18 (90%)
Triệu chứng tiết niệu	
• Không có	13 (65,0%)
• Tiểu khó	3 (15%)
• Són tiểu gắng sức	3 (15%)
• Són tiểu gấp	1 (5%)
• Són tiểu phối hợp	0 (0%)
Táo bón	2 (10%)

**Bảng 2.** Đánh giá SSD theo phân độ POP - Q trước và sau phẫu thuật

Nhóm	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng	Sau mổ 6 tháng
<b>Nhóm 1</b>			
Ba (cystocele)	+4.6 ± 0.6	- 2.3 ± 0.9	- 2.3 ± 1.1
C (uterus)	+2.6 ± 0.5	- 6.8 ± 1.3	- 6.6 ± 2.7
Bp (posterior)	- 2.4 ± 0.5	- 2.4 ± 0.8	- 2.2 ± 0.5
<b>Nhóm 2</b>			
Ba (cystocele)	- 2.2 ± 0.7	- 2.2 ± 0.7	- 2.2 ± 0.6
C (uterus)	+2.8 ± 0.5	- 5.6 ± 1.6	- 6.0 ± 1.8
Bp (posterior)	+5.2 ± 0.2	- 2.1 ± 1.0	- 1.9 ± 0.9
<b>Nhóm 3</b>			
Ba (cystocele)	+4.8 ± 0.8	- 2.2 ± 0.5	- 2.0 ± 0.8
C (uterus)	+3.8 ± 1.1	- 6.2 ± 1.7	- 6.0 ± 1.5
Bp (posterior)	+5.4 ± 0.9	- 2.6 ± 0.3	- 2.1 ± 0.6
Nhóm	Sau mổ 12 tháng	Sau mổ 24 tháng	Sau mổ 48 tháng
<b>Nhóm 1</b>			
Ba (cystocele)	- 2.3 ± 0.8	- 2.2 ± 0.9	- 2.1 ± 1.1
C (uterus)	- 6.6 ± 1.6	- 6.4 ± 1.3	- 6.3 ± 2.7
Bp (posterior)	- 2.1 ± 0.8	- 2.0 ± 0.8	- 2.0 ± 0.5
<b>Nhóm 2</b>			
Ba (cystocele)	- 2.3 ± 0.5	- 2.2 ± 0.7	- 2.1 ± 0.6
C (uterus)	- 6.2 ± 1.1	- 5.6 ± 1.6	- 5.4 ± 1.8
Bp (posterior)	- 1.9 ± 0.7	- 1.8 ± 1.0	- 1.6 ± 0.9
<b>Nhóm 3</b>			
Ba (cystocele)	- 2.0 ± 0.6	- 1.9 ± 0.5	- 1.7 ± 0.8
C (uterus)	- 6.1 ± 1.1	- 6.0 ± 1.7	- 5.7 ± 1.5
Bp (posterior)	- 2.0 ± 0.7	- 1.9 ± 0.3	- 1.7 ± 0.6

**Bảng 3.** Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	N	%
Chảy máu nhiều	1	5
Tổn thương bàng quang	1	5
Tổn thương niệu quản	0	0
Tổn thương đại tràng, ruột	0	0
Són tiểu sau mổ	0	0
Bí tiểu sau rút sonde tiểu	1	5
Nhiễm trùng sau mổ	1	5
Lộ tám lưới	1	5
Thời gian phẫu thuật	71,1±14,4 phút (50 - 110)	
Thời gian nằm viện	7,77 ± 2,15 ngày (5 - 16)	

Có một bệnh nhân nhiễm trùng sau mổ được điều trị bằng kháng sinh phối hợp trong 2 tuần.

**Bảng 4.** Đánh giá mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS

Nhóm	1 ngày	3 ngày	7 ngày
Nhóm 1	3.6 ± 1.1	1.6 ± 0.6	1.4 ± 0.6
Nhóm 2	5.5 ± 1.8	4.2 ± 1.8	2.3 ± 0.8
Nhóm 3	6.2 ± 2.4	4.1 ± 1.8	3.2 ± 0.6

Thang điểm VAS đánh giá mức độ đau sau khi phẫu thuật, bệnh nhân nhóm 2 và 3 có mức độ đau cao hơn nhóm 1 (P<0.001).

**Bàn luận**

Chúng tôi phân chia bệnh nhân sa sinh dục theo 3 nhóm và sử dụng những tấm lưới nhân tạo tùy vào mỗi

nhóm. Nhóm 1 chủ yếu sa thành trước và bàng quang nên được phẫu thuật đặt tấm lưới tái tạo thành trước giữa (PROLIFT A), nhóm 2 chủ yếu sa thành sau và được phẫu thuật tái tạo thành sau – giữa (PROLIFT P), nhóm 3 sa toàn bộ và được phẫu thuật tái tạo cả thành trước giữa và sau giữa (PROLIFT T). Tấm lưới PROLIFT cũng đã được phân loại theo từng bộ riêng lẻ.

Tử cung đóng vai trò quan trọng trong quá trình duy trì sự ổn định cho sàn chậu và sức khỏe sinh sản. Theo Constaniti, thì khi cắt tử cung sẽ làm thay đổi những mối liên quan giữa các tổ chức phần chậu hông và vì thế sẽ làm thay đổi hệ thống nâng đỡ sàn chậu và chức năng của hệ tiết niệu. Theo Belot thì cắt tử cung, là một yếu tố nguy cơ làm mòn âm đạo [2]. Với kỹ thuật này, chúng tôi đã treo tử cung với hệ thống dây chằng ở sàn chậu và vẫn duy trì giải phẫu mà không cắt bỏ tử cung. Theo bảng 2 cho thấy cả 3 nhóm đều kết quả rất tốt, trả lại vị trí giải phẫu bình thường mà không cần cắt tử cung và kết quả này kéo dài sau 48 tháng theo dõi. Theo Vita de D. và cộng sự kết quả trả lại các mốc giải phẫu gần như bình thường và không bị tái phát sau 18 tháng theo dõi [11].

Với kết quả này, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật này nên được khuyến khích vì có khả năng điều trị hoàn toàn những trường hợp sa sinh dục nặng, đau rất ít sau khi phẫu thuật, không có biến chứng trầm trọng nào. Chúng tôi chỉ có 1 trường hợp bị gặm mòn âm đạo (5%), tương tự như những số liệu đã công bố [5]. Chúng tôi đã điều trị thành công bằng cắt lọc vết thương, khâu lại và dùng nội tiết tại chỗ. Ngược lại với Halaska, 2 trường hợp (1,9%) cần điều trị hormon và 3 trường hợp (2,8%) phải cắt bỏ tấm lưới. Hơn nữa, trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không có trường hợp nào tụ máu ngay cả khi chúng tôi can thiệp đến dây chằng cùng - gai tọa, so với Halaska thì có 2 trường hợp tụ máu /106 bệnh nhân (1.9%) [6]. Thang điểm đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật VAS cũng cho thấy với

kỹ thuật này trong thời kỳ hậu phẫu bệnh nhân đau đớn rất ít, trong đó nhóm 2 và 3 các dải băng đi xuyên qua dây chằng cùng - gai tọa gây đau nhiều hơn.

Trong nghiên cứu chúng tôi, sa sinh dục có kết hợp với són tiểu là 20% trong đó són tiểu khi gắng sức là 15% và tất cả các trường hợp này đều được cải thiện sau mổ tái tạo thành trước giữa (PROLIFT A và T). Kết quả này cũng phù hợp với hai tác giả Halaska và Vita kết quả cải thiện són tiểu hoàn toàn là 83%[6], [11].

Còn đối với đời sống sinh hoạt tình dục và cải thiện chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật chúng tôi chưa đánh giá đầy đủ nhưng rất nhiều tác giả có nghiên cứu về vấn đề này đều kết luận hai chức năng này đều được cải thiện. Theo Vita De D. và cộng sự nhận thấy 75% (10/15) bệnh nhân không sinh hoạt vợ chồng trước đó đã sinh hoạt trở lại sau phẫu thuật. Hơn thế nữa, 80% bệnh nhân có đời sống tình dục cải thiện hơn sau khi phẫu thuật.

Như vậy, đây là một kỹ thuật có hiệu quả lớn trong điều trị sa sinh dục, phục hồi lại cấu trúc âm đạo mà không cần cắt bỏ tử cung, không bị sa sinh dục tái trở lại và với một tỷ lệ thấp gặm mòn âm đạo. Mặc dù chúng tôi chỉ tiến hành nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân nhỏ nhưng chúng tôi tin rằng nó sẽ rất có giá trị trong tương lai.

### Kết luận

Qua kết quả nghiên cứu đã cho thấy trong mẫu nghiên cứu:

- Tỷ lệ són tiểu chiếm 20%
- Tình trạng sa sinh dục được cải thiện hoàn toàn và chưa có tái phát sau 48 tháng (theo phân độ POP Q)
- Tình trạng đau sau mổ rất thấp (theo thang điểm VAS)
- Các biến chứng trong và sau mổ rất thấp và có thể sửa chữa được.

### Tài liệu tham khảo

1. Alfredo, Milani AL, Hinoul P, Gauld JM, et al. Trocar-guided mesh repair of vaginal prolapse using partially absorbable mesh: 1-year outcomes. Am J Obstet Gynecol 2011;204:74-8.
2. Belot F, Collinet P, Debodinance P, et al. Risk factors for prosthesis exposure in treatment of genital prolapse via the vaginal approach. Gynecol Obstet Fertil 2005;33(12):970-4.
3. Benson J, Lucente V, McClellan E, et al. Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: a prospective randomized study with long-term outcome evaluation. Am J Obstet Gynecol 2000;175:1418-22.
4. Burlp et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 2011; 75: 10-17.
5. Fattouh B, Amblard J, Debodinance P, et al. Transvaginal repair of genital prolapse: preliminary results of a new tension-free vaginal mesh (Prolift trade mark technique)—a case series multicentric study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2007;18(7):743-52.
6. Halaska M, Maxova K, Sottner O, et al. A multicenter, randomized,

- prospective, controlled study comparing sacrospinous fixation and transvaginal mesh in the treatment of posthysterectomy vaginal vault prolapse. Am J Obstet Gynecol 2012;207:301-7.
7. Landsheere L, Ismail S, Lucot J-P, et al. Surgical intervention after transvaginal Prolift mesh repair: retrospective single-center study including 524 patients with 3 years' median follow-up. Am J Obstet Gynecol 2012;206:83-7.
8. Lowman JK, Jones LA, Woodman PJ, et al. Does the Prolift system cause dyspareunia? Am J Obstet Gynecol 2008;199:707-1-707-6
9. Ridgeway B, Walters MD, Paraiso MFR, et al. Early experience with mesh excision for adverse outcomes after transvaginal mesh placement using prolapse kits. Am J Obstet Gynecol 2008;199:703-7.
10. Sokol AI, Iglesia CB, Kudish BI, et al. One-year objective and functional outcomes of a randomized clinical trial of vaginal mesh for prolapse. Am J Obstet Gynecol 2012;206:86-9.
11. Vita De D, Aroco F, et al. Vaginal reconstructive surgery for severe pelvic organ prolapses: A 'uterine-sparing' technique using polypropylene prostheses. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2009; 139: 245-251.