

KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA BÀNG QUANG BẰNG MẢNH GHÉP TỔNG HỢP QUA NGÁ ÂM ĐẠO

Phạm Hữu Đoàn¹, Đỗ Vũ Phương¹, Dương Đăng Hiếu¹

TÓM TẮT¹⁰

Mở đầu: Chúng tôi mong muốn dùng những thang điểm đánh giá mà quốc tế đang sử dụng để tìm ra những kết quả cụ thể và rõ nét hơn về chất lượng cuộc sống của người bệnh Việt Nam sau phẫu thuật điều trị sa bàng quang bằng mảnh ghép tổng hợp qua ngã âm đạo.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả hàng loạt ca 21 trường hợp trên những phụ nữ sa bàng quang trên độ II (theo phân độ POP-Q) có hay không có sa tử cung hoặc tiểu không kiểm soát khi gắng sức được điều trị với phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp tại bệnh viện Bình Dân trong thời gian từ tháng 09/2020 đến tháng 04/2021. Các bệnh nhân được mời hoàn thành mẫu câu hỏi ngắn về tình trạng cụ thể đã được xác thực của Bảng Đánh Giá Tình Trạng Rối Loạn Sàn Chậu (PFDI - The Pelvic Floor Distress Inventory), Bảng Câu Hỏi Ảnh Hưởng Của Sàn Chậu (PFIQ - the Pelvic Floor Impact Questionnaire) và Chỉ số Chức Năng Tình Dục nữ (FSFI- Female Sexual Function Index) trước mổ và 6 tháng sau mổ. Số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm R 3.6.4.

Kết quả: 21 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $67,71 \pm 10,45$, bệnh nhân đã mãn kinh 17/21, quan hệ trước mổ là 1/21. Trước phẫu thuật, điểm PFDI trung bình của mẫu nghiên cứu là

$103,12 \pm 39,82$ và điểm PFIQ trung bình là $94,24 \pm 14,5$. Sau phẫu thuật 3 tháng, điểm PFDI trung bình của mẫu nghiên cứu là $19,79 \pm 11,05$ và điểm PFIQ trung bình là $14,50 \pm 11,1$. Hai thang điểm trên đều giảm có ý nghĩa thống kê còn điểm FSFI có cải thiện nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Phương pháp phẫu thuật này làm giảm đáng kể triệu chứng của sa cơ quan đáy chậu và cải thiện chất lượng cuộc sống. Chức năng tình dục mặc dù có cải thiện nhưng vẫn cần có nhiều nghiên cứu thêm để làm rõ nhận định này.

SUMMARY

SURVEY ON QUALITY OF LIFE OF VIETNAMESE PATIENTS AFTER TRANSVAGINAL ANTERIOR REPAIR WITH MESH INSERTION

Introduction: We would like to use the international rating scales to identify more specific and clearer results about the quality of life of Vietnamese patients after cystocele surgery with mesh suitable through the vagina.

Patients and methods: Description of a series of 21 cases in women with cystocele above degree II (according to POP-Q resolution) with or without urethrocele or stress urinary incontinence (SUI) during exercise treatment with synthetic mesh placement surgery at Binh Dan Hospital during the period from September 2020 to April 2021. Patients were invited to complete a short form of questionnaire about specific conditions of the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI), Pelvic Floor Distress

¹Bệnh viện Bình Dân, Tp Hồ Chí Minh

Liên hệ tác giả: BS.CK2 Phạm Hữu Đoàn.

Email: doanphamhuu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/6/2021

Ngày phản biện: 10/7/2021

Ngày duyệt bài: 5/8/2021

Inventory Questionnaire (PFIQ - the Pelvic Floor Impact Questionnaire) and the Female Sexual Function Index (FSFI) before surgery and 6 months after surgery. Research data is statistically processed by R 3.6.4 software.

Results: 21 patients with an average age of 67.71 ± 10.45 , of which, the number of postmenopausal patients was 17/21, and number of patients having sex before surgery was 1/21. Before surgery, the mean PFDI score of the study sample was 103.12 ± 39.82 and the mean PFIQ score was 94.24 ± 14.5 . After 3 months of surgery, the mean PFDI score of the study sample was 19.79 ± 11.05 and the mean PFIQ score was 14.50 ± 11.1 . Both scales above were statistically significant decrease, while FSFI score improved but not statistically significant.

Conclusion: This surgical method significantly reduces symptoms of perineal organ prolapse and improves quality of life. Although sexual function has improved, more research is still of the essence to clarify this claim.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa bàng quang ở phụ nữ xảy ra khi các cơ thành trước âm đạo suy yếu và không đủ khả năng cố định nội tạng vùng chậu đúng vị trí, khi đó bàng quang sa vào âm đạo. Sa bàng quang thường không nguy hiểm tính mạng nhưng ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng sống của bệnh nhân, gây ra những rối loạn trên nhiều hệ cơ quan: tiểu tiện và đại tiện không tự chủ, bế tắc đường tiết niệu dưới, gây khó chịu vùng chậu, nhiễm khuẩn niệu tái phát và rối loạn chức năng tình dục như đau khi giao hợp, giảm ham muốn tình dục. Theo tổ chức chăm sóc sức khỏe ban đầu của nữ giới (Women's Health Initiative), tỉ lệ tổng quát của sa cơ quan đáy chậu (SCQĐC) khoảng 41%, trong đó tỉ lệ sa bàng quang theo kiểu túi từ 25 - 34% [1]. Sa bàng quang

là tình trạng bệnh lý xảy ra phần lớn trên phụ nữ đã từng sinh đẻ, 11% trong số những bệnh nhân có triệu chứng phải cần đến phẫu thuật [2]. Chỉ có một vài nghiên cứu nước ngoài dùng bảng câu hỏi về chức năng tình dục và khảo sát chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân có phẫu thuật đặt mảnh ghép ở âm đạo. Các nghiên cứu trong nước vẫn chỉ là báo cáo kinh nghiệm bước đầu của các tác giả chỉ dừng lại ở việc đánh giá độ an toàn của phẫu thuật và sự thay đổi cấu trúc giải phẫu của âm đạo sau phẫu thuật mà chưa có báo cáo nào đánh giá kết quả phục hồi rối loạn tiểu và chất lượng cuộc sống theo một hệ thống định lượng phổ biến [3].

Vì thế chúng tôi thực hiện đề tài này với mục đích áp dụng hai bảng câu hỏi bao gồm: Bảng Đánh Giá Tình Trạng Rối Loạn Sàn Chậu (PFDI - The Pelvic Floor Distress Inventory) và Bảng Câu Hỏi Ảnh Hưởng Của Sàn Chậu (PFIQ - the Pelvic Floor Impact Questionnaire) để đánh giá triệu chứng cơ năng của bệnh nhân trước và sau khi phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp điều trị sa bàng quang qua lỗ bịt và Chỉ số Chức Năng Tình Dục nữ (FSFI- Female Sexual Function Index) để đánh giá chức năng tình dục trước và sau can thiệp điều trị phụ nữ bị sa bàng quang. Đây là các thang đo đang được Hội ICS (International Continence Society) sử dụng để đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị SCQĐC [4].

Chúng tôi mong muốn dùng những thang điểm đánh giá mà quốc tế đang sử dụng để tìm ra những kết quả cụ thể và rõ nét hơn về chất lượng cuộc sống của người bệnh Việt Nam sau phẫu thuật điều trị sa bàng quang bằng mảnh ghép tổng hợp qua ngã âm đạo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những phụ nữ sa bàng quang trên độ II (theo phân độ POP-Q) có hay không có sa tử cung hoặc tiểu không kiểm soát khi gắng sức được điều trị với phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp tại bệnh viện Bình Dân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân sa bàng quang có chỉ định phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp được chẩn đoán, nhập viện phẫu thuật và theo dõi tại khoa Niệu Nữ - Niệu Chức Năng, Bệnh viện Bình Dân Thành Phố Hồ Chí Minh.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không hoàn thành bảng câu hỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp.

- Thời gian từ tháng 09/2020 đến tháng 04/2021 tại Bệnh viện Bình Dân.

- Phương pháp phẫu thuật: đặt mảnh ghép tổng hợp qua ngã âm đạo điều trị sa bàng quang.

Cách tiến hành nghiên cứu

Phương pháp phẫu thuật: bệnh nhân được tê tủy sống, nằm tư thế sản phụ khoa. Rạch niêm mạc thành trước âm đạo theo đường ngang. Bóc tách về hai phía ngành ngòai mu và định vị gai hồng 2 bên. Xuyên kim qua lỗ bịt đặt mảnh ghép 4 nhánh theo kỹ thuật không căng. Hai nhánh còn lại (mảnh ghép 6 nhánh) xuyên qua trung tâm dây chằng cùng – gai ra hai bên theo hướng trong – ngoài cơ mông.

Số liệu được thu thập theo biểu mẫu chung từ hồ sơ bệnh án và những dữ kiện khi

tái khám bệnh nhân hoặc những thông tin do thân nhân cung cấp trong trường hợp bệnh nhân tử vong. Khi thu thập số liệu, tập trung vào các yếu tố sau:

Ghi nhận thông tin theo bệnh án mẫu gồm: họ tên, tuổi, BMI, số lần sanh qua ngã âm đạo, các phẫu thuật vùng đáy chậu đã thực hiện trước đây, tiền căn cắt tử cung, lí do nhập viện, thời gian khởi bệnh, các bệnh lý kết hợp.

Triệu chứng liên quan đến sa bàng quang và các triệu chứng rối loạn tiểu: tiểu khó, TKKSKGS, ...

Bệnh nhân được hỏi các triệu chứng liên quan SCQĐC và chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng bởi SCQĐC theo 3 thang điểm PFDI, PFIQ, FSFI ...

Ghi nhận các bệnh lý kèm theo như: viêm âm đạo, viêm loét cổ tử cung. Tất cả những BN có viêm âm đạo và viêm loét cổ tử cung đều được khám chuyên khoa sản để điều trị đến khi hết hẳn tình trạng viêm loét cổ tử cung/âm đạo và làm xét nghiệm loại trừ các bệnh lý ác tính trước khi phẫu thuật.

Sau khi thăm khám xong bệnh nhân được đánh giá nước tiểu tồn lưu qua xét nghiệm siêu âm bụng tổng quát và niệu động đồ

Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm R 3.6.4.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 09/2020 đến tháng 04/2021, tại bệnh viện Bình Dân chúng tôi khảo sát được 21 bệnh nhân phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp qua ngã âm đạo thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có các yếu tố thuộc tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Bảng 1: Kết quả nghiên cứu

Biến số	Kết quả (trung bình)	Độ lệch chuẩn
Tuổi (năm)	67,71	10,45
BMI (kg/m ²)	22,98	3,44
Số lần sanh con ngã âm đạo (con)	4,57	2,42
Thời gian khởi phát bệnh (tháng)	22	
Thời gian phẫu thuật (phút)	113	
Lượng máu mất (ml)	67	
Thời gian nằm viện (ngày)	4,23	
Thời gian rút thông tiểu (ngày)	3,52	
Thời gian đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ (tháng)	3,34	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân đã mãn kinh (17/21), quan hệ trước mổ có (1/21), phẫu thuật liên quan đến sàn chậu (8/21) trong đó có 3 ca phẫu thuật đường bụng và 5 ca phẫu thuật qua đường âm đạo. Chúng tôi không ghi nhận tai biến, biến chứng trong lúc phẫu thuật cũng như sau hậu phẫu. Nước tiểu tồn lưu sau mổ ghi nhận có 1 ca với RUV = 30ml.

Bảng 2: Phân bố điểm số triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật 3 tháng

Thang điểm	Trước mổ (N= 21)	Sau mổ 3 tháng (N= 21)	Giá trị p	Phép kiểm
PFDI	103,12	19,79	P<0,01	Phép kiểm t cho biến số theo cặp
POPDI	52,98	7,34	P<0,01	
CRAD	10,87	3,13	P<0,01	
UDI	39,29	9,32	P<0,01	
PFIQ	94,24	14,5	P<0,01	
POPIQ	45,76	6,12	P<0,01	
CRAIQ	5,44	1,13	P<0,05	
UIQ	43,04	7,25	P<0,01	

Trong nghiên cứu của chúng tôi khảo sát được 1/21 bệnh nhân có quan hệ trước mổ và điểm số trên thang điểm FSFI trước mổ 20 điểm và sau mổ 22,6. Có 1/21 bệnh nhân không có quan hệ trước mổ nhưng sau mổ khoảng 2 tháng có quan hệ trở lại với điểm số FSFI trước mổ và sau mổ lần lượt là 6,6 và 22,5. Hai bệnh nhân này mặc dù sau phẫu thuật đã có cải thiện về hoạt động tình dục nhưng không có ý nghĩa thống kê và đều rối loạn tình dục (FSFI < 26,5 điểm).

IV. BÀN LUẬN

Theo bảng 1, tuổi trung bình của nghiên cứu là 67,71, tương đương với nghiên cứu

của Rachid El Haddad (60.4)[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số tuổi nhỏ nhất là 45 tuổi, lớn nhất là 81 tuổi, nhóm tuổi chiếm

ưu thế là trên 60 tuổi (80.09%). Y văn đã ghi nhận SCQĐC thường gặp ở những phụ nữ lớn tuổi và nguy cơ mắc bệnh tăng theo tuổi, cứ mỗi 10 năm sẽ tăng nguy cơ mắc SCQĐC từ 16 đến 20%[6]. Đa số phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi đã mãn kinh (80%). Trong thời kỳ mãn kinh do thiếu hụt estrogen, hệ thống mô liên kết nâng đỡ vùng đáy chậu bị suy yếu làm SCQĐC dễ xảy ra ở thời kỳ này.

Theo nghiên cứu của Pooja, trong số những phụ nữ được chẩn đoán SCQĐC tại Ấn Độ có 72,34% phụ nữ đã mãn kinh và chỉ có 19,15% nhỏ hơn 40 tuổi. Lý do SCQĐC gặp ở độ tuổi chưa mãn kinh được Pooja giải thích có thể do tuổi kết hôn của phụ nữ Ấn Độ tương đối sớm, phụ nữ Ấn Độ sinh nhiều con và khoảng cách giữa các lần mang thai tương đối gần[7]. Chấn thương cơ đáy chậu do mang thai nhiều lần đã được chứng minh là yếu tố chính gây phát triển SCQĐC [6]. Số liệu báo cáo của Pooja có 43.62% phụ nữ có nhiều hơn 4 con và không có TH nào chưa từng mang thai. Việt Nam là quốc gia Châu Á có nhiều đặc điểm dịch tễ học giống Ấn Độ, phụ nữ VN cũng kết hôn sớm, sinh nhiều con. Và nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 80,9% phụ nữ đã mãn kinh và số trung bình sinh con qua ngã âm đạo là 4,53.

Chỉ số khối cơ thể trung bình trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là 22.98 kg/m². Số liệu BMI của các tác giả nước ngoài như sau: Haddad là 27 kg/m² [5], Renaud de Tayrac là 26,2kg/m²[8]. Béo phì cũng được xem là yếu tố nguy cơ của SCQĐC. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận (3/21 bệnh nhân) có cắt tử cung qua đường bụng và ghi nhận có tái phát trở lại (2/3 bệnh nhân). Trước đây, cắt tử cung đơn thuần được xem là phương pháp điều trị SCQĐC. Từ năm 1988 đến 1990, SCQĐC chiếm 16,3% chỉ định của các TH cắt tử cung, bao gồm cắt cả tử cung qua ngã

bụng và cắt tử cung qua ngã âm đạo. Tuy nhiên sau đó y văn đã chứng minh cắt tử cung đơn thuần không thể điều trị được bệnh lý SCQĐC vì không giúp phục hồi các cấu trúc vùng đáy chậu bị tổn thương vốn là nguyên nhân sinh bệnh.

Trước phẫu thuật, điểm PFDI trung bình của mẫu nghiên cứu là 103,12±39,82 và điểm PFIQ trung bình là 94,24 ± 14,5. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi có điểm số triệu chứng của khối sa âm đạo là cao nhất (52,98 điểm), nhưng chất lượng sống bị ảnh hưởng nhiều nhất do các triệu chứng rối loạn đi tiểu (43,04 điểm) sấp xỉ gần bằng do triệu chứng của khối sa âm đạo (45,76 điểm). Các triệu chứng gây ra do rối loạn hậu môn trực tràng có điểm số thấp (10,87 điểm). Sau phẫu thuật 3 tháng, điểm PFDI trung bình của mẫu nghiên cứu là 19,79 ± 11,05 và điểm PFIQ trung bình là 14,50 ± 11,1. Sau phẫu thuật 3 tháng, các triệu chứng đường tiêu có điểm số triệu chứng cao nhất và gây ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân nhiều nhất. Lúc này triệu chứng thường gặp nhất là “cảm giác bị đè nặng ở vùng bụng dưới”, “đi tiểu thường xuyên”, “tiểu không hết”. Tất cả các thang đo đều có điểm số sau phẫu thuật 3 tháng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật. Điểm PFDI trung bình trước mổ trong nghiên cứu của Renaud de Tayrac là 78,3 điểm, sau 12 tháng là 14,6 điểm. Điểm PFIQ trung bình trước mổ trong nghiên cứu của Renaud de Tayrac là 42 điểm, sau 3 tháng là 5,5 điểm. Renaud de Tayrac kết luận sự khác biệt điểm số triệu chứng rối loạn sàn chậu và chất lượng cuộc sống của cả 3 thang đo sau 3 tháng cải thiện hơn trước mổ có ý nghĩa thống kê[8]. Thang điểm PFDI và PFIQ cũng đánh giá tốt đối với bệnh nhân được điều trị sa sàn chậu bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào ụ nhô, theo

nguyên cứu của Frédéric điểm PFIQ trung bình trước mổ là 64,04 điểm; sau 3 tháng là 16,61 điểm, sau 12 tháng là 18,21 điểm. Frédéric kết luận sự khác biệt điểm số chất lượng cuộc sống của cả 3 thang đo sau 3 tháng cải thiện hơn trước mổ có ý nghĩa thống kê nhưng sự khác biệt chất lượng sống giữa 3 tháng và 12 tháng không có ý nghĩa thống kê[9].

Hoạt động tình dục của người phụ nữ bị ảnh hưởng bởi các yếu tố: tâm lý, xã hội học, bản thể (physical) và môi trường. Tuổi tác và mãn kinh là 2 yếu tố đã được chứng minh có ảnh hưởng tiêu cực lên hoạt động tình dục. Sa cơ quan đáy chậu gây ra các triệu chứng rối loạn vùng chậu không chỉ ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mà còn có thể làm giảm chức năng tình dục [10]. Tuổi cao và mãn kinh đều có liên quan chặt chẽ với SCQĐC và khả năng hoạt động tình dục nên rất khó để xác định rõ rối loạn hoạt động tình dục là do nguyên nhân bản thể (bất thường giải phẫu âm đạo) hay do tâm lý (do tuổi cao và mãn kinh) [10]. Tuy nhiên, tất cả các nghiên cứu đều đồng ý rằng bệnh nhân có SCQĐC đều có hoạt động tình dục kém hơn so với những người cùng tuổi mà không có mắc SCQĐC. Số liệu trong những nghiên cứu này còn rất hạn chế và mang tính định tính, chúng tôi hy vọng tại Việt Nam sẽ có thêm nhiều nghiên cứu về ảnh hưởng của SCQĐC và vai trò của các phương pháp điều trị SCQĐC lên chức năng tình dục của người phụ nữ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên có thể chỉ ra rằng phẫu thuật điều trị sa bàng quang bằng mảnh ghép tổng hợp qua ngã âm đạo là phẫu thuật an toàn, khả thi và mang lại hiệu quả cao. Phương pháp phẫu thuật này làm giảm đáng

kể triệu chứng của sa cơ quan đáy chậu và cải thiện chất lượng cuộc sống. Chức năng tình dục mặc dù có cải thiện nhưng vẫn cần có nhiều nghiên cứu thêm để làm rõ nhận định này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Clark A., Hendrix S.L. (2002).** Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol*, 186 (6): 1160-1166.
2. **A L Olsen, V J Smith, J O Bergstrom, J C Colling, et al, (1997).** Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*, 89 (4): 501-506.
3. **Nguyễn Văn Ân (2011).** Điều trị sa bàng quang mức độ nặng bằng mảnh ghép dưới bàng quang xuyên lỗ bịt. *Tạp chí Y học Thực hành*, 718+719: 364-369.
4. **Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, et al, (2002).** The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61 (1), pp. 37-49.
5. **Rachid E, Kamil S, et al (2013).** Women's quality of life and sexual function after transvaginal anterior repair with mesh insertion. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 167: 110-113.
6. **Swift S. E., Pound T., Dias J. K. (2001),** Case-control study of etiologic factors in the development of severe pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 12: 187.
7. **Pooja Patil, Abhijit Patil (2013),** Evaluation of pelvic organ prolapse in Indian females, *Journal of Evolution of Medical and Dental*