

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

ĐỖ VŨ PHƯƠNG

**NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
TIỂU KHÔNG KIỂM SOÁT KHI GẮNG SỨC
Ở PHỤ NỮ BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT
DÙNG CÂN CƠ THĂNG BỤNG TỰ THÂN**

Chuyên ngành: Ngoại Thận và Tiết Niệu

Mã số: 62720126

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học: **PGS.TS. TRẦN LÊ LINH PHƯƠNG**

TP. HỒ CHÍ MINH - NĂM 2015

LỜI CAM ĐOAN

Tôi cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả trong luận án là trung thực và chưa từng ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Tác giả

Đỗ Vũ Phương

MỤC LỤC

Trang phụ bì

Lời cam đoan

Mục lục

Danh mục các chữ viết tắt

Bảng đối chiếu thuật ngữ

Danh mục các bảng

Danh mục các hình

Danh mục các biểu đồ

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Định nghĩa tiểu không kiểm soát khi gắng sức.....	4
1.2. Lịch sử điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức	4
1.3. Giải phẫu học vùng chậu	7
1.4. Sinh lý bệnh tiểu không kiểm soát khi gắng sức	13
1.4.1. Suy yếu hệ thống nâng đỡ bàng quang-niệu đạo	14
1.4.2. Suy cơ thắt niệu đạo	16
1.5. Chẩn đoán	17
1.5.1. Phân loại.....	17
1.5.2. Chẩn đoán	19
1.6. Chỉ định điều trị và các phương pháp điều trị TKKSKGS	24
1.6.1. Các phương pháp tập cơ đáy chậu	24
1.6.2. Các phương pháp điều trị bảo tồn nội khoa	26
1.6.3. Các phương pháp phẫu thuật.....	28
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	40
2.1. Đối tượng nghiên cứu	40
2.2. Phương pháp nghiên cứu	41

Chương 3. KẾT QUẢ	60
3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu.....	60
3.2. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ	62
3.3. Đặc điểm bệnh lý TKKSKGS.....	63
3.4. Đặc điểm phẫu thuật	67
3.5. Biến chứng tiêu hoá	72
3.6. Phép đo niệu dòng sau mổ	73
3.7. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật	74
3.8. Các mối liên quan.....	75
Chương 4. BÀN LUẬN	82
4.1. Bàn luận về chẩn đoán	82
4.2. Bàn luận về chỉ định phẫu thuật	88
4.3. Bàn luận về kết quả	90
4.4. Bàn luận về kỹ thuật phẫu thuật.....	108
4.4.1. Chọn lựa phương pháp phẫu thuật.....	108
4.4.2. Phương pháp vô cảm và tư thế bệnh nhân	113
4.4.3. Một số kinh nghiệm và lưu ý trong kỹ thuật phẫu thuật.....	114
4.4.4. So sánh kỹ thuật với một số tác giả khác	117
KẾT LUẬN	119
KIẾN NGHỊ	121
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CỦA TÁC GIẢ	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	
- Mẫu thu thập số liệu	
- Danh sách bệnh nhân	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BN	: Bệnh nhân
BQ	: Bàn quang
CCTB	: Cân cơ thẳng bụng
NĐ	: Niệu đạo
PĐND	: Phép đo niệu dòng
TH	: Trường hợp
TKKS	: Tiểu không kiểm soát
TKKSKGS	: Tiểu không kiểm soát khi gắng sức
NTTL	: Nước tiểu tồn lưu

BẢNG ĐỐI CHIẾU CÁC THUẬT NGỮ

Tiếng Việt	Tiếng Anh
Bàng quang tăng hoạt	Overactive bladder (OAB)
Giá đỡ niệu đạo	Urethral Sling
Giá đỡ niệu đạo qua lỗ bịt	Trans Obstructor Tape (TOT)
Giá đỡ niệu đạo sau xương mu không căng	Tension free Vaginal Tape (TVT)
Hội tiêu tiểu tự chủ quốc tế	International Continence Society (ICS)
Liệu pháp hành vi	Behaviour therapy
Máy đo áp lực bàng quang	Cystomanometer
Phản hồi sinh học	Biofeedback
Phép đo áp lực bàng quang	Cystometry
Phép đo niệu dòng	Uroflowmetry
Tiểu gấp	Urinary urgency
Tiểu gấp không kiểm soát	Urge urinary incontinence (UUI)
Tiểu không kiểm soát	urinary incontinence (UI)
Tiểu không kiểm soát khi gắng sức	Stress urinary incontinence (SUI)
Trương lực bàng quang (Độ giãn nở BQ)	Bladder compliance

DANH MỤC CÁC BẢNG

Trang

Bảng 1.1. Phân loại TKKSKGS theo Blaivas.....	19
Bảng 3.1: Phân bố theo nhóm cân nặng.....	61
Bảng 3.2: Đặc điểm các yếu tố nguy cơ của các bệnh nhân.....	62
Bảng 3.3: Số lần sanh.....	62
Bảng 3.4: Các yếu tố khác trong bệnh lý TKKSKGS.....	65
Bảng 3.5: Xét nghiệm niệu động học.....	66
Bảng 3.6: Nước tiểu tồn lưu và phép đo niệu dòng.....	72
Bảng 3.7: Phép đo niệu dòng sau mổ.....	73
Bảng 3.8: Chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân.....	74
Bảng 3.9: Chất lượng cuộc sống trước và sau mổ.....	75
Bảng 3.10: Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và độ nặng của bệnh.....	76
Bảng 3.11: Mối liên quan giữa niệu đạo di động và độ nặng của bệnh.....	76
Bảng 3.12: Mối liên quan giữa nhóm thời gian phẫu thuật và độ nặng của bệnh.....	77
Bảng 3.13: Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật và niệu đạo di động.....	78
Bảng 3.14: Mối liên quan giữa độ nặng của bệnh và kết quả phẫu thuật.....	79
Bảng 3.15: Liên quan giữa nhóm thời gian mắc bệnh và kết quả phẫu thuật.....	79
Bảng 3.16: Mối liên quan giữa kết quả phẫu thuật với niệu đạo di động.....	80
Bảng 3.17: Mối liên quan giữa biến chứng tiểu khó và độ nặng của bệnh.....	80
Bảng 3.18: Mối liên quan giữa biến chứng tiểu khó và niệu đạo di động.....	81

Bảng 4.1: Đánh giá kết quả của một số tác giả.....	91
Bảng 4.2: Kết quả một số tác giả	94
Bảng 4.3: So sánh tỉ lệ thành công của các phương pháp.....	95
Bảng 4.4: Bệnh nhân tiểu khó.....	100
Bảng 4.5: Theo dõi bệnh nhân tiểu khó sau 2 lần	101
Bảng 4.6: Thang điểm MHU.....	105
Bảng 4.7: Thay đổi mô học giữa cân cơ tự thân và mảnh ghép nhân tạo.....	107

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Trang

Biểu đồ 3.1: Phân bố nhóm tuổi các bệnh nhân nghiên cứu.....	60
Biểu đồ 3.2: Phân bố độ nặng của các bệnh nhân.....	63
Biểu đồ 3.3: Dạng niệu đạo di động.....	63
Biểu đồ 3.4: Phân bố thời gian mắc bệnh (năm) của các bệnh nhân	64
Biểu đồ 3.5: Phân bố thời gian phẫu thuật (phút) của các bệnh nhân.....	67
Biểu đồ 3.6: Phân bố thời gian đặt thông tiêu (ngày) của các bệnh nhân.....	68
Biểu đồ 3.7: Phân bố thời gian nằm viện (ngày) của các bệnh nhân	69
Biểu đồ 3.8: Phân bố kết quả phẫu thuật của các bệnh nhân	70
Biểu đồ 3.9: Phân bố biến chứng sau phẫu thuật của các bệnh nhân	71

DANH MỤC CÁC HÌNH

Trang

Hình 1.1: Giải phẫu học vùng đáy chậu: Cấu trúc 3 ngăn	8
Hình 1.2: Cơ chế nâng đỡ vùng đáy chậu, tương tự cơ chế nâng đỡ cầu treo..	9
Hình 1.3. Các cơ hoành chậu nữ (nhìn trên)	11
Hình 1.4: Cơ chế kiểm soát nước tiểu khi có áp lực trong ổ bụng	15
Hình 1.5: Các cấu trúc nâng đỡ sàn đáy chậu	16
Hình 1.6. Phân loại TKKS theo Haab	18
Hình 1.7: Phép đo niệu dòng bình thường	21
Hình 1.8: Phép đo áp lực bàng quang	22
Hình 1.9: Áp lực đồ niệu đạo tĩnh học	23
Hình 1.10. Các kỹ thuật treo bằng kim	31
Hình 1.11. Phương pháp TVT	34
Hình 1.12. Phương pháp TOT	34
Hình 1.13. Lấy mảnh cân cơ và bóc tách khoang Retzius	36
Hình 1.14: Đường đi mảnh cân cơ vòng dưới niệu đạo, khâu cố định bên đối diện	36
Hình 1.15: Lấy mảnh cân cơ thẳng bụng	37
Hình 1.16: Chọc thủng âm đạo 2 bên dưới sự trợ giúp của ngón tay trên bụng	37
Hình 1.17: Đặt mảnh cân cơ dưới niệu đạo và khâu vào dây chằng Cooper..	37
Hình 1.18: Lấy cân cơ căng mạc đùi	38
Hình 1.19: Tạo đường hầm sau xương mu	38
Hình 1.20: Lấy mảnh cân cơ thẳng bụng	39
Hình 1.21: Kim Stamey đi từ thành bụng xuống âm đạo, sau xương mu	39
Hình 2.1: Nghiệm pháp Bonney	43

Hình 2.2: Tư thế bệnh nhân: tư thế sản phụ khoa, chân không gấp vào bụng quá nhiều (nên > 90 độ)	46
Hình 2.3: Trải khăn vùng mổ	47
Hình 2.4: Treo môi nhỏ 2 bên vào nếp đùi	47
Hình 2.5: Đặt thông tiểu.....	48
Hình 2.6: Rạch da đường nằm ngang, trên xương mu.....	48
Hình 2.7: Bóc tách để lấy mảnh cân cơ thẳng bụng	49
Hình 2.8: Cắt mảnh cân cơ thẳng bụng.....	49
Hình 2.9: Mảnh cân cơ thẳng bụng được lấy ra.....	50
Hình 2.10: Sau khi lấy mảnh cân, chuẩn bị mổ ở thành trước âm đạo	51
Hình 2.11: Thủ thuật ở thành trước âm đạo	52
Hình 2.12: Tạo đường hầm sau xương mu bằng ngón tay.....	52
Hình 2.13: 2 sợi chỉ của 2 đầu mảnh cân được đâm xuyên qua cân cơ thẳng bụng qua một cây kim.....	53
Hình 2.14: Sau khi đặt mảnh cân cơ	54
Hình 2.15: Khâu da	54
Hình 3.1: Phép đo áp lực bàng quang trước mổ	66
Hình 3.2: Phép đo niệu dòng sau 2 lần	72
Hình 3.3: Phép đo niệu dòng sau mổ	73
Hình 4.1: Dụng cụ đo độ góc trong lúc làm Q-Tip test	85
Hình 4.2: Bào mòn do mảnh ghép nhân tạo.....	111
Hình 4.3: Bào mòn và rò niệu đạo -âm đạo sau đặt mảnh ghép nhân tạo	111
Hình 4.4: Biện chứng bào mòn trong bàng quang qua nội soi	111
Hình 4.5: Tạo môi chỉ chờ	115
Hình 4.6: Khâu thành bụng trước khi cột cố định mảnh cân cơ	116
Hình 4.7: Tạo đường hầm sau xương mu	118

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiểu không kiểm soát khi gắng sức khá thường gặp ở phụ nữ. Bệnh lý này ảnh hưởng đến sinh hoạt cuộc sống hàng ngày, giao tiếp xã hội và tình trạng sức khỏe của bệnh nhân. Tuy nhiên, bệnh nhân thường âm thầm chịu đựng hoặc không biết một nơi chuyên khoa để điều trị. Nếu được điều trị thích hợp, sẽ đem lại cho bệnh nhân một cuộc sống có chất lượng tốt hơn, đồng thời cũng đem lại lợi ích cho xã hội.

Trải qua nhiều thập niên, nhiều giai đoạn, đã có không ít những phương pháp phẫu thuật ra đời điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ. Mỗi phương pháp có những ưu khuyết điểm riêng. Các phương pháp phẫu thuật ra đời, gắn liền với từng thời kỳ, từng giai đoạn, tùy thuộc vào tình hình phát triển và xu hướng của nền y học đương thời. Hơn một thập niên gần đây, người ta thường dùng phương pháp giá nâng đỡ niệu đạo bằng mảnh nhân tạo (như phương pháp TVT, TOT) do những phương pháp này có hiệu quả khá cao [40], [42], [45], [59], [86]. Tuy nhiên, qua một thời gian áp dụng, nhiều nghiên cứu đã ghi nhận có khá nhiều những biến chứng do dùng các mảnh nâng đỡ nhân tạo như: bào mòn, nhiễm trùng, đau khi giao hợp, đau ở đùi. Từ năm 2010 đến nay, đã có nhiều khuyến cáo về việc Ban quản lý thuốc và thực phẩm ở Mỹ, lưu ý đến việc dùng các mảnh ghép nhân tạo trong phẫu thuật [77], [79].

Gần đây, xu hướng dùng cân cơ tự thân được nói đến nhiều hơn. Thống kê từ nhiều nghiên cứu cho thấy phương pháp dùng cân cơ tự thân vẫn còn là một phương pháp tốt, do có hiệu quả cao và ít có biến chứng [104]. Theo Hướng dẫn điều trị của Hội Nội Khoa Mỹ năm 2009 đã cho thấy kết quả của phương pháp dùng cân cơ tự thân là rất cao, thậm chí cao nhất trong số các kỹ

thuật (tỉ lệ thành công 76% - 98%) [104]. Theo Hướng dẫn điều trị của Hội Nội Khoa Canada năm 2012, cũng cho thấy hiệu quả của phương pháp cân cơ tự thân rất cao và có hiệu quả lâu dài [26]. Mặt ưu điểm khác của phương pháp dùng cân cơ tự thân là có thể chỉ định cho tất cả các dạng của tiểu không kiểm soát khi gắng sức [29], [36], [53]. Ngoài ra phương pháp này còn được khuyến dùng khi các phương pháp TVT, TOT không thể thực hiện được như: bệnh nhân có rò niệu đạo-âm đạo, bị bào mòn niệu đạo, tổn thương niệu đạo trong lúc mổ, túi thừa niệu đạo [79]. Tuy các phương pháp TVT, TOT thường được dùng trong điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức, nhưng nhiều tác giả tin rằng phương pháp dùng cân cơ tự thân vẫn còn có một vai trò quan trọng trong điều trị, đặc biệt là đối với những trường hợp tái phát và có biến chứng [22]. Năm 2013, nhiều tác giả đã đề cập đến vấn đề biến chứng của mảnh ghép nhân tạo và khuyến dùng cân cơ tự thân cho những bệnh nhân này [67], [109]. Thậm chí, năm 2012 nhiều tác giả còn cho rằng: Phẫu thuật dùng cân cơ thẳng bụng tự thân là một phẫu thuật triển vọng cho niệu khoa và sản phụ khoa [70], [124]. Phương pháp dùng cân cơ thẳng bụng tự thân vẫn còn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức [29]. Năm 2013, tác giả El-Gamal, còn đưa ra một kỹ thuật mới, dùng cân cơ tự thân để làm phẫu thuật như TOT và cho kết quả rất tốt [47]. Bên cạnh những ưu điểm trên, nếu dùng cân cơ tự thân, có thể tránh được những biến chứng do mảnh ghép nhân tạo và đồng thời cũng không phải chi trả thêm một số tiền để mua mảnh ghép nhân tạo. Vì thế, phẫu thuật này thuận lợi trong hoàn cảnh kinh tế Việt Nam.

Tại Việt Nam, nhiều tác giả cũng đã áp dụng một số phương pháp phẫu thuật để điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức như kỹ thuật Marshall-Marchetti, Raz... [16]. Sau đó, theo làn sóng phát triển của nội soi, cũng đã thực hiện kỹ thuật Burch qua nội soi ổ bụng [8]. Theo sự phát triển của thế

giới, phương pháp phẫu thuật TVT và TOT cũng đã được thực hiện gần 10 năm nay [3], [4], [5], [6], [9], [11], [12], [15], [14]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu chính thức nào về phương pháp dùng cân cơ tự thân ở Việt Nam.

Thực hiện nghiên cứu này, chúng tôi có mong muốn đánh giá hiệu quả của phương pháp dùng cân cơ thẳng bụng tự thân trong điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ, được thực hiện và theo dõi tại bệnh viện Bình Dân.

Nghiên cứu thực hiện với 2 mục tiêu cụ thể là:

1. Nghiên cứu kết quả điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật dùng cân cơ thẳng bụng tự thân.

2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật dùng cân cơ thẳng bụng tự thân trong điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Định nghĩa:

Tiểu không kiểm soát được định nghĩa là sự thoát nước tiểu (rỉ, són) ngoài ý muốn qua đường niệu đạo. Hiện tượng này xảy ra khi có sự tăng áp trên dòng và/hoặc do suy yếu khả năng kìm giữ nước tiểu dưới dòng. Rối loạn tĩnh học vùng chậu có thể là yếu tố thuận lợi làm nặng thêm hoặc làm giảm đi hiện tượng này. Bệnh có thể do phối hợp nhiều yếu tố, đôi khi rất phức tạp [27].

Định nghĩa của Hội Tiêu Tiểu Tự Chủ Quốc Tế (International Continence Society):

Tiểu không kiểm soát khi gắng sức (TKKSKGS) là sự thoát nước tiểu không theo ý muốn khi có sự gắng sức như hắt hơi, ho... [18]

TKKSKGS là một triệu chứng, một dấu hiệu, một tình trạng bệnh lý. Triệu chứng được biểu hiện bằng sự than phiền về sự tiểu không kiểm soát khi hoạt động thể chất của bệnh nhân. Dấu hiệu là thấy được sự rỉ nước tiểu qua lỗ niệu đạo khi có sự tăng áp lực trong ổ bụng. Tình trạng bệnh lý là do áp lực trong ổ bụng vượt quá áp lực chống đỡ của niệu đạo, khi không có sự co thắt của cơ bàng quang (xác định bằng xét nghiệm niệu động học) [17].

1.2. Lịch sử điều trị TKKSKGS:

Lịch sử điều trị cho tiểu không kiểm soát có từ khá lâu. Khởi đầu bằng những điều trị theo kinh nghiệm dân gian có từ thời cổ đại. Những phương pháp này nhằm hướng tới điều trị cho những bệnh lý liên quan đến các cơ chế như chống lợi tiểu, kháng cholinergic... Từ thế kỷ 18 và 19 đã có những loại thuốc ergotamin, chloral hydrat, atropin (belladonna)... [72]. Bên cạnh đó,

trong giai đoạn này người ta còn dùng một số phương pháp điều trị dân gian như tắm nước lạnh, thụt rửa âm đạo, tắm với những chất hương liệu [72]. Năm 1858, Rhodes dùng hợp chất axit carbonic và chloroform để bơm vào bàng quang [102]. Sau này, Fermand Cathelin (1873-1960), dùng phương pháp tiêm dung dịch muối hoặc cocaine ngoài màng cứng để điều trị tiểu không kiểm soát. Những phương pháp điều trị bằng cách dùng các dụng cụ bên ngoài cũng được áp dụng như: dùng dụng cụ làm bằng ngà đặt vào niệu đạo để kiểm soát việc làm trống bàng quang, hay dụng cụ ép vào tầng sinh môn để điều trị tiểu không kiểm soát do tác giả Vincent [118]. Sau này, những phương pháp tập cơ đáy chậu ra đời. Các phương pháp tập cơ vùng đáy chậu của Kegel ra đời vào những năm 1948. Sau đó nhiều phương pháp tập cơ đáy chậu được áp dụng cho bệnh lý tiểu không kiểm soát với kỹ thuật hiện đại hơn như: phản hồi sinh học, kích thích điện...

Về phương diện điều trị ngoại khoa, tài liệu tham khảo đầu tiên được nói đến là tác giả Baker BI, vào năm 1864 [24]. Sau đó nhiều kỹ thuật mổ ra đời, lần lượt theo quá trình phát triển về sự hiểu biết bệnh lý hoặc theo xu hướng đương thời. Năm 1914, Kelly [72] đã dùng kỹ thuật gấp nếp dưới niệu đạo. Vài năm sau, một số tác giả khác Goebell và Frangenheim đưa ra ý tưởng với phương pháp giá nâng đỡ niệu đạo bằng cân cơ.

Kỹ thuật mổ sau xương mu, đường vào cổ bàng quang được thực hiện vào năm 1949, bắt đầu từ các tác giả: Marshall, Marchetti và Krantz. Sau đó được Burch phát triển và cải tiến nhằm khắc phục những hạn chế của kỹ thuật này vào năm 1961. Sau đó, theo làn sóng phát triển của nội soi, phương pháp Burch thực hiện bằng nội soi bắt đầu từ năm 1991 do tác giả Van Caille [117].

Kỹ thuật mổ treo cổ bàng quang bằng kim được nhiều tác giả thực hiện như: Pereyra, Stamey, Gittes, Raz...và người thực hiện mô tả đầu tiên năm 1959 do tác giả Pereyra [98].

Bên cạnh sự phát triển của 2 phương pháp: treo cổ bàng quang sau xương mu và treo cổ bàng quang bằng kim, phương pháp cơ thắt nhân tạo cũng ra đời vào đầu những năm 70, được tác giả Scott FB thực hiện [108]. Phương pháp này thường được lựa chọn cho những bệnh nhân bị suy cơ thắt niệu đạo, những bệnh nhân bị tiểu không kiểm soát sau mổ, sau chấn thương, bệnh lý bẩm sinh...

Phương pháp tiêm chất keo cạnh niệu đạo được xem là một phương pháp ít xâm hại, ra đời vào những năm cuối thế kỷ 20 [41]. Phương pháp này thường thực hiện cho những bệnh nhân già yếu. Tuy nhiên phương pháp này cho hiệu quả không cao và hay tái phát.

Phương pháp giá nâng đỡ niệu đạo: Von Giordano đầu tiên thực hiện kỹ thuật này bằng cơ thon vào năm 1907. Sau đó 3 năm (1910) Goebell dùng cơ tháp để nâng đỡ niệu đạo cho trẻ em. Bốn năm sau (1914) Frangenheim đã dùng cân cơ thẳng bụng để nâng đỡ niệu đạo. Sau đó hàng loạt các tác giả khác như: Millin, Aldridge và Jeffcoate [66] đã báo cáo nghiên cứu bằng cách dùng cân cơ tự thân và cho thấy kết quả của phương pháp này rất tốt.

Năm 1996, Ulmsten (người Thụy Điển) thực hiện loại phẫu thuật này nhưng dùng mảnh ghép nhân tạo thay vì dùng cân cơ [116] và được gọi là phương pháp TVT (Tension Free Vaginal Tape). Sau đó kỹ thuật này phát triển và lan rộng ở các nước nhờ kỹ thuật đơn giản và có hiệu quả cao.

Trên một thập niên qua, phương pháp này được chọn lựa cho hầu hết các dạng TKKSKGS. Trong những năm gần đây, phương pháp này được dùng thường hơn do phương pháp treo bàng kim thường bị tái phát theo thời gian và phương pháp treo cổ BQ sau xương mu có nhiều biến chứng hơn. Phương pháp này được chỉ định cho tất cả các dạng TKKSKGS, như là một phẫu thuật hàng đầu [36], [57], [81], [123].

Năm 2001, Delorme [129] đã báo cáo đầu tiên nghiên cứu của mình, bằng cách dùng mảnh ghép nâng đỡ niệu đạo qua lỗ bịt (Phương pháp TOT: Trans Obstructor Tape). Phương pháp này cũng dùng mảnh ghép nhân tạo như TVT, nhưng không đặt mảnh ghép sau xương mu, mà đặt qua lỗ bịt, nhằm mục đích là tránh các biến chứng như thủng bàng quang, thủng ruột..

Phương pháp dùng cân cơ tự thân được áp dụng trong điều trị TKKSKGS từ lâu. Nhưng hiện nay vẫn còn được đánh giá cao, vẫn còn được xem là phương pháp chuẩn cho điều trị bệnh lý TKKSKGS, nhờ tính an toàn và hiệu quả của nó [29]. Đặc biệt là sau giai đoạn dùng mảnh ghép nhân tạo cho phương pháp TVT, TOT, người ta thấy một số biến chứng có liên quan đến mảnh ghép, thì phương pháp dùng cân cơ tự thân được nói đến nhiều hơn [29], [67], [70], [109], [124].

1.3. Giải phẫu học vùng chậu:

1.3.1. Phân chia giải phẫu học vùng chậu:

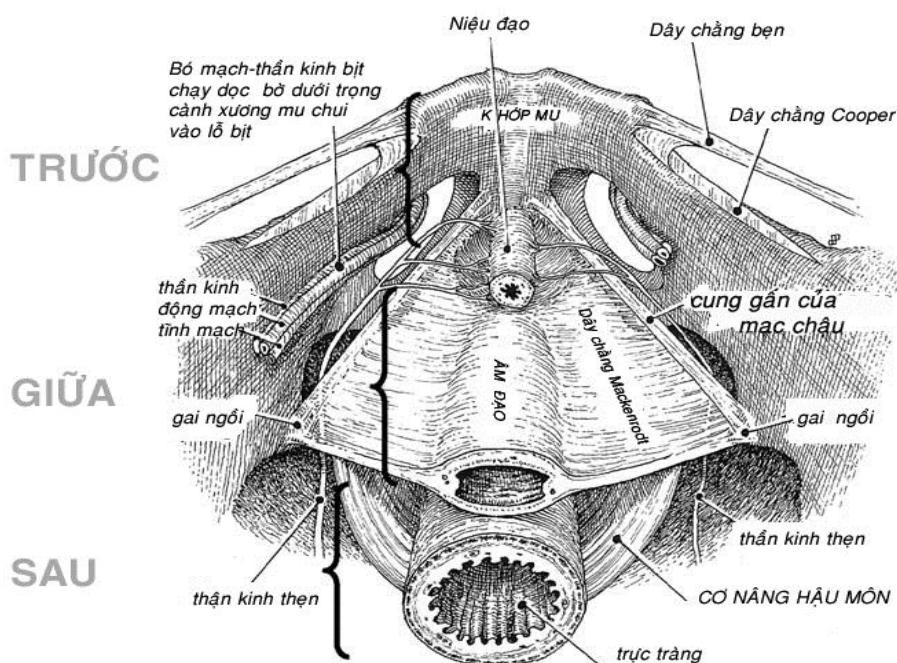
Theo quan điểm về cơ thể học, vùng chậu được chia thành 3 ngăn [87]:

- Ngăn trước: bao gồm: cành xương mu, đường lược, lỗ bịt, cân-cơ đáy chậu giữa, dây chằng mu bàng quang, cung gân cơ nâng hậu môn (là ranh giới giữa ngăn trước và ngăn giữa), dây chằng mu trên, dây chằng Cooper, cơ bịt, cơ thẳng bụng, phần trước cơ nâng hậu môn, phần cơ ngang đáy chậu sâu. Trong ngăn này có thần kinh đùi, thần kinh chậu-bẹn, thần kinh đáy chậu, thần kinh da bìu, thần kinh thẹn (S2-S3-S4), động tĩnh mạch thượng vị dưới, động mạch bàng quang trên. Ngăn này có chứa các cơ quan như: âm vật, môi lớn, môi bé, bàng quang, niệu đạo, đoạn cuối niệu quản và khoang Reitzius.

- Ngăn giữa: Gồm xương chậu, ụ ngồi, mặt trước và phần sau lỗ bịt, lỗ thần kinh tọa, các dây chằng cùng-sống..., cơ mu-cụt, cơ mu-lược, phần sau cơ ngang đáy chậu sâu và nông.... Trong ngăn này có thần kinh hạ vị gồm

phó giao cảm (S2-S3-S4) và giao cảm (D10-D12). Động mạch vùng này rất phong phú, xuất phát từ động mạch chủ, từ động mạch hạ vị. Các cơ quan trong ngăn này gồm có: tử cung, tay vòi, buồng trứng, các dây chằng tử cung-cùng, dây chằng rộng liên kết với dây chằng Mackenrodt. Ngoài ra trong ngăn này còn có 4 khoang có vai trò trong phẫu thuật: khoang cạnh bàng quang, khoang cạnh trực tràng, túi cùng Douglas và khoang trực tràng-âm đạo.

- Ngăn sau: Gồm xương cùng, xương cụt, dây chằng chậu-thắt lưng, dây chằng cùng- chậu trước và sau. Các cơ ngăn này gồm: cơ hình lê, cơ nâng hậu môn, cơ thắt ngoài hậu môn, cơ ngang đáy chậu nông. Thần kinh và mạch máu gồm: Các nhánh vận động và cảm giác từ thần kinh thẹn (S2-S3-S4) cho trực tràng và đáy chậu, mạch máu gồm 4 nguồn: Chậu ngoài, chậu trong, động mạch buồng trứng và trĩ trên. Các cơ quan có trong ngăn này có trực tràng và đại tràng sigma.



Hình 1.1: Giải phẫu học vùng đáy chậu: Cấu trúc 3 ngăn

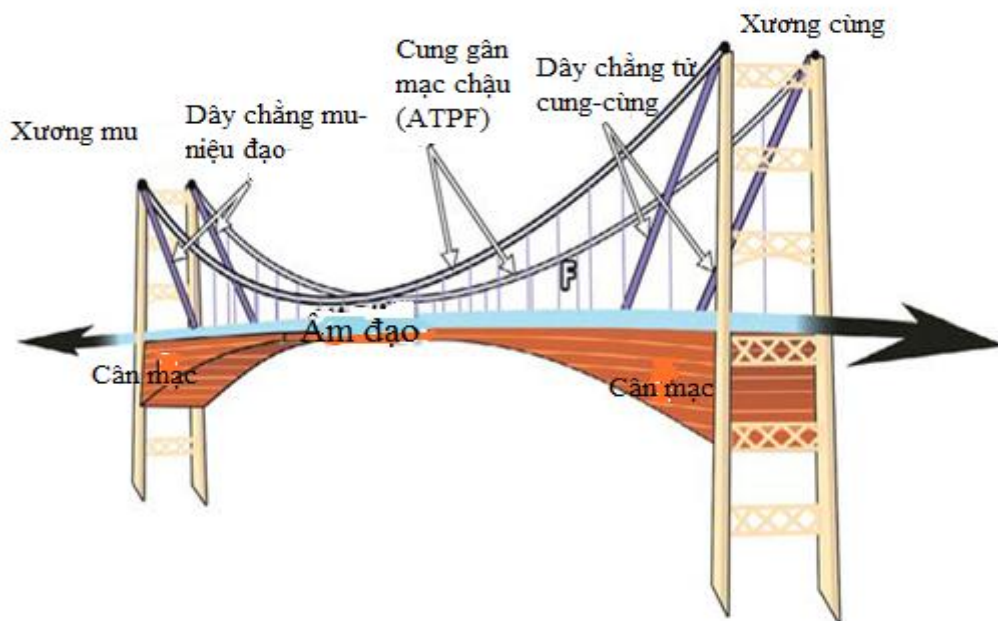
“Nguồn: Hunskaar S, 2005” [64]

1.3.2. Hệ thống nâng đỡ bàng quang –niệu đạo và các tạng vùng chậu:

Các cơ quan bên trong ổ bụng ở vùng chậu được cố định và ổn định là nhờ những cấu trúc xương, cơ, cân, mạc và dây chằng...tạo thành một hệ thống nâng đỡ rất ổn định. Chính nhờ các cấu trúc này góp phần vào việc giữ nước tiểu, tránh được tình trạng TKKS khi làm những động tác gắng sức, hay khi có sự tăng áp lực trong ổ bụng.

Hệ thống treo:

Bàng quang, niệu đạo, âm đạo và các tạng vùng chậu được cố định và ổn định là nhờ một phức hợp rất nhiều các dây chằng (gồm: dây chằng mu-niệu đạo, dây chằng tử cung-cùng, cung gân mạc chậu) và các cân, mạc bám dính và nâng đỡ. Người ta hình dung hệ thống nâng đỡ này như một chiếc cầu treo, mà trong đó xương chậu là trụ cầu, các dây chằng là các dây cáp treo, các cơ, cân, mạc là sàn cầu [99].



Hình 1.2: Cơ chế nâng đỡ vùng đáy chậu, tương tự cơ chế nâng đỡ cầu treo.

“Nguồn: Peter Petros P, 2007” [99]

Hệ thống nâng đỡ phía dưới:

Hệ thống nâng đỡ phía dưới bao gồm hoành chậu, hoành niệu dục và mạc nội chậu là phần bao quanh niệu đạo và âm đạo.

Hoành niệu-dục là một mạng lưới sợi cơ trơn dính niệu đạo và âm đạo. Hoành niệu-dục nằm ngang, dày ở phía trước và mỏng ở phía sau. Ở phần trước, hoành niệu-dục bao quanh niệu đạo và hợp với mạc nội chậu thành phức hợp dây chằng mu-niệu đạo [7].

Hoành chậu là thành phần rất quan trọng trong việc nâng đỡ các tạng vùng chậu và đặc biệt tham gia vào việc kìm giữ nước tiểu (tiểu có kiểm soát). Hoành chậu được hợp thành từ các nhóm cơ trong đó có một số cơ có vai trò quan trọng trong việc kìm giữ nước tiểu: cơ nâng hậu môn và cơ cụt. Cơ nâng hậu môn gồm ba phần: cơ mu-cụt (Cơ này có vai trò kiểm soát vị trí cổ bàng quang và do đó cũng có vai trò trong đi tiểu, kiểm soát tự chủ cơ vòng), cơ mu-trực tràng (Vài sợi cơ sâu nhất của cơ mu-cụt phát xuất từ mô xơ giữa cơ này và cơ thắt niệu đạo nên có ảnh hưởng đến sự tiểu tự chủ) và cơ chậu-cụt [43].

1.3.3. Sàn đáy chậu:

Sàn đáy chậu có hoành chậu và hoành niệu dục là những phức hợp rất quan trọng trong việc nâng đỡ các tạng vùng chậu cũng như tham gia vào việc kìm giữ nước tiểu. Sàn đáy chậu là thành dưới của ổ bụng. Giới hạn trên là hoành chậu (gồm cơ nâng hậu môn và cơ cụt), phía trước là xương mu, phía sau là xương cụt, hai bên là ụ ngồi, cạnh dưới xương mu và các dây chằng cùng ụ ngồi [7].

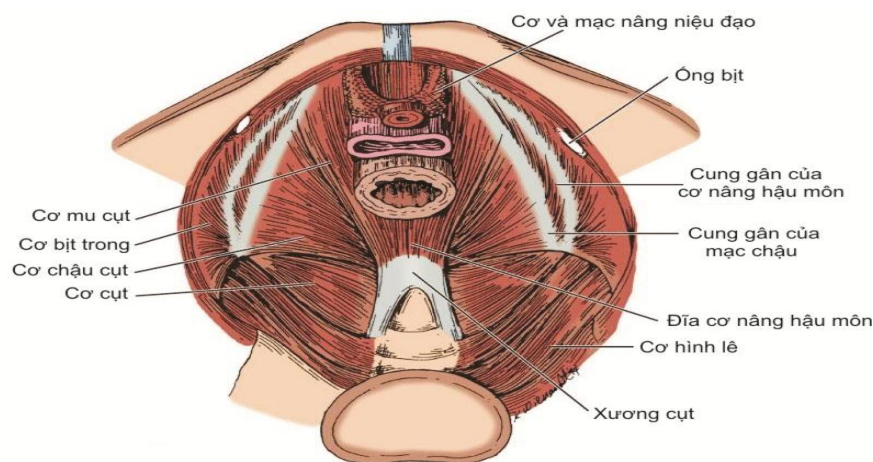
Các cơ vùng sàn đáy chậu có thể xếp thành 3 tầng:

- Tầng nông (tầng dưới): trong tầng này có các cơ như: cơ ngang đáy chậu nông, cơ ngồi hang và cơ hành xóp. Tầng cơ này hầu như không có tác

động trên trạng thái tĩnh trong vùng chậu, mà chủ yếu tham gia vào việc tiêu-đại tiện tự chủ và làm khít âm đạo.

- Tầng giữa (tầng trung gian): Tầng này có nhiều cơ. Nhóm cơ này góp phần nâng đỡ bàng quang và đóng niệu đạo. Tầng này còn được gọi là hoành niệu- dục, nằm trong tam giác niệu-dục, bao gồm các cơ sau: cơ ngang đáy chậu sâu, cơ thắt niệu đạo, cơ nén niệu đạo, cơ thắt niệu đạo-âm đạo, cơ ngang âm đạo.

- Tầng sâu (tầng trên): Tầng này có các cơ tạo thành một phức hợp gọi là hoành chậu (sàn chậu), có vai trò rất quan trọng trong việc kìm giữ nước tiểu, giúp cho hiện tượng tiểu không kiểm soát không xảy ra. Phức hợp này như một màng nâng đỡ cho bàng quang và niệu đạo. Ngoài chức năng kiểm soát đi tiểu, tiêu hóa, đường ra của hệ sinh dục, áp lực trong ổ bụng, còn có chức năng nâng đỡ các tạng của vùng chậu.



Hình 1.3: Các cơ hoành chậu nữ (nhìn trên)

“Nguồn: Lê Văn Cường, 2011” [7]

1.3.4. Niệu đạo:

- Niệu đạo nữ tương ứng với niệu đạo tiền liệt và niệu đạo màng ở nam, dài khoảng 3-4 cm. Trên đường đi, niệu đạo nữ xuyên qua hoành chậu và hoành niệu-dục.

- Nhìn niệu đạo ở khía cạnh chức năng:

Niệu đạo được chia thành ba vùng: Phần niệu đạo gần từ cổ bàng quang cho tới bờ dưới của xương mu, chỉ chiếm 20 % chiều dài của niệu đạo nhưng đóng một vai trò quan trọng trong việc kìm giữ nước tiểu. Niệu đạo xa đi từ hoành niệu-dục đến lỗ tiểu, đóng vai trò trong việc định hướng dòng nước tiểu. Phần niệu đạo giữa nằm giữa hai phần trên [43].

- *Phần niệu đạo gần:*

Là phần di động nhất của niệu đạo, hợp từ những sợi cơ-liên kết của cơ mu-cụt và mạc nội chậu. Phần này có cơ thắt tron niệu đạo (cơ thắt trong) nằm ở cổ bàng quang và kéo dài tới niệu đạo giữa. Niệu đạo gần bao gồm nhiều thành phần và hòa hợp với nhau, giúp cho sự kìm giữ nước tiểu [43]. Đoạn này, mô dưới niêm mạc dày, có nhiều mạch máu với nhiều chỗ nổi động tĩnh mạch và được làm đầy lên khi có một áp lực tăng, tạo dễ dàng cho việc làm hẹp lòng niệu đạo [116].

- *Phần niệu đạo giữa:*

Là vùng có áp lực trong niệu đạo cao nhất. Đoạn này có cơ thắt ngoài là cơ tham gia vào cơ chế kìm giữ nước tiểu ngoại lai. Niệu đạo giữa được tạo thành từ cơ co thắt của niệu đạo, từ cơ thắt niệu đạo-âm đạo (đối với một phần ba dưới) và cơ thắt vằn quanh niệu đạo (đối với hai phần ba trên) [43]. Vai trò chính là kìm giữ nước tiểu, nhờ vào trương lực thường xuyên của những sợi cơ. Và khi có sự gắng sức, niệu đạo giữa co thắt do phản xạ để làm tăng áp lực. Những sợi cơ niệu đạo-âm đạo và cơ co thắt của niệu đạo ép niệu đạo từ dưới lên trên và từ trước ra sau cũng góp phần làm đóng hẹp lòng niệu đạo.

- *Phần niệu đạo xa:*

Được bao bởi những sợi cơ nội tại vùng tầng sinh môn. Biểu mô bề mặt của phần này có cấu trúc tương tự như của âm đạo và cùng bị phụ thuộc vào nội tiết tố.

1.3.5. Âm đạo:

Âm đạo hình trụ, bị dẹp theo hướng trước sau, dài khoảng 8cm, là một ống cơ mạc mềm và đàn hồi, đi từ lỗ âm đạo đến cổ tử cung. Âm đạo được cố định chắc vào cơ nâng hậu môn và đáy chậu là nơi nâng đỡ đáy bàng quang và niệu đạo. Âm đạo được định hướng theo trục chéo xuống dưới và ra trước tạo với trục tử cung một góc 100 độ mở ra trước. Khi người phụ nữ ở tư thế đứng âm đạo tạo với mặt phẳng ngang một góc 70 độ để tránh tử cung trượt vào âm đạo khi gắng sức.

Vai trò của âm đạo:

- Truyền những co thắt tự ý và không tự ý của phần trước của cơ mu-cụt (là cơ làm đóng niệu đạo).

- Nâng đỡ niệu đạo đoạn gần và cổ bàng quang:

Thành trước âm đạo hợp với mạc chậu cố định trên cơ nâng, có tác dụng như một bệ nâng đỡ cho niệu đạo. Khi cơ nâng co thắt, đoạn niệu đạo gần được ép vào xương mu bởi thành âm đạo, và khi có sự tăng áp lực trong ổ bụng thì lòng niệu đạo được ép vào bệ nâng đỡ này [116].

Âm đạo gồm hai phần có chức năng khác nhau. Đoạn dưới trước như là một võng cho niệu đạo và tham gia việc đóng niệu đạo. Đoạn trên sau nằm ngang tạo với phần dưới một góc sau 130 độ. Góc này được giữ bởi dây chằng tử cung-cùng và dây chằng chính.

1.4. Sinh lý bệnh tiểu không kiểm soát khi gắng sức:

Sinh lý bệnh tiểu không kiểm soát khi gắng sức khá phức tạp với nhiều yếu tố tác động. Bệnh lý này được giải thích bởi nhiều thuyết, nhưng nói chung nguyên nhân là do có sự suy yếu hệ thống nâng đỡ bàng quang-niêu đạo hoặc do suy cơ thắt niệu đạo.

1.4.1. Suy yếu hệ thống nâng đỡ bàng quang-niệu đạo:

Theo cơ chế suy yếu hệ thống nâng đỡ bàng quang-niệu đạo, đã có nhiều thuyết được đưa ra.

- Thuyết của Green:

Jeffcoate (1954), Bailey (1956), sau đó là Green (1962) [55] đã thử giải thích cơ chế kìm giữ nước tiểu qua những nghiên cứu về giải phẫu – X quang. Dựa trên những dữ liệu X quang bàng quang ngược dòng và X quang bàng quang lúc đi tiểu, họ đã chứng minh được tầm quan trọng của góc bàng quang-niệu đạo sau, nhất là góc nghiêng trực niệu đạo.

Thuyết này cho rằng: sự kìm giữ được nước tiểu có liên hệ với sự duy trì góc sau bàng quang-niệu đạo trong khoảng 90-100 độ và trục nghiêng giữa niệu đạo và mặt phẳng đứng là 30 độ. Mất góc sau bàng quang-niệu đạo và sự thay đổi độ nghiêng của niệu đạo sẽ gây ra tiểu không kiểm soát khi gắng sức.

Nhưng Kitzmiller không đồng thuận với thuyết này vì ông ghi nhận rằng: đã tìm thấy một số người tiểu có kiểm soát nhưng có bất thường ở góc bàng quang -niệu đạo sau, hoặc có bất thường trục niệu đạo [76].

- Thuyết của Lapedes:

Thuyết này nói đến vai trò của niệu đạo trong việc kìm giữ nước tiểu [78]. Nếu chiều dài chức năng của niệu đạo bị giảm sẽ gây ra hiện tượng tiểu không kiểm soát khi gắng sức [78].

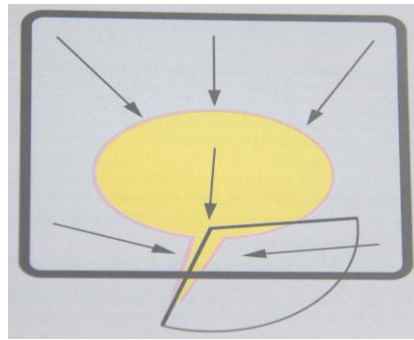
Tuy nhiên đã có những phân tích của một số tác giả, không đồng tình với thuyết này. Hilton [62] không thấy có sự khác biệt nào có ý nghĩa ở nhóm người tiểu không kiểm soát và nhóm người tiểu có kiểm soát về chiều dài của niệu đạo.

- Thuyết của Enhorning:

Theo thuyết của ENHORNING [48], bàng quang và phần đầu của niệu đạo được xem như nằm trong cùng một lồng kín, được đóng lại bằng đáy

chậu. Khi có sự tăng áp lực trong bụng thì có sự lan truyền lực đồng đều trên chúng. Sự lan truyền này sẽ không còn khi mà đáy bàng quang nằm dưới mặt phẳng đi qua cơ nâng hậu môn, do sự sa sán chậu.

Bình thường bàng quang và cổ bàng quang nằm trên mặt phẳng cân cơ vùng đáy chậu. Khi có một sức ép trong ổ bụng tăng lên, áp lực sẽ được lan truyền ngang bằng giữa bàng quang và niệu đạo đoạn gần. Nhưng khi cổ bàng quang nằm thấp hơn mặt phẳng này, thì khi có một sức ép trong ổ bụng, áp lực này chỉ chuyển tới bàng quang mà không chuyển tới cổ bàng quang và niệu đạo đoạn gần. Vì vậy áp lực trong bàng quang cao hơn áp lực chống đỡ của niệu đạo, gây ra tiểu không kiểm soát (TKKS).



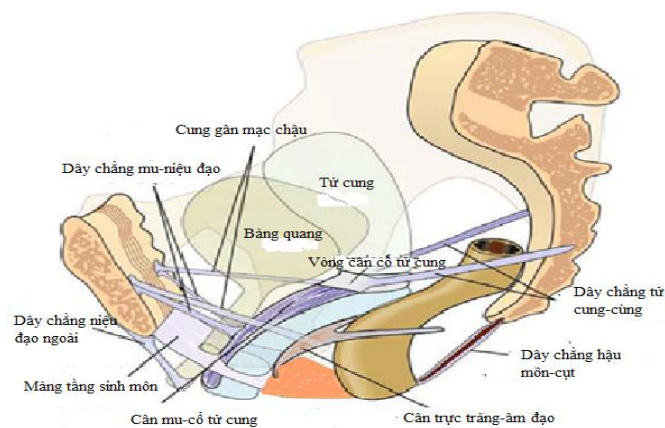
Hình 1.4: Cơ chế kiểm soát nước tiểu khi có áp lực trong ổ bụng: áp lực sẽ được lan truyền ngang bằng giữa bàng quang và niệu đạo đoạn gần.

"Nguồn: Buzelin JM, 1993" [128]

- Thuyết cấu trúc võng các mô nâng đỡ sàn chậu:

Thuyết này được đưa ra bởi De Lancey [44], Petros và Ulmsten [116]. Thuyết này cho rằng: Bình thường, hệ thống nâng đỡ dưới niệu đạo bao gồm các cấu trúc mạc, cân, cơ trong vùng sàn đáy chậu (đặc biệt là cơ nâng hậu môn, mạc nội chậu, cung gân mạc chậu) và thành trước âm đạo, như là một chỗ tựa ổn định cho niệu đạo ép vào khi có sự tăng áp lực trong ổ bụng. Khi có sự tăng áp lực trong ổ bụng, niệu đạo được đè ép vào hệ thống nâng đỡ này, làm cho lòng niệu đạo được khép kín lại. Bên cạnh sự nâng đỡ thụ động

của hệ thống này, còn có sự co thắt chủ động của cơ nâng hậu môn, giúp nâng và đỡ cổ bàng quang. Khi hệ thống nâng đỡ này bị giãn nhão và không được giữ cố định, thì hiện tượng này không còn hiệu quả và gây ra sự tiêu không kiểm soát. Các tác giả này cho rằng ở những bệnh nhân bị TKKSKGS không có sự khiếm khuyết về sự lan truyền áp lực, mà có sự khiếm khuyết về sự ổn định trên đoạn niệu đạo, do hệ thống nâng đỡ bị suy kém và có rối loạn tĩnh học vùng chậu [126]. Petros và Ulmsten cho thấy rằng: người bị TKKSKGS có cơ nâng hậu môn và âm đạo bị giảm trương lực và giãn nhão. Các dây chằng mu-niệu đạo, tử cung- cùng dài ra và giảm trương lực co thắt là lý do gây ra TKKSKGS.



Hình 1.5: Các cấu trúc nâng đỡ sàn đáy chậu.

“Nguồn: Peter Petros P, 2007” [99]

1.4.2. Suy cơ thắt niệu đạo:

Bên cạnh hệ thống nâng đỡ cổ bàng quang-niệu đạo, cơ thắt niệu đạo cũng góp phần vào việc kìm giữ nước tiểu [60]. Đoạn niệu đạo gần, mô dưới niêm mạc dày, nhiều mạch máu với nhiều chỗ nối động tĩnh mạch và được làm đầy lên khi có áp lực tăng, tạo dễ dàng cho việc làm hẹp lòng niệu đạo [116]. Đoạn niệu đạo giữa là vùng có áp lực trong lòng niệu đạo cao nhất. Đoạn này có cơ thắt ngoài là cơ tham gia vào cơ chế kìm giữ nước tiểu ngoài lai. Cơ này được tạo thành từ cơ co thắt của niệu đạo, cơ thắt niệu đạo-âm đạo

(đối với một phần ba dưới) và cơ thắt vân quanh niệu đạo (đối với hai phần ba trên) [43]. Vai trò chính trong việc kìm giữ nước tiểu là nhờ trương lực thường xuyên của những sợi cơ. Khi có sự gắng sức, sẽ co thắt do phản xạ để làm tăng áp lực. Những sợi cơ niệu đạo-âm đạo và cơ co thắt của niệu đạo ép niệu đạo từ dưới lên trên và từ trước ra sau cũng góp phần đóng hẹp lòng niệu đạo.

Sự hư hại niệu đạo và cơ thắt niệu đạo có thể dẫn tới TKKSKGS. Sự hư hại của các sợi cơ, do thiếu nội tiết tố hoặc do nhiễm trùng niệu đạo mãn tính, làm cho niệu đạo bị xơ cứng và không còn khả năng co giãn khi có sự tăng áp lực trên dòng.

1.5. Chẩn đoán:

1.5.1. Phân loại:

Có nhiều bệnh lý gây ra TKKS. Vì vậy việc phân loại các dạng TKKS rất quan trọng. Nắm vững và phân biệt được các dạng bệnh, sẽ có hướng điều trị thích hợp và hiệu quả hơn.

- *Các dạng tiểu không kiểm soát* [130]:

+ Tiểu không kiểm soát khi gắng sức: tiểu không kiểm soát chỉ xảy ra khi bệnh nhân làm những động tác gắng sức, có hiện tượng tăng áp lực trong ổ bụng (Như ho, hắt hơi...). Dạng này do suy yếu hệ thống nâng đỡ của sàn chậu hay do suy cơ thắt niệu đạo.

+ Tiểu gấp không kiểm soát: xảy ra do nhu cầu đi tiểu bức thiết, không kìm giữ được nước tiểu, không liên quan gì đến gắng sức. Dạng này thường do bàng quang không ổn định, gặp trong các bệnh lý như: bẩm sinh, BQ hỗn loạn thần kinh, viêm nhiễm, do bứơc...

+ Tiểu không kiểm soát hỗn hợp: Phối hợp giữa 2 dạng TKKSKGS và tiểu gấp không kiểm soát.

+ Tiểu không kiểm soát do tràn đầy: do có sự ứ đọng nước tiểu mãn tính trong bàng quang, không liên quan đến việc gắng sức làm tăng áp lực trong ổ bụng. Khám thấy cầu BQ to. Dạng này thường gặp trong các bệnh lý như: BQ hỗn loạn thần kinh hay có sự bế tắc đường tiểu dưới (bướu tuyến tiền liệt...)

+ Tiểu không kiểm soát thường trực: Nước tiểu rỉ thường xuyên (không có cầu BQ). Thường gặp trong bệnh lý như: niệu quản lạc chỗ, rò BQ- âm đạo hoặc sau mổ cắt tuyến tiền liệt toàn phần...

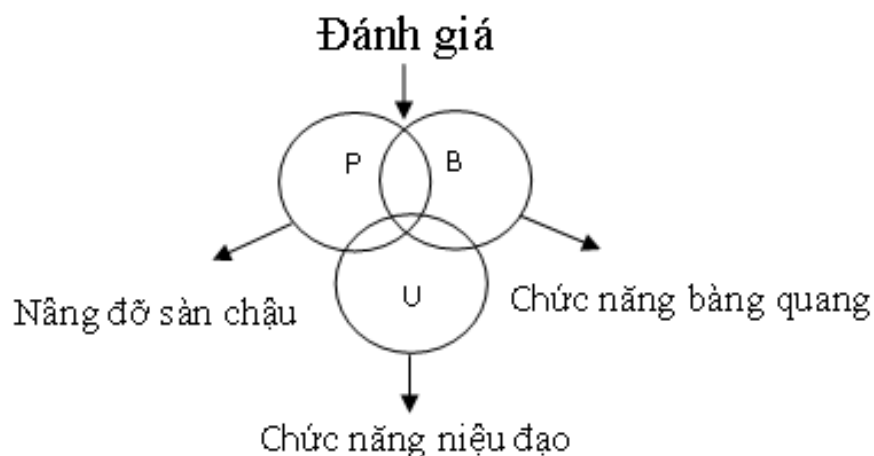
- Phân loại TKKS dựa vào “PUB” theo Haab:

Haab thấy rằng 3 dạng bệnh lý TKKS (TKKSKGS do suy yếu hệ thống nâng đỡ sàn đáy chậu, TKKSKGS do suy cơ thắt và TKKS do BQ không ổn định) có thể xảy ra đơn thuần hay có thể phối hợp với nhau [132]. Vì vậy tác giả đề nghị cách phân chia mới dựa vào sự kết hợp của 3 yếu tố:

P: Sự nâng đỡ sàn chậu (do suy yếu của hệ thống nâng đỡ sàn chậu).

U: Chức năng niệu đạo (do suy cơ thắt niệu đạo).

B: Chức năng bàng quang (do bàng quang không ổn định).



Hình 1.6: Phân loại TKKS theo Haab

“Nguồn: Haab F, 1997” [132]

- *Phân loại TKKSKGS của Blaivas:*

Bảng 1.1: Phân loại TKKSKGS theo Blaivas [27].

Type 0	Không có TKKSKGS lúc thăm khám. Niệu đạo di động < 2 cm.
Type I	Cổ bàng quang đóng khi nghỉ ngơi. Cổ bàng quang mở khi gắng sức, niệu đạo di động < 2 cm.
Type II a	Cổ bàng quang đóng khi nghỉ ngơi, và nằm ở trên bờ dưới của xương mu. Cổ bàng quang mở khi gắng sức, niệu đạo di động \geq 2 cm.
Type IIb	Cổ bàng quang đóng khi nghỉ ngơi, và nằm ở dưới bờ dưới của xương mu.
Type III	Cổ bàng quang và niệu đạo gần như mở khi nghỉ ngơi.

- *Phân loại độ nặng nhẹ theo lâm sàng của TKKSKGS của Mauroy:*

Tùy theo mức độ gắng sức nhiều hay ít, gây ra TKKS, tác giả chia độ của TKKSKGS như sau [133]:

Độ I: TKKS xảy ra khi: ho, cười, hắt hơi.

Độ II: TKKS xảy ra khi: Nâng một vật nặng, khi đi, thay đổi tư thế.

Độ III: TKKS xảy ra khi gắng sức ít hơn.

1.5.2. Chẩn đoán:

Để chẩn đoán bệnh lý TKKSKGS, cần dựa vào: hỏi bệnh sử, thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng. Việc chẩn đoán không những xác định bệnh mà còn cần phải biết những thông tin cần thiết khác như: mức độ bệnh nặng hay nhẹ, nguyên nhân bệnh sinh, bệnh lý đi kèm, ảnh hưởng đến đời sống và hướng điều trị.

+ Hỏi bệnh sử:

Việc hỏi bệnh sử rất quan trọng. Thông qua những câu hỏi giúp biết được nhiều yếu tố liên quan đến bệnh lý.

- Hoàn cảnh xuất hiện tiểu không kiểm soát: giúp nhận dạng TKKS.

TKKSKGS: Sự rỉ nước tiểu chỉ xảy ra có sự tăng áp lực trong ổ bụng, không có nhu cầu đi tiểu bức thiết [130].

Tiểu gắp không kiểm soát: Sự rỉ nước tiểu qua niệu đạo xuất hiện ngay sau khi có nhu cầu đi tiểu bức thiết. Dạng này nói lên tình trạng không ổn định của bàng quang [130].

TKKS tràn đầy: do có sự ứ đọng nước tiểu mãn tính, không có liên quan đến gắng sức và trong lúc bệnh nhân không đi tiểu. Khám thấy cầu BQ to. Thường gặp trong các bệnh lý BQ hỗn loạn thần kinh hay có sự tắc nghẽn đường tiểu dưới: Bướu tuyến tiền liệt... [130]

- Số lượng nước tiểu rò rỉ, tần suất xuất hiện: Giúp đánh giá mức độ nặng của bệnh, thể hiện qua số lượng nước tiểu rò rỉ. Hạn chế của việc đánh giá là theo chủ quan của bệnh nhân. Có thể khắc phục bằng cân số tả mang (làm Pad test, nhật ký đi tiểu).

- Xuất hiện khi gắng sức nặng hay nhẹ: giúp đánh giá mức độ nặng nhẹ.

- Ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

- Các triệu chứng đi kèm: tiểu rất, tiểu khó, các triệu chứng gợi ý có nhiễm khuẩn đường tiết niệu, sinh dục, các triệu chứng có rối loạn vùng chậu (rối loạn đi tiêu, rối loạn sản phụ khoa, rối loạn trong quan hệ tình dục...)

- Tiền căn về nội khoa, những thuốc đã dùng, tiền căn ngoại khoa, xạ trị...

+ Thăm khám lâm sàng:

- Xác định chẩn đoán: Cho bệnh nhân nằm thế sản khoa, xác định sự rỉ nước tiểu khi cho bệnh nhân ho lúc bàng quang đầy.

- Đánh giá tình trạng vùng đáy chậu: tình trạng dinh dưỡng vùng âm đạo, âm hộ, bệnh lý sa sàn chậu, trĩ... Đánh giá cơ thắt qua khám trực tràng, âm đạo.

- Thăm khám thần kinh.

- Đánh giá tình trạng di động của niệu đạo: thăm khám âm đạo, Q-Tip test.

- Làm nghiệm pháp Bonney: Nhằm tiên lượng cho hiệu quả của phẫu thuật.

+ Cận lâm sàng:

- Niêu động học

Phép đo niệu dòng (Uroflowmetry):

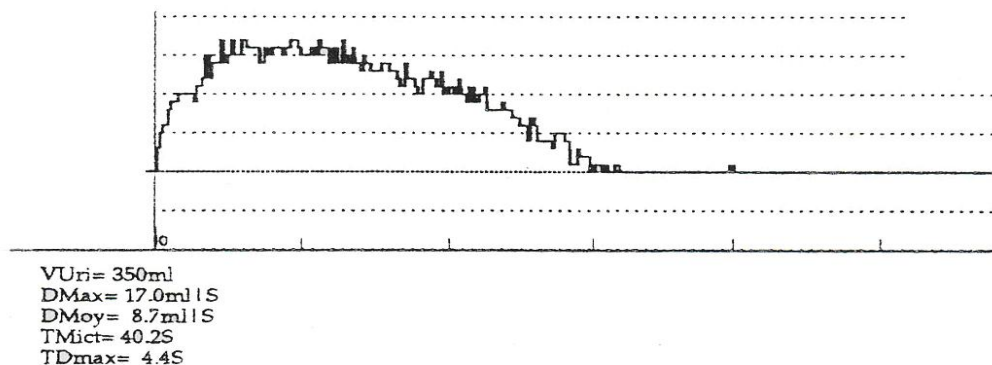
Phép đo niệu dòng [130] ghi nhận biểu đồ đi tiểu của bệnh nhân, và cho biết những thông số:

. Hình dạng: Hình chuông.

. Lưu lượng tối đa (Q max): Bình thường lớn hơn 15 ml/s

. Lưu lượng trung bình.

. Thời gian đi tiểu.



Hình 1.7: Phép đo niệu dòng bình thường.

"Nguồn: Thierry Flam, 1998" [130]

Phép đo áp lực bàng quang (Cystometry):

Khảo sát phần nước tiểu tồn đọng sau đi tiểu, dung tích bàng quang, tính nhạy cảm của bàng quang, sự ổn định của bàng quang, độ giãn nở bàng quang (Bladder compliance) và sự co thắt của bàng quang. Từ những thông số này cho biết khả năng chứa đựng và tổng xuất của bàng quang [130].

. Lượng nước tiểu tồn đọng sau tiểu: bình thường nhỏ hơn 30 - 50 ml (nhỏ hơn 10 % thể tích đi tiểu).

. Dung tích: 350 - 600 ml.

. Độ nhạy cảm: B1: Cảm giác đầu tiên khi bàng quang bị ứ dịch.

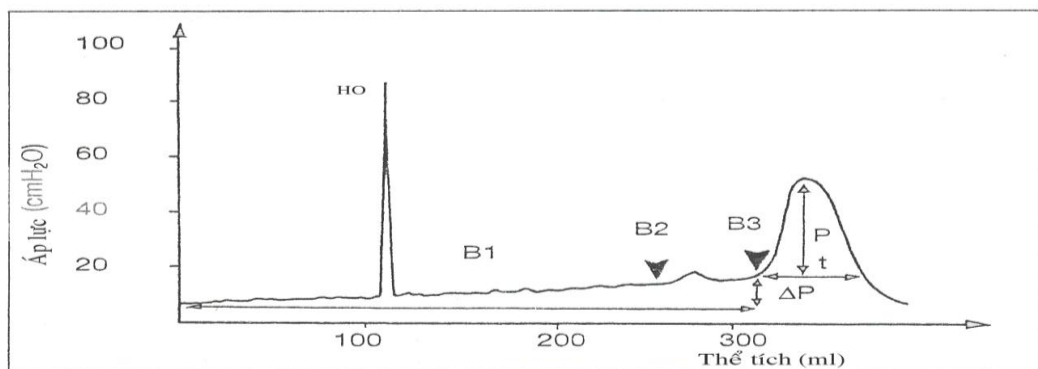
B2: Cảm giác nhu cầu đi tiểu (250 ml).

B3: Nhu cầu đi tiểu gấp.

. Tính ổn định: Trong lúc đổ đầy, không có một co thắt nào của cơ chóp BQ.

. Độ giãn nở BQ: áp lực trong bàng quang tăng hay không tăng trong lúc đổ đầy và duy trì ở khoảng 10 cm H₂O cho một dung tích 300 – 500cc.

. Độ giãn nở BQ: $\Delta V / \Delta P$ (Bình thường > 30 ml /cmH₂O).



Hình 1.8: Phép đo áp lực bàng quang

"Nguồn: Thierry Flam, 1998" [130]

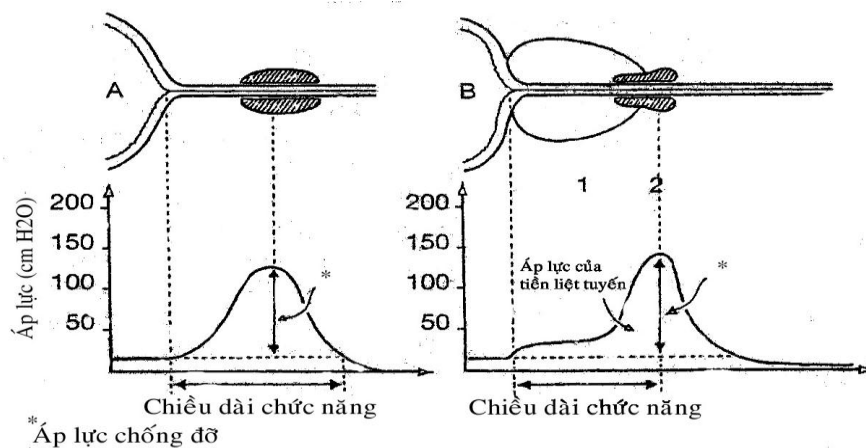
+ Phép đo áp lực đồ niệu đạo:

- Phép đo áp lực niệu đạo ở trạng thái nghỉ [130]: Đo áp lực trong lòng bàng quang (PV) và áp lực của niệu đạo (PU) trong lúc bệnh nhân ở trạng thái

ngiht, không có gắng sức. Sau đó đo kháng lực của niệu đạo (PCMU: Pression de clôtüre urétrale maximale).

$$PCMU = PU \text{ Max} - PV$$

Bình thường dù ở tuổi nào giá trị này cũng lớn hơn 30 cmH₂O.



Hình 1.9: Áp lực đồ niệu đạo tĩnh học.

"Nguồn: Thierry Flam, 1998" [130]

- Đo áp lực đồ niệu đạo ở trạng thái gắng sức: Ghi lại cùng lúc áp lực của bàng quang và niệu đạo trong suốt quá trình làm nhiều động tác gắng sức của bệnh nhân như ho. Sau đó đo tỷ suất lan truyền của áp lực từ bàng quang đến niệu đạo [130].

$$\text{Tỷ suất lan truyền (\%)} = \Delta pU / \Delta pV \times 100\%.$$

ΔpU : Sự biến thiên áp lực của niệu đạo.

ΔpV : Sự biến thiên áp lực của bàng quang.

Ở người bình thường tỷ suất này là $>100\%$.

- Chẩn đoán hình ảnh: Nhằm biết chức năng thận, phát hiện những bất thường như: góc sau bàng quang -niệu đạo giãn rộng, cổ bàng quang nằm dưới khớp mu, túi thừa niệu đạo, nước tiểu còn tồn đọng...

- Nội soi bàng quang: để loại trừ những trường hợp rò BQ...

- Các xét nghiệm khác: nước tiểu, urê huyết, creatinine huyết...

1.6. Chỉ định điều trị và các phương pháp điều trị TKKSKGS:

1.6.1. Các phương pháp tập cơ đáy chậu:

Đây là phương pháp được giới thiệu đầu tiên vào năm 1948 bởi Arnold Kegel, một bác sĩ sản khoa người Mỹ. Mục đích là tập cơ vùng đáy chậu để tăng cường trương lực và chức năng các cơ vùng đáy chậu, để sửa lại những rối loạn tĩnh học vùng đáy chậu bằng cách thực hiện những bài tập hằng ngày.

+ Chỉ định:

- Phương pháp tập cơ đáy chậu là bước điều trị đầu tiên cho bệnh lý tiểu không kiểm soát [54].

- Có thể được chỉ định điều trị phụ trợ cho các phương pháp điều trị bằng thuốc và phẫu thuật [54].

Các phương pháp tập cơ đáy chậu nhằm tăng cường trương lực và chức năng của các cơ vùng đáy chậu. Hiệu quả của việc tập cơ đáy chậu không chỉ cho dạng bệnh TKKSKGS, mà còn có hiệu quả trên dạng bệnh tiểu gập không kiểm soát, nhờ ức chế sự co thắt cơ chóp bàng quang [34].

+ Các phương pháp:

- Tập cơ đáy chậu:

Theo Ferguson, hiệu quả của phương pháp này là 56 -95% [52]. Gồm các phương pháp:

- Kỹ thuật bằng tay: Đây là một trong những phương pháp đầu tiên được áp dụng. Phương pháp này bao gồm hàng loạt các động tác co thắt rồi thư giãn cân cơ vùng đáy chậu trong lúc bệnh nhân đưa hai ngón vào trong âm đạo. Bệnh nhân nằm tư thế ngửa thoải mái, đầu cao 20 độ, chống hai chân (như thế sản khoa). Bệnh nhân co thắt rồi giữ (cố gắng đến khi giữ được 10 giây), sau đó thư giãn 15 giây. Làm hàng loạt các động tác như trên, khoảng 10 - 20 lần cho mỗi buổi tập. Tập nhiều lần trong một ngày. Những buổi tập

đầu tiên nên thực hiện dưới sự hướng dẫn của kỹ thuật viên, sau đó bệnh nhân có thể tự tập ở nhà và nên tập tối thiểu 5 lần trong ngày [52].

- Tập ngưng dòng tiêu lúc khởi đầu đi tiêu (stop-test): Đây là những bài tập đầu tiên. Bệnh nhân co thắt vùng tầng sinh môn để kìm giữ nước tiểu và thông qua bài tập này bệnh nhân có thể đánh giá được diễn tiến quá trình tập.

- Tập cơ vùng đáy chậu với thanh kim loại:

Gần đây người ta đưa ra một phương pháp khác để tập vùng đáy chậu bằng cách dùng một thanh kim loại đặt vào trong âm đạo. Âm đạo phải co giữ được tại chỗ thanh kim loại này bằng cách co thắt cơ mu-cụt trong 15 phút. Mỗi ngày tập 2 lần. Độ nặng của thanh kim loại được tăng dần từ từ (20 đến 100 g) sau hai lần tập thành công.

- Vật lý trị liệu tư thế:

Ở người mãn kinh, thường khung chậu hướng ra phía trước, bị gù lưng, tật uốn cột sống do giãn các cơ của cột sống và thành bụng làm thay đổi tĩnh học vùng lưng-chậu. Sự thay đổi này làm ảnh hưởng đến sự phân phối lực trong ổ bụng và đóng một vai trò quan trọng trong quá trình hình thành bệnh lý sa sàn chậu và TKKSKGS.

Tập tăng cường các cơ cột sống cho phép làm giảm sự biến dạng này. Các bài tập này thực hiện ở tư thế nằm và đứng dưới sự giúp đỡ của các bác sĩ và kỹ thuật viên chuyên nghiệp.

- Kích thích điện:

Phương pháp này nhằm mục đích tăng cường co thắt cơ vùng đáy chậu và cơ thắt niệu đạo và cũng tỏ ra có hiệu quả trong điều trị bàng quang không ổn định.

Tùy theo cường độ điện, sự kích thích là một bên hay hai bên thần kinh thẹn sẽ cho những đáp ứng khác nhau. Kích thích điện cũng có tác dụng ức

chế cơ bàng quang qua trung gian phản xạ đáy chậu-cơ bàng quang và cũng có hiệu quả giảm đau vùng chậu.

Tần số tối ưu để đạt được mục tiêu là làm đóng cơ thắt người ta dùng giữa 20 và 50 Hz. Đề ức chế cơ bàng quang, người ta dùng 5 – 10 Hz.

Thông thường, điện cực được đặt trong âm đạo. Trong những trường hợp chống chỉ định như: Bé gái, phụ nữ lớn tuổi hoặc có nhiễm trùng tại chỗ, hoặc vừa mới mổ vùng âm đạo...thì đặt điện cực ở hậu môn.

Đối với bệnh lý TKKSKGS, kích thích điện có hiệu quả trên:

- Cải thiện lực co thắt của cơ nâng hậu môn.
- Cải thiện được chiều dài chức năng của niệu đạo.
- Cải thiện được sự vận chuyển áp lực.
- Phản hồi sinh học (Biofeed-back):

Đây là một phương pháp nhằm tập luyện cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân hiểu cơ chế kiểm soát bàng quang và các cơ thắt của mình nhờ qua hệ thống máy kiểm soát ngược, bằng cách thể hiện chúng dưới dạng biểu đồ.

Nhiều nghiên cứu khác cho thấy kết quả từ 54- 87% [113].

Theo tác giả Burgio, có thể dùng phương pháp này để điều trị cho cả 2 dạng TKKSKGS và tiểu gấp [35].

1.6.2. Các phương pháp điều trị bảo tồn nội khoa:

+ Liệu pháp hành vi (Behaviour therapy):

- Tập chế độ uống nước và chế độ đi tiểu:

Bệnh nhân ghi lại thời gian đi tiểu, thể tích nước tiểu, và các dạng dịch uống trong ngày. Đồng thời ghi lại thời gian bị tiểu không kiểm soát. Từ đó bệnh nhân và thầy thuốc cùng nhau đưa ra một chế độ điều trị thích hợp, hoặc là giảm uống nước hoặc là tăng số lần đi tiểu, nhằm để tránh bị tiểu không kiểm soát.

- Loại bỏ những nguyên nhân thoáng qua và các yếu tố thuận lợi:
Thuốc chẹn α , điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu, ho mãn tính, giảm cân...

- Tập bàng quang:

Tập đi tiểu đúng giờ thậm chí không có nhu cầu đi tiểu. Trong tuần đầu, tập đi tiểu mỗi 1- 2 giờ. Nhờ làm trống bàng quang nên bệnh nhân tránh được tiểu không kiểm soát. Sau đó tăng dần thêm 15-30 phút mỗi tuần. Đánh giá tốt khi khoảng cách hai lần đi tiểu là 2-4 giờ.

Tập tiểu đúng giờ, không những có hiệu quả cho những bệnh nhân bị tiểu gấp mà nó còn có hiệu quả cho những bệnh nhân bị TKKSKGS [50].

+ Điều trị bằng thuốc:

Một số nhóm thuốc được chọn lọc điều trị sau đây [119]:

- Thuốc làm giảm co thắt cơ chóp BQ hoặc làm tăng dung lượng BQ:

- Kháng cholinergic đơn thuần: Atropine và các loại giống Atropine ức chế sự co thắt bình thường và không tự ý của bàng quang và làm tăng dung tích của bàng quang. Vì thế để điều trị tiểu gấp không kiểm soát, nên phối hợp liệu pháp điều trị bằng tập luyện với điều trị bằng thuốc. Trong nhóm này có các loại thuốc sau:

+ Atropine sulfate (DL-hyoscyamine):

+ Propantheline bromide:

+ Vài loại thuốc khác như: Tolterodine tartrate, Trospium chloride, Darifenacin...

- Kháng cholinergic hỗn hợp:

+ Oxybutyninchloride:

+ Một vài thuốc khác: Dicyclomine hydrochloride, Flavoxate hydrochloride...

- Thuốc tăng trương lực cơ thắt cơ niệu đạo:

- Thuốc đồng vận Adrenergic:

Ở cổ bàng quang và đoạn niệu đạo gần có các thụ thể 1. Khi kích thích thụ thể này làm co thắt cơ trơn, làm tăng áp lực đóng niệu đạo. Tuy nhiên, loại này có tác dụng phụ nhiều, đặc biệt là trên tim mạch như: nhức đầu, run rẩy, mệt, hồi hộp đánh trống ngực, rối loạn nhịp tim, khó thở... Cần thận trọng cho người bị bệnh tim mạch và cường giáp.

- Ephedrine: Nhóm thuốc này có tác dụng tốt đối với TKKSKGS mức độ nhẹ và có ít tác dụng đối với những bệnh nhân có mức độ nặng.

Ngoài ra còn vài loại khác như: Phenylpropanolamine, Imipramine, Duloxetine...

- Nội tiết tố nữ (Oestrogens):

Ở những người mãn kinh, các bệnh lý như: TKKSKGS, các triệu chứng đường tiểu dưới, nhiễm khuẩn đường tiết niệu gia tăng. Vì vậy nên bổ sung Estrogen cho những bệnh nhân này. Nhưng theo phân tích nghiên cứu của Hextall [61] cho thấy rằng estrogen không có tác dụng trong TKKSKGS.

1.6.3. Các phương pháp phẫu thuật:

Khâu hẹp thành trước âm đạo:

Phương pháp khâu hẹp thành trước âm đạo có từ rất lâu. Phương pháp này được xem là đầu tiên trong điều trị TKKSKGS do Kelly đưa ra. Nguyên tắc của phương pháp này là khâu hẹp lại thành trước âm đạo. Tác giả cho rằng nhờ đó làm căng và giữ được cổ bàng quang- niệu đạo, để tránh tình trạng TKKSKGS.

Ngày nay, không thấy có tài liệu nào nói đến phương pháp này trong điều trị TKKSKGS và trong Hướng dẫn điều trị của Hội Nội Khoa Mỹ cũng không nói đến [104].

Treo cố định cổ bàng quang sau xương mu:

Chỉ định:

Trong nhóm kỹ thuật này, có phẫu thuật Marshall-Marchetti-Krantz và phẫu thuật Burch. Nguyên tắc của phẫu thuật này là nhằm treo và giữ cố định cổ bàng quang và niệu đạo ở sau xương mu qua trung gian thành trước âm đạo. Chỉ định dùng kỹ thuật này trong những trường hợp sau [112]:

- Các phẫu thuật này chỉ định cho TKKSKGS dạng niệu đạo quá di động.
- Những trường hợp TKKSKGS có đi kèm với các phẫu thuật ở vùng bụng.
- Những trường hợp TKKSKGS mà có hiện tượng rỉ nước tiểu xảy ra khi áp lực trong ổ bụng lớn hơn 100cm nước (Valsava Leak Point Pressure > 100 cmH₂O).

- TKKHKGS với áp lực đóng niệu đạo > 25 cmH₂O.

Chống chỉ định: Trong những trường hợp béo phì, những trường hợp đã mổ trước đó cho điều trị TKKSKGS hoặc những trường hợp có cổ bàng quang mở khi làm chẩn đoán hình ảnh.

Phẫu thuật Marshall-Marchetti- Krantz:

Phương pháp này ra đời vào năm 1949. Đầu tiên, các tác giả dùng kỹ thuật này để điều trị cho nam bệnh nhân sau mổ vùng chậu-bụng bị TKKSKGS và sau đó áp dụng cho nữ bệnh nhân. Kỹ thuật này nhằm treo niệu đạo và thành trước âm đạo quanh niệu đạo vào mặt sau của mô quanh xương mu bằng chỉ chromic.

Sau này người ta cải tiến khâu vào mô sụn –sợi của khớp mu thay vì khâu vào mô quanh xương.

Phẫu thuật Burch:

Phẫu thuật này ra đời 1961 [33] nhằm khắc phục những hạn chế của phẫu thuật Marshall-Marchetti-Krantz (MMK). So với phẫu thuật MMK, Burch treo trước và bên hơn là treo phía trước. Tác giả cải tiến bằng cách treo thành trước âm đạo vào dây chằng Cooper thay vì vào khớp mu. Dùng chỉ khâu Prolene thay vì chromic. Chỉ khâu ở thành trước âm đạo cách cổ bàng quang và niệu đạo 2cm và cách nhau 1,5cm.

Treo cổ bàng quang sau xương mu qua nội soi:

Theo làn sóng phát triển của nội soi, các nhà phẫu thuật ít xâm lấn đã áp dụng nội soi vào trong phẫu thuật treo cổ bàng quang sau xương mu. VanCaille là người thực hiện đầu tiên vào năm 1991. Khởi đầu, họ làm phẫu thuật MMK, và sau đó làm phẫu thuật Burch [117].

Có nhiều kỹ thuật nội soi phẫu thuật sau xương mu ra đời để điều trị TKKSKGS, hoặc ngoài phúc mạc hoặc trong phúc mạc. Kỹ thuật trong phúc mạc cần rạch phúc mạc mặt trước ở giữa dây chằng rốn. Sau đó bộc lộ khoang Retzius [101]. Kỹ thuật ngoài phúc mạc cần làm bong bóng để tạo khoang sau phúc mạc. Sau đó khâu cân mạc nội chậu (Endopelvic fascia) vào dây chằng Cooper. Vị trí và số lượng mũi khâu thay đổi tùy tác giả. VanCaille khâu một mũi mỗi bên ở cổ bàng quang [117]. Sau đó nhiều tác giả khác khâu hai mũi mỗi bên, ở vị trí niệu đạo giữa và ở cổ bàng quang [83].

So với mổ mở, nội soi có những ưu điểm: ít mất máu hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, ít đau hơn [88].

Đánh giá kết quả: Tỷ lệ thành công rất thay đổi tùy tác giả.

Đối với kỹ thuật MMK: tỷ lệ thành công từ 61%-90%. Đối với kỹ thuật Burch, tỷ lệ thành công từ 63%-93% [21].

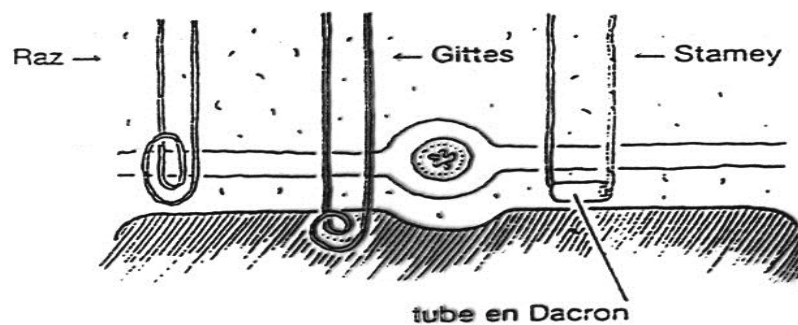
Đối với nội soi, tỉ lệ thành công từ 80%-90% [101], [106]. Nhiều báo cáo cho thấy hiệu quả của phương pháp này bị giảm khi theo dõi lâu dài. Theo MacDougall, tỉ lệ thành công chỉ còn 30% sau 45 tháng, trong khi hiệu quả lúc 2 năm là 72% [82].

Treo cổ định cổ bàng quang bằng kim:

Chỉ định:

Nhóm này được chỉ định [31] cho dạng niệu đạo quá di động. Kỹ thuật treo cổ định cổ bàng quang bằng kim nhằm tránh bóc tách quá nhiều khoang sau phúc mạc như các kỹ thuật treo cổ định cổ bàng quang sau xương mu. Tuy nhiên các phương pháp này cho tỉ lệ thành công không cao và dễ tái phát. Theo Hướng dẫn điều trị của Hội Nội khoa Mỹ năm 2009, kỹ thuật này không còn nói đến [104].

Người đầu tiên đưa ra kỹ thuật này là Pereyra vào năm 1959, sau đó có nhiều kỹ thuật khác ra đời như Stamey, Raz, Gittes.



Hình 1.10: Các kỹ thuật treo bằng kim.

"Nguồn: Flam T, 1998" [130]

Tiêm chất keo cạnh niệu đạo:

Chỉ định:

Phương pháp này được xem là phương pháp điều trị ít xâm lấn, thường được dùng cho những bệnh nhân già yếu hoặc thực hiện cho những bệnh nhân

đã được mổ những phẫu thuật khác nhưng thất bại [73]. Mặc dù lúc đầu, người ta ưu tiên thực hiện cho những bệnh nhân bị TKKS/GS dạng suy cơ thất, nhưng phương pháp này cũng có thể có hiệu quả cho dạng niệu đạo quá di động [41].

Nguyên tắc:

Nhờ chất keo dưới niêm mạc ở đoạn niệu đạo gần, qua nội soi, tạo nên một khối ép vào niệu đạo, làm tăng áp lực khép niệu đạo, nhờ đó ngăn không cho nước tiểu thoát qua [121].

Kết quả: Theo Faerber [49] tỉ lệ thành công là 83% (Thực hiện cho người lớn tuổi). Theo Bent [25] tỉ lệ thành công là 42% (thực hiện cho dạng niệu đạo quá di động).

Cơ thắt nhân tạo:

Phương pháp này thực hiện đầu tiên bởi Scott vào năm 1972 với cơ thắt nhân tạo AS-721. Sau đó nhiều dạng cơ thắt nhân tạo được cải tiến như AS-791/792 giới thiệu 1979, AS-800 ra đời 1982.

Chỉ định:

- Phương pháp này được lựa chọn cho những bệnh nhân bị tiểu không kiểm soát sau mổ (ở nam sau mổ bướu tuyến tiền liệt) [111].

- Bệnh nhân TKKS sau gãy xương chậu, sau tạo hình niệu đạo, chấn thương tủy sống, tiểu không kiểm soát do BQ hỗn loạn thần kinh... [111]

Chống chỉ định cho những bệnh nhân có bàng quang kém giãn nở, không ổn định, bất đồng vận giữa cơ chóp BQ và cơ thắt ND, hẹp niệu đạo và túi thừa niệu đạo [111].

Kết quả: Theo Parulkar và Barrett tỉ lệ thành công là 83,3% [97]

Biến chứng: Tụ máu, tiểu khó, nhiễm trùng, hư chức năng cơ thắt nhân tạo, bị viêm nhiễm bào mòn, tiểu không kiểm soát tái phát.

Các phương pháp giá nâng đỡ niệu đạo nhân tạo:

Chỉ định cho phương pháp giá đỡ niệu đạo:

Phương pháp này được chỉ định trong các trường hợp sau [94]:

- Chỉ định cho tất cả các dạng TKKSKGS suy cơ thất hay niệu đạo quá di động.
- Chỉ định cho dạng suy cơ thất kết hợp với sa BQ. Suy cơ thất kết hợp với tình trạng bệnh lý thần kinh.
- Chỉ định cho những trường hợp bị thất bại sau phẫu thuật điều trị TKKSKGS bằng phương pháp khác như: treo cố định cổ BQ bằng kim, treo cố định cổ BQ sau xương mu.

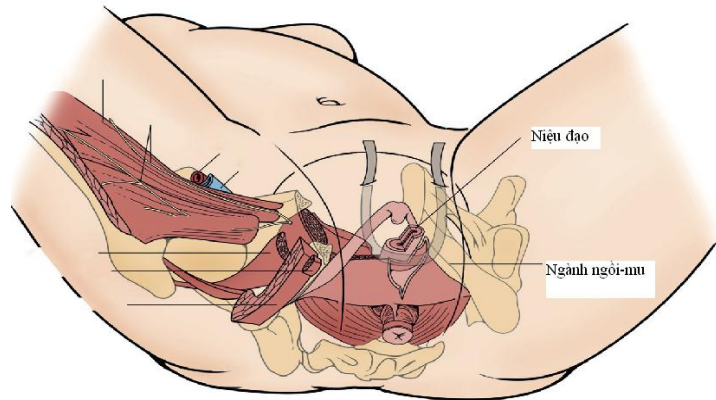
- Gần đây chỉ định cho bệnh nhân type I của TKKSKGS có nguy cơ cao tăng áp lực trong ổ bụng như: béo phì, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

- Chỉ định cho tất cả các type của TKKSKGS (Type I,II,III)

Trên một thập niên qua, phương pháp này được chọn lựa để phẫu thuật cho hầu hết các dạng TKKSKGS. Trong những năm gần đây, phương pháp này được dùng thường hơn do phương pháp treo bằng kim thường bị tái phát theo thời gian và phương pháp treo sau xương mu có nhiều biến chứng hơn. Phương pháp này được chỉ định cho tất cả các dạng TKKSKGS [81].

Phương pháp TVT:

Năm 1996, Ulmsten (người Thụy Điển) thực hiện phương pháp phẫu thuật dùng giá nâng đỡ niệu đạo, nhưng dùng mảnh ghép nhân tạo thay vì dùng cân cơ tự thân như nhiều tác giả trước đó [116] và được gọi là phương pháp TVT. Sau đó kỹ thuật này phát triển và lan rộng ở các nước nhờ kỹ thuật đơn giản và có hiệu quả cao.

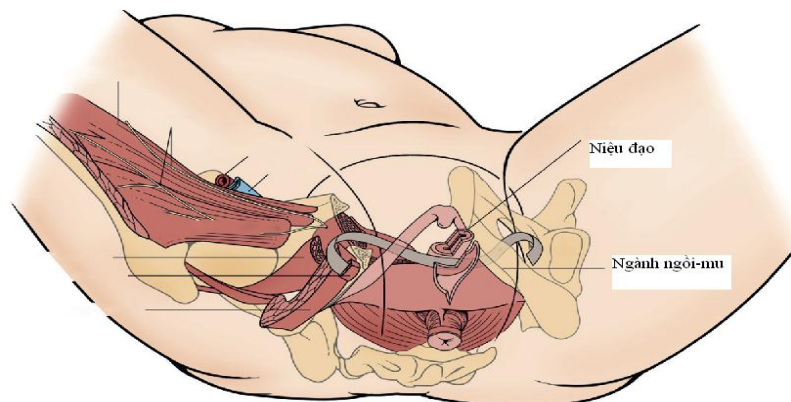


Hình 1.11: Phương pháp TVT

“*Nguồn: Roger R, 2012*” [105]

Phương pháp TOT:

Năm 2001, Delorme [129] đã báo cáo đầu tiên nghiên cứu của mình, bằng cách dùng mảnh ghép làm giá nâng đỡ niệu đạo đi qua lỗ bịt (Phương pháp TOT). Phương pháp này cũng dùng mảnh ghép nhân tạo như TVT làm giá nâng đỡ niệu đạo, nhưng không đặt mảnh ghép sau xương mu, mà đặt qua lỗ bịt, nhằm mục đích là tránh các biến chứng như thủng bàng quang, thủng ruột...



Hình 1.12: Phương pháp TOT

“*Nguồn: Roger R, 2012*” [105]

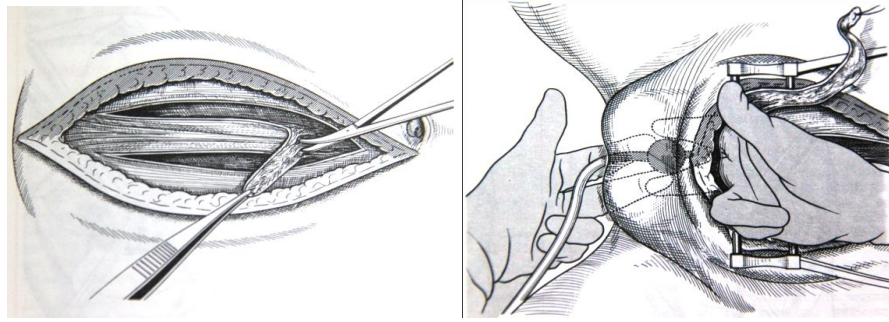
Các phương pháp giá nâng đỡ niệu đạo dùng cân cơ tự thân:

Phương pháp dùng cân cơ thẳng bụng (CCTB) được áp dụng trong điều trị TKKSKGS từ lâu. Nhưng hiện nay vẫn còn được đánh giá cao, vẫn còn được xem là phương pháp chuẩn cho điều trị bệnh lý TKKSKGS, nhờ tính an toàn và hiệu quả của nó [29]. Đặc biệt là sau giai đoạn dùng mảnh ghép nhân tạo cho phương pháp TVT, TOT, người ta thấy một số biến chứng có liên quan đến mảnh ghép, thì phương pháp dùng cân cơ thẳng bụng được nói đến nhiều hơn [29], [67], [70], [109], [124].

Chỉ định: Ngoài chỉ định chung cho phương pháp giá đỡ niệu đạo (xem phần trên), phương pháp này còn được khuyến dùng khi các phương pháp TVT, TOT không thể thực hiện được như: bệnh nhân có rò niệu đạo-âm đạo, bị bào mòn niệu đạo, tổn thương niệu đạo trong lúc mổ, túi thừa niệu đạo [79]. Tuy các phương pháp TVT, TOT thường được dùng trong điều trị TKKSKGS, nhưng nhiều tác giả tin rằng phương pháp dùng cân cơ tự thân vẫn còn có một vai trò quan trọng trong điều trị, đặc biệt là đối với những trường hợp tái phát và có biến chứng [22]. Năm 2013, nhiều tác giả đã đề cập đến vấn đề biến chứng của mảnh ghép nhân tạo và khuyến dùng cân cơ tự thân cho những bệnh nhân này [67], [109].

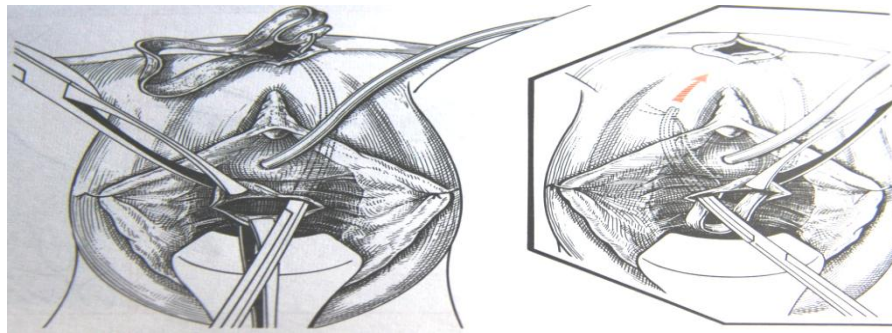
Phương pháp dùng CCTB tự thân của Goebell-Stoeckel-Michon:

Tác giả [127] phối hợp đường mổ ở bụng và âm đạo. Thì ở thành bụng, rạch da theo đường giữa trên xương mu, lấy mảnh cân cơ thẳng bụng (CCTB) theo chiều dọc, dài 15cm, rộng 1,5cm. sau đó bóc tách, bộc lộ khoang Retzius. Thì ở âm đạo, rạch theo đường nằm ngang, bóc tách sang 2 bên. Sau đó vạt cân cơ được đưa xuống, vòng dưới cổ BQ và đưa sang bên đối diện. Đầu cân tự do được khâu cố định vào cân cơ thành bụng trước.



Hình 1.13. Lấy mảnh cân cơ và bóc tách khoang Retzius.

“Nguồn: *Blondon J, 1984*” [127]

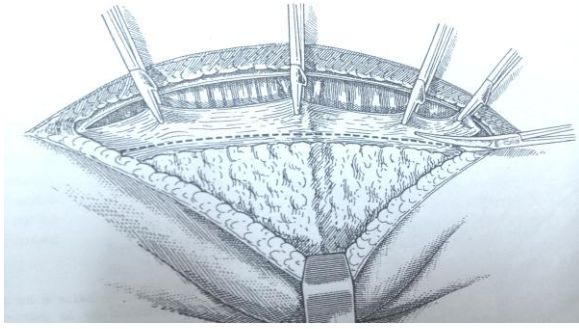


Hình 1.14: Đường đi mảnh cân cơ vòng dưới niệu đạo, khâu cố định bên đối diện.

“Nguồn: *Blondon J, 1984*” [127]

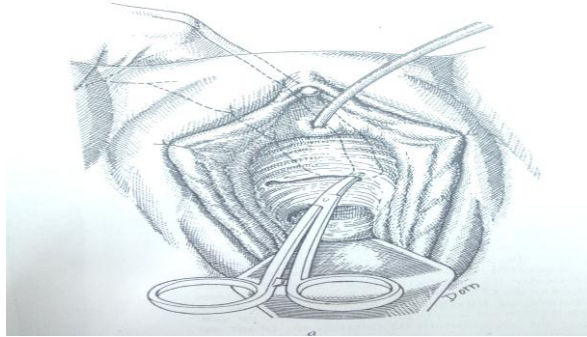
Phương pháp dùng cơ thẳng bụng tự thân của Grasset D:

Tác giả [131] mổ đường Pfannenstiel trên xương mu để lấy mảnh cân cơ thẳng bụng 1 x 10-12 cm. Tiếp theo bóc tách bộc lộ dây chằng Cooper, bàng quang và phần đầu niệu đạo. Sau đó làm thủ thuật ở thành trước âm đạo. Dùng kéo chọc thủng âm đạo đủ rộng cho mảnh cân cơ đi qua ở 2 bên niệu đạo. Đặt mảnh cân cơ nằm dưới cổ bàng quang và 2 đầu mảnh cân cơ được khâu vào dây chằng Cooper 2 bên không có một lực căng nào.



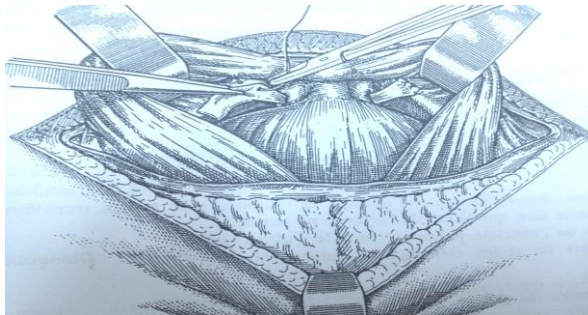
Hình 1.15: Lấy mảnh cân cơ thẳng bụng.

"Nguồn: Grasset D, 1991" [131]



Hình 1.16: Chọc thủng âm đạo 2 bên dưới sự trợ giúp của ngón tay trên bụng.

"Nguồn: Grasset D, 1991" [131]

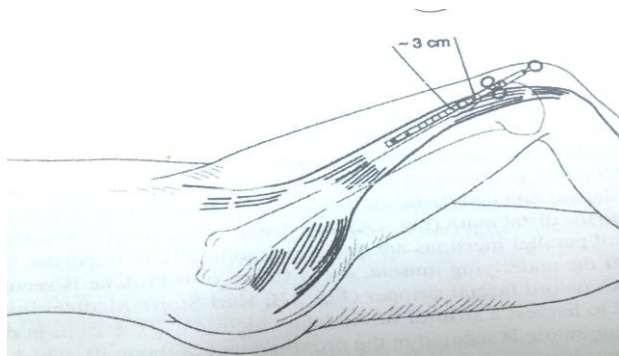


Hình 1.17: Đặt mảnh cân cơ dưới niệu đạo và khâu vào dây chằng Cooper.

"Nguồn: Grasset D, 1991" [131]

Phương pháp dùng cân cơ căng mạc đùi theo Karl JK:

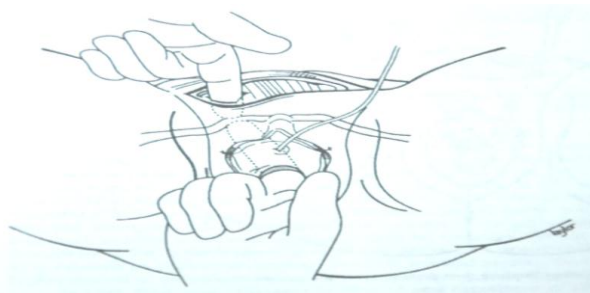
- Thủ thuật ở đùi lấy cân cơ căng mạc đùi để làm giá đỡ nâng niệu đạo [69]. Lấy một mảnh cân 24 x 2,5cm, sau đó làm sạch mô quanh cân, làm gọn sạch mảnh cân với chiều rộng là 2cm. Khâu 2 đầu cân với chỉ Prolen 0.



Hình 1.18: Lấy gân cơ căng mạc đùi.

"Nguồn: Karl JK, 2005" [69]

- Thủ thuật ở thành bụng và âm đạo: Rạch da nằm ngang trên xương mu. Bóc tách bộc lộ gân cơ thẳng bụng. Làm thủ thuật ở thành trước âm đạo để sau đó bóc tách tạo đường hầm sau xương mu từ âm đạo lên thành sau cơ thẳng bụng. Dùng một kẹp xuyên qua đường hầm sau xương mu dưới sự hướng dẫn của ngón tay, sau đó kéo đầu sợi chỉ Prolene đã được khâu vào mảnh gân cơ. Bên đối diện làm tương tự. Sau đó 2 đầu chỉ được cố định trên cơ thành bụng mà không có một lực căng nào [69].

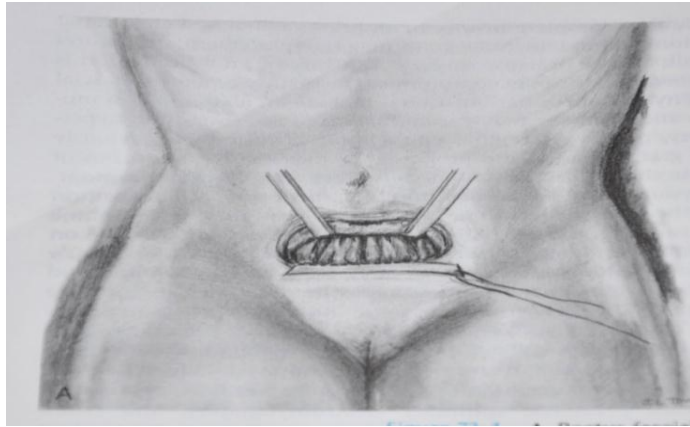


Hình 1.19: Tạo đường hầm sau xương mu

"Nguồn: Karl JK, 2005" [69]

Phương pháp dùng gân cơ thẳng bụng tự thân theo Roger:

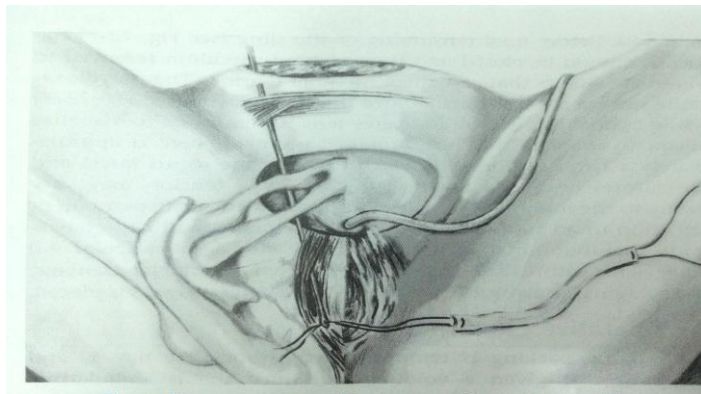
- Tác giả [105] làm thủ thuật ở thành bụng để lấy mảnh gân cơ thẳng bụng 8x2cm. Sau đó khâu lại gân cơ thẳng bụng, làm sạch mảnh gân cơ và khâu cột 2 đầu mảnh gân cơ vào chỉ không tan.



Hình 1.20: Lấy mảnh cân cơ thẳng bụng.

“Nguồn: Roger R. Dmochwski, 2012” [105]

- Làm thủ thuật ở thành trước âm đạo, bóc tách sang 2 bên, chọc thủng mạc nội chậu, sau đó dùng một kim Stamey hoặc một kẹp xuyên qua từ trên xuống, qua vết mổ từ bụng, cẩn thận đi sau xương mu, và đi qua vết mổ ở thành trước âm đạo. Đầu chỉ đã được cột vào mảnh cân cơ được kéo lên vết mổ ở bụng theo kim hoặc kẹp. Cột 2 đầu chỉ của mảnh cân cơ lại trên cơ thẳng bụng [105].



Hình 1.21: Kim Stamey đi từ thành bụng xuống âm đạo, sau xương mu.

“Nguồn: Roger R. Dmochwski, 2012” [105]

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Dân số mục tiêu: Các bệnh nhân có triệu chứng TKKSKGS đến khám tại bệnh viện Bình Dân.

- Dân số nghiên cứu: Trong số những bệnh nhân TKKSKGS khám tại bệnh viện Bình dân, chọn những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật dùng cân cơ thẳng bụng từ tháng 1/2007- 12/2012. Tất cả những bệnh nhân này sau khi được giải thích về bệnh lý và phương pháp điều trị, đồng ý được điều trị với phương pháp dùng cân cơ thẳng bụng tự thân.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Những bệnh nhân được chọn để làm phẫu thuật dùng cân cơ thẳng bụng, ưu tiên chọn lựa những bệnh nhân có điều trị nội khoa trước đó, có đủ 3 tiêu chuẩn sau:

- Đã được xác định chẩn đoán là tiểu không kiểm soát khi gắng sức.
- Làm nghiệm pháp Bonney dương tính.
- Không có một trong những tiêu chuẩn loại trừ.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không được chẩn đoán là TKKSKGS (Những bệnh nhân này do những bệnh lý khác gây tiểu không kiểm soát như BQ hỗn loạn thần kinh, tiểu gấp...).

- Bệnh nhân có kèm theo tiểu khó (thể hiện trên lâm sàng, nước tiểu tồn lưu sau tiểu > 100ml và qua niệu động học cho thấy: khả năng tổng xuất bàng quang kém).

- Ngoài ra những nữ bệnh nhân TKKSKGS có kèm theo các yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật như:

- + Sa sinh dục nặng.
- + Sau sanh trong vòng 12 tháng.
- + Đang dùng thuốc có ảnh hưởng đến chức năng bàng quang.
- + Đang điều trị bằng xạ trị vùng chậu.
- + Mở rộng bàng quang bằng ruột, cơ thắt nhân tạo.
- + Có phẫu thuật vùng chậu gần đây.
- + Có tiền sử nhiễm trùng vùng chậu nặng.

+ Bệnh nhân có những bệnh lý đi kèm, không thể thực hiện được phẫu thuật: bệnh tim mạch, phổi, rối loạn đông máu... (Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật).

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

2.2.2. Thời gian và địa điểm:

Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Bình Dân, từ tháng 1/2007 đến tháng 12/2012.

2.2.3. Phương thức tiến hành:

Chẩn đoán:

+ Lâm sàng:

Bệnh nhân được thăm hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng.

* **Hỏi bệnh sử:** Qua hỏi bệnh sử để ghi nhận triệu chứng tiểu không kiểm soát khi gắng sức của bệnh nhân. Ngoài ra qua hỏi bệnh để biết những triệu chứng niệu khoa đi kèm như: tiểu gắt buốt, tiểu nhiều... hoặc triệu chứng và tiền căn về sản phụ khoa, các yếu tố có ảnh hưởng đến bệnh... Đồng thời qua hỏi bệnh sử để biết được bệnh lý có ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân như thế nào, tiền căn nội khoa cũng như tiền căn ngoại khoa, những thuốc đã và đang dùng.....

Xác định mức độ bệnh, được phân chia theo lâm sàng [133]:

+ Độ I: Rỉ nước tiểu khi ho, cười, hắt hơi..

+ Độ II: Rỉ nước tiểu khi nâng vật nặng, lúc đi, thay đổi tư thế.

+ Độ III: Khi gắng sức ít hơn (lúc đứng, hoặc són tiểu thường xuyên).

Lưu ý: Dạng TKKSKGS có thể phối hợp với dạng tiểu gấp không kiểm soát.

* **Khám bệnh:**

+ Khám tổng quát, thần kinh: nhằm phát hiện những bất thường đi kèm.

+ Xem tình trạng dinh dưỡng vùng âm đạo, âm hộ. Xem có bất thường vùng chậu như bệnh lý sa sàn chậu, trĩ... Mục đích là xác định ngoài bệnh TKKSKGS, còn có đi kèm với bệnh lý sa sàn chậu không để có chỉ định điều trị cho thích hợp.

+ Bệnh nhân ho hay làm động tác gắng sức để xác định sự rỉ nước tiểu.

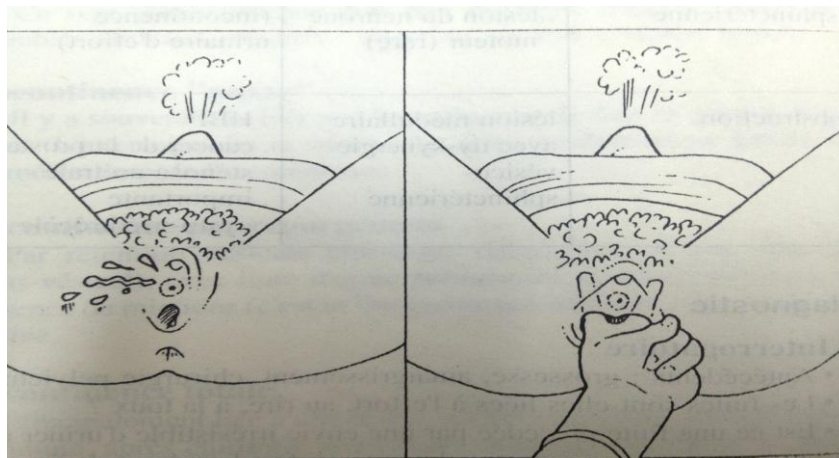
+ Xem độ di động của niệu đạo: Bảo bệnh nhân ho, hoặc làm những động tác gắng sức, xem mức độ di động của niệu đạo trước và sau khi làm những động tác gắng sức này.

+ Làm nghiệm pháp **Bonney**:

Mục đích: Nghiệm pháp Bonney không nhằm vào chẩn đoán, mà nhằm vào tiên lượng cho cuộc phẫu thuật.

Phương pháp thực hiện: Bệnh nhân nằm ở tư thế sản khoa. Bảo bệnh nhân ho (lúc này phải chắc chắn trong lòng bàng quang có đầy nước tiểu >250ml). Nếu nước tiểu có rỉ ra, bảo bệnh nhân ho lại một lần nữa. Nhưng lần này, người thầy thuốc dùng 2 ngón tay (ngón 2 và 3) nâng thành trước âm đạo lên để nâng đỡ niệu đạo. Nếu nước tiểu không còn rỉ nữa, thì nghiệm pháp xem như dương tính. Nếu còn rỉ nước tiểu, được xem là âm tính.

Ý nghĩa của nghiệm pháp: Khi nghiệm pháp dương tính, cho thấy rằng nếu niệu đạo được nâng đỡ ổn định, thì khi có sự tăng áp trong ổ bụng lúc gắng sức, sẽ không còn có hiện tượng tiểu không kiểm soát. Như vậy, khi làm những phẫu thuật có tính chất nâng đỡ niệu đạo sẽ có hiệu quả.



Hình 2.1: Nghiệm pháp Bonney.

“Nguồn: *Thierry Flam, 1998*” [130]

+ Đánh giá cơ thắt qua thăm khám hậu môn trực tràng khi cho bệnh nhân co thắt cơ hậu môn và âm đạo.

+ Cân lâm sàng:

- Niệu động học:

Phương tiện máy móc: Chúng tôi thực hiện xét nghiệm niệu động học bằng máy đo niệu động học DUET Logic của hãng Medtronic.

Phép đo thực hiện: Những bệnh nhân trước mổ được thực hiện Phép đo áp lực bàng quang nhằm đánh giá trình trạng ổn định của bàng quang. Xem khả năng chứa đựng và tổng xuất của bàng quang như thế nào, cơ chóp bàng quang co thắt có tốt hay không. Bên cạnh đó, xem nước tiểu tồn lưu của bệnh nhân. Các yếu tố cần khảo sát:

+ Dạng TKKSKGS đơn thuần hay là dạng phối hợp với BQ kích thích.

+ Sức co của cơ chóp bàng quang.

+ Khả năng tổng xuất của bàng quang.

+ Thể tích nước tiểu tồn lưu.

Những bệnh nhân sau mổ sẽ được thực hiện phép đo niệu dòng, nhằm khảo sát sau mổ có hiện tượng bế tắc đường tiểu dưới hay không, mức độ bế tắc dựa vào Q max. Bệnh nhân được đo sau phẫu thuật 1 tháng để tránh tình trạng đau sau mổ hoặc phù nề... ảnh hưởng đến kết quả [100]:

+ Bế tắc nặng ($Q_{max} < 6$ ml/s)

+ Bế tắc trung bình ($Q_{max} 6-12$ ml/s)

+ Bế tắc nhẹ ($Q_{max} 12-16$ ml/s)

+ Bình thường ($Q_{max} > 16$ ml/s)

- Xét nghiệm thường qui: bệnh nhân được thực hiện những xét nghiệm thường qui thông thường như những trường hợp khác, chuẩn bị trước mổ như: công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, đường huyết, urê huyết, creatinine huyết, điện tâm đồ, Xquang phổi, những xét nghiệm về đông máu chảy máu...

Kỹ thuật phẫu thuật:

+ Chuẩn bị trước mổ:

Chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhân, giải thích bệnh lý cũng như phương thức phẫu thuật, diễn tiến sau mổ và những điều cần làm sau mổ.

Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ như các cuộc mổ chương trình khác, không cần đặt thông tiểu và thông dạ dày trước mổ.

+ Phương pháp vô cảm:

Bệnh nhân được thực hiện phương pháp vô cảm là tê tủy sống hoặc là mê toàn thân.

+ Tư thế bệnh nhân:

Bệnh nhân được đặt ở tư thế sản phụ khoa, mông đặt quá bờ của bàn mổ. Không để chân bệnh nhân gập vào bụng quá nhiều (nên > 90 độ), vì sẽ làm ảnh hưởng đến giai đoạn mổ ở thì thành bụng, để lấy mảnh cân cơ.



Hình 2.2: Tư thế bệnh nhân: tư thế sản phụ khoa, chân không gấp vào bụng quá nhiều (nên > 90 độ).

(BN: Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)

+ Trải khăn vùng mổ:

Khăn mổ sẽ được che phủ kín, chỉ chừa lại vùng mổ trên xương mu và âm hộ.



Hình 2.3: Trải khăn vùng mông.

(BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)

+ Các bước trong kỹ thuật phẫu thuật:

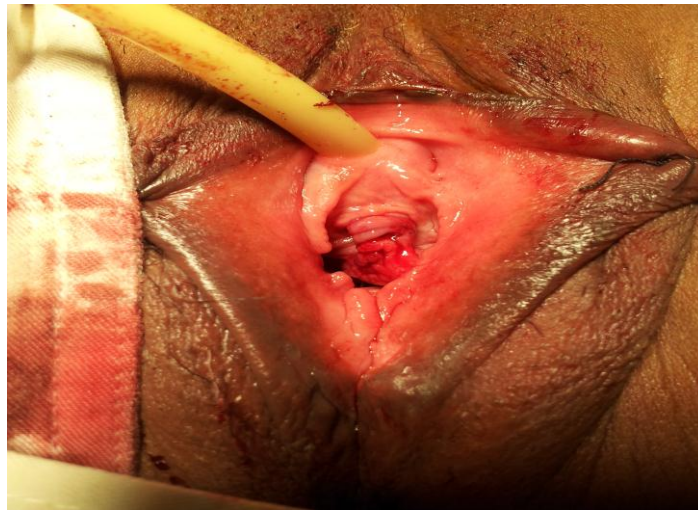
- Bước 1: Treo môi nhỏ 2 bên vào nếp đùi.



Hình 2.4: Treo môi nhỏ 2 bên vào nếp đùi.

(BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)

- Bước 2: Đặt thông tiêu: để làm trống bàng quang hoàn toàn.



Hình 2.5: Đặt thông tiêu.

(BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)

- Bước 3: Thủ thuật ở thành bụng để lấy mảnh cân cơ thẳng bụng:

Rạch da ở thành bụng đường nằm ngang, trên xương mu 2 cm (Đường mổ Pfannenstiel) dài khoảng 10cm, tùy trường hợp bệnh nhân mập hay ốm. Sau đó bóc tách, để bộc lộ cân cơ thẳng bụng.

Lưu ý ở giai đoạn này, khi đốt cầm máu, rất hạn chế đốt trên cân cơ thẳng bụng, nơi mà cân cơ sẽ được lấy, để làm phẫu thuật.



Hình 2.6: Rạch da đường nằm ngang, trên xương mu.

(BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)



Hình 2.7: Bóc tách để lấy mảnh cân cơ thẳng bụng.

(BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)

Sau khi đã bóc lộ rõ, mảnh cân cơ thẳng bụng sẽ được cắt khối cơ thẳng bụng với chiều rộng 1,5 - 2 cm, dài khoảng 10 - 12cm.



Hình 2.8: Cắt mảnh cân cơ thẳng bụng.

(BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)

Mảnh cân cơ được lấy theo chiều vết mổ (nằm ngang). Lưu ý rằng: lúc bóc tách để lấy mảnh cân cơ, phải làm thật đều 2 bên, tránh trường hợp mất sự cân bằng 2 bên, như thế sẽ khó bóc tách lúc cắt lấy cân, và khó cho lúc đóng bụng. Khi cắt mảnh cân cơ, cần phải cẩn thận, không được cắt phạm, hay làm hư cân. Có thể lấy phần mô quanh cân dính nhiều (sẽ làm sạch sau) nhưng không để bị phạm vào cân cơ. Đồng thời mảnh cân cơ được cắt với vết cắt thẳng, ngay. Không nên cắt xéo và đường cắt bị răng cưa, như vậy sẽ phải cắt tỉa lại, sẽ làm cho mảnh cân cơ bị nhỏ lại.

- Bước 4: Chuẩn bị mảnh cân cơ

Mảnh cân cơ được lấy ra, cho ngâm vào nước muối sinh lý vô trùng. Trong lúc này, vết mổ sẽ được cầm máu kỹ và nhét một gạc vào để cầm máu và che phủ trường. Mảnh cân cơ được làm sạch mô mỡ và mô quanh cân cơ, sau đó được khâu cột ở 2 đầu cân cơ bằng chỉ Prolene 1-0.



Hình 2.9: Mảnh cân cơ thẳng bụng được lấy ra.

(*BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299*)



Hình 2.10: Sau khi lấy mảnh cân, chuẩn bị mô ở thành trước âm đạo.

(BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)

- Bước 5: Thủ thuật thành trước âm đạo và tạo đường hầm sau xương mu:

Rạch 2-3 cm thành trước âm đạo, cách miệng niệu đạo 1,5-2 cm. Sau đó bóc tách âm đạo và mô quanh niệu đạo, sang 2 bên theo hướng ra ngoài và ra sau đến mạc nội chậu. Giai đoạn này cần bóc tách thận trọng, vì rất dễ làm chảy máu. Nếu không bóc tách đúng lớp, có thể chảy máu và có thể làm thủng bàng quang. Dùng ngón tay bóc tách rộng và chạm được mạc nội chậu. Trong lúc đó, từ trên vết mổ ở thành bụng, từ mép dưới của mảnh cân cơ được cắt, dùng một ngón tay khác tách ở phía dưới cân cơ, ngay bờ ngoài cơ thẳng bụng. Bóc tách ngay sát sau xương mu, theo hướng đi vào trong, về phía ngón tay từ vết mổ thành trước âm đạo đi lên, để cho 2 ngón tay gặp nhau và được phân cách bởi mạc nội chậu. Dùng một clamp, theo ngón tay từ thành bụng xuống, đi sát xương mu và chọc thủng mạc nội chậu và theo ngón tay ở phía dưới âm đạo để xuyên qua vết mổ đã được bóc tách sẵn ở âm đạo. Dùng

clamp này kẹp đầu chỉ tự do (mà đã được khâu cột một đầu vào đầu mảnh cân cơ) và kéo lên trên qua đường hầm sau xương mu, lên trên vết mổ ở thành bụng.



Hình 2.11: Thủ thuật ở thành trước âm đạo.

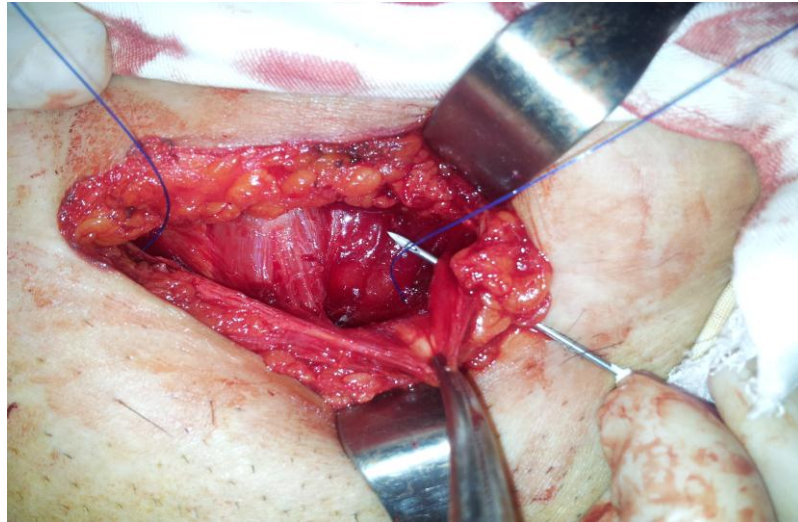
(BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)



Hình 2.12: Tạo đường hầm sau xương mu bằng ngón tay

(BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)

Tương tự thực hiện cho bên đối diện. 2 sợi chỉ của 2 đầu mảnh cân cơ, sau đó được đâm xuyên qua mép dưới của cân cơ thẳng bụng qua một kim và được giữ lại, chưa được cột lại ngay. Lúc bây giờ 2 mép cân cơ được khâu lại bằng mũi liên tục bằng chỉ Vicryl số 1.

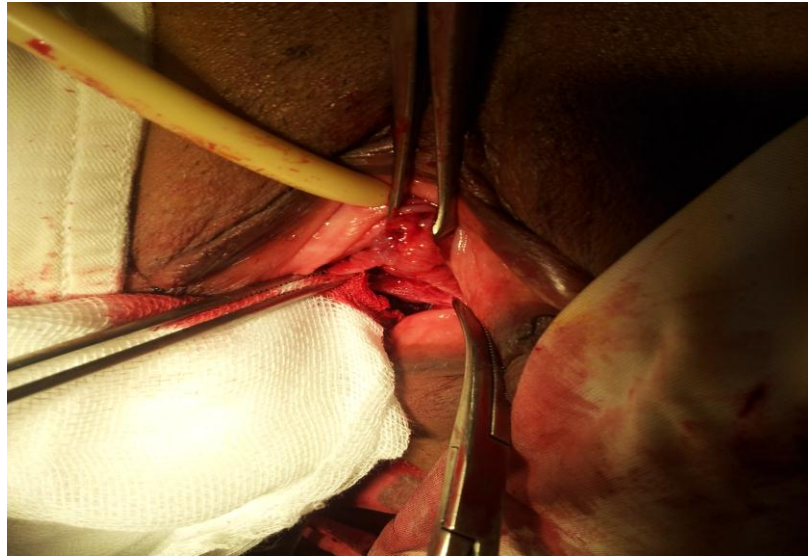


Hình 2.13: 2 sợi chỉ của 2 đầu mảnh cân được đâm xuyên qua cân cơ thẳng bụng qua một cây kim.

(BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)

- Bước 6: Đặt mảnh cân cơ và cố định trên cân cơ thẳng bụng ở thành bụng:

Sau khi đã định vị mảnh cân cơ (chú ý cho đều 2 bên và đúng vị trí ở niệu đạo gần) và sau khi đã chọn lực nâng của mảnh cân cơ thích hợp, thì tiến hành cột 2 đầu chỉ trên cân cơ thẳng bụng. Cột riêng từng bên. Lưu ý khi đặt mảnh cân cơ làm giá đỡ niệu đạo, tránh kéo căng, sẽ gây tiểu khó hoặc kéo không đủ sẽ không hiệu quả. Chỉ kéo mảnh cân vừa chạm niệu đạo, không có một lực kéo nào.



Hình 2.14: Sau khi đặt mảnh cân cơ.
(BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)

- Bước 7: Khâu lại thành bụng.

Cân cơ được khâu bằng chỉ tan (Vicryl 1). Trong quá trình mổ luôn theo dõi nước tiểu. Và nếu nghi ngờ có thủng bàng quang, phải tiến hành soi bàng quang ngay, để kịp thời xử trí.



Hình 2.15: Khâu da.
(BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)

- Bước 8: Khâu lại thành trước âm đạo: bằng chỉ tan (Vicryl 2-0).

- Bước 9: Đặt thông tiểu lưu: bằng ống thông Foley và đặt gạc trong âm đạo có tấm betadine.

+ Hậu phẫu:

Bệnh nhân được theo dõi sau mổ và được lưu ý các biến chứng sớm sau mổ. Nếu hậu phẫu ổn, không có vấn đề biến chứng, bệnh nhân sẽ được rút gạc vào ngày thứ nhất và rút thông tiểu sau 2-3 ngày sau mổ. Bệnh nhân có thể ra viện vào ngày thứ 2-3. Cắt chỉ ngày thứ bảy.

2.2.4. Tiêu chuẩn đánh giá:

Các biến số nghiên cứu:

+ Thời gian phẫu thuật: Là khoảng thời gian tính từ lúc phẫu thuật viên bắt đầu rạch da đến khi khâu xong thành trước âm đạo. Thời gian sẽ được tính bằng phút.

+ Thời gian đặt thông tiểu. Đơn vị tính: ngày.

+ Thời gian nằm viện (hậu phẫu). Đơn vị tính: ngày.

+ Biến chứng trong mổ: Là các biến chứng xảy ra trong lúc làm phẫu thuật. Các biến chứng cần lưu ý là: Thủng bàng quang, thủng niệu đạo, thủng các tạng trong bụng, chảy máu...

+ Biến chứng sau mổ: Là các biến chứng xảy ra sau mổ. Các biến chứng cần lưu ý: Tiểu khó, tiểu gấp, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nhiễm trùng vết mổ, bào mòn, đau vùng chậu...

+ Kết quả điều trị:

- Tỷ lệ thành công và thất bại.

+ Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật:

- Mỗi liên quan của một số yếu tố đến kết quả phẫu thuật:

Giữa độ nặng của bệnh và kết quả phẫu thuật.

Giữa thời gian mắc bệnh và kết quả phẫu thuật.

Giữa dạng niệu đạo di động và kết quả phẫu thuật.

- Mỗi liên quan của một số yếu tố đến biến chứng tiểu khó:

Giữa độ nặng của bệnh và biến chứng tiểu khó.

Giữa dạng niệu đạo di động và biến chứng tiểu khó.

- Mỗi liên quan của một số yếu tố đến thời gian phẫu thuật:

Giữa độ nặng của bệnh và thời gian phẫu thuật.

Giữa dạng niệu đạo di động và thời gian phẫu thuật.

- Mỗi liên quan của một số yếu tố đến độ nặng của bệnh:

Giữa thời gian mắc bệnh và độ nặng của bệnh.

Giữa dạng niệu đạo di động và độ nặng của bệnh.

+ Ngoài ra theo dõi một số yếu tố khác như:

- Đặc điểm các yếu tố nguy cơ.

- Đặc điểm bệnh lý TKKSKGS.

- Đặc điểm mẫu nghiên cứu (gồm phân bố theo tuổi, cân nặng).

- Chất lượng cuộc sống trước và sau mổ.

- Các yếu tố khác: tiểu gấp, tiểu nhiều lần, triệu chứng sản khoa (huyết trắng...), nghiệm pháp Bonney...

- Xét nghiệm niệu động học: Bằng phép đo áp lực bàng quang, khảo sát dạng TKKSKGS đơn thuần hay là dạng phối hợp, co thắt của cơ chóp bàng quang, khả năng tổng xuất của bàng quang, nước tiểu tồn lưu sau tiểu.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả:

+ Đánh giá kết quả sau phẫu thuật:

- Trong loạt nghiên cứu này, bệnh nhân được theo dõi và đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tháng, 3 tháng và 1 năm.

- Thành công: Bệnh nhân được xem là thành công khi chấm dứt hoàn toàn tình trạng TKKSKGS sau mổ.

- Thất bại: Bệnh nhân được xem là thất bại khi lâm sàng còn TKKSKGS dù ít hay nhiều.

+ Đánh giá các biến chứng:

- Biến chứng tiểu khó: Khi bệnh nhân có những than phiền rối loạn lúc đi tiểu như: lúc tiểu phải rặn mạnh, dòng tiểu yếu so với trước mổ, cảm giác tiểu không hết... Bệnh nhân sẽ được thăm khám, đo nước tiểu tồn lưu sau tiểu và làm phép đo niệu dòng. Nếu Q max của phép đo niệu dòng < 15ml/s, nên nghĩ đến biến chứng tiểu khó. Chú ý rằng triệu chứng tiểu khó có thể xảy ra thoáng qua trong giai đoạn đầu sau mổ, do có hiện tượng phù nề sau mổ hoặc do bệnh nhân đau nên không tiểu được..., vì vậy biến chứng này chỉ nên xác định sau 4 tuần [100] (xin xem phần bàn luận).

- Biến chứng tiểu gấp: Khi bệnh nhân than phiền có triệu chứng muốn đi tiểu mạnh, đột ngột, bệnh nhân cần có nhu cầu đi tiểu ngay, do tình trạng bàng quang bị kích thích. Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, đặc biệt thăm khám âm đạo và làm niệu động học.

+ Độ nặng của bệnh: Theo phân độ của Mauroy [133]:

- Độ I: Rỉ nước tiểu khi ho, cười, hắt hơi

- Độ II: Rỉ nước tiểu khi nâng vật nặng, lúc đi, thay đổi tư thế
- Độ III: Khi gắng sức ít hơn (lúc đứng, hoặc són tiểu thường xuyên)

+ Chất lượng cuộc sống:

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật được đánh giá qua 5 mức độ từ tốt nhất (mức độ 1) đến tồi tệ nhất (mức độ 5).

- Mức độ 1: Tuyệt vời.
- Mức độ 2: Tốt
- Mức độ 3: Tạm ổn
- Mức độ 4: Khổ sở
- Mức độ 5: Không chấp nhận được.

+ Thời gian phẫu thuật: Đơn vị tính bằng phút (mỗi 5 phút). Để kiểm định thống kê, sẽ chia thành 3 nhóm:

- Nhóm 1: thời gian phẫu thuật từ 40 phút đến 50 phút
- Nhóm 2: thời gian phẫu thuật từ 55 phút đến 60 phút
- Nhóm 3: thời gian phẫu thuật trên 60 phút

+ Thời gian mắc bệnh: Đơn vị tính là năm. Để kiểm định thống kê, sẽ chia thành 3 nhóm:

- Nhóm thời gian mắc bệnh 1 (thời gian mắc bệnh < 5 năm)
- Nhóm thời gian mắc bệnh 2 (bệnh trên 5 năm và dưới 10 năm)
- Nhóm thời gian mắc bệnh 3 (thời gian mắc bệnh trên 10 năm).

2.2.5. Thu thập số liệu và xử lý số liệu:

Tất cả các số liệu đều được ghi lại trong phiếu theo dõi nghiên cứu (xem bảng phụ lục) và được nhập vào máy vi tính để lưu và phân tích xử lý số liệu.

Nghiên cứu này dùng phần mềm thống kê SPSS 13.0 for Windows để quản lý, tính toán, xử lý các dữ liệu thống kê.

Các trị số trung bình được tính theo số trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu theo phân phối chuẩn hoặc trình bày theo dạng số trung vị kèm khoảng tứ phân vị nếu là phân phối không bình thường.

Các kiểm định thống kê: Dùng kiểm định chính xác Fisher, Hồi qui tuyến tính và kiểm định t.

Chương 3

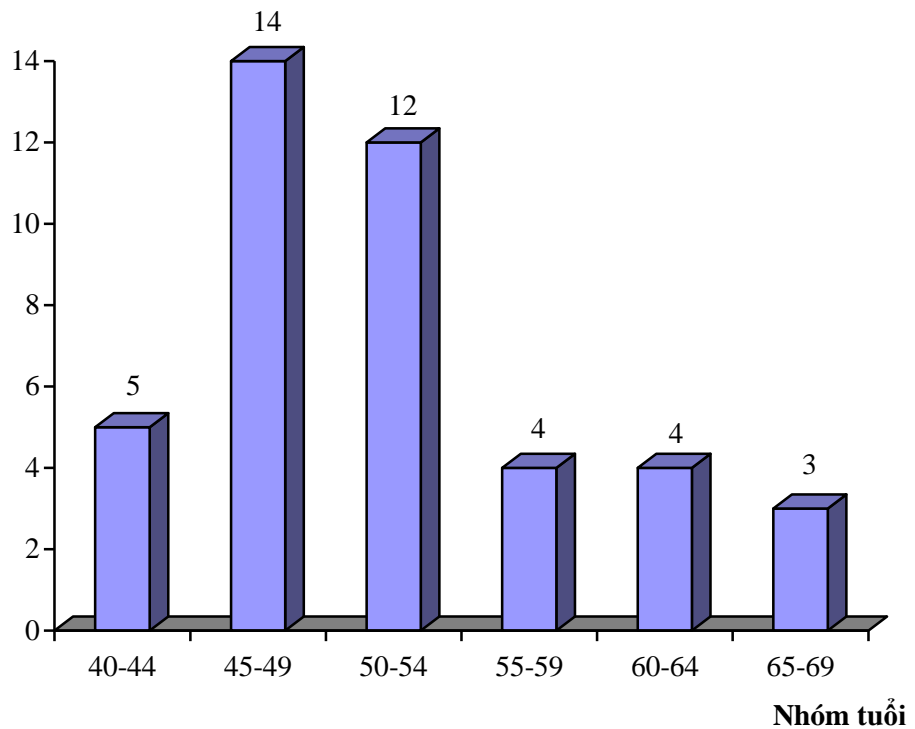
KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu:

Loại nghiên cứu này thực hiện được 42 trường hợp phẫu thuật dùng cân cơ thẳng bụng tự thân cho những nữ bệnh nhân bị TKKSKGS.

3.1.1. Tuổi:

Số bệnh nhân



Biểu đồ 3.2: Phân bố nhóm tuổi các bệnh nhân nghiên cứu.

Độ tuổi của các bệnh nhân là phân phối chuẩn (Skewness = 0,77; Kurtosis = 3,18). Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 52 ± 1 tuổi. Các bệnh nhân chủ yếu tập trung vào nhóm tuổi 45-49 (14 bệnh nhân, chiếm 33,3%) và nhóm tuổi 50-54 (12 bệnh nhân, chiếm 28,6%).

3.1.2. Cân nặng:

Bảng 3.1: Phân bố theo nhóm cân nặng.

Cân nặng (kg)	Tần số	Tỉ lệ %
40-44	1	2,4
45-49	4	9,5
50-54	8	19,1
55-59	17	40,3
60-64	8	19,1
65-69	1	2,4
70-74	2	4,8
75-79	1	2,4

Cân nặng của các bệnh nhân là phân phối tương đối chuẩn (Skewness = 0,77; Kurtosis = 4,16). Cân nặng trung bình của các bệnh nhân là $56,7 \pm 6,8$ kg. Các bệnh nhân chủ yếu tập trung vào nhóm cân nặng 55-59 kg (17 bệnh nhân, chiếm 40,3%).

3.2. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ:

Bảng 3.2: Đặc điểm các yếu tố nguy cơ của các bệnh nhân (N = 42)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ %
Tiền căn sanh khó	12	28,6
Tiền căn sanh con to	4	9,5
Mãn kinh	15	35,7
Táo bón	7	16,7
Có người thân cũng bị TKKSKGS	8	19
Dùng thuốc có ảnh hưởng	0	0

Số bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ không nhiều. Yếu tố nguy cơ nhiều nhất là yếu tố mãn kinh (tuổi) với 15 bệnh nhân (chiếm 35,7%), kế đến là yếu tố có tiền căn sanh khó với 12 bệnh nhân (chiếm 28,6%). Các yếu tố còn lại không đáng kể.

Bảng 3.3: Số lần sanh

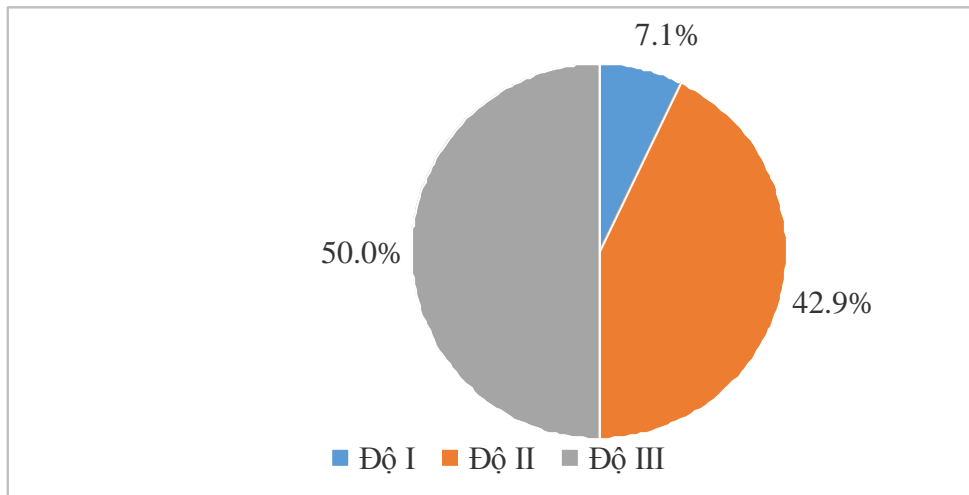
Số lần sanh	Tần số	Tỉ lệ %
1	1	2,4
2	17	40,5
3	11	26,2
4	5	11,9
5	3	7,1
6	2	4,8
7	3	7,1

Số lần sanh của các bệnh nhân là phân phối tương đối không bình thường (Skewness = 1,12; Kurtosis = 3,31). Số lần sanh của các bệnh nhân có khoảng trung vị là 3 lần, tứ phân vị là 2-4 lần. Các bệnh nhân chủ yếu tập trung vào nhóm sanh 2 lần (17 bệnh nhân, chiếm 40,5%).

3.3. Đặc điểm bệnh lý TKKSKGS:

3.3.1. Độ nặng của bệnh:

- Độ I: 3/42 trường hợp
- Độ II: 18/42 trường hợp
- Độ III: 21/42 trường hợp.

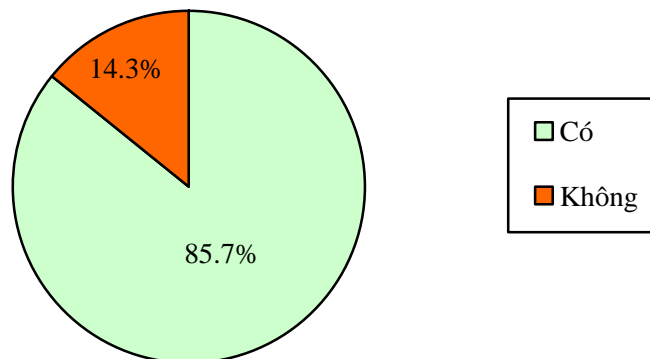


Biểu đồ 3.2: Phân bố độ nặng của các bệnh nhân

Đa số các bệnh nhân mắc bệnh ở độ III (21 bệnh nhân, chiếm 50%), và độ II (18 bệnh nhân, chiếm 42,9%).

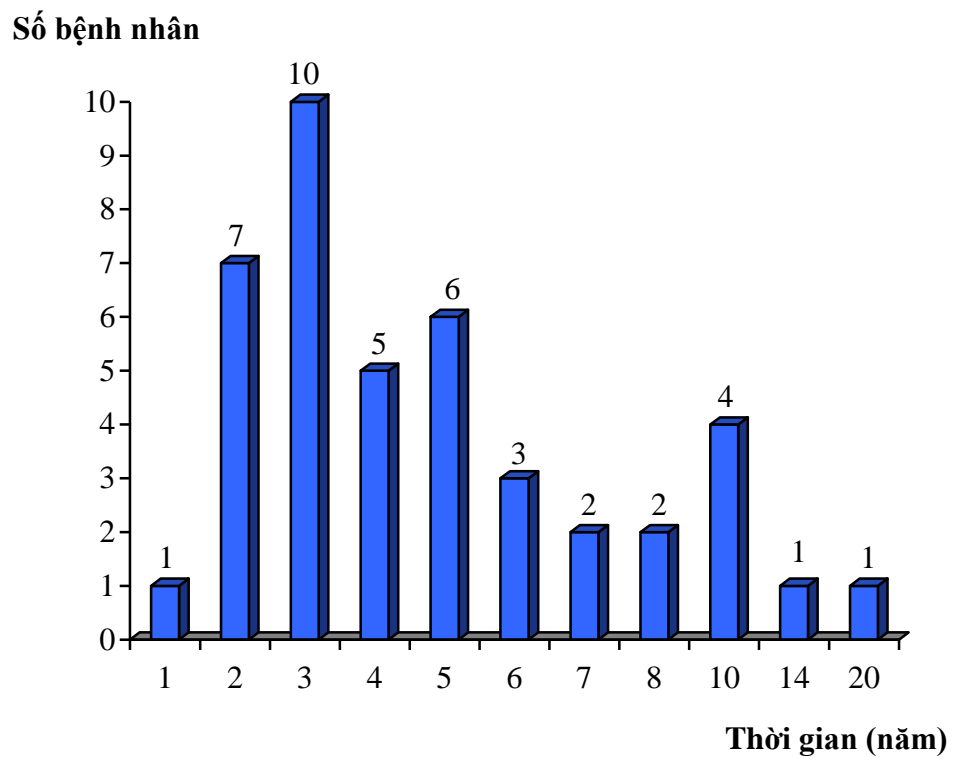
3.3.2. Dạng niệu đạo di động:

Có 36/42 trường hợp dạng niệu đạo di động.



Biểu đồ 3.3: Dạng niệu đạo di động

3.3.3. Thời gian mắc bệnh:



Biểu đồ 3.4: Phân bố thời gian mắc bệnh (năm) của các bệnh nhân.

Thời gian mắc bệnh của các bệnh nhân là phân phối không bình thường (Skewness = 2,00; Kurtosis = 7,84). Thời gian mắc bệnh của các bệnh nhân có khoảng trung vị là 4 năm, tứ phân vị là 4-6 năm. Thời gian mắc bệnh của các bệnh nhân chủ yếu tập trung vào nhóm 3 năm (10 bệnh nhân, chiếm 23,7%).

3.3.4. Các yếu tố khác:

Bảng 3.4: Các yếu tố khác trong bệnh lý TKKSKGS

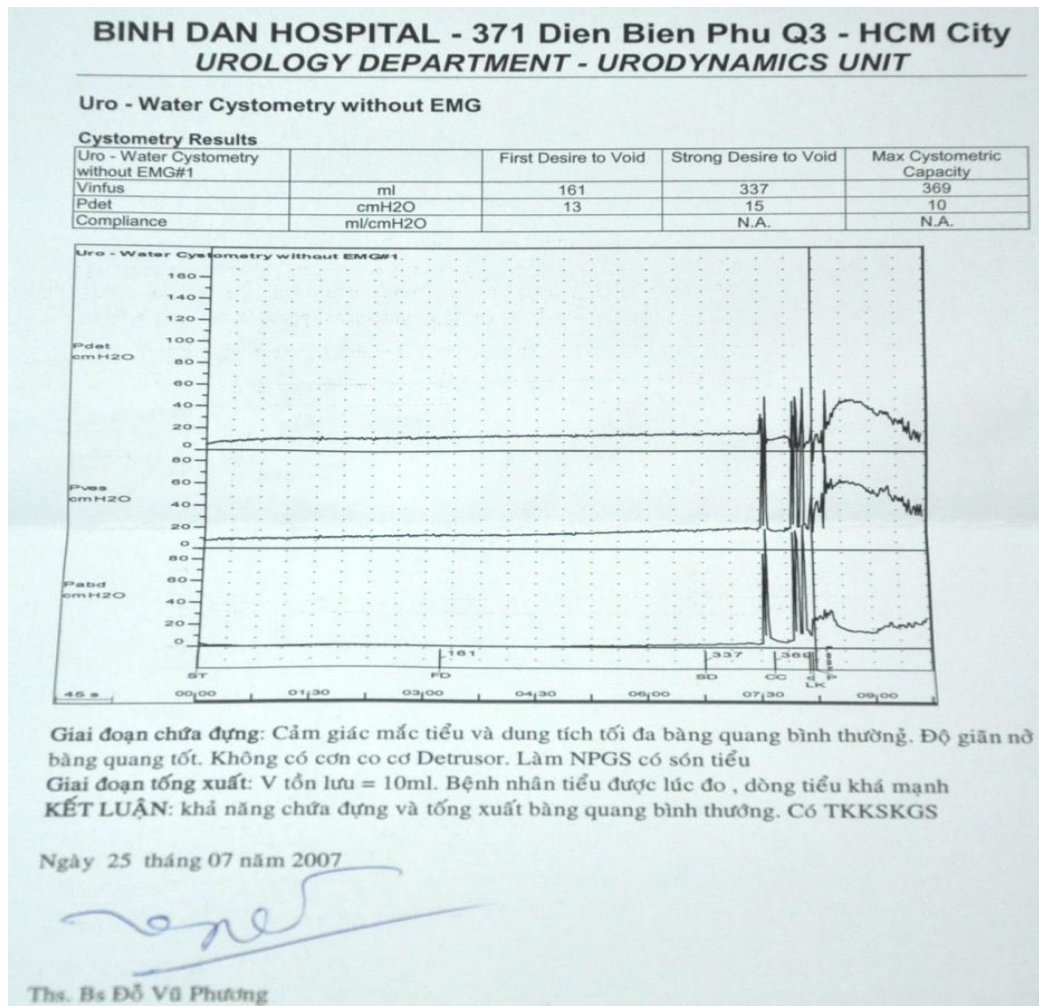
Đặc điểm (n=42)	Tần số	Tỉ lệ %
Tiểu gập	16	38,1
Tiểu nhiều lần	21	50
Triệu chứng sản phụ khoa	5	11,9
Nghiệm pháp Bonney dương tính	42	100
Co thắt cơ hậu môn bình thường	42	100

3.3.5. Xét nghiệm niệu động học:

Trong số 42 bệnh nhân trong nghiên cứu, 39 trường hợp được thực hiện xét nghiệm về niệu động học (phép đo áp lực bàng quang). Và trong số bệnh nhân này có 34 (87,17%) bệnh nhân ở dạng TKKSKGS đơn thuần và 5 (12,83%) bệnh nhân ở dạng phối hợp với bàng quang kích thích. Tất cả bệnh nhân đều có cơ chóp BQ co thắt tốt, khả năng tổng xuất bàng quang tốt, và thể tích nước tiểu tồn lưu nhỏ (dưới 20ml).

Bảng 3.5: Xét nghiệm niệu động học

Xét nghiệm niệu động học (n = 39)	Tần suất	Tỉ lệ %
Dạng TKKSKGS đơn thuần	34	87,2
Dạng phối hợp với BQ kích thích	5	12,8
Có cơ chóp BQ co thắt tốt	39	100
Khả năng tổng xuất BQ tốt	39	100
Thể tích nước tiểu tồn lưu nhỏ (< 20ml)	39	100



Hình 3.1: Phép đo áp lực bàng quang trước mổ.

(BN Nguyễn Thị Ngọc Th, 1954, số hồ sơ: 207/13792)

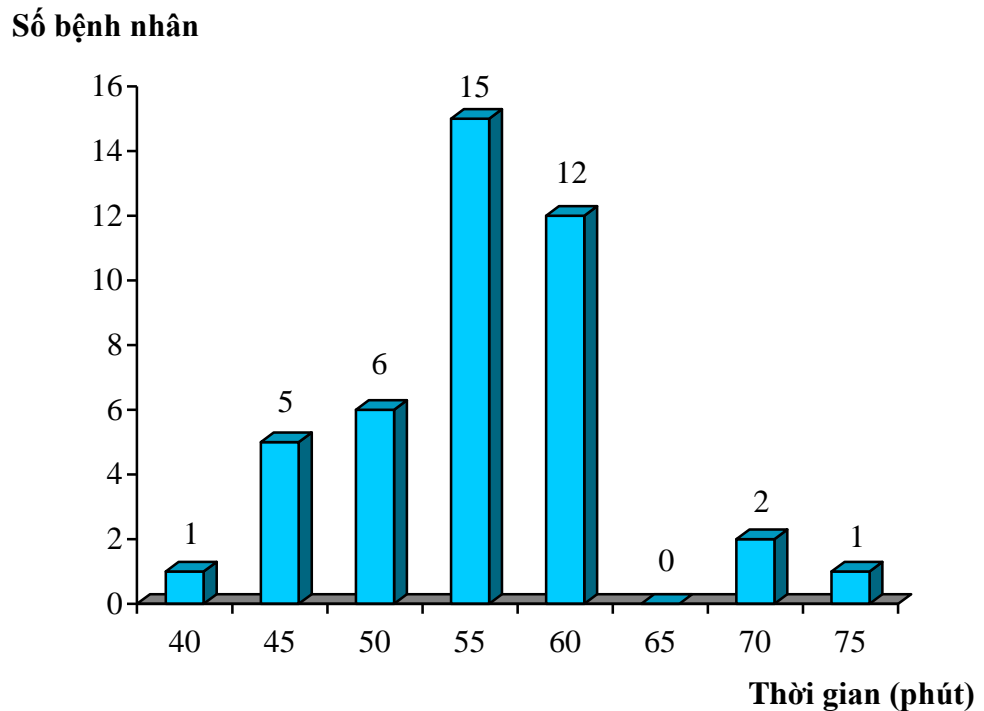
3.4. Đặc điểm phẫu thuật:

3.4.1. Phương pháp vô cảm:

Phương pháp được sử dụng hầu hết là phương pháp tê tủy sống. Tuy nhiên có 1 trường hợp bệnh nhân tê tủy sống không hiệu quả nên phải thực hiện vô cảm bằng mê toàn thân.

3.4.2. Thời gian phẫu thuật:

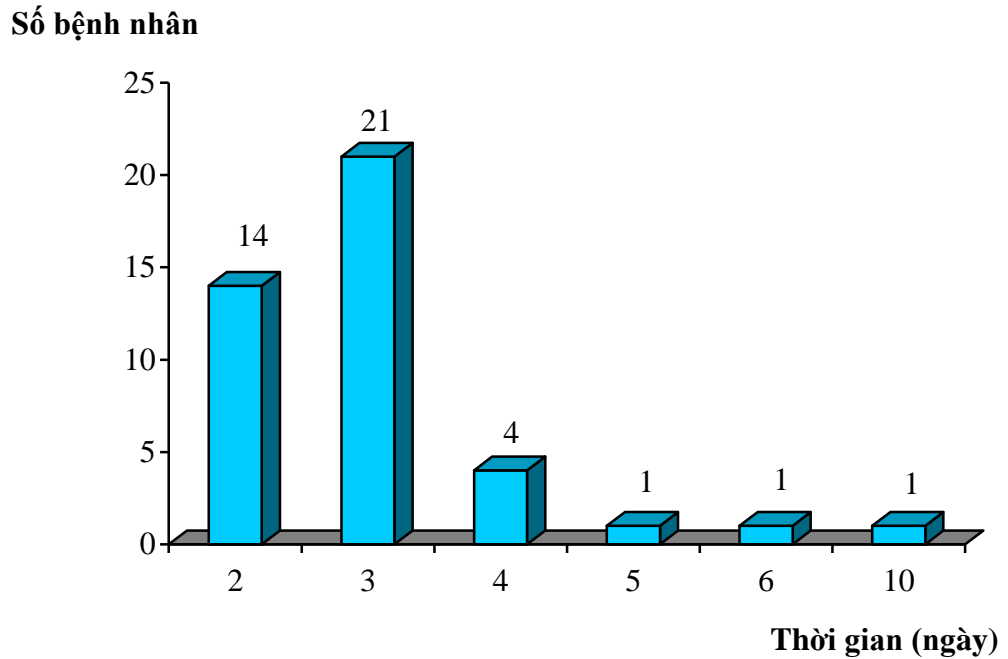
Thời gian phẫu thuật được chia thành từng nhóm mỗi 5 phút. Kết quả thời gian phẫu thuật thể hiện qua biểu đồ sau:



Biểu đồ 3.5: Phân bố thời gian phẫu thuật (phút) của các bệnh nhân

Thời gian phẫu thuật của các bệnh nhân là phân phối tương đối chuẩn (Skewness = 0,35; Kurtosis = 3,75). Trung bình thời gian phẫu thuật của các bệnh nhân là 55 ± 7 phút. Thời gian phẫu thuật của các bệnh nhân chủ yếu tập trung vào nhóm 55-60 phút (27 bệnh nhân, chiếm 64,2%).

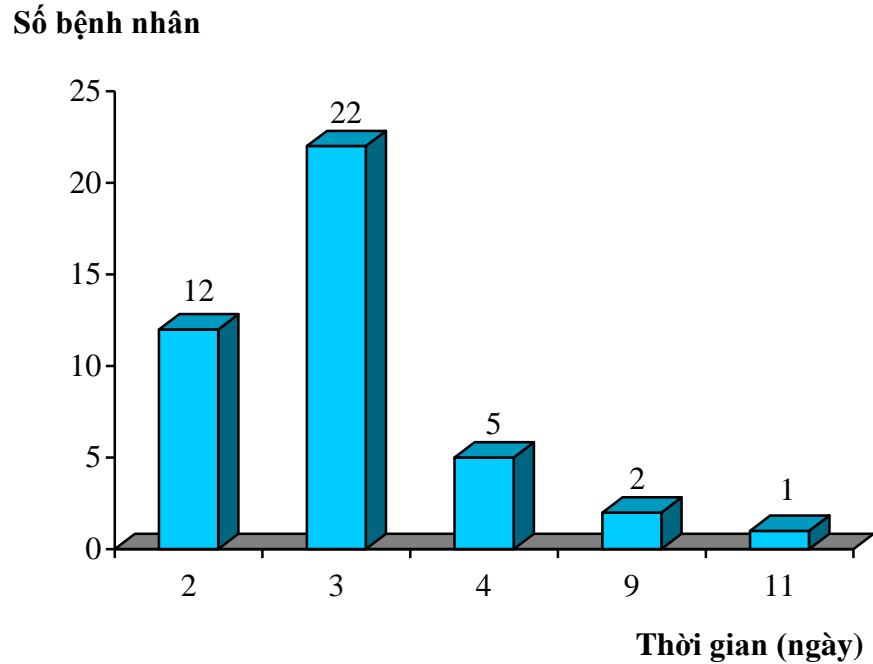
3.4.3. Thời gian đặt thông tiểu:



Biểu đồ 3.6: Phân bố thời gian đặt thông tiểu (ngày) của các bệnh nhân.

Thời gian đặt thông tiểu của các bệnh nhân là phân phối không bình thường (Skewness = 3,24; Kurtosis = 16,10). Thời gian đặt thông tiểu của các bệnh nhân có khoảng trung vị là 3 ngày, tứ phân vị là 2-3 ngày. Thời gian đặt thông tiểu của các bệnh nhân chủ yếu tập trung vào nhóm 3 ngày (21 bệnh nhân, chiếm 50%).

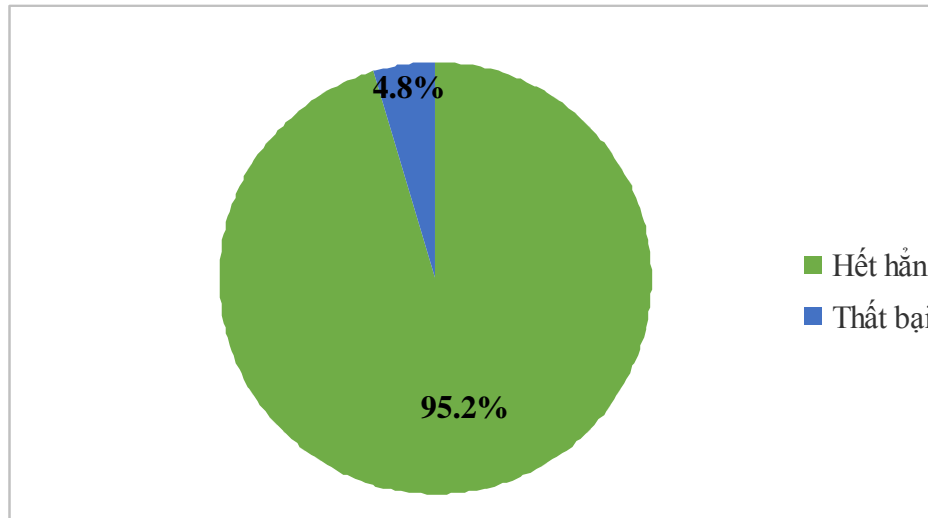
3.4.4. Thời gian nằm viện:



Biểu đồ 3.7: Phân bố thời gian nằm viện (ngày) của các bệnh nhân.

Thời gian nằm viện của các bệnh nhân là phân phối không bình thường (Skewness = 2,84; Kurtosis = 10,66). Thời gian nằm viện của các bệnh nhân có khoảng trung vị là 3 ngày, tứ phân vị là 2-3 ngày. Thời gian nằm viện của các bệnh nhân chủ yếu tập trung vào nhóm 3 ngày (22 bệnh nhân, chiếm 52,3%).

3.4.5. Kết quả phẫu thuật:



Biểu đồ 3.8: Phân bố kết quả phẫu thuật của các bệnh nhân.

Hầu hết các bệnh nhân đều cho kết quả phẫu thuật thành công, 40 trường hợp (95,2%) hết hẳn bệnh, không còn tiêu không kiểm soát. Tuy nhiên, có 2 trường hợp bệnh nhân vẫn còn TKKSKGS.

3.4.6. Thời gian theo dõi:

Thời gian theo dõi của các bệnh nhân là phân phối tương đối chuẩn (Skewness = -0,07; Kurtosis = 2,05). Trung bình thời gian theo dõi của các bệnh nhân là $38,4 \pm 16,5$ tháng. Loại nghiên cứu này chưa ghi nhận trường hợp nào bị tái phát, có những trường hợp được theo dõi > 4 năm.

- Thời gian theo dõi:

+ 1 tháng: có 42/42 TH (100%), kết quả điều trị 40/42 TH (95,2%)

+ 3 tháng: có 42/42 TH (100%), kết quả điều trị 40/42 TH (95,2%)

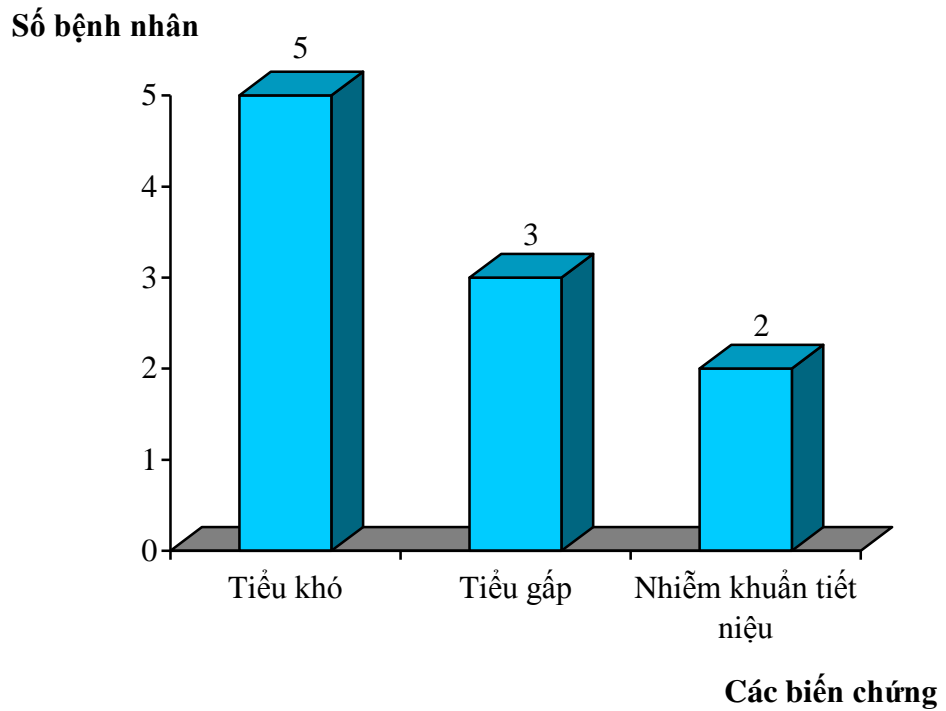
+ 1 năm: có 40/42 TH (95,2%), kết quả điều trị 38/40 TH (95%)

+ 2 năm: có 35/42 TH (83,3%), kết quả điều trị 33/35 TH (94,2%)

+ 3 năm: có 25/42 TH (59,5%), kết quả điều trị 23/25 TH (92%)

+ 4 năm: có 17/42 TH (42,85%), kết quả điều trị 15/17 TH (88,2%)

3.4.7. Biến chứng



Biểu đồ 3.9: Phân bố biến chứng sau phẫu thuật của các bệnh nhân.

Trong nghiên cứu này ghi nhận có 3 biến chứng. Có 5 trường hợp bị biến chứng tiểu khó (11,9%), 3 trường hợp bị biến chứng tiểu gấp (7,1%), và 2 trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu (4,8%).

3.5. Biểu chứng tiểu khó:

Có 5/42 trường hợp (11,9%)

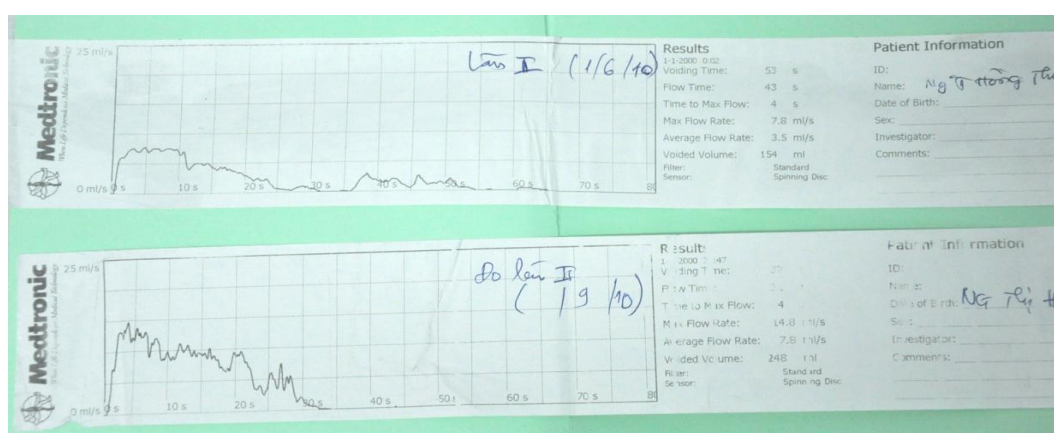
Nước tiểu tồn lưu và phép đo niệu dòng của 5 bệnh nhân biểu chứng tiểu khó sau 2 lần theo dõi:

Bảng 3.6: Nước tiểu tồn lưu (NTTL) và phép đo niệu dòng (PĐND)

Bệnh nhân	NTTL (ml)		PĐND (ml/s)	
	Lần 1	Lần 2	Lần 1	Lần 2
Bệnh nhân 1	20	15	12,6	12,6
Bệnh nhân 2	15	15	13,0	14,9
Bệnh nhân 3	40	20	7,8	14,8
Bệnh nhân 4	15	15	13,9	15,0
Bệnh nhân 5	30	20	6,7	12,2

Tất cả 5 bệnh nhân có biểu chứng khó tiểu đều có tốc độ dòng tiểu tối đa ở mức bé tắc nhẹ ở lần theo dõi thứ 2. Có tình trạng cải thiện so với lần 1. Những bệnh nhân này không than phiền gì, nên cũng không cần can thiệp gì.

So sánh lượng nước tiểu tồn lưu giữa lần 1 và lần 2 cho thấy có sự giảm rõ rệt ở bệnh nhân 3 và bệnh nhân 5, đồng thời niệu dòng đồ ở 2 bệnh nhân này cũng tăng rõ rệt sau 2 lần theo dõi.



Hình 3.2: Phép đo niệu dòng sau 2 lần.

(BN Nguyễn Thị Hồng TH, 1966, số HS: 210/01151)

3.6. Phép đo niệu dòng sau mổ:

Thực hiện 30/42 trường hợp (71,4%)

Tốc độ dòng tiểu tối đa (Q_{max}): $21,5 \pm 6,8$ ml/s (n=30)

Bảng 3.7: Phép đo niệu dòng sau mổ

Mức độ bế tắc	Số TH	Tỉ lệ %
Bế tắc nặng ($Q_{max} < 6$ ml/s)	0	0
Bế tắc trung bình ($Q_{max} 6-12$ ml/s)	2	6,7
Bế tắc nhẹ ($Q_{max} 12-16$ ml/s)	3	10,0
Bình thường ($Q_{max} > 16$ ml/s)	25	83,3

Tốc độ dòng tiểu tối đa sau phẫu thuật của các bệnh nhân là phân phối chuẩn (Skewness = -0,53; Kurtosis = 2,61). Trung bình tốc độ dòng tiểu tối đa sau mổ của các bệnh nhân là $21,5 \pm 6,8$ ml/s. Tốc độ dòng tiểu tối đa sau mổ của các bệnh nhân chủ yếu là bình thường (25 bệnh nhân, chiếm 83,3%). 5 trường hợp có Q_{max} bất thường là 5 trường hợp bị biến chứng tiểu khó.



Hình 3.3: Phép đo niệu dòng sau mổ.

(BN Nguyễn Thị Qu, 1964, số HS: 211/17430)

3.7. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước – sau phẫu thuật:

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật được đánh giá qua 5 mức độ từ tốt nhất (mức độ 1) đến tồi tệ nhất (mức độ 5) (xem phân phương pháp nghiên cứu).

Bảng 3.8: Chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân (N = 42)

Trước mổ	Tần số	Tỷ lệ %	Sau mổ	Tần số	Tỷ lệ %
Mức độ 1	0	0	Mức độ 1	3	7,1
Mức độ 2	0	0	Mức độ 2	32	76,2
Mức độ 3	0	0	Mức độ 3	6	14,3
Mức độ 4	29	69,0	Mức độ 4	1	2,4
Mức độ 5	13	31,0	Mức độ 5	0	0

Chất lượng cuộc sống trước phẫu thuật chủ yếu là khổ sở (mức độ 4, có 29 bệnh nhân, chiếm 69%). Một phần ở mức độ không chấp nhận được (mức độ 5, có 13 bệnh nhân, chiếm 31%). Không có bệnh nhân nào ở mức độ tạm ổn, tốt, hoặc tuyệt vời. Sau phẫu thuật, chất lượng cuộc sống được cải thiện rất rõ. Hầu hết các bệnh nhân ở mức độ tốt (mức độ 2, có 32 bệnh nhân, chiếm 76,2%).

Bảng 3.9: Chất lượng cuộc sống trước và sau mổ.
So sánh giữa các nhóm (độ nặng của bệnh).

Chất lượng cuộc sống	Độ nặng của bệnh					
	Độ I		Độ II		Độ III	
	Trước mổ	Sau mổ	Trước mổ	Sau mổ	Trước mổ	Sau mổ
Độ 1	0	0	0	1	0	2
Độ 2	0	3	0	16	0	13
Độ 3	0	0	0	0	0	6
Độ 4	2	0	16	1	11	0
Độ 5	1	0	2	0	10	0

3.8. Các mối liên quan:

3.8.1. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và độ nặng của bệnh:

Thời gian mắc bệnh là biến số định lượng có phân phối không bình thường. Tiến hành phân nhóm thời gian mắc bệnh thành 3 nhóm:

- Nhóm thời gian mắc bệnh 1 (thời gian mắc bệnh < 5 năm)
- Nhóm thời gian mắc bệnh 2 (bệnh trên 5 năm và dưới 10 năm)
- Nhóm thời gian mắc bệnh 3 (thời gian mắc bệnh trên 10 năm)

Bảng 3.10: Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và độ nặng của bệnh

Thời gian mắc bệnh	Độ nặng của bệnh						p	OR	KTC95%
	Độ I		Độ II		Độ III				
	n	%	n	%	n	%			
Nhóm 1	3	13,0	9	39,2	11	47,8	0,815	1,3	0,6 – 2,8
Nhóm 2	0	0	6	46,1	7	53,9			
Nhóm 3	0	0	3	50,0	3	50,0			

Kiểm định chính xác Fisher cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa độ nặng của bệnh với các nhóm thời gian mắc bệnh với $p > 0,05$.

3.8.2. Liên quan giữa niệu đạo di động và độ nặng của bệnh:

Bảng 3.11: Mối liên quan giữa niệu đạo di động và độ nặng của bệnh.

Niệu đạo di động	Độ nặng của bệnh						p	OR	KTC95%
	Độ I		Độ II		Độ III				
	n	%	n	%	n	%			
Có	3	8,3	14	38,9	19	52,8	0,619	1,6	0,3-8,0
Không	0	0	4	66,7	2	33,3			

Kiểm định chính xác Fisher cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa độ nặng của bệnh với niệu đạo di động ($p > 0,05$).

3.8.3. Liên quan giữa độ nặng của bệnh và thời gian phẫu thuật:

Thời gian phẫu thuật là biến số định lượng có phân phối chuẩn. Ngoài việc xem xét thời gian phẫu thuật như một biến số định lượng, nghiên cứu cũng tiến hành phân nhóm thời gian phẫu thuật thành 3 nhóm:

- Nhóm 1: thời gian phẫu thuật từ 40 phút đến 50 phút
- Nhóm 2: thời gian phẫu thuật từ 55 phút đến 60 phút
- Nhóm 3: thời gian phẫu thuật trên 60 phút

Bảng 3.12: Mối liên quan giữa nhóm thời gian phẫu thuật và độ nặng của bệnh (N = 42)

Độ nặng của bệnh	Thời gian phẫu thuật (phút)						p	OR	KTC95%
	Nhóm 1		Nhóm 2		Nhóm 3				
	n	%	n	%	n	%			
Độ I	1	33,3	1	33,3	1	33,4	0,060	1,1	0,4-3,1
Độ II	7	38,9	9	50,0	2	11,1			
Độ III	4	19,1	17	80,9	0	0			
Độ nặng của bệnh	Thời gian phẫu thuật (phút)						p	HSTQ	KTC95%
Độ I	60 (50-70) **						0,456	-1,3	-5,0 – 2,2
Độ II	55,0 ± 8,0 *								
Độ III	55 (55-60) **								

*: Trung bình ± độ lệch chuẩn; **: Trung vị (Khoảng tứ phân vị)

Kiểm định chính xác Fisher cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm thời gian phẫu thuật với độ nặng của bệnh ($p > 0,05$).

Hồi qui tuyến tính cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật (tính bằng phút) với độ nặng của bệnh.

3.8.4. Liên quan giữa dạng niệu đạo di động và thời gian phẫu thuật:

Bảng 3.13: Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật và niệu đạo di động.

Niệu đạo di động	Thời gian phẫu thuật (phút)						p	OR	KTC95%
	Nhóm 1		Nhóm 2		Nhóm 3				
	n	%	n	%	n	%			
Có	9	25,0	24	66,7	3	8,3	0,595	3,2	0,6 – 18,1
Không	3	50,0	3	50,0	0	0			
Niệu đạo di động	Thời gian phẫu thuật (phút)						p	HSTQ	KTC95%
Có	55,7 ± 7,2 *						0,417	2,4	-3,9 – 8,7
Không	52,5 (50-60) **								

*: Trung bình ± độ lệch chuẩn; **: Trung vị (Khoảng tứ phân vị)

Kiểm định chính xác Fisher cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm thời gian phẫu thuật với niệu đạo di động ($p > 0,05$).

Hồi qui tuyến tính và kiểm định t với phương sai không đồng nhất cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật (tính bằng phút) với niệu đạo di động.

3.8.5. Liên quan giữa độ nặng của bệnh và kết quả phẫu thuật:

Bảng 3.14: Mối liên quan giữa độ nặng của bệnh và kết quả phẫu thuật

Độ nặng của bệnh	Kết quả phẫu thuật				p	OR	KTC95%
	Thành công		Thất bại				
	n	%	n	%			
Độ I	3	100	0	0	1,000	0,8	0,1 – 9,0
Độ II	17	94,4	1	5,6			
Độ III	20	95,2	1	4,8			

Kiểm định chính xác Fisher cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm độ nặng của bệnh và kết quả phẫu thuật ($p > 0,05$).

3.8.6. Liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả phẫu thuật:

Bảng 3.15: Liên quan giữa nhóm thời gian mắc bệnh và kết quả phẫu thuật

Nhóm thời gian mắc bệnh	Kết quả phẫu thuật				p	OR	KTC95%
	Thành công		Thất bại				
	n	%	n	%			
Nhóm 1	23	100	0	0	0,199	0,5	0,1 – 2,9
Nhóm 2	11	84,6	2	15,4			
Nhóm 3	6	100	0	0			

Kiểm định chính xác Fisher cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả phẫu thuật với nhóm thời gian mắc bệnh ($p > 0,05$).

3.8.7. Liên quan giữa dạng niệu đạo di động và kết quả phẫu thuật:

Bảng 3.16: Mối liên quan giữa kết quả phẫu thuật với niệu đạo di động

Niệu đạo di động	Kết quả phẫu thuật				p	OR	KTC95%
	Thành công		Thất bại				
	n	%	n	%			
Có	35	97,2	1	2,8	0,268	7	0,1 – 564,5
Không	5	83,3	1	16,7			

Kiểm định chính xác Fisher cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả phẫu thuật và dạng niệu đạo di động ($p > 0,05$).

3.8.8. Liên quan giữa độ nặng của bệnh và biến chứng tiểu khó:

Bảng 3.17: Mối liên quan giữa biến chứng tiểu khó và độ nặng của bệnh

Độ nặng của bệnh	Biến chứng tiểu khó				p	OR	KTC95%
	Có		Không				
	n	%	n	%			
Độ I	0	0	3	100	0,099	//	
Độ II	0	0	18	100			
Độ III	5	23,8	16	76,2			

Kiểm định chính xác Fisher cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa độ nặng của bệnh và biến chứng tiểu khó ($p > 0,05$).

3.8.9. Liên quan giữa dạng niệu đạo và biến chứng tiểu khó:

Bảng 3.18: Mối liên quan giữa biến chứng tiểu khó và niệu đạo di động

Niệu đạo di động	Biến chứng tiểu khó				p	OR	KTC95%
	Có		Không				
	n	%	n	%			
Có	5	13,9	31	86,1	1,000	//	
Không	0	0	6	100			

Kiểm định chính xác Fisher cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa dạng niệu đạo di động với biến chứng tiểu khó ($p > 0,05$).

Chương 4:

BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về chẩn đoán:

Chẩn đoán:

Việc chẩn đoán bệnh TKKSKGS ở nữ tương đối dễ dàng. Qua hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng, có thể hướng đến được chẩn đoán. Tuy nhiên cần phải hỏi bệnh sử và thăm khám thật kỹ.

Bệnh nhân nữ bị tiểu không kiểm soát, có thể do nhiều nguyên nhân gây ra. Mỗi nguyên nhân có một bệnh lý và cơ chế riêng. Trên lâm sàng có thể gặp: tiểu gấp không kiểm soát, TKKS do tràn đầy (BQ hỗn loạn thần kinh...), rò bàng quang âm đạo, niệu quản lạc chỗ... Nhưng đặc biệt, đối với TKKSKGS, bệnh lý rất rõ ràng, chỉ xảy ra khi gắng sức, do đó dựa vào yếu tố trên và đặt ra nhiều câu hỏi trên lâm sàng, có thể loại trừ những bệnh lý khác và xác định được bệnh TKKSKGS tương đối dễ dàng. Qua nghiên cứu này, cho thấy trên lâm sàng thường gặp những bệnh nhân bị tiểu gấp không kiểm soát. Qua thăm khám và hỏi bệnh sử, thấy bệnh nhân có hiện tượng tiểu không kiểm soát chỉ xảy ra khi mắc tiểu quá mức, không kìm giữ được nước tiểu, không liên quan gì đến gắng sức như ho, hắt hơi, cười... Tất nhiên những bệnh nhân này được điều trị bằng phương pháp nội khoa.

Tuy nhiên cũng cần phải lưu ý rằng: có thể xảy ra tình trạng bệnh lý TKKSKGS đi kèm với tiểu gấp không kiểm soát. Trong trường hợp này, qua thăm hỏi lâm sàng sẽ thấy bệnh nhân có cả triệu chứng của TKKSGS và kèm tiểu gấp không kiểm soát (dạng TKKS hỗn hợp).

Tình huống thứ hai có thể nhầm với bệnh lý BQ hỗn loạn thần kinh. Trong trường hợp này, bệnh nhân tiểu không kiểm soát là do sự ú tràn nước tiểu, không liên quan gì đến gắng sức. Khi thăm khám lâm sàng, bệnh nhân thường có cầu bàng quang to. Hỏi bệnh sử sẽ thấy bệnh nhân có triệu chứng tiểu khó và khi đo niệu động học sẽ cho thấy tình trạng co thắt suy yếu của cơ chóp bàng quang. Niệu động học sẽ thể hiện được vai trò của xét nghiệm này trong trường hợp vừa nêu trên.

Một vài trường hợp ghi nhận được trong nghiên cứu này, bệnh nhân bị rò bàng quang-âm đạo cũng đến khám bệnh vì tiểu không kiểm soát. Trong trường hợp này, bệnh nhân có triệu chứng tiểu không kiểm soát thường xuyên, không liên quan gì đến gắng sức, đặc biệt khi hỏi về tiền sử ngoại khoa sẽ thấy bệnh nhân có một phẫu thuật trước đó, có liên quan đến biến chứng rò bàng quang-âm đạo. Soi bàng quang sẽ là yếu tố cận lâm sàng cần thiết để chẩn đoán được bệnh trong trường hợp này.

Mặc dù qua hỏi bệnh sử, có thể nghĩ đến bệnh lý TKKSKGS, nhưng việc thăm khám lâm sàng để xác định sự rỉ thoát nước tiểu là rất quan trọng, nhằm đưa ra kết luận cho chẩn đoán. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được thực hiện đầy đủ. Việc thăm khám này dễ dàng. Tuy nhiên, cần phải lưu ý đến số lượng nước tiểu trong bàng quang của bệnh nhân có đủ hay không. Trong nghiên cứu có ghi nhận một vài trường hợp do trong lòng bàng quang nước tiểu quá ít, nên khi cho bệnh nhân làm nghiệm pháp gắng sức thì không có hiện tượng rỉ nước tiểu. Nhưng khi có một số lượng nhất định nước tiểu trong bàng quang thì sự rỉ nước tiểu có xảy ra. Bên cạnh việc chẩn đoán TKKSKGS, cũng cần thăm khám lâm sàng toàn diện, nhằm phát hiện những bệnh lý đi kèm như sa sàn chậu, trĩ và một số bệnh lý khác...

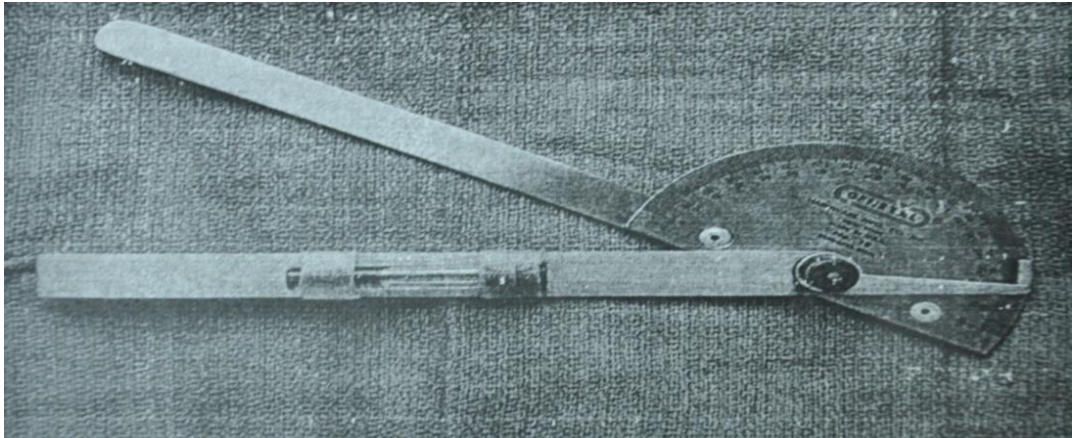
Nghiệm pháp Bonney:

Trong lúc thăm khám lâm sàng, cần đặc biệt lưu ý đến nghiệm pháp Bonney. Tất cả bệnh nhân đều được thực hiện nghiệm pháp này trong nghiên cứu. Nghiệm pháp này không nhằm vào việc xác định chẩn đoán, mà chủ yếu là biết tiên lượng cho cuộc phẫu thuật. Nếu nghiệm pháp dương tính (bệnh nhân không còn hiện tượng rỉ nước tiểu sau khi nâng thành trước âm đạo lên) giúp dự đoán được khả năng thành công của phẫu thuật. Nghiệm pháp Bonney đơn giản, thực hiện dễ dàng và không tốn kém. Tuy nhiên khi làm nghiệm pháp này, phải có sự hợp tác tốt giữa người thầy thuốc và bệnh nhân.

Đánh giá dạng niệu đạo di động:

Dạng niệu đạo di động là một trong những yếu tố được quan tâm đến trong nghiên cứu này. Mục đích là muốn biết có sự khác biệt về kết quả của phẫu thuật hay không giữa 2 dạng TKKSKGS có niệu đạo di động và dạng không di động.

Trong những trường hợp đầu tiên của nghiên cứu, để đánh giá dạng niệu đạo di động, Q-Tip test đã được thực hiện, vì đây là phương pháp rất tốt để đánh giá tình trạng di động của niệu đạo [107]. Nhưng qua quá trình thực hiện nghiên cứu này, đã cho thấy rằng làm kỹ thuật này gây khó chịu nhiều cho hầu hết những bệnh nhân. Bởi vì khi làm test này, phải đặt một que bông vào trong niệu đạo vào tận trong bàng quang. Đồng thời phải cần có thước đo độ góc và những dụng cụ khác. Theo Hướng dẫn điều trị của Viện Chăm Sóc Sức Khỏe Quốc Gia Anh 2013 (NICE: National Institute for Health and Care Excellence), thì Q-Tip test cũng không cần làm thường qui cho tất cả bệnh nhân tiểu không kiểm soát [93].



Hình 4.1: Dụng cụ đo độ góc trong lúc làm Q-Tip test.

“Nguồn: Sanjay Gandhi, 2005” [107]

Phân độ nặng của bệnh:

Phân độ nặng của bệnh cũng là một trong những yếu tố được quan tâm trong nghiên cứu này. Mục tiêu của nghiên cứu là muốn khảo sát xem độ nặng của bệnh có liên quan gì đến các yếu tố khác hoặc có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật hay không.

Để phân chia độ nặng của bệnh TKKSKGS, vài tác giả đã đưa ra cách chia riêng của mình. Cách phân chia của Blaivas [27] khá phức tạp, và khó thực hiện được trong điều kiện hiện tại của nghiên cứu này. Vì để thực hiện được sự phân chia này, cần phải có máy móc và trang bị phương tiện về niệu động học. Vì vậy nghiên cứu này không theo sự phân chia của Blaivas.

Cách phân chia mức độ nặng nhẹ theo lâm sàng của Mauroy là phù hợp nhất [133]. Cách phân chia này dễ dàng thực hiện mà khá chính xác, thể hiện được tình trạng lúc làm các động tác gắng sức nhiều hay ít của bệnh nhân. Phân chia này dễ thực hiện, không tốn kém, đồng thời không gây ảnh hưởng gì cho bệnh nhân và bệnh nhân có thể tham gia trực tiếp thông qua việc hỏi

bệnh sử. Vì vậy, cách phân độ được nêu trên được áp dụng trong nghiên cứu này.

Xét nghiệm niệu động học:

Trong những năm gần đây, đã có nhiều tranh luận về việc có nên làm xét nghiệm niệu động học trước mổ hay không cho những bệnh nhân tiểu không kiểm soát khi gắng sức. Tuy nhiên cho đến nay, vẫn chưa có khuyến cáo rõ ràng về việc làm xét nghiệm này trước mổ. Bởi vì, một số tác giả cho rằng xét nghiệm niệu động học là một phần không thể thiếu trước mổ, vì có thể cung cấp nhiều thông số quan trọng và còn có biểu hiện tính khách quan. Tuy nhiên một số tác giả khác cho rằng, xét nghiệm niệu động học không có lợi, thậm chí còn gây ảnh hưởng cho bệnh nhân vì có tính xâm hại và có thể gây ra nhiễm khuẩn đường tiết niệu [110].

Một vài tác giả cũng cho thấy lợi ích của niệu động học trước mổ. Họ cho rằng những bệnh nhân có áp lực niệu đạo dưới 30 cm nước và bệnh nhân có bàng quang bất ổn định nặng là một yếu tố cho biết tiên lượng xấu cho kết quả điều trị. Ngược lại, một số tác giả khác lại cho rằng không thể tiên lượng một cách chắc chắn và có giá trị cho sự thành công hay thất bại của phẫu thuật khi dựa vào các dữ liệu của niệu động học [55]. Theo tác giả Laurie Barclay (2013), thì xét nghiệm niệu động học cũng không thật sự cần thiết lắm [80].

Tuy nhiên gần đây một số hiệp hội niệu khoa khuyến cáo là nên làm niệu động học trước mổ: Hội Niệu Khoa Châu Âu (EAU: European Association of Urology) [84], Hội Niệu Khoa Mỹ (AUA: American Urological Association) [38] đã đưa ra khuyến cáo nên làm xét nghiệm niệu động học trước mổ vì những lợi ích của xét nghiệm này.

Xét nghiệm niệu động học tuy không nhất thiết phải làm trước mổ, nhưng việc thực hiện được xét nghiệm này trước mổ là rất có ích. Niệu động học giúp tiên lượng được khả năng chứa đựng và khả năng tổng xuất của bàng quang. Xét nghiệm niệu động học không nhằm vào chẩn đoán đối với những trường hợp đã rõ ràng trên lâm sàng, mà nhằm cho biết những dữ liệu khá quan trọng để đánh giá kết quả. Qua nghiên cứu cho thấy rằng đa số trường hợp dễ dàng chẩn đoán qua lâm sàng, nhưng một vài trường hợp khó, bệnh nhân vừa có TKKSKGS mà vừa có cơ chóp BQ co rất kém, thể hiện khả năng tổng xuất bàng quang kém. Nếu không có niệu động học, sẽ không biết được tình trạng này và có thể dẫn đến hiệu quả điều trị sẽ bị ảnh hưởng (bệnh nhân bị tiểu khó hoặc bí tiểu sau mổ). Khi đó, sẽ không biết bệnh nhân bị tiểu khó là do sai kỹ thuật hay do tình trạng suy yếu của cơ chóp BQ.

Loạt nghiên cứu này thực hiện được 39/42 trường hợp niệu động học trước mổ và ghi nhận rằng: tất cả các trường hợp đều có khả năng tổng xuất bàng quang tốt, cơ chóp BQ co tốt và thể tích tồn lưu đều nhỏ dưới 20ml. Có 5/39 trường hợp cho thấy bệnh nhân có kèm dạng bàng quang tăng hoạt. Những bệnh nhân này được giải thích và dùng thuốc hỗ trợ sau phẫu thuật (thuốc ức chế co thắt bàng quang thuộc nhóm anticholinergic). Những bệnh nhân có cơ chóp BQ co thắt tốt và phép đo áp lực bàng quang cho thấy khả năng tổng xuất của bàng quang tốt, giúp tiên lượng được khả năng đi tiểu của bệnh nhân sau mổ (không sợ đến vấn đề tiểu khó sau mổ do suy yếu bàng quang). Và nếu như bệnh nhân sau mổ có tiểu khó, sẽ nghĩ đến biến chứng tiểu khó chứ không nghi ngờ do sự suy yếu của cơ chóp BQ.

4.2. Bàn luận về chỉ định phẫu thuật:

Để đưa ra được chỉ định đúng, trước tiên cần phải có chẩn đoán chính xác bệnh lý TKKSKGS. Có nhiều bệnh lý gây ra TKKS, vì vậy cần phải thăm khám kỹ, xác định và chọn ra bệnh lý TKKSKGS. Ngoài ra, những bệnh nhân này cần được làm nghiệm pháp Bonney. Nghiệm pháp Bonney không nhằm vào việc chẩn đoán TKKSKGS, mà cho biết tiên lượng thành công của cuộc mổ. Nghiệm pháp âm tính, điều đó cho biết rằng việc nâng đỡ niệu đạo không có hiệu quả trong việc kìm giữ nước tiểu khi có gắng sức. Vì thế khi áp dụng phương pháp điều trị dùng giá đỡ niệu đạo sẽ không cho kết quả tốt.

Khi thực hiện phương pháp giá đỡ niệu đạo, không nên chọn lựa cho những bệnh nhân có tình trạng tiểu khó, tổn động nước tiểu, và xem như đây là một tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có biểu hiện tiểu khó trên lâm sàng, nước tiểu tồn lưu trên 100ml hoặc qua xét nghiệm niệu động học cho thấy khả năng tổng xuất bàng quang kém.

Ngoài ra, để đánh giá một cách chính xác hơn và khách quan hơn về phương pháp phẫu thuật này, nghiên cứu này được đưa ra một số tiêu chuẩn loại trừ (Những yếu tố này có thể làm ảnh hưởng đến kết quả):

- Bệnh nhân đang dùng thuốc có ảnh hưởng đến chức năng co bóp của bàng quang: Vì nếu bệnh nhân dùng thuốc này có thể gây ra tiểu khó. Như vậy sẽ không đánh giá được biến chứng tiểu khó là do phẫu thuật gây ra hay do thuốc.

- Xạ trị vùng chậu hoặc có tiền căn nhiễm trùng vùng chậu nặng: Xạ trị hoặc có tiền căn nhiễm trùng vùng chậu nặng có thể sẽ làm cho vùng chậu viêm dính nhiều và sẽ ảnh hưởng đến cuộc phẫu thuật. như vậy sẽ khó đánh giá chính xác hiệu quả của phương pháp này.

- Mở rộng bàng quang bằng ruột hoặc cơ thắt nhân tạo.

- Đã có tiền căn phẫu thuật vùng chậu gần đây.

- Có bệnh lý đi kèm về tim mạch, phổi, bệnh huyết học...không thể thực hiện được cuộc mổ (chống chỉ định phẫu thuật).

Tất cả những tiêu chuẩn loại trừ vừa nêu trên, có thể sẽ làm ảnh hưởng đến phương pháp phẫu thuật hoặc ảnh hưởng đến việc đánh giá hiệu quả của phẫu thuật.

Về chỉ định phẫu thuật, phương pháp giá nâng đỡ niệu đạo bằng cân cơ tự thân được chỉ định cho tất cả các dạng của tiêu không kiểm soát khi gắng sức [29], [36], [53], [57], [123]. Trong loạt nghiên cứu này cũng cho thấy phẫu thuật dùng cân cơ thẳng bụng tự thân cho kết quả tốt trên cả dạng niệu đạo di động và dạng không di động. Ngoài ra phương pháp này còn được khuyến dùng khi các phương pháp khác như TVT, TOT không thể thực hiện được như: bệnh nhân có rò niệu đạo-âm đạo, bị bào mòn niệu đạo, tổn thương niệu đạo trong lúc mổ, túi thừa niệu đạo [79], đặc biệt là đối với những trường hợp tái phát và có biến chứng [22]. Năm 2013, nhiều tác giả đã đề cập đến vấn đề biến chứng của mảnh ghép nhân tạo và khuyến dùng cân cơ tự thân cho những bệnh nhân này [67], [109]. Trong nghiên cứu này, không có bệnh nhân nào được phẫu thuật do bị tái phát của các cuộc mổ trước đó, bị rò niệu đạo-âm đạo, túi thừa niệu đạo... Tuy nhiên, trong tương lai, sẽ áp dụng phương pháp này cho những bệnh nhân có chỉ định vừa nêu trên.

Phương pháp dùng giá nâng đỡ niệu đạo được chỉ định cho tất cả các type của TKKSKGS (type I, II, III) [74]. Tuy nhiên, phương pháp phẫu thuật chỉ nên đặt ra sau khi điều trị nội thất bại [74]. Vì vậy, trong nghiên cứu này hầu như chỉ chọn lựa phẫu thuật cho những bệnh nhân sau khi đã điều trị nội khoa thất bại. Đặc biệt, trong những năm gần đây (Từ 2010 đến nay), bệnh viện Bình Dân có trang bị những phương tiện cho tập cơ đáy chậu, nên hầu

như bệnh nhân TKKSKGS được chọn tập sàn chậu trước. Khi thất bại mới đặt ra chỉ định phẫu thuật.

Qua nghiên cứu này, cho thấy kết quả phẫu thuật không bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như: dạng niệu đạo di động hay dạng không di động, độ nặng của bệnh, thời gian mắc bệnh.

4.3. Bàn luận về kết quả:

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả:

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân được đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tháng, 3 tháng và sau 1 năm. Thời điểm đánh giá được chọn không sớm hơn mà chỉ bắt đầu từ sau mổ 1 tháng, nhằm loại trừ những yếu tố tác động, có thể làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị như: bệnh nhân có thể còn đau sau mổ, việc đi tiểu có thể gặp khó khăn [100]. Mặt khác, sau phẫu thuật, có thể còn hiện tượng phù nề, hiện tượng viêm cũng là một yếu tố có thể làm ảnh hưởng đến kết quả... [100]

Để đánh giá kết quả, nghiên cứu này chỉ đưa ra 2 mức độ: hoặc thành công hoặc là thất bại. Thành công: khi bệnh nhân hoàn toàn không còn TKKSKGS cho dù gắng sức nặng hay nhẹ. Ngược lại, nếu bệnh nhân còn TKKSKGS dù ít hay nhiều vẫn cho là thất bại. Thật vậy, vì một khi bệnh nhân còn có triệu chứng TKKSKGS thì bệnh lý vẫn còn tồn tại và về mặt tâm lý bệnh nhân vẫn không an tâm khi bệnh lý vẫn chưa được giải quyết [65]. Cách đánh giá này có sự rõ ràng, không thể nhầm lẫn. Trong khi nếu chia kết quả theo nhiều mức độ, có thể bị nhầm lẫn trong lúc đánh giá.

Nhiều nghiên cứu chia kết quả ở 3 mức độ là thành công (không còn TKKSKGS), cải thiện (khi tình trạng TKKS vẫn còn khi gắng sức, nhưng có giảm đi ở mức độ số lượng, số lần...) và thất bại (khi bệnh lý vẫn còn và không có sự thuyên giảm). Cách đánh giá này tuy chia ra được 3 tình trạng

hết, cải thiện và thất bại, nhưng thật sự để đánh giá mức độ cải thiện có thể sẽ khó chính xác.

Sau đây là một số tác giả dùng cân cơ tự thân để điều trị TKKSKGS. Các tác giả này đưa ra kết quả theo cách phân chia 3 nhóm: thành công, cải thiện và thất bại [69].

Bảng 4.1: Đánh giá kết quả của một số tác giả [69]

Tác giả	Số bệnh nhân	Thành công (dry)	Cải thiện	Thất bại
Griebling	30	87%	13%	0%
Govier	30	70%	20%	10%
Handa	14	79%	7%	14%
Ogundipe	8	88%	0%	12%
Karram	10	90%	10%	0%
Beck	170	92%	3%	5%
Addison	97	87%	8%	5%
Low	43	86%	9%	5%
Ridley	36	83%	11%	6%

Nhưng cũng có nhiều tác giả khác cũng dùng cân cơ thẳng bụng, nhưng kết quả chỉ chia theo thành công hoặc thất bại như: Mc Guire, Zaragoza, Mason, Cross, Morgan... [105]

Thời gian phẫu thuật:

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu này là 55 phút. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 75 phút.

Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu này tương đối ngắn hơn so với các tác giả khác. Một số tác giả báo cáo thời gian phẫu thuật trung bình của họ là 70 phút, ngắn nhất là 45 phút và dài nhất là 105 phút [68].

Trong nghiên cứu này, một số yếu tố có thể làm ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật như: độ nặng của bệnh, dạng niệu đạo di động hay không di động...được quan tâm đến. Kết quả trên thực tế nghiên cứu, cũng như qua kiểm định thống kê cho thấy 2 yếu tố nêu trên không có liên quan đến thời gian phẫu thuật.

Thời gian đặt thông tiểu và nằm viện:

Thời gian đặt thông tiểu sau mổ trung bình trong nghiên cứu là 3 ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 10 ngày. Đa số bệnh nhân được rút thông tiểu vào ngày thứ 2 hoặc thứ 3 và xuất viện. Tuy nhiên có một số bệnh nhân có số ngày đặt thông tiểu dài hơn, do sau khi rút ống thông thì bệnh nhân bị tiểu khó. Những bệnh nhân này phải đặt lại thông tiểu, tiếp tục theo dõi thêm một số ngày. Theo một số tác giả, vấn đề tiểu khó có thể xảy ra thoáng qua, do một số yếu tố tác động đến như: đau sau mổ làm cho bệnh nhân khó tiểu, phù nề sau mổ, sau đặt ống thông tiểu...Qua giai đoạn này, bệnh nhân có thể tiểu lại bình thường sau 2-4 tuần. Nếu trên 4 tuần mà bệnh nhân còn tiểu khó thì mới nghĩ đến biến chứng tiểu khó [100]. Nếu xảy ra trường hợp tiểu khó thật sự, sẽ được xử trí theo từng trường hợp (xem phần biến chứng tiểu khó).

Nghiên cứu này ghi nhận 3 trường hợp có thời gian đặt thông tiểu và xuất viện kéo dài (9 - 11 ngày). Những bệnh nhân này sau khi được rút thông tiểu vào ngày thứ 2-3, thì bị bí tiểu, được đặt lại thông tiểu và nằm lại viện để

theo dõi. Nhưng sau đó những bệnh nhân này đều tiểu được sau khi rút thông. Trong nhóm 3 bệnh nhân này, chỉ có một bệnh nhân nằm trong nhóm có biến chứng tiểu khó. 2 bệnh nhân còn lại, sau đó tiểu lại bình thường và kiểm tra phép đo niệu dòng cho thấy không có sự bế tắc đường tiểu dưới. Trong khi đó, 4 bệnh nhân còn lại trong nhóm có biến chứng tiểu khó, thì tiểu được lúc xuất viện và chỉ phát hiện biến chứng tiểu khó khi tái khám.

Kết quả điều trị:

Kết quả chung:

Với phương pháp phẫu thuật dùng cân cơ thẳng bụng tự thân, trên thế giới dùng khá nhiều và cho kết quả khá cao. Theo Flynn (2002), tỉ lệ thành công là 90% [53]. Theo Morgan (2000), tỉ lệ thành công là 85% [92]. Theo Groutz (2001), không có trường hợp nào thất bại, tỉ lệ hết bệnh và cải thiện là 100% [57]. Nghiên cứu của Richter vào năm 2003 [103] và của Chou năm 2003 [37] trên cân cơ tự thân cho kết quả thành công rất cao, đến 97%. Theo tác giả Almeida năm 2004 [20] và Mitsui năm 2007 [90] tỉ lệ thất bại là 10%, thành công và cải thiện là 90%.

Gần đây, theo tác giả Onur (2008), đã báo cáo với tỉ lệ thành công là 84% [88]. Một tác giả khác báo cáo với kết quả thấp hơn là Albo năm 2007 [19] với tỉ lệ thành công là 66%. Trong khi đó tác giả Howden năm 2006 [63] báo cáo với kết quả là 100%.

Loại nghiên cứu này cho kết quả cũng gần giống với các tác giả khác, với tỉ lệ thành công là 95,2%. Thời gian theo dõi trung bình là 38,4 tháng. Chưa ghi nhận trường hợp nào bị tái phát trong thời gian nghiên cứu.

Sau đây là một số kết quả từ các tác giả dùng cân cơ thẳng bụng tự thân để điều trị TKKSKGS ở nữ:

Bảng 4.2: Kết quả một số tác giả.

Tác giả	Thành công	Cải thiện	Thất bại	Thời gian theo dõi
Zaragoza (1996) [123]	95%		5%	25 tháng
Chaikin (1998) [36]	73%	19%	8%	36 tháng
Morgan (2000) [92]	85%		15%	51 tháng
Groutz (2001) [57]	67%	33%	0%	33,9 tháng
Richter (2001) [103]	97%		3%	42 tháng
Flynn (2002) [53]	77%	13%	10%	44 tháng
Chou (2003) [37]	97%		3%	36 tháng
Almeida (2004) [20]	70%	20%	10%	33 tháng
Howden (2006) [63]	71,7%	28,3%	0%	7,1 năm
Albo (2007) [19]	66%			24 tháng
Mitsui (2007) [90]	80%	10%	10%	25 tháng
Onur (2008) [95]	84%		16%	18 tháng
Nghiên cứu này	95,2%		4,8%	38 tháng

Theo kết quả từ nhiều nghiên cứu của Hướng dẫn điều trị của Hội Nội Khoa Mỹ 2009 [104] tỉ lệ thành công là 90% (theo dõi 12-23 tháng). Qua kết quả của những tác giả trên thế giới cũng như từ kết quả của nghiên cứu này, cho thấy tỉ lệ thất bại của phương pháp phẫu thuật này khá thấp, khoảng 10% (Thấp nhất là 0% và cao nhất khoảng 20%). Vì thế, theo Hướng dẫn điều trị của Hội Nội Khoa Châu Âu 2011, phương pháp này được đánh giá là phương pháp hiệu quả cao và vẫn còn ưa dùng.

So sánh kết quả với các phương pháp khác:

- So với phương pháp Burch: Một tổng kết từ 33 nghiên cứu trên 2403 bệnh nhân được mổ bằng phương pháp mổ mở cho kết quả từ 68,9% - 88%, và tổng kết từ 13 nghiên cứu với phương pháp Burch qua nội soi cho kết quả từ 69% - 100% [39]. Một nghiên cứu trên 655 bệnh nhân được chia 2 nhóm ngẫu nhiên được phẫu thuật Burch và dùng cân cơ tự thân cho thấy tỉ lệ thành công của phương pháp dùng cân cơ tự thân cao hơn so với Burch [39]. Theo tổng kết từ nhiều nghiên cứu của Hướng dẫn điều trị Hội Niệu Khoa Mỹ 2009 [104], thì tỉ lệ thành công của cân cơ tự thân vẫn cao hơn so với Burch. Tỉ lệ thành công của Burch là 81% (73% - 87%), qua nội soi là 69% (52% - 84%). Trong khi đó tỉ lệ thành công của phương pháp dùng cân cơ tự thân là 90% (76% - 98%) [104].

- So với phương pháp phương pháp giá đỡ niệu đạo bằng mảnh ghép nhân tạo (TVT,TOT): Theo tổng kết từ nhiều nghiên cứu, tỉ lệ thành công của phương pháp TOT: 80,5% - 96%, còn đối với phương pháp TVT, tỉ lệ thành công từ 81% - 90% [105]. Theo Hướng dẫn điều trị Hội Niệu Khoa Mỹ 2009, tỉ lệ thành công của phương pháp giá đỡ niệu đạo bằng mảnh ghép nhân tạo là 84% (78% - 89%) so với dùng cân cơ tự thân là 90% (76% - 98%) [104].

Bảng 4.3: So sánh tỉ lệ thành công của các phương pháp [104]

Phương pháp	12-23 tháng	24-47 tháng	≥ 48 tháng
Burch (mổ mở)	81% (73%-87%)	76% (68%-82%)	73% (65%-80%)
Burch (nội soi)	69% (52%-84%)	74% (61%-85%)	
TOT,TVT	84% (78%-89%)	81% (72% 88%)	84% (77%-89%)
Cân cơ tự thân	90% (76%-98%)	81% (72%- 88%)	82% (67%-93%)

Keith cho rằng phương pháp dùng cân cơ thẳng bụng để điều trị TKKSKGS ở nữ là phương pháp thường được sử dụng nhất trong các loại cân cơ tự thân và được đánh giá là có hiệu quả lâu dài [71]. So sánh với các phương pháp khác từ kết quả của Hướng dẫn điều trị của Hội Nội Khoa Mỹ 2009, thì nhóm sling (giá đỡ niệu đạo) là nhóm có kết quả lâu dài, ít tái phát, trong khi phẫu thuật Burch thì tái phát cao hơn [104].

Tại Việt Nam, nghiên cứu gần đây về phương pháp TOT, được báo cáo của tác giả Nguyễn Ngọc Tiên (2012), cho thấy kết quả khá cao [14]. Theo nghiên cứu này, tỉ lệ thành công là 96,8%. Các biến chứng trong nghiên cứu này là: rách âm đạo là 1,6%. Tụ máu vùng mô là 1,6%, khối máu tụ vùng Retzius là 0,8%, đau đùi là 7,1%, tiểu khó hay bí tiểu là 9,5%, tiểu gấp là 4,8%.

Liên quan các yếu tố đến kết quả điều trị:

Trong nghiên cứu này, một số yếu tố có thể làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị cũng được khảo sát như: độ nặng của bệnh, thời gian mắc bệnh, dạng TKKSKGS (niệu đạo di động hay không di động).

Đối với độ nặng của bệnh: Độ nặng của bệnh có thể ảnh hưởng đến tỉ lệ thành công của phẫu thuật (đặc biệt là những bệnh nhân có độ nặng cao như độ III). Tuy nhiên qua kết quả cho thấy không có sự tương quan giữa độ nặng và kết quả. Trong số 21 bệnh nhân độ III, tỉ lệ thành công 20/21, chỉ thất bại 1 trường hợp. Và độ II có 18 trường hợp, thất bại 1 trường hợp. Qua kiểm định thống kê cũng như trên thực tế cho thấy không có sự liên quan nào. Chưa ghi nhận báo cáo nào trên thế giới nói đến ảnh hưởng của độ nặng của bệnh đến kết quả điều trị.

Đối với dạng TKKSKGS (niệu đạo di động hay không di động): Thông qua nghiên cứu này, nhằm muốn biết nhóm bệnh nhân có niệu đạo di động

hoặc không di động có kết quả phẫu thuật khác nhau hay không. Nhưng qua kết quả cho thấy trong 2 trường hợp thất bại, mỗi nhóm có 1 trường hợp. Thực tế lâm sàng cho thấy không có sự liên quan gì và qua kiểm định thống kê cũng cho thấy không có sự liên quan.

Đối với yếu tố thời gian mắc bệnh, tương tự như trên, nghiên cứu này cũng không ghi nhận có sự liên quan đến kết quả điều trị.

Bàn luận về 2 trường hợp thất bại:

Đối với 2 trường hợp thất bại trong loạt nghiên cứu này, không có ghi nhận sự bất thường nào về độ nặng của bệnh, dạng niệu đạo di động, cân nặng, thời gian mắc bệnh, thời gian mổ...

Đối với độ nặng của bệnh: 1 trường hợp độ II và 1 trường hợp độ III.

Đối với thời gian mắc bệnh: cả 2 trường hợp nằm ở nhóm thời gian mắc bệnh ngắn nhất, thậm chí không phải ở nhóm thời gian dài nhất.

Đối với dạng niệu đạo: có 1 trường hợp dạng di động và 1 trường hợp không di động.

Đối với thời gian mổ: 1 trường hợp ở nhóm thời gian 40-50 phút (nhóm có thời gian mổ ngắn) và 1 trường hợp ở nhóm thời gian mổ 55-60 phút. Không có bệnh nhân nào ở nhóm thời gian mổ dài nhất.

Ngoài ra nghiên cứu này cũng không ghi nhận một yếu tố đặc biệt nào để có thể gây ra thất bại, ngoài ghi nhận rằng: 2 bệnh nhân này được mổ trong thời gian đầu của nghiên cứu. Thất bại có thể là do kỹ thuật, giai đoạn đầu của nghiên cứu, khi chúng tôi chưa có kinh nghiệm nhiều. Có thể do đặt mảnh cân cơ không chuẩn, hoặc có thể bị đứt chỉ... Trong những khả năng này, có thể nghĩ nhiều nhất đến khả năng đặt mảnh cân cơ không chuẩn.

Trong quá trình theo dõi 2 bệnh nhân này, bệnh nhân có được đề nghị kiểm tra và phẫu thuật lại, nhưng 2 bệnh nhân này đã từ chối.

Các biến chứng:

Đối với phương pháp điều trị phẫu thuật cho TKKSKGS bằng phương pháp dùng cân cơ thẳng bụng tự thân, người ta nói đến các biến chứng sau: Biến chứng thường nói đến nhiều nhất là tiểu khó và tiểu gấp sau mổ. Một số biến chứng khác có thể gặp là: nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nhiễm trùng vết mổ, chảy máu âm đạo, thủng bàng quang, thoát vị, thuyên tắc phổi... Đặc biệt biến chứng bào mòn do phản ứng của mảnh cân cơ thì rất ít.

Theo Hướng dẫn điều trị của Hội Niệu Khoa Mỹ 2009 [104] biến chứng sau mổ khi làm phẫu thuật dùng cân cơ tự thân là: tiểu gấp khoảng 9%, tiểu khó khoảng 8%, nhiễm khuẩn đường tiết niệu khoảng 11%, thủng bàng quang khoảng 4%, nhiễm trùng vết mổ khoảng 8%.

Biến chứng bào mòn:

Biến chứng này tùy thuộc vào chất liệu sử dụng lúc mổ. Dùng mảnh ghép nhân tạo sẽ có biến chứng này gấp 14 lần so với dùng cân cơ tự thân trên niệu đạo và gấp 15 trên thành âm đạo [28]. Biến chứng bào mòn rất hiếm xảy ra khi dùng cân cơ tự thân. Theo y văn, chỉ có vài trường hợp được báo cáo. Theo Handa và Stone (1999) và Golomb (2001) đã báo cáo 1 trường hợp bào mòn trong nghiên cứu của mình, trong khi đó biến chứng bào mòn do dùng mảnh nhân tạo được báo cáo khá cao như: Myers (1998) báo cáo 7/116 trường hợp, Kobashi (1999) báo cáo 34 trường hợp, Clemens (2000) báo cáo 10 trường hợp [105]. Theo Hướng dẫn điều trị Hội Niệu khoa Mỹ 2009, biến chứng này xảy ra 5% ở niệu đạo và bàng quang, trong khi ở âm đạo là 8% do mảnh nhân tạo [104].

Trong nghiên cứu này, chưa thấy có trường hợp nào bị bào mòn sau mổ. Tuy nhiên nghiên cứu này chỉ theo dõi được khoảng 4 năm. Cần có thời gian dài để theo dõi thêm. Có thể biến chứng này sẽ xảy ra ở giai đoạn muộn hơn.

Biến chứng tiểu khó:

Biến chứng này được lưu ý hàng đầu trong phẫu thuật giá nâng đỡ niệu đạo. Theo Hướng dẫn điều trị Hội Niệu khoa Mỹ 2009 tổng hợp từ nhiều nghiên cứu cho thấy biến chứng này khoảng 4%-15% [104] đối với các phương pháp dùng cân cơ thẳng bụng. Theo một tác giả cùng châu Á của tác giả Takahiko Mitsui, biến chứng này 10% [114]. Nghiên cứu này ghi nhận biến chứng tiểu khó là 5/42 trường hợp (11,9%).

So sánh biến chứng này với các phương pháp khác dùng mảnh ghép nhân tạo như TVT và TOT (theo Hướng dẫn điều trị Hội Niệu khoa Mỹ 2009 [104]), tỉ lệ biến chứng tiểu khó là 5%-15%.

Nghiên cứu gần đây tại Việt Nam của tác giả Nguyễn Ngọc Tiến (2012) về phương pháp TOT [14], thì biến chứng tiểu khó là 9,5%.

Để đánh giá biến chứng này, cần phải lưu ý rằng, do nhiều tác động sau mổ như đau, sau đặt thông tiểu, phù nề... có thể làm cho bệnh nhân tiểu khó thoáng qua. Qua giai đoạn này, bệnh nhân có thể tiểu lại bình thường sau 2-4 tuần. Nhiều tác giả khuyên rằng bệnh nhân nên được hướng dẫn đặt thông tiểu sạch trong giai đoạn này đến khi nước tiểu tồn lưu nhỏ dưới 60ml [120]. Nếu trên 4 tuần mà bệnh nhân còn tiểu khó hay bí tiểu, lúc này nghĩ đến đây là biến chứng [100]. Và theo Farrar, khi Qmax của phép đo niệu dòng < 15ml/s thì nghĩ đến biến chứng tiểu khó [51].

Trong nghiên cứu này, cũng gặp một vài trường hợp tiểu khó sau mổ, nhưng sau một thời gian ngắn, thường là dưới 2 tuần thì tiểu lại bình thường

và làm phép đo niệu dòng cho thấy không có sự bế tắc. Vì vậy nghiên cứu này cũng theo các tác giả khác, chỉ ghi nhận biến chứng tiểu khó hay bí tiểu sau 4 tuần theo dõi.

Trong nghiên cứu này, 5 trường hợp tiểu khó có các đặc điểm sau (xem bảng), chưa có ghi nhận bất thường nào so với những bệnh nhân khác. Tuy nhiên, có lưu ý là tất cả 5 bệnh nhân đều có độ nặng là độ III. Có thể do đặt mảnh cân cơ dưới niệu đạo có lực căng kéo so với những bệnh nhân khác.

Bảng 4.4: Bệnh nhân tiểu khó

	BN1	BN2	BN3	BN4	BN5
Tuổi	1965	1953	1966	1953	1963
Cân nặng	66kg	47kg	55kg	53kg	59kg
Độ nặng bệnh	III	III	III	III	III
TG mổ	60 phút	60 phút	50 phút	40 phút	55 phút
Biến chứng khác	0	0	0	0	0

Những bệnh nhân này được theo dõi về diễn tiến lâm sàng, cận lâm sàng, cũng như về tinh thần. Qua nghiên cứu có ghi nhận rằng những bệnh nhân này không than phiền gì nhiều, cảm thấy không bị ảnh hưởng gì nhiều trong sinh hoạt. Thậm chí có một hai trường hợp bệnh nhân không muốn kiểm tra lại khi được nhắc việc tái khám, vì bệnh nhân cho rằng họ bình thường không có vấn đề gì. Về khám lâm sàng, cũng không có ghi nhận gì bất thường, tồn lưu sau mổ của họ ít và làm niệu động học cho thấy mức độ bế tắc cũng không nhiều, chỉ bế tắc ở mức độ nhẹ và trung bình. Lần theo dõi sau

(khoảng 3 tháng) qua nghiên cứu cho thấy diễn tiến tốt hơn (xem bảng theo dõi). Tồn lưu nước tiểu (TLNT) không có trường hợp nào vượt quá 40ml. Còn phép đo niệu dòng (PĐND) thì có cải thiện rõ ở lần theo dõi sau.

Không có bệnh nhân nào cần phải can thiệp lại ngoại khoa hay làm một thủ thuật nào khác như đặt thông tiểu sạch cách quãng.

Bảng 4.5: Theo dõi bệnh nhân tiểu khó sau 2 lần.

	BN1	BN2	BN3	BN4	BN5
NTTL lần 1	20ml	15ml	40ml	15ml	30ml
NTTL lần 2	15ml	15ml	20ml	15ml	20ml
PĐND lần 1	12,6ml/s	13ml/s	7,8ml/s	13,9ml/s	6,7ml/s
PĐND lần 2	12,6ml/s	14,9ml/s	14,8ml/s	15ml/s	12,2ml/s

Với biến chứng này, có thể cải thiện được ở phần kỹ thuật mổ (xem phần bàn luận về kỹ thuật mổ). Và khi biến chứng này đã xảy ra, nghĩ đến do kỹ thuật mổ, loại trừ khả năng do tổng xuất của bàng quang kém. Vì trước khi mổ, bệnh nhân đã được khảo sát qua niệu động học. Từ đó cho thấy được vai trò của niệu động học đối với việc tiên lượng và đánh giá trước và sau mổ.

Biến chứng tiểu gấp:

Trong phẫu thuật giá nâng đỡ niệu đạo, biến chứng này cũng được chú ý nhiều, vì biến chứng này xảy ra cũng khá cao. Theo kết quả tổng kết từ nhiều nghiên cứu, Hướng dẫn điều trị Hội Niệu Khoa Mỹ 2009 [104] cho biết biến chứng này khoảng 9% (6% - 13%) đối với các phẫu thuật dùng cân cơ tự thân. So với nhóm dùng mảnh nhân tạo TVT và TOT, biến chứng này khoảng 12% (6% - 20%) và 3%-10%.

Nghiên cứu gần đây tại Việt Nam về phương pháp TOT của tác giả Nguyễn Ngọc Tiến [14], thì tỉ lệ biến chứng tiểu gấp là 4,8%.

Trong nghiên cứu này, biến chứng tiểu gấp xảy ra 3/42 trường hợp (7,1%). Những bệnh nhân này có triệu chứng là tiểu nhiều và buồn tiểu bức thiết sau mổ. Triệu chứng này xảy ra khoảng 2-3 tuần sau mổ. Và khi bệnh nhân được điều trị bằng thuốc kháng cholinergic thì có cải thiện rõ. Mặc dù trên lâm sàng các triệu chứng này xuất hiện rất rõ ràng, nhưng khi làm xét nghiệm niệu động học (phép đo áp lực bàng quang) chỉ cho thấy khả năng chứa đựng bàng quang kém, thể hiện qua dung tích tối đa bàng quang nhỏ hơn bình thường và cảm giác mắc tiểu đến sớm, chứ không thể hiện sự tăng hoạt tính của cơ chóp BQ.

Những bệnh nhân này, sau một thời gian điều trị ngắn thì triệu chứng giảm rõ rệt. Sau một vài lần đến tái khám và được điều trị, bệnh nhân hết than phiền và không đến tái khám vì lý do này nữa.

Biến chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu:

Nghiên cứu này ghi nhận có 2/42 trường hợp (4,8%). Thật sự biến chứng này cũng khó đánh giá được. Bởi vì không biết đây là hậu quả của phẫu thuật hay chỉ ngẫu nhiên, vì ở người phụ nữ, việc nhiễm khuẩn đường tiết niệu cũng rất dễ xảy ra. Tuy nhiên, theo nhiều nghiên cứu cũng có nói đến biến chứng này. Theo Griebling, có 10/54 trường hợp trong nghiên cứu của tác giả bị nhiễm trùng [56]. Theo Karl JK có nói đến 2 nghiên cứu của Ridley và Beck có biến chứng này là 8/36 trường hợp, 26/170 trường hợp [69].

Thật sự đây là một biến chứng nhẹ, dễ dàng điều trị. Với biến chứng này, những bệnh nhân trong nghiên cứu chỉ cần điều trị bằng kháng sinh trong một thời gian ngắn thì hết bệnh.

Các biến chứng khác:

Một vài biến chứng khác được nói đến trong điều trị TKKSKGS bằng phương pháp dùng cân cơ thẳng bụng, hay cân cơ tự thân như: thủng bàng quang, chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, thoát vị, rò niệu sinh dục... Nhưng những biến chứng này chỉ xảy ra với tỉ lệ rất thấp [105].

Trong nghiên cứu này, ngoài 3 biến chứng tiểu khó, tiểu gấp và nhiễm khuẩn đường tiết niệu, chưa gặp một biến chứng nào khác hay một than phiền gì từ các bệnh nhân. Tuy nhiên, cần phải theo dõi thêm về sau.

Phép đo niệu dòng sau mổ:

Trong số 42 trường hợp được phẫu thuật, có 30 trường hợp được thực hiện phép đo niệu dòng sau mổ. Nghiên cứu này muốn khảo sát xem: sau mổ bệnh nhân có bị tiểu khó không, mặc dù hầu hết bệnh nhân không có than phiền gì về tiểu khó (ngoại trừ 5 trường hợp tiểu khó). Trong 30 trường hợp này, bao gồm cả những bệnh nhân tiểu bình thường và 5 trường hợp bị biến chứng tiểu khó. Ngoài nhóm 5 bệnh nhân bị tiểu khó, những bệnh nhân có đi tiểu bình thường trên lâm sàng, nghiên cứu này ghi nhận là tất cả đều bình thường qua phép đo niệu dòng, không có sự bế tắc nào.

Kết quả như sau:

- Q max (Tốc độ dòng tiểu tối đa) thấp nhất: 6,7 ml/giây (của bệnh nhân biến chứng tiểu khó).

- Q max cao nhất: 33,00 ml/giây.

- Q max trung bình: $21,5 \pm 6,8$ ml/giây.

Những bệnh nhân này được chia thành 4 nhóm:

- Bế tắc nặng ($Q_{max} < 6$ ml/giây): không có trường hợp nào (0%).

- Bê tắc trung bình ($12 \geq Q_{\max} \geq 6$): Có 2 trường hợp (6,67%).
- Bê tắc nhẹ ($16 \geq Q_{\max} > 12$): Có 3 trường hợp (10%).
- Bình thường ($Q_{\max} > 16$): Có 25 trường hợp (83,33%).

Dựa vào kết quả trên, ngoài 5 trường hợp bị tiểu khó (đã bàn luận phần biến chứng), nghiên cứu ghi nhận rằng Q_{\max} trung bình là $21,46 \pm 1,24$ ml/s. Điều này cho thấy, nhóm bệnh nhân không tiểu khó có tốc độ dòng tiểu cao như người bình thường.

Ảnh hưởng của bệnh lý đến chất lượng cuộc sống:

Về đánh giá chất lượng cuộc sống, nghiên cứu này không phân chia theo Thang điểm MHU (Mesure du handicap Urinaire) [125]. Đây là bảng đánh giá mức độ ảnh hưởng các rối loạn đi tiểu trên bệnh nhân. Thang điểm này rất phức tạp và cũng không cần thiết cho những bệnh nhân trong nghiên cứu này. Thang điểm MHU dựa trên nhiều yếu tố như: tiểu gấp, TKKS tiểu gấp, tiểu ngày, tiểu đêm, TKKSKGS, TKKS dạng khác...

Bảng 4.6: Thang điểm MHU

	0	1	2	3	4	Điểm
Tiểu gấp	Không có	Thời gian có thể nhịn tiểu 10-15 phút	Thời gian có thể nhịn tiểu 5-10 phút	Thời gian có thể nhịn tiểu 2-5 phút	Thời gian có thể nhịn tiểu < 2 phút	
Tiểu gấp không kiểm soát	Không có	< 1 lần/tháng	Nhiều lần/tháng	Nhiều lần/tuần	Nhiều lần/ngày	
Tiểu ngày	Khoảng cách giữa 2 lần đi tiểu >2 giờ	Khoảng cách giữa 2 lần đi tiểu 1 giờ 30-2 giờ	Khoảng cách giữa 2 lần đi tiểu là 1 giờ	Khoảng cách giữa 2 lần đi tiểu là 30 phút	Khoảng cách giữa 2 lần đi tiểu là < 30 phút	
Tiểu đêm	0-1 lần	2 lần	3-4 lần	5-6 lần	> 6 lần	
TKKSKGS	Không có	Khi gắng sức nặng	Khi gắng sức trung bình	Khi gắng sức nhẹ	Thay đổi tư thế	
Dạng TKKS khác	Không có	-Nhỏ giọt sau đi tiểu -đái dầm > 1 lần/tháng	-Xuất hiện sau xúc động -đái dầm 1 lần/tuần	Đái dầm nhiều lần/tuần	-Rỉ nước tiểu thường xuyên -Đái dầm mỗi ngày	
Tiểu khó hoặc bí tiểu	Không có	Tiểu khó cuối dòng	-Phải gắng sức bằng bụng -Dòng nước tiểu ngắt quãng	-Phải đè bằng tay để tiểu -Tiểu kéo dài, cảm giác còn tồn lưu nước tiểu	Phải đặt thông	

“Nguồn: Amarenco G, 1992” [125]

Loạt nghiên cứu này theo 1 thang điểm riêng để đánh giá mức độ của chất lượng cuộc sống. Thang điểm này bệnh nhân có thể dễ dàng áp dụng và có thể tự đánh giá được. Thang điểm được chia 5 mức độ, từ tốt nhất cho đến xấu nhất:

Mức độ 1 : Tuyệt vời.

Mức độ 2 : Tốt

Mức độ 3 : Tạm ổn

Mức độ 4 : Khổ sở

Mức độ 5 : Không chấp nhận được.

Trong nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân trước mổ ở mức độ 4 (khổ sở). Có 29 trường hợp mức độ 4 (khổ sở) và 13 trường hợp là mức độ 5 (không chấp nhận được). Điều đó cho thấy hầu hết bệnh nhân tới khám là do bệnh có ảnh hưởng rất nhiều đến đời sống sinh hoạt của họ.

Sau mổ, nghiên cứu này ghi nhận có sự thay đổi rất rõ rệt ở những bệnh nhân. Đa số là họ cho rằng có chất lượng cuộc sống tốt hơn. Có 32/42 trường hợp cho rằng họ có mức độ 2 (tốt), 3/42 trường hợp mức độ 1 (tuyệt vời). Có 6 /42 trường hợp mức độ 3 (nằm ở nhóm 5 bệnh nhân có biến chứng tiểu khó và 1 trường hợp thất bại) và 1/42 trường hợp mức độ 4.

So sánh mô học sau mổ của các chất liệu sau làm phẫu thuật giá đỡ niệu đạo:

Từ lâu người ta đã dùng các phương pháp cấy ghép nhằm làm vững chắc thêm những phần cơ thể vốn đã bị yếu như thoát vị, sa sinh dục, bệnh lý suy yếu sàn chậu gây ra tiểu không kiểm soát khi gắng sức. Sau quá trình cấy ghép này, có nhiều thay đổi về mô học trên vật chủ. Tùy theo các loại mô cấy ghép, sẽ có những thay đổi mô học và phản ứng của vật chủ xảy ra khác nhau.

Sau khi cấy ghép sẽ có hiện tượng phản ứng với vật thể lạ của vật chủ. Quá trình phản ứng này phụ thuộc vào chất liệu mô cấy ghép, cấu trúc và số lượng của mô cấy ghép... [46].

Sau khi cấy ghép, cơ thể vật chủ phản ứng ngay với tổn thương [46]. Bước đầu tiên có sự hấp thu protein, sau đó là fibrinogen, globulin miễn dịch,...Sau giai đoạn này là quá trình của phản ứng viêm, với sự hoạt hóa của các kháng thể, bạch cầu và tiêu sợi huyết. Quá trình viêm cấp sẽ được tiếp diễn bằng quá trình viêm mãn tính, phản ứng lại với vật thể lạ. Giai đoạn viêm này cần thiết cho quá trình xơ hóa. Giai đoạn này cũng là nguồn gốc của các phản ứng phụ của sự cấy ghép như phản ứng của bào mòn, tạo dính...Sau quá trình này là quá trình tạo vỏ bao [46].

Năm 2008 nhiều tác giả [122] đã có một công trình nghiên cứu về những thay đổi mô học sau đặt những loại mảnh ghép để điều trị TKKSKGS bằng phương pháp giá đỡ niệu đạo, bao gồm dùng mảnh ghép nhân tạo, cân cơ tự thân...Kết quả cho thấy sự thâm nhiễm mô của mảnh ghép nhân tạo trên vật chủ là lớn nhất trong số các loại và không có sự thoái hóa đối với mảnh nhân tạo trong khi cân cơ tự thân chỉ thoái hóa ở mức độ trung bình [122].

Bảng 4.7: Thay đổi mô học giữa cân cơ tự thân và mảnh ghép nhân tạo [122]

Loại	Thoái hóa	Tạo vỏ bao	Nhiễm trùng	Xơ hóa	Tân sinh MM
Mảnh nhân tạo	Không	Không	Không	Nhiều	Trung bình
Cân cơ tự thân	Trung bình	Không	Không	Trung bình	Ít

4.4. Bàn luận về kỹ thuật phẫu thuật:

4.4.1. Chọn lựa phương pháp phẫu thuật:

Trên thế giới có nhiều kỹ thuật mổ trong điều trị TKKSKG, nhưng có thể chia thành 6 nhóm: Khâu hẹp thành trước âm đạo, treo cổ định cổ bàng quang bằng kim, tiêm chất keo cạnh niệu đạo, cơ thắt nhân tạo, treo cổ bàng quang sau xương mu, và nhóm giá nâng đỡ niệu đạo (gồm TVT, TOT, cân cơ tự thân...).

Những phương pháp phẫu thuật như khâu hẹp thành trước âm đạo hay treo cổ định cổ bàng quang bằng kim không còn ứng dụng nữa. Trong Hướng dẫn điều trị của Hội Niệu Khoa Châu Âu năm 2011 không còn nói đến 2 nhóm phẫu thuật này trong điều trị TKKSKGS.

Đối với phương pháp tiêm chất keo cạnh niệu đạo, là phẫu thuật ít xâm hại, tuy có hiệu quả cho cả 2 dạng TKKSKGS do suy cơ thắt hay niệu đạo quá di động [41], nhưng được đánh giá là hiệu quả thấp [25], [49]. Vì vậy phương pháp tiêm chất keo cạnh niệu đạo không được chọn cho nghiên cứu này.

Đối với phương pháp đặt cơ thắt nhân tạo, thật sự còn quá xa lạ ở Việt Nam, hầu như chưa từng thấy báo cáo hay nghiên cứu nào nói về phương pháp này. Bởi vì phương pháp này rất tốn kém (do giá bộ cơ thắt rất cao). Đồng thời hệ thống hoạt động của cơ thắt nhân tạo khá phức tạp, mà hiệu quả của nó cũng không phải là quá tốt. Đặc biệt là giá thành rất cao, không phù hợp với điều kiện ở Việt nam.

Đối với nhóm phẫu thuật treo cổ định cổ bàng quang sau xương mu (Phẫu thuật Burch, Marshall-Marchetti-Krantz), ở Việt Nam cũng đã có vài nghiên cứu, báo cáo [8], áp dụng phương pháp này qua nội soi để điều trị TKKSKGS. Tỷ lệ thành công của phương pháp này cũng khá cao, đối với

phương pháp Burch qua nội soi là 80%-90% [101], [106]. Nhưng nhiều báo cáo cho thấy hiệu quả của phương pháp này giảm dần theo thời gian, tỉ lệ tái phát cao. Theo MacDougall, tỉ lệ thành công chỉ còn 30% sau 45 tháng [82].

Hơn một thập niên gần đây, các phương pháp như TVT, TOT thường được sử dụng rất nhiều trong điều trị TKKSKGS ở nữ. Năm 1996, Ulmsten (người Thụy Điển) thực hiện phẫu thuật giá đỡ niệu đạo, nhưng dùng mảnh ghép nhân tạo, thay thế cho phương pháp dùng cân cơ [115] và được gọi là phương pháp TVT. Sau đó kỹ thuật này phát triển và lan rộng ở các nước nhờ kỹ thuật đơn giản và có hiệu quả cao. Sau đó 2001, DeLorme đã cải tiến, dùng mảnh ghép nhân tạo nâng đỡ niệu đạo đi qua lỗ bịt (Phương pháp TOT) [129]. Nhìn chung những phương pháp này đều có hiệu quả cao và ít có biến chứng.

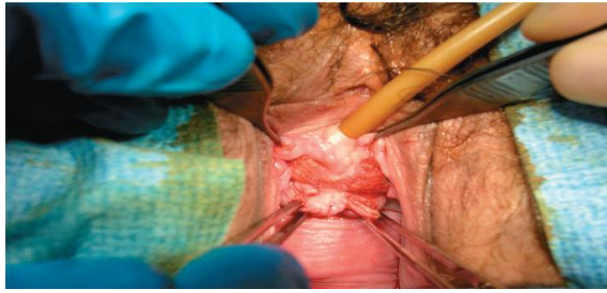
Tuy nhiên, qua một thời gian áp dụng, nhiều nghiên cứu đã ghi nhận có khá nhiều những biến chứng do dùng các mảnh nâng đỡ nhân tạo như: Bào mòn, nhiễm trùng, đau khi giao hợp, đau ở đùi. Từ năm 2010, nhiều khuyến cáo đã đưa ra về việc Ban quản lý thuốc và thực phẩm ở Mỹ lưu ý đến việc dùng các mảnh ghép nhân tạo trong phẫu thuật [77], [79].

Gần đây, xu hướng dùng cân cơ tự thân được nói đến nhiều hơn [32], [58], [75], [91]. Tuy phương pháp dùng cân cơ tự thân đã được áp dụng từ lâu, sau đó theo từng thời kỳ, theo từng xu hướng phát triển của nền y học, nhiều phương pháp khác ra đời như treo cổ bàng quang bằng kim, treo cổ bàng quang sau xương mu, rồi đến TVT, TOT... Nhưng sau nhiều năm áp dụng, người ta thấy phương pháp dùng cân cơ tự thân vẫn còn là một phương pháp tốt, do có hiệu quả cao và ít có biến chứng.

Theo thống kê từ rất nhiều nghiên cứu, Hướng dẫn điều trị của Hội Nội khoa Mỹ 2009 đã cho thấy kết quả của phương pháp dùng cân cơ tự thân là rất cao, thậm chí cao nhất trong số các kỹ thuật [104]. Theo Hướng dẫn điều

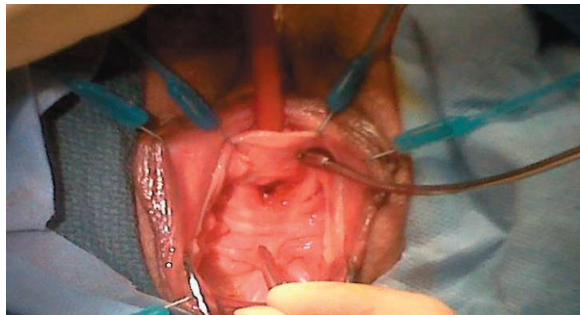
trị của Hội Niệu Khoa 2012 của Canada, cũng cho thấy hiệu quả của phương pháp cân cơ tự thân rất cao và có hiệu quả lâu dài [85]. Phương pháp dùng cân cơ thẳng bụng vẫn còn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị TKKSKGS [29]. Mặt ưu điểm khác của phương pháp dùng cân cơ thẳng bụng là kỹ thuật này có thể chỉ định cho tất cả các dạng của TKKSKGS [29], [36], [53], [57], [123]. Ngoài ra phương pháp này còn được khuyến dùng trong khi các phương pháp TVT, TOT không thể thực hiện được như: bệnh nhân có rò niệu đạo-âm đạo, bị bào mòn niệu đạo, tổn thương niệu đạo trong lúc mổ, túi thừa niệu đạo [79], hoặc cho bệnh nhân có BQ hỗn loạn thần kinh [23]. Tuy các phương pháp TVT, TOT thường được dùng trong điều trị TKKSKGS, nhưng nhiều tác giả tin rằng phương pháp dùng cân cơ tự thân vẫn còn có một vai trò quan trọng trong điều trị, đặc biệt là đối với những trường hợp tái phát và có biến chứng [22].

Năm 2013, nhiều tác giả đã đề cập đến vấn đề biến chứng của mảnh ghép nhân tạo và khuyến dùng cân cơ tự thân cho những bệnh nhân này [30], [63], [89], [96], [101]. Thậm chí, năm 2012 nhiều tác giả còn cho rằng: Phẫu thuật dùng cân cơ thẳng bụng là một phẫu thuật triển vọng cho niệu khoa và sản phụ khoa [70], [124]. Năm 2013, tác giả El-Gamal O, còn đưa ra một kỹ thuật mới, dùng cân cơ thẳng bụng để làm phẫu thuật như TOT và cho kết quả rất tốt [47]. Bên cạnh những ưu điểm trên, nếu dùng cân cơ tự thân, có thể tránh được những biến chứng do mảnh ghép nhân tạo và bệnh nhân cũng không phải chi trả một số tiền để mua mảnh ghép nhân tạo. Như vậy, phẫu thuật này rất thích hợp cho những bệnh nhân nghèo ở Việt Nam.



Hình 4.2: Bào mòn do mảnh ghép nhân tạo.

“Nguồn: Roger R, 2012” [105]



Hình 4.3: Bào mòn và rò niệu đạo -âm đạo sau đặt mảnh ghép nhân tạo.

“Nguồn: Roger R, 2012” [105]



Hình 4.4: Biến chứng bào mòn trong bàng quang qua nội soi.

“Nguồn: Roger R, 2012” [105]

Hiện nay phương pháp dùng cân cơ tự thân vẫn còn được xem là phẫu thuật chuẩn cho điều trị TKKSKGS ở phụ nữ [29]. Phương pháp dùng cân cơ

tự thân đã được báo cáo theo Hướng dẫn điều trị của Hội Nội Khoa Mỹ 2009 là hiệu quả cao và ít có biến chứng [104].

Thực hiện phương pháp phẫu thuật dùng cân cơ thẳng bụng tự thân để điều trị cho bệnh nhân TKKSKGS trong loạt nghiên cứu này, với mong muốn tìm ra thêm một phương pháp phẫu thuật tốt, nhằm áp dụng cho những bệnh nhân sau này.

Ở Việt Nam cũng đã áp dụng một vài kỹ thuật trong điều trị TKKSKGS cũng như có một số công trình nghiên cứu đã được báo cáo.

Năm 1997, tác giả Nguyễn Tuấn Vinh, Vũ Lê Chuyên và cộng sự (bệnh viện Bình Dân) nghiên cứu và báo cáo phương pháp treo cổ bàng quang bằng phương pháp Raz cải biên [16]. Nghiên cứu này thực hiện trên 20 trường hợp với tỉ lệ thành công 85%.

Từ 2001-2003, tác giả Đỗ Vũ Phương, Vũ Lê Chuyên (bệnh viện Bình Dân) và cộng sự đã có nghiên cứu theo dõi phương pháp tập sán chậu và phẫu thuật treo cổ bàng quang [10].

Tác giả Nguyễn Văn Ân năm 2002 (bệnh viện Bình Dân) có nghiên cứu về phương pháp TVT và thực hiện phương pháp TVT đầu tiên được báo cáo năm 2004 [1], [2]. Sau đó 2008, tác giả tiếp tục thực hiện phương pháp này cho 26 trường hợp, với dải prolene tự chế và tỉ lệ thành công là 92,8% [3]. Tiếp đến tác giả dùng phương pháp TOT cho 46 bệnh nhân và cho kết quả thành công là 95,7% và có một trường hợp bị biến chứng bào mòn [4].

Tại bệnh viện Việt Pháp Hà Nội, tác giả Lê Sĩ Trung đã áp dụng kỹ thuật TOT từ ngoài vào trong cho 15 bệnh nhân vào năm 2005 [15]. Cũng trong thời gian này (năm 2005), tại bệnh viện Bình Dân, tác giả Nguyễn Tế Kha đã báo cáo kinh nghiệm ban đầu qua 8 trường hợp điều trị TKKSKGS bằng phương pháp Burch qua nội soi ổ bụng. Thành công 7/8 trường hợp [8].

Tại bệnh viện Việt Đức Hà Nội, vào năm 2006-2010, tác giả Trần Chí Thanh, Vũ Nguyễn Khải Ca đã thực hiện 10 trường hợp TOT với 9/10 trường hợp thành công [12].

Năm 2008, tác giả Nguyễn Ngọc Tiến đã báo cáo dùng phương pháp TOT trong điều trị TKKSKGS ở phụ nữ và cho một tỉ lệ thành công khá cao [13]. Từ 7/2008-10/2009, tác giả Nguyễn Hoài Bắc (bệnh viện Việt Đức Hà Nội) đã thực hiện một nghiên cứu chung tại bệnh viện Trường Đại Học Chung-Ang, Seoul, Hàn Quốc với các tác giả Shin Young Lee và Soon Chul Myung. Nghiên cứu thực hiện 31 trường hợp TOT [5], thành công 96,8%.

Năm 2009, Nguyễn Thị Thanh Tâm (bệnh viện Từ Dũ) thực hiện TOT từ ngoài vào trong [11]. Đa số các trường hợp có phối hợp với phẫu thuật đặt lưới nâng đỡ sa tạng chậu, với tỉ lệ thành công là 95%-98%.

Cùng năm 2009, tại bệnh viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, các tác giả: Nguyễn Tân Cương, Trần Lê Linh Phương, Vũ Hồng Thịnh và cộng sự cũng có công trình nghiên cứu, đánh giá kết quả 21 trường hợp phẫu thuật bằng phương pháp TVT với tỉ lệ thành công 90,5% [6].

Năm 2011, tác giả Lê Phúc Liên, Trần Lê Linh Phương và cộng sự cũng đã báo cáo và đánh giá hiệu quả của phương pháp TOT (từ ngoài vào trong) [9]. Báo cáo cho thấy tỉ lệ thành công 81,8%.

Cho đến nay, chưa có Nghiên cứu và báo cáo chính thức nào về phương pháp dùng cân cơ tự thân để điều trị TKKSKGS ở Việt Nam.

4.4.2. Phương pháp vô cảm và tư thế bệnh nhân:

Tất cả những bệnh nhân trong nghiên cứu này đều thực hiện dưới phương pháp vô cảm là tê tủy sống. Trừ một trường hợp, do tê tủy sống thất bại, nên được chuyển sang mê toàn thân. Qua nghiên cứu cho thấy rằng tê tủy

sống có lợi hơn so với mê toàn thân: nhẹ nhàng hơn và bệnh nhân có thể hợp tác trong lúc mổ.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu này, đều được đặt ở tư thế ngửa, thế sản phụ khoa, mông đặt quá bờ của bàn mổ. Cần lưu ý, không để chân bệnh nhân gập vào bụng quá nhiều, vì như thế sẽ khó thực hiện giai đoạn lấy mảnh cân cơ thẳng bụng.

4.4.3. Một số kinh nghiệm và lưu ý trong kỹ thuật phẫu thuật:

Thì mổ trên thành bụng: Ở thì mổ trên thành bụng để lấy mảnh cân cơ thẳng bụng, bệnh nhân được rạch da ở thành bụng đường nằm ngang, trên xương mu 2 cm (Đường mổ Pfannenstiel) dài khoảng 10cm, tùy trường hợp bệnh nhân mập hay gầy. Với đường mổ này, tương đối đáp ứng được về mặt thẩm mỹ. Cần lưu ý ở giai đoạn này, khi đốt cầm máu, rất hạn chế đốt trên cân cơ thẳng bụng, nơi mà cân cơ sẽ được lấy đi để làm phẫu thuật.

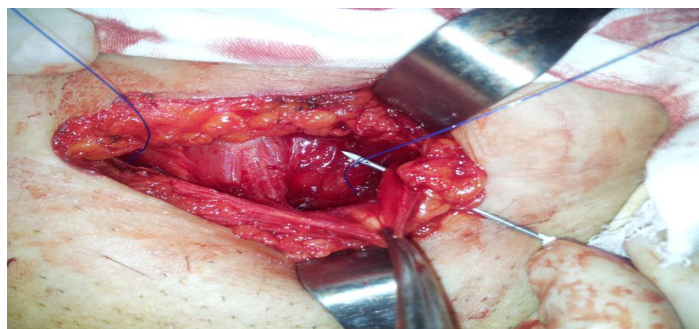
Mảnh cân cơ thẳng bụng được lấy: chiều rộng 1,5 - 2 cm, dài khoảng 10 - 12cm. Mảnh cân cơ được lấy theo chiều vết mổ (nằm ngang). Cần chú ý, lúc bóc tách để lấy mảnh cân cơ, phải làm thật đều 2 bên, tránh trường hợp mất cân bằng 2 bên, như thế sẽ khó bóc tách lúc cắt lấy cân, và khó cho lúc đóng bụng. Khi cắt mảnh cân cơ, cần phải cẩn thận, không được để cắt phạm, hay làm hư cân. Có thể lấy phần mô quanh cân dính nhiều (sẽ làm sạch sau) nhưng không để bị phạm vào cân cơ. Đồng thời mảnh cân cơ được cắt với vết cắt thẳng, ngay. Không nên cắt xéo và đường cắt bị răng cưa, như vậy sẽ phải cắt tỉa lại, sẽ làm cho mảnh cân cơ bị nhỏ lại.

Tạo đường hầm sau xương mu bằng ngón tay: Thủ thuật này tương đối dễ làm, không mất thời gian mà cho hiệu quả rất tốt. Với cách làm như vậy, có thể tránh được việc làm tổn thương các cơ quan vùng chậu. (Thông thường chỉ mất khoảng 1 phút). Đồng thời, nhờ tạo được đường hầm sau xương mu

và nhờ có ngón tay từ đường hầm này, có thể chạm và liên lạc được với ngón tay từ vết mổ dưới âm đạo đi lên (lúc đó 2 ngón tay sẽ được ngăn cách bởi mạc nội chậu). Nhờ đó mà khi dùng kẹp để kéo sợi chỉ cột ở đầu mảnh cân cơ, không sợ bị chạm vào các tạng vùng chậu, tránh được các biến chứng.

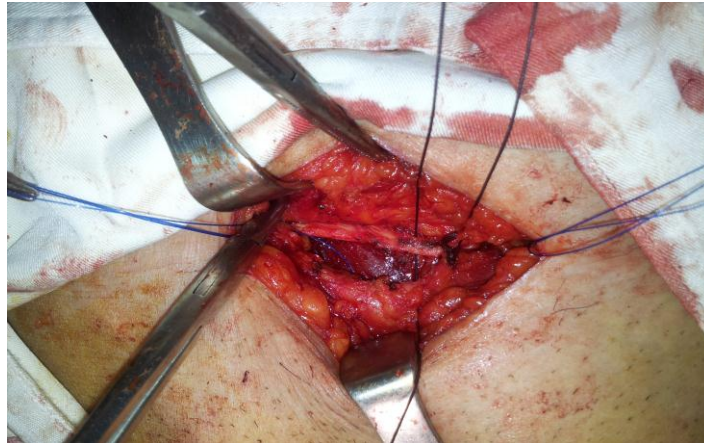
Một số tác giả khác, sau khi lấy mảnh cân cơ ra thì khâu lại 2 mép cân ngay. Sau đó dùng kim Stamey hoặc một clamp đâm xuyên qua vết mổ từ trên xuống sau xương mu và xuyên qua vết mổ ở âm đạo để kéo sợi chỉ lên [105]. Như vậy sẽ không kiểm soát được việc đâm kim, có thể làm tổn thương các tạng, đặc biệt là bàng quang. Nhờ thực hiện kỹ thuật tạo đường hầm sau xương mu bằng ngón tay, bệnh nhân trong nghiên cứu này không bị những biến chứng như thủng bàng quang, ruột, chảy máu...

Khâu cân cơ thành bụng trước khi cột cố định chỉ treo mảnh cân: Sau khi đã kéo sợi chỉ của đầu cân cơ, không cột cố định ngay vào cân cơ thẳng bụng, mà tạo một môi chỉ chờ. Sợi chỉ này được cột cố định trên cân cơ thẳng bụng sau khi đã khâu lại 2 mép cân cơ thẳng bụng. Bởi vì nếu cột chỉ cố định trên cân cơ trước, thì sau khi khâu 2 mép cân, sẽ kéo theo sợi chỉ một đoạn dài 1cm (2 bên sẽ bị kéo 2cm). Như vậy sẽ làm kéo căng thêm mảnh cân cơ và gây ra biến chứng tiểu khó.



Hình 4.5: Tạo môi chỉ chờ.

(BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)



Hình 4.6: Khâu thành bụng trước khi cột cố định mảnh cân cơ.

(BN Phạm Thị Ch, 1956. Số hồ sơ: 212/08299)

Đánh giá lực kéo nâng đỡ niệu đạo: Có nhiều cách thực hiện lực kéo nâng đỡ niệu đạo, tùy vào phẫu thuật viên, nhưng đa số dùng kẹp Metzenbaum chẹn giữa mảnh nâng đỡ và niệu đạo. Làm như vậy có thể tránh được lực căng quá mức gây tiểu khó, nhưng cũng có thể bị lỏng sau khi rút Metzenbaum ra, và như vậy có thể sẽ bị thất bại. Vì thế, trong nghiên cứu này, lực kéo nâng đỡ niệu đạo được thực hiện bằng cách khác: sau khi đã định vị được mảnh cân cơ, dùng 2 kẹp giữ 2 mép cân sao cho vừa chạm niệu đạo, không có một lực kéo căng nào và cũng không cho lỏng. Một người phụ sẽ cột sợi chỉ cố định, trong khi phẫu thuật viên chính luôn luôn điều chỉnh mảnh cân cơ ở mức vừa chạm niệu đạo. Như vậy lực kéo sẽ không căng mà khi bệnh nhân ho hoặc làm động tác gắng sức, thì niệu đạo khi bị hạ xuống vẫn được nâng đỡ vừa đủ. Nhờ vậy, tỉ lệ thành công trong nghiên cứu này tương đối cao. Giai đoạn này rất quan trọng, có thể nói quyết định sự thành công hay thất bại là ở giai đoạn này.

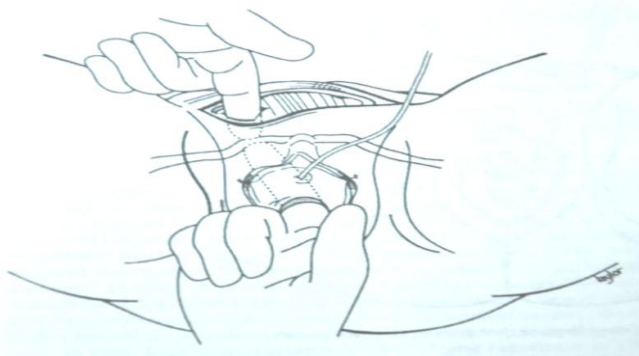
4.4.4. So sánh kỹ thuật với một số tác giả khác:

+ So sánh với kỹ thuật mổ của tác giả Grasset:

Bệnh nhân trong nghiên cứu này được thực hiện ở giai đoạn rạch da và lấy mảnh cân cơ như tác giả Grasset, nhưng sau đó, những thì tiếp theo có thay đổi và cải tiến. Grasset [131] sau khi lấy mảnh cân cơ, bóc tách để bộc lộ bàng quang, niệu đạo, dây chằng Cooper. Sau đó mảnh cân cơ được đặt dưới niệu đạo và được khâu cố định vào dây chằng Cooper. Với kỹ thuật này, cần phải bóc tách và mất thời gian. Trong khi kỹ thuật của nghiên cứu này, có thể tạo đường hầm sau xương mu bằng ngón tay, không mất thời gian và tránh được sự bóc tách mô nhiều. Như vậy, so với kỹ thuật của Grasset, kỹ thuật được thực hiện trong nghiên cứu này ít tàn phá hơn và có thể rút ngắn được thời gian phẫu thuật.

+ So sánh với kỹ thuật mổ của tác giả Karl:

Tác giả Karl [69] lấy cân cơ căng mạc đùi làm giá đỡ niệu đạo. Sau đó thực hiện các thì phẫu thuật trên thành bụng và âm đạo để tạo đường hầm sau xương mu. Mảnh cân cơ cũng được đặt dưới niệu đạo và được cố định trên cơ thẳng bụng. Kỹ thuật mổ trong nghiên cứu này cũng gần giống với tác giả Karl ở thì thành bụng và âm đạo, cũng như lúc tạo đường hầm sau xương mu. Tuy nhiên, ở nghiên cứu này, tận dụng thì mổ trên thành bụng để lấy mảnh cân cơ thẳng bụng để làm giá đỡ, trong khi Karl lại phải làm một kỹ thuật khác lấy cân cơ căng mạc đùi. Như vậy so với kỹ thuật của Karl, kỹ thuật mổ trong nghiên cứu này, bệnh nhân không phải chịu thêm một đường mổ ở đùi.



Hình 4.7: Tạo đường hầm sau xương mu.

“Nguồn: Karl JK, 2005” [69]

+ So sánh với kỹ thuật dùng cân cơ thẳng bụng tự thân của Roger:

Tác giả Roger [105] thực hiện thì mổ trên thành bụng để lấy mảnh cân cơ thẳng bụng, sau đó khâu lại thành bụng ngay. Tiếp theo thực hiện thì mổ ở thành trước âm đạo, sau đó dùng kim Stamey đâm xuyên từ thành bụng xuống sau xương mu để kéo 2 đầu chỉ của 2 đầu mảnh cân cơ đã được đặt vào dưới niệu đạo. Sau đó cột 2 đầu chỉ lại với nhau. So với Roger, kỹ thuật trong nghiên cứu này giống ở thì lấy mảnh cân cơ và thì bóc tách ở thành trước âm đạo, nhưng phần kỹ thuật còn lại trên nguyên tắc khác nhau rất nhiều. Roger dùng kỹ thuật gần giống với kỹ thuật treo cố định cổ bàng quang bằng kim, nhưng dùng mảnh cân cơ tự thân. Với kỹ thuật này, tác giả Roger có thể gặp biến chứng do việc đâm kim sau xương mu như: thủng ruột, bàng quang... Trong khi đó, kỹ thuật của nghiên cứu này hiếm khi gặp biến chứng này, vì đường hầm tạo sau xương mu lúc nào cũng được trợ giúp và hướng dẫn của ngón tay của phẫu thuật viên bên trong sau xương mu.

Trong nghiên cứu này, kỹ thuật được áp dụng và có thay đổi theo một số tác giả vừa nêu trên. Đồng thời nghiên cứu này cũng có một số cải tiến trong kỹ thuật mổ, với mong muốn đem lại hiệu quả tốt hơn cho bệnh nhân.

KẾT LUẬN

Qua kết quả điều trị cho 42 phụ nữ TKKSKGS bằng phương pháp phẫu thuật dùng cân cơ thẳng bụng tự thân làm giá nâng đỡ niệu đạo, trong thời gian từ 2007-2012 tại bệnh viện Bình Dân, nghiên cứu này cho thấy đây là một phẫu thuật có kết quả khá tốt, với tỉ lệ thành công khá cao và ít có biến chứng. Từ nghiên cứu này, chúng tôi có thể đưa ra kết luận như sau:

1. Về kết quả điều trị:

Phương pháp phẫu thuật dùng cân cơ thẳng bụng tự thân làm giá nâng đỡ niệu đạo trong điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ cho tỉ lệ thành công là 95,2% (Bệnh nhân hoàn toàn không còn có hiện tượng tiểu không kiểm soát khi gắng sức dù ở mức độ nặng hay nhẹ), tỉ lệ thất bại là 4,8%.

Biến chứng thường gặp của phẫu thuật này là: tiểu khó, tiểu gấp, nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

Biến chứng tiểu khó với tỉ lệ 11,9% (Có 5 trong số 42 trường hợp). Đây là biến chứng thường gặp nhất trong các biến chứng. Biến chứng này có thể khắc phục được bằng cách: trong khi làm phẫu thuật, chú ý ở thì đặt mảnh cân cơ dưới niệu đạo và cố định trên cân cơ thẳng bụng ở thành bụng, sao cho lực kéo vừa đủ và thích hợp. Biến chứng này không nặng, có cải thiện theo thời gian theo dõi. Không có trường hợp nào trong nghiên cứu cần phải làm một can thiệp gì.

Biến chứng tiểu gấp với tỉ lệ 7,1% (Có 3 trong 42 trường hợp). Biến chứng này dễ dàng điều trị bằng nội khoa. Triệu chứng cải thiện từ từ và mất đi sau một thời gian điều trị. Biến chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu có tỉ lệ 4,8%. Biến chứng này dễ dàng điều trị bằng nội khoa.

2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị:

Một số yếu tố có thể liên quan đến kết quả phẫu thuật như: độ nặng của bệnh, thời gian mắc bệnh và dạng niệu đạo di động hay không di động. Kết quả cho thấy rằng: hiệu quả của phẫu thuật này không bị ảnh hưởng bởi độ nặng của bệnh, không bị phụ thuộc vào thời gian mắc bệnh cũng như dạng tiểu không kiểm soát khi gắng sức (dạng niệu đạo di động hay dạng không di động).

Các yếu tố có thể liên quan đến biến chứng tiểu khó như: độ nặng của bệnh và dạng niệu đạo di động hay không di động. Kết quả cho thấy rằng: biến chứng tiểu khó không có liên quan gì đến các yếu tố trên. Biến chứng này xảy ra có thể là do lỗi kỹ thuật, do đặt mảnh cân cơ làm giá đỡ niệu đạo cố định trên cân cơ thẳng bụng quá chặt, gây chèn ép niệu đạo.

Các yếu tố có thể liên quan, ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật như: độ nặng của bệnh và dạng niệu đạo di động hay không di động. Trong nghiên cứu này cho thấy thời gian phẫu thuật không bị ảnh hưởng bởi độ nặng của bệnh và dạng niệu đạo.

KIẾN NGHỊ

Phẫu thuật dùng cân cơ thẳng bụng trong điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ có hiệu quả cao và ít có biến chứng. Phẫu thuật này có thể thực hiện cho những bệnh nhân TKKSKGS dạng di động hay không di động, không bị ảnh hưởng bởi độ nặng của bệnh hay thời gian mắc bệnh. Trong tương lai, chúng ta có thể áp dụng phẫu thuật này, hướng đến cho những trường hợp mà các phương pháp TVT và TOT không thể thực hiện được như: bệnh nhân có rò niệu đạo-âm đạo, bị bào mòn niệu đạo, tổn thương niệu đạo trong lúc mổ, túi thừa niệu đạo..., đặc biệt là đối với những trường hợp tái phát và có biến chứng do các phương pháp TVT, TOT.

Có thể áp dụng phổ biến kỹ thuật này, nhằm đem lại chất lượng cuộc sống tốt đẹp hơn cho bệnh nhân, đặc biệt là những bệnh nhân còn gặp khó khăn về kinh tế, không có đủ điều kiện để chi trả cho mảnh ghép nhân tạo.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CỦA TÁC GIẢ

1. Đỗ Vũ Phương, Vũ Lê Chuyên, Trần Lê Linh Phương và cộng sự (2011), "Kết quả phương pháp phẫu thuật dùng cân cơ thẳng bụng trong điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở nữ". *Y Học Thực Hành*, số 769 +770, tr. 398-406.
2. Đỗ Vũ Phương, Vũ Lê Chuyên, Trần Lê Linh Phương và cộng sự (2012), "Theo dõi biến chứng tiểu khó sau phẫu thuật điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở nữ bằng phương pháp dùng cân cơ thẳng bụng", *Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 16, số 2, tr. 104-108.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT:

1. Nguyễn Văn Ân (2002). "Dùng băng nâng đỡ âm đạo để điều trị tiểu không kiểm soát do gắng sức ở phụ nữ: nhân 24 trường hợp được điều trị tại khoa niệu, Viện Trường Limoges (Pháp)". *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, tập 6, phụ bản số 2, tr.421-424.
2. Nguyễn Văn Ân (2004). "Nhân 6 trường hợp áp dụng kỹ thuật băng treo lỏng âm đạo T.V.T (tension-free vaginal tape) để điều trị tiểu không kiểm soát do gắng sức ở phụ nữ". *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, tập 8, phụ bản số 1, tr.285-288.
3. Nguyễn Văn Ân (2008). "Áp dụng phương pháp TVT với dải Prolene tự chế để điều trị tiểu không kiểm soát do gắng sức ở phụ nữ". *Y Học TP Hồ Chí Minh*, tập 12, Phụ bản số 4, tr. 120-124.
4. Nguyễn Văn Ân, Nguyễn Tuấn Vinh, Bùi Văn Kiệt, Võ Trong Thanh Phong (2012). "Kết quả trung hạn của tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ bằng phẫu thuật TOT". *Y Học TP Hồ Chí Minh*, Tập 6, Phụ bản số 3, tr. 233-238.
5. Nguyễn Hoài Bắc, Shin Young Lee và Soon Chul Myung (2011). "Kết quả phẫu thuật đặt đai niệu đạo qua lỗ bịt bằng phương pháp gây tê tại chỗ và gây mê trong điều trị tiểu không tự chủ khi gắng sức ở phụ nữ". *Y Học Thực Hành*, số 769+770, tr. 422-435.
6. Nguyễn Tân Cương, Từ Thành Trí Dũng, Trần Lê Linh Phương, Vũ Hồng Thịnh và Nguyễn Hoàng Đức (2009), "Đánh giá kết quả ban đầu điều trị TKKS ở phụ nữ bằng băng nâng niệu đạo kiểu TVT". *Y học TP Hồ Chí Minh*, Tập 13, số 1, tr. 205-209.

7. Lê Văn Cường, Dương Văn Hải (2011). “Giải phẫu ngoại khoa sàn chậu, Giải phẫu ngoại khoa đáy chậu”. *Giải Phẫu Học*, Sau Đại Học, tr. 608-644.
8. Nguyễn Tế Kha, Trần Thượng Phong, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Đào Quang Oánh và Vũ Lê Chuyên (2005). “ Điều trị TKKSKGS bằng phẫu thuật Burch qua nội soi ổ bụng ngoài phúc mạc. kinh nghiệm ban đầu qua 8 trường hợp ”. *Y Học Việt Nam*, Tập 313, tr. 191-197.
9. Lê Phúc Liên, Trần Lê Linh Phương, Nguyễn Hoàng Đức, Từ Thành Trí Dũng, Vũ Hồng Thịnh, Nguyễn Tân Cương, Lê Mạnh Hùng (2011). “Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật TOT trong điều trị TKKSKGS ở phụ nữ”. *Y Học TP Hồ Chí Minh*, Tập 15, Phụ bản số 1, tr. 152-154.
10. Đỗ Vũ Phương, Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Văn Hiệp, Nguyễn Văn Ân (2007). “Hiệu quả của tập cơ đáy chậu và phẫu thuật treo cổ bàng quang trong điều trị TKKSKGS ở phụ nữ”. *Y Học TP Hồ Chí Minh*, Tập 11, tr. 212-218.
11. Nguyễn Thị Thanh Tâm, Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Phạm Thị Nga, Văn Phụng Tống, Nguyễn Thị Vĩnh Thành, Hồ Thị Thu Nguyệt và Nguyễn Bá Mỹ Ngọc (2011). “Đánh giá hiệu quả và độ an toàn phương pháp đặt dải băng dưới niệu đạo ngang lỗ bịt điều trị TKKSKGS ở phụ nữ tại bệnh viện Từ Dũ từ 7/2009 – 12/2010”. *Y Học Thực Hành*, số 769+770, tr. 375-382.
12. Trần Chí Thanh, Vũ Nguyễn Khải Ca (2011). “Kết quả phương pháp đặt băng dưới niệu đạo TOT điều trị bệnh són tiểu gắng sức ở phụ nữ tại bệnh viện Việt Đức Hà Nội”. *Y Học Thực Hành*, số 769+770, tr. 417-421.
13. Nguyễn Ngọc Tiến, Nguyễn Tuấn Vinh và cs (2008). "Điều trị TKKSKGS ở phụ nữ bằng phương pháp ít xâm lấn: miếng nâng đỡ

dưới niệu đạo TVT và TOT, kết quả ban đầu tại bệnh viện FV TP Hồ Chí Minh". *Y Học TP Hồ Chí Minh*, tập 12; phụ bản số 1; tr. 335-341.

14. Nguyễn Ngọc Tiến (2012). "Đánh giá kết quả điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ bằng giá đỡ niệu đạo qua lỗ bịt". *Luận Án Tiến Sĩ*, tr. 48-68.
15. Lê Sĩ Trung (2006). "Điều trị són tiểu ở phụ nữ bằng phương pháp TOT: kinh nghiệm ban đầu qua 15 TH". *Y Học TP Hồ Chí Minh*, tập 10, số 3, tr. 174-178.
16. Nguyễn Tuấn Vinh, Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Văn Hiệp (1998). "Treo cổ bàng quang bằng kim Stamey cải biên để điều trị TKKSKGS ở nữ". *Sinh Hoạt Khoa Học Kỹ Thuật Bệnh Viện Bình Dân*, 1997-1998.

TIẾNG ANH:

17. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT (1990). "Standardization of terminology of lower urinary tract function recommended by the International Continence Society". *Int Urogynecology J*, (1), pp. 45-58.
18. Abram P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Kerrebroeck P, Victor A, Wein A (2002). "The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society". *Neurourology and Urodynamics*, 21, pp.167-178.
19. Albo ME, Richter HE, Brubaker L, et al (2007). "Burch colposuspension versus fascial sling to reduce urinary stress incontinence". *Engl J Med*, 356(21), pp. 2143-2155.

20. Almeida SH, Gregorio E, Grando JP, et al (2004). "Pulbovaginal sling using cadaveric allograft fascia for the treatment of female urinary incontinence ". *Transplant Proc*, 36(4), pp. 995-996.
21. Amaye-Obu FA, Drutz HP (1999). "Surgical management of recurrent stress urinary incontinence: a 12 years experience". *Am J Obstet Gynecol* , 181, pp. 1296-309.
22. Athanasopoulos A, Gyfthopoulos K, McGuire EJ (2011). "Efficacy and Preoperative Prognostic Factors of Autologous Fascia Rectus Sling for treatment of Female Stress urinary Incontinence" *Female Urology*, 78, pp. 1034-1039.
23. Athanasopoulos A, Gyfthopoulos K, McGuire EJ (2012). "Treating stress urinary incontinence in female patients with neuropathic bladder: the value of the autologous fascial rectus sling". *Int Urol Nephrol*, 44(5), pp. 1363-7
24. Baker BI (1864). "On diseases of women remediable by operation". *Lancef* , 1, pp.263-266.
25. Bent AE, Foote J, Siegel S, et al (2001). "Collagen implant for treating stress urinary incontinence in women with urethral hypermobility". *J Urol* , 166, pp. 1354-7.
26. Bettez M, Le Mai Tu, Carsol K, Corcos J, Gajewski J, Jolivet M, Bailly G (2012). "Guidelines for Adult urinary Incontinence Collaborative Consensus Document for Canadian Urological Association". *Can Urol Assoc J*, 6(5), pp. 354-63.
27. Blaivas JG (1998). "Outcomes measures for urinary incontinence". *Urology*, 51, pp. 11-19.

28. Blaivas JG, sandhu J (2004). "Urethral reconstruction after erosion of slings in women". *Curr Opin Urol* , 14, pp. 335-8.
29. Blaivas JG, Chaikin DC (2011). " Pulbovaginal fascial sling for the treatment of all types of stress urinary incontinence: Surgical technique and long-term outcome".*Urol Clin North Am*, 38 (1), pp: 7-15.
30. Blayne K. Welk (2012). "The autologous fascia pubovaginal sling for complicated female stress incontinence". *Can Urol Assoc J*, 6(1), pp. 36-40.
31. Bodell DM, Leach GE (2002). "Needle Suspension Procedures for Female Incontinence". *The Urologic Clinics of north America*, pp.575-584.
32. Brito LG, Rodrigues HL, Carvalho MA, Magnani PS, Lopes AH, Sabino-de-Freitas MM (2013). "Comparison of the efficacy and safety of surgical procedures utilizing autologous fascial and transobturator slings in patients with stress urinary incontinence". *J Reprod Med*, 58(1-2), pp. 19-24.
33. Burch JC (1968). "Cooper's Ligament urethrovesical suspension for stress incontinence". *Am J Obst Gynecol*, 100, pp.764-74.
34. Burgio KL (1990). "Behavioural training for stress and urge incontinence in the community". *Gerontology*, 36, pp.27.
35. Burgio KL, Locher JL, Goode PS, et al (1998). "Biofeedback vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women". *Jama*, 280, pp.1995-2000.

36. Chaikin DC, Rosenthal J, Blaivas JG (1998). " Pubovaginal fascial sling for all types of stress urinary incontinence: long-term analysis". *J Urol* ,160, pp. 1312-6.
37. Chou EC, Flisser AJ, Panagopoulos G, et al (2003). "Effective treatment for mixed urinary incontinence with a pulbovaginal sling". *J Urol*, 170 (2Pt 1), pp. 494-497.
38. Christian W and al (2012). "Adult urodynamics". *AUA-SUFU Guidelines* , pp: 1-30.
39. Christopher R (2012). "Retropubic suspension surgery for incontinence in women". *Urology* , 71(3), pp. 2047-2068.
40. Cindolo L, Salzano L, Rota G, Bellini S et al (2004). " Tenson-Free Transobturator approach for female stress urinary incontinence". *Minerva Urol Nephrol* , 56, pp. 89-98.
41. Corcos J, Fournier C (1999). " Periurethral collagen injection for the treatment of female stress urinary incontinence: 4 year follow-up results". *Urology* ,54, pp. 815-8.
42. Davila GW, Johnson JD, Serels S (2005). "Multicenter experience with the Monarc transobturator sling system to treat stress urinary incontinence ". *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, pp. 1-6.
43. De Lancey J.O (1994). "Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock hypothesis". *Am J Obstet Gynecol* , 170 (6), pp. 1713-1723.
44. De Lancey J.O (1997). "The pathophysiology of stress urinary incontinence in women and its implications for surgical treatment". *World J. Urol.*, 15, pp. 268-274.

45. Delorme E, Droupy S, De Tayrac R, Delmas V (2003). "Transobturator tape (Uratape). A new minimally invasive method in the treatment of urinary incontinence in women". *Prog Urol* , 13, pp. 656-659.
46. Deprest J, Zheng F, Konstantinovic M, Spelzini F, Claerhout F, Steensma A, Ozog Y, Ridder D (2006). "The biology behind fascial defects and the use of implants in pelvic organ prolapse repair". *Int Urogynecol J*, 17, pp. 16-25.
47. El-Gamal O, Soliman M, Tawfik A, Abbel Raheem A (2013). "Use of autologous rectus fascia in a new transobturator hybrid sling for treatment of female stress urinary incontinence: a pilot study". *Scand J Urol*, 47(1), pp. 57-62.
48. Enhorning G (1961). "Simultaneous recording of intra urethral pressure, A study on urethral closure in normal and stress incontinence women". *Acta Chir. Scand*, 276, pp. 1-68.
49. Faerber G (1996). "Endoscopic collagen injection therapy in elderly women with type I stress urinary incontinence". *J Urol*, 155, pp. 512-4.
50. Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, et al (1991). "Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence". *JAMA*, 265, pp.609-13
51. Farrar DJ, Osborne JL, Stephason TP, Whiteside CG, Weir J, Berry J, Milroy EJG, Turner Warwick R (1975). "A urodynamic view of bladder outflow obstruction in the female: factors influencing the results of treatment". *Br J Uro*, 47, pp. 815-822.

52. Ferguson KL, McKey PL, Bishop KR, et al (1990). "stress urinary incontinence effect of pelvic muscle exercise". *Ostet Gynecol*, 73, pp.671-5.
53. Flynn BJ, Yap WT (2002). " Pulbovaginal sling using autograft for all types of stress urinary incontinence: 2 - year minimum followup". *J Urol*, 167, PP. 608-612.
54. Gormley EA (2002). "Biofeedback and behavioral therapy for the management of female urinary incontinence". *The urologic Clinics of north America*, pp.551-557.
55. Green T.H.J (1962). "Developpement of a plan for diagnosis and treatment of urinary stress incontineece". *Am. J. Obstet Gynecol* , 83, pp. 632-9.
56. Griebing TL, Schrepferman CG, Nygaard IE, Kreder KJ (1997). " Sling cystourethropexy for treatment of women with stress urinary incontinence: comparison of older and younger patients". *J Am Geriatr Soc*, 45 (9), pp. 125.
57. Groutz A, Blaivas JG, Hyman MJ, et al (2001). " Pubovaginal sling surgery for simple stress urinary incontinence: analysis by an outcome score". *J Urol* , 165, pp. 1597-1600.
58. Guerrero KL, Emery SJ, Wareham K, Ismail S, Watkins A, Lucas MG (2010). "A randomised controlled trial comparing TVT, Pelvicol and autologous fascial slings for the treatment of stress urinary incontinence in women". *BJ Obstet Gynecol*, 117 (12), pp.1493-502.
59. Gunnemann A, Heleis W, Pohl J, Paliakoudis I, Thiel R (2004). "The transobturator tape . A minimally- invasive procedure for the

- treatment of female urinary stress incontinence". *Urologe A*, 43, pp. 1106-1110.
60. Haab F, Zimmern PE, Leach GE (1996). "Female stress urinary incontinence due to intrinsic sphincteric deficiency: recognition and management". *J Urol* , 156, p. 3.
 61. Hextall A (2000). "Oestrogen and lower urinary tract functions". *Maturitas*, 36, pp.83-7.
 62. Hilton P., Stanton S.L (1983). "Urethral pressure measurement by microtransducer: the results in symptom-free women and in those with genuine stress incontinence". *Br. J. Obstet. Gynaecol*, 90, pp. 919-933.
 63. Howden NS, Zyczynski HM, Moalli PA, et al (2006). "Comparison of autologous rectus fascia and cadaveric pulbovaginal sling continence outcomes". *Am J obstet Gynecol*, 194(5), pp. 1444-1449.
 64. Hunskaar S, Burgio KL, Clark A et al (2005). "Epidemiology of urinary and faecal incontinence and pelvic organ prolapse". *3 rd International Consultation on Incontinence*, Health Publications Ltd, p.255-312
 65. Jason P.G, Philippe Z (2005). "A evidence based approach to the evaluation and management of stress incontinence in women". *Curr Opin Urol* (15), Lippincott Williams and Winkins, pp. 236-243.
 66. Jeffcoate TNA (1953). " The results of the Aldridge sling operation for stress incontinence". *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, 63, p.36.
 67. Jeppon PC, Sung VW (2013). "Autologous graft for treatment of midurethral sling exposure without mesh excision". *Obstet Gynecol*, 12(2 Pt Suppl 1), pp.437-9.

68. Joao L.A, Hamilto Y, Paulo R.K, Guiherme B, Monica O.O, Gameiro, Aparecido D, Agostinho (2009). "Clinical and Quality of Life Outcomes After Autologous Fascial Sling and Tension-Free-Vaginal Tape: A Prospective Randomized Trial". *Int Braz J Urol*, 35, pp. 60-67.
69. Karl.J.Kreder (2005). "Autologous fascia Lata Sling Cystourethropexy". *Female urology, Urogynecology, and Voiding Dysfunction* ,24, pp. 368-375.
70. Kaufman MR (2012). "Contemporary role of autologous fascial bladder neck sling: a urology perspective". *Urol Clin North Am*, 39 (3), pp. 317-23.
71. Keith JO, Kathleen CK (2005). "Vaginal Slings Surgery: Overview, History, and Sling Material". *Female Urology, Urogynecolog, and Voiding Dysfunction*, 22, pp. 345-356.
72. Kelly HA, Dumm WM (1914). "urinary incontinence in women, without manifest injury to the badder". *Surg Gynecol Obstet*, 18, PP.444-450.
73. Kershen RT, Dmochowski RR, Appell RA (2002). "Beyond collagen: Injectable therapies for the treatment of female stress urinary incontinence in the new millennium". *The Urologic Clinics of north America*, pp.559-574.
74. Kevin RL (2002). "The Urologic Clinic of North America". *Female Urology*, Vol 29, pp.537-611.
75. Khan ZA, Nambiar A, Morley R, Chapple CR, Emery SJ, Lucas MG (2015). "Long-term follow-up of a multicentre randomised controlled trial comparing tension-free vaginal tape, xenograft and

autologous fascial slings for the treatment of stress urinary incontinence in women". *BJU Int*, 115(6), pp. 968-77.

76. Kitzmiller JL, Manzer GA, Nebel WA (1972). "Chain cystourethrogram and stress incontinence". *Obstet Gynecol*, 39, pp.333.
77. Laird Harrison (2013). "Stress incontinence: Surgery beats Physiotherapy". *N Engl J Med*; 369; pp: 1124-1133.
78. Lapedes J, Ajemian EP, Stewart BH (1960). "Physio-Pathology of stress incontinence". *Sur. Gyneco. Obste*, 3, pp. 224-231.
79. Laurie Barclay (2010). "Guideline on surgical management of stress urinary incontinence updated". Published online December 28. 2009.
80. Laurie Barclay (2013). "Stress incontinence surgery not helped by urodynamic testing". *Obstet Gynecol*, Published online April 5. 2013, pp.124-128.
81. Loughlin KR (2000). "Slings-an idea whose time has come". *J Urol*, 163, pp. 1843-4.
82. MacDougall EM, Klutke CG, Cornell T (1995). "Comparison of transvaginal versus laparoscopic bladder neck suspension for stress urinary incontinence". *Urology* , 45, pp. 641-6.
83. MacDougall EM (1996). "Correction of stress urinary incontinence: retropubic approach". *J Endourol* , 10, pp. 247-50.
84. Malcolm G.L, Ruud J.L.B, Fiona C.B, Francisco C, Thomas B.M, Arjun N, Andreas N, Dirt J.M.K, Andrea T, William H.N, Robert S.P (2012)." EAU Guideline on Assessment and non surgical management of urinary incontinence". *European Urology*, 4719, pp.1-13.

85. Mathieu B, Le Mai Tu, Kevin C, Jacques C, Jerzy G, Martine J, Greg B (2012). " Guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the canadian urological association". *Can Urol Assoc J* , 6(5), pp. 358-359.
86. Mellier G et al (2004). "Suburethral tape via the obturator route is the TOT a simplification of the TVT ? ". *Int Urology*, volume 64 (2), pp. 376-7.
87. Michel Degueldre M, Vandromme Bruno, Van Herendael JB (2009). "Dynamic Anatomy of the Pelvic Floor". *Female Genital Prolapse and Urinary Incontinence*, Informa Healthcare USA Inc, (1), pp.1-22.
88. Miklos JR, Kohli N (2000). " Laparoscopic paravaginal repaire plus Burch colposuspension: review and discriptive technique". *Urology*, 56 (Suppl 6A), pp . 64- 9.
89. Milose JC, Sharp KM, He C, Stoffel J, Clemens JQ, Cameron AP (2015). "Success of autologous pubovaginal sling after failed synthetic midurethral sling". *J Urol*, 193(3), pp.916-20.
90. Mitsui T, Tanaka H, Moiya K et al (2007). "Clininal and urodynamic outcomes of pulbovaginal sling procedure with autologous rectus fascia for stress urinary incontinence". *Int J Urol*, 14(12), pp. 1076-1079.
91. Mock S, Angelle J, Reynolds WS, Osborn DJ, Dmochowski RR, Gomelsky A (2015). "Contemporary comparison between retropubic midurethral sling and autologous pubovaginal sling for stress urinary incontinence after the FDA advisory notification". *Urology*, 85(2), pp. 321-5.

92. Morgan Jr TO, Westney OL, Mc Guire EJ (2000). " Pulbovaginal sling 4 - year outcome analysis and quality of life assesement". *J Urol*,163, pp. 1845-1848.
93. Nice Clinical Guideline 171 (2013). "Urinary incontinence: The management of urinary incontinence in Women"; *Nice accredited*, pp.12-13.
94. Niknejad K, Plzak III LS, Staskin DR, Loughlin KR (2002). "Autologous and Synthetic Urethral Slings for Female Incontinence". *The Urologic Clinics of north America*, pp.597-611.
95. Onur R, Singla A, Kobashi KC (2008). "Comparison of solvent - dehydrated allograft dermis and autograft rectus fascia for pulbovaginal sling : Questionnair-based analysis". *Int Urol Nephrol*, 40 (1), pp. 45-49.
96. Parker WP, Gomelsky A, Padmanabhan P (2015). " Autologous fascia pubovaginal slings after prior synthetic anti-incontinence procedures for recurrent incontinence: A multi-institutional prospective comparative analysis to de novo autologous slings assessing objective and subjective cure". *Neurourol Urodyn*, Mar, 27.
97. Parul BG, Barrett DM (1990). "Application of the AS 800 artificial sphincter for intractable urinary incontinence in females". *Surg Gynecol Obstet*, 171, pp.131-138.
98. Pereyra AJ (1959). "A simplified surgical procedure for the correction of stress incontinence in women" *West J Surg* , 67, pp. 223-6.

99. Petros P (2007). "The Female Pelvic Floor: Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory". *Springer Medizin Verlag publisher, Heidelberg, Germany*, pp. 3-8.
100. Piter O, Kwong O (2005). "Management of Postoperative Detrusor Instability and Voiding Dysfunction", *Female Urology, Urogynecology, and Voiding Dysfunction*, 30, pp. 437-445.
101. Polascik TJ, Moore RG, Rosenberg MT, et al (1995). "Comparison of laparoscopic and open retropubic urethropexy for treatment of stress urinary incontinence". *Urology*, 45, pp. 647-52.
102. Rhodes J (1858). "incontinence of urine treated by the local application of carbonic acid gas with chloroform". *Br Med* , J2 , 532.
103. Richter HE, Burgio KL, Holley RL et al (2003). "cadaveric fascia sling for stress urinary incontinence: A prospective quality of life analysis". *Am J Obstet Gynecol*, 189 (6), pp. 1590-1595.
104. Rodney A.A, Roger R, Dmochowski, Blaivas JM, Gormley E.A et al (2009). "Guideline for the surgical management of female stress urinary incontinence". *AUA Guideline 2009*, pp:35-41.
105. Roger R, Dmochowski (2012). "Slings: Autologous, Biologic, Synthetic, and Midurethral". *Campbell-Walsh's Urology*, volume 3 (73), pp.2115-2167.
106. Saidi MH, Gallagher MS, Skop IP, et al (1998). "Extraperitoneal laparoscopic colposuspension : short term cure rate, complication and duration of hospital stay in comparison with Burch colposuspension". *Obstet Gynecol* , 92, pp. 619-21.

107. Sanjay Gandhi, Peter K. Sand (2005). "Historic and physical examination in pelvic floor disorders". *Female urology, urogynecology and voiding dysfunction*,(8), pp.119-141.
108. Scott FB, Bradley WE, Timm GW (1974). Treatment of urinary incontinence by an implantable prosthetic urinary sphincter". *J Urol*, 112, pp.75-80.
109. Shah K, Nikolavski D, Gilsdorf D, Flynn BJ (2013). "Surgical management of lower urinary mesh perforation mid-urethral polypropylene mesh sling: mesh excision, tract reconstruction and concomitant pubovaginal sling with autologous rectus fascia". *Int Urogynecol J*, 24 (12), pp. 2111-7.
110. Shing-kai YIP and col (2004). " A study of female urinary tract infection caused by urodynamic investigation". *American Journal of Obstetrics and Gynecology* , 190, pp. 1234-1240.
111. Smith JJ, Barrett DM (2002). "Implantation of the artificial Genitourinary sphincter". *Campbell's Urology*, Vol 2, 34, pp.1187-1194.
112. Stoffel JT, Bresette JF, Smith JJ (2002). "Retropubic surgery for stress urinary incontinence". *The Urologic Clinics of North America*, pp585-596.
113. Susset JG, Galea G, Read L, et al (1990). "Biofeedback therapy for female incontinence due to low urethral resistance". *J Urol*, 143. pp.1205-8
114. Takahiko Mitsui, Tanaka H, Moriya K, Kakizaki H, Nomomura K (2007), "Clinical and Urodynamic outcomes of pubovaginal sling

procedure with autologous Rectus Fascia Sling for stress urinary incontinence". *Int J Urol*, 14(12), pp. 1076-9.

115. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, et al (1996). " An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence". *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 7, pp.81-6.
116. Ulmsten U, Petros P (1990). " An integral theory of female urinary incontinence". *Acta Obstet. Gynecol Scand* , Suppl 153 (69), pp. 1-79.
117. VanCaille TG, Schuessler W (1991). " Laparoscopic bladder neck suspension". *J Laparosc Surg*, 1, pp. 169-73.
118. Vincent SA (1960). "Mechanical control of urinary incontinence". *Lancet*, 2, pp.292-294.
119. Wein AJ (2002). "Pharmacologic management of urinary incontinence in women". *The Urologic Clinics of North America*, pp. 537-550.
120. Westney OL, Mc Guire EJ (2000). "Pubovaginal sling". *Atlas Urol Clin North Am* , 8(1), pp. 23-39.
121. Winters JC, Appell R (1995). " Periurethral injection of collagen in the treatment of intrinsic sphincteric deficiency in the female patient". *Urol Clin North Am* , 22, pp. 673-8.
122. Woodruff AJ, Col EE, Dmochowski RR, Scarpero HM, Beckman EN, Winters JC (2008). "Histologic comparison of pulbovaginal sling graft materials: A comperative study". *Urology Elsevier Inc*, 72, pp. 85-89.

123. Zaragoza MR (1996). "Expanded indications for the pubovaginal sling : treatment of type 2 or 3 stress incontinence". *J Urol* , 156, pp. 1620-2.

124. Zoorob D, Karram M (2012). "Role of autologous bladder neck sling: a urogynecology perspective". *Urol Clin North Am*, 39(3), pp. 311-6.

TIẾNG PHÁP :

125. Amarenco G, Kerdraon J, Perrigot M (1992). "Échelles d'évaluation du handicap pelvien: Mesure du handicap urinaire (MHU)". *In : Rééducation vésico-sphinctérienne et ano-réctale*, Masson, Paris, pp. 498-504.

126. Blanc P, Bloubi L, Baurant E, D'Ercole C (1993). "Les troubles de la statique pelvienne et leur traitement". *Ed Arnette Paris*, pp . 155-8.

127. Blondon J, Lefranc L, Boccon GL (1984). "Traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort". *Encyclopedie Medico-chirurgicale*, vol 2, 41360, pp.1-13.

128. Buzelin, JM, Glemain P, Labatt JJ, Le Normand L (1993). "Physiologie et explorations fonctionnelles de la voie excrétrice urinaire". *Enseignement du Collège d'Urologie*, pp. 109-113.

129. Delorme E, Droupy S, de Tayrac R, Delmas V (2003). "La bandelette transobturatrice . Un nouveau Procédé mini-invasif de traitement de l'incontinence urinaire chez femme". *Prog Urol* , 13, pp. 656-659.

130. Flam T, Amsellem D, Husson E (1998). "Incontinence urinaire". *Mémento Urologie*, pp. 321-353.

131. Grasset D (1991). "Chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme". *Atlas de Chirurgie Urologique*, 2, pp.102-108.

132. Haab F (1997). “ Le Valsalva Leak Point Pressure dans l’exploration de l’incontinence urinaire de la femme”. *Prog Urol* , (7), pp.105-107.
133. Mauroy B. (1999). “Incontinence d’urine de la Femme”. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Néphrologie-Urologie*, 18-207-D-20, pp.1-14.

PHỤ LỤC

MẪU LƯU SỐ LIỆU CHO NGHIÊN CỨU

(Phiếu cho bệnh nhân TKKSKGS)

Số nhập viện hoặc số khám bệnh:

I. Hành chánh:

Họ và Tên:

Tuổi:

Nghề nghiệp:

Dân tộc:

Địa chỉ:

Điện thoại:

Ngày nhập viện:

Lý do:

II. Yếu tố thuận lợi:

- Gia đình có người mắc bệnh tương tự:
- Chơi thể thao:
- Cân nặng:
- Bệnh bắt đầu từ lúc nào (mãn kinh hay sau sanh), bao lâu:
- Sản khoa:

Số lần sanh:

Số lần sanh khó:

Con to:

- Táo bón:

- Dùng thuốc (Anticholinergique, Alphabloquants):

III. Dạng tiểu không kiểm soát:

Xảy ra khi:

Độ I (Khi ho, cười, hắt hơi):

Độ II (Khi nâng vật nặng, đi, thay đổi tư thế):

Độ III (Khi ít gắng sức hơn):

Cảm giác muốn đi tiểu bức thiết:

Số lượng tã lót thay hàng ngày:

Chất lượng cuộc sống:

Trước mổ:

Sau mổ:

IV. Hỏi bệnh:

Số lần đi tiểu trong ngày:

Chất lượng lúc đi tiểu:

Triệu chứng về niệu khoa (Tiểu rắt, tiểu khó, tiểu rát):

Sản phụ khoa (Huyết trắng, sa tử cung, RL tình dục):

Tiêu hóa (Táo bón, sa trực tràng, RL cảm giác nhu cầu đi tiêu, không
kìm giữ được phân):

V. Tiền căn:

Phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng:

Phẫu thuật vùng chậu:

Xạ trị vùng chậu:

Bệnh nội khoa (TBMMN, tiểu đường, loạn sản tủy, Parkinson, CTSN):

VI. Khám:

Tâm thần kinh (Lời nói, vận động, cảm giác):

Bụng (Vết mổ cũ, bụng mềm hay gồng cứng, cầu BQ):

Khám: (Thế sản khoa)

+ Lúc bệnh nhân ho (xác định rỉ nước tiểu, sa tử cung, sa BQ, NĐ di
động):

+ Nghiệm pháp Bonney:

+ Toucher âm đạo (độ di động của niệu đạo, tình trạng âm đạo):

+ Thăm khám hậu môn trực tràng:

VII. Cận lâm sàng:

Nước tiểu:

XN niệu động học:

VIII. Phẫu thuật:

Ngày phẫu thuật:

Bác sĩ:

Vô cảm

Thời gian mổ:

IX. Hậu phẫu:

X. Kết quả điều trị:

1. Sau một tháng:

Cảm nhận của Bệnh nhân:

Đánh giá của Bác sĩ:

Cận lâm sàng:

2. Sau 3 tháng, 1 năm.....:

Cảm nhận của bệnh nhân:

Đánh giá của Bác sĩ:

Cận lâm sàng:

GHI CHÚ:

DANH SÁCH BỆNH NHÂN

Số TT	Tên bệnh nhân	Số bệnh án	Năm sinh
1	Nguyễn Thị Ngọc Th	207/13792	1954
2	Trần Thị Thanh Th	207/19256	1963
3	Nguyễn Thị H	207/20945	1958
4	Nguyễn vũ đan T	207/20969	1967
5	Bùi Ngọc H	207/20995	1961
6	Tô Thị S	207/21950	1960
7	Hồ Thị kim Y	208/01104	1960
8	Hoàng Thị Kiều H	208/02088	1958
9	Nguyễn Diệu H	208/03714	1959
10	Dương Thị Kim H	208/09153	1960
11	Nguyễn Thị D	208/09187	1948
12	Nguyễn Thị Nh	208/14826	1962
13	Đặng Kim H	208/15218	1955
14	Nguyễn Thị Xuân Ph	209/07476	1963
15	Nguyễn Thị L	209/07550	1957
16	Chung Thị Ng	209/08861	1957
17	Nguyễn Thị Hồng H	209/09676	1962
18	Trần Thị H	209/12801	1949
19	Đoàn Thị G	209/13093	1964
20	Lê Thị T	209/18860	1957
21	Trần Thị N	209/21799	1965
22	Trần Thị T	209/22609	1956
23	Phạm Thị Ch	209/23286	1949

Số TT	Tên bệnh nhân	Số bệnh án	Năm sinh
24	Nguyễn Thị O	209/24699	1944
25	Nguyễn Thị Hồng Th	210/01151	1966
26	Lâm Thị Kim D	210/04655	1953
27	Huỳnh Bích Th	210/04709	1962
28	Nguyễn Thị Ph	207/18201	1959
29	Trịnh Ngọc S	210/17972	1954
30	Đinh Thị Thu Th	210/23196	1958
31	Nguyễn Kim Ph	210/16461	1956
32	Võ Thị Lan Ph	210/16457	1970
33	Ngô Thị B	210/17958	1963
34	Huỳnh Thị Kim Ch	210/22215	1958
35	Hứa M	210/12905	1953
36	Lê Thu V	211/05237	1965
37	Trịnh Thị D	211/06075	1942
38	Phạm Thị Ánh Ng	211/12143	1961
39	Nguyễn Thị Qu	211/17430	1964
40	Nguyễn Thị H	211/24145	1947
41	Phạm Thị Ch	212/08299	1956
42	Nguyễn Thị Đ	212/10445	1944

XÁC NHẬN CỦA BỆNH VIỆN



BS. Hoàng Vĩnh Châu