



BỆNH LÝ SA TẠNG CHẬU NỮ

BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi

Bệnh viện Từ Dũ

GIỚI THIỆU

Sa tạng chậu (pelvic organ prolapsus – POP) được biết là tình trạng suy yếu hệ thống nâng đỡ đáy chậu, dẫn đến sự tụt xuống của các tạng chậu vào âm đạo.

Ngoài xuất hiện khối sa, bệnh gây hậu quả nặng nề như rối loạn chức năng sàn chậu, ảnh hưởng đáng kể chất lượng sống người bệnh, biểu hiện bằng triệu chứng tiết niệu, sinh dục, đại tiện.

Gần 50% phụ nữ độ tuổi 15-60 bị sa tạng chậu và ngày càng có nhiều phụ nữ đến khám vì những khó chịu do bệnh gây ra. Sa tạng chậu chiếm 1/5 chỉ định mổ phụ khoa; và mỗi năm ở Hoa Kỳ có khoảng 400.000 ca mổ sa sinh dục, con số này cho thấy phẫu thuật điều trị các rối loạn chức năng do sa tạng chậu gây ra là phổ biến,

trong đó khoảng 125.000 ca tái phát (chiếm 31,25%), có thể nói rằng thất bại của các phẫu thuật điều trị sa tạng chậu không phải thấp.

Có nhiều phương pháp điều trị sa tạng chậu: từ nội khoa với tập vật lý sàn chậu, sử dụng dụng cụ nâng đỡ đặt trong âm đạo (pessary); cho đến ngoại khoa cắt tử cung, không cắt tử cung, cố định nâng đỡ tạng chậu bằng nhiều kỹ thuật khác nhau... đã được thực hiện, nhằm trả lại cho người bệnh cuộc sống chất lượng vốn có.

Đời sống kinh tế càng cao, bệnh nhân càng đòi hỏi chất lượng sống phải được cải thiện hơn. Không riêng người phụ nữ trong độ tuổi hoạt động sinh dục mà hầu hết tất cả mọi phụ nữ bị sa tạng chậu đều cảm thấy xấu hổ, thiếu tự tin khi phải chung sống với các rối loạn chức năng do bệnh gây ra. Thêm vào đó, ước muốn

sinh thêm con, quan niệm hoạt động tình dục kéo dài sau mãn kinh, tâm lý mong muốn vẫn còn là một phụ nữ, vẫn còn khả năng làm vợ, làm mẹ và được xã hội thừa nhận đã đặt ra vấn đề cần thiết phải phục hồi lại cấu trúc giải phẫu sàn chậu, giải quyết rối loạn chức năng, hạn chế tối đa phá vỡ các cấu trúc nâng đỡ do phẫu thuật gây ra một cách hiệu quả nhất.

QUAN ĐIỂM SÀN CHẬU LÀ MỘT THỂ THỐNG NHẤT (CONCEPT OF THE PELVIC FLOOR AS A UNIT)

Són tiểu, són phân, sa bàng quang và sa trực tràng là những triệu chứng phổ biến ở người phụ nữ trưởng thành. Do không đánh giá dựa trên quan niệm sàn chậu là thể thống nhất, các bác sĩ lâm sàng thường điều trị bệnh theo tính chất xuất hiện riêng lẻ từng triệu chứng, bằng cách gửi bệnh nhân đến các chuyên khoa khác nhau như niệu khoa, phụ khoa, đại trực tràng.

Cách giải quyết vấn đề như vậy làm giới hạn tầm nhìn các nhà lâm sàng, cụ thể là đã nhìn sàn chậu theo chiều dọc (vertical), làm tách rời các chuyên khoa khác nhau; mỗi chuyên khoa đều rất ưu thế về phần điều trị của mình, như niệu khoa (bàng quang, niệu đạo, niệu quản, thận), phụ khoa (tử cung, âm đạo, tầng sinh môn), đại trực tràng (đại tràng, trực tràng, hậu môn), nên chỉ làm rất tốt cho một cơ quan mà họ chịu trách nhiệm, trong khi các cơ quan còn lại bị bỏ sót tổn thương hay không được điều trị. Trong khi đó, luôn có sự phối hợp xuất hiện các triệu chứng một cách đồng thời, rối loạn đi tiêu, đi tiểu rất phổ biến, xảy ra do những sai lệch cùng lúc nhiều cơ quan, vì vậy, cần thiết phải xét cách nhìn sàn chậu theo chiều ngang (horizontal). Đây không phải là điều mới lạ, với cách nhìn này có thể giúp các nhà lâm sàng đánh giá và điều trị các rối loạn chức năng sàn chậu một cách toàn diện hơn, nói cách khác, các bác sĩ niệu khoa, phụ khoa, đại trực tràng cần trở thành một đội hợp nhất khi giải quyết các vấn đề sàn chậu.

G Willy Davila đưa ra quan điểm sàn chậu là một thể thống nhất, xem những cơ quan ở sàn chậu như một đơn vị chức năng duy nhất, và được hiểu biết nhiều hơn nữa nhờ nguồn gốc phôi thai học chung của các cấu trúc sàn chậu. Xoang niệu dục và ổ nhớp nội bì (cloaca) dẫn đến sự tạo ra các cấu trúc bao gồm sàn chậu, do đó, không có gì ngạc nhiên khi các triệu chứng của cơ quan này có thể ảnh hưởng lên các cơ quan lân cận như các triệu chứng kích thích của xoang niệu dục. Sự phát triển bất thường phôi thai học có thể cũng đưa đến rối loạn chức năng sàn chậu bẩm sinh ở người phụ nữ, bao gồm: hội chứng niệu đạo ngắn, nút sàn chậu bị ngắn và thay đổi cảm giác niêm mạc.

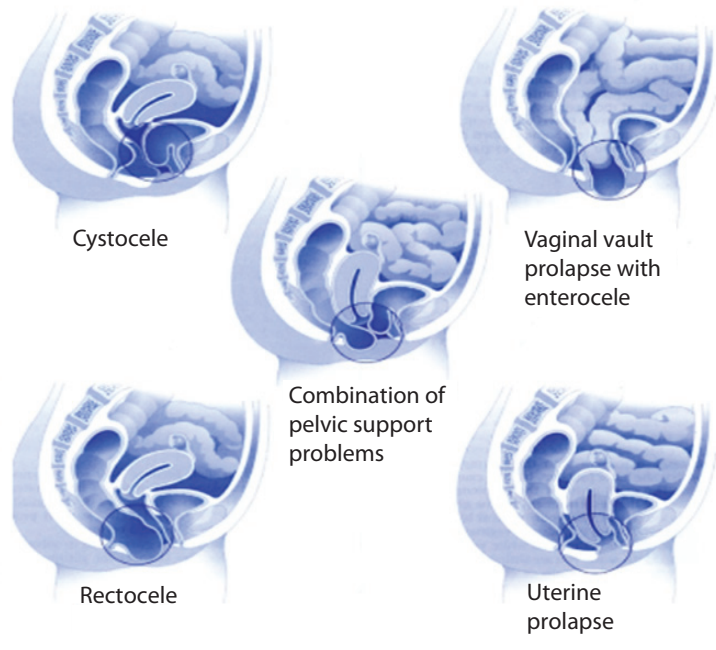
Năm 1921, nhóm thực hành Cleveland đã nhận thấy việc phối hợp hoạt động của nhiều chuyên khoa sẽ đem lại giải pháp trước các vấn đề y học tốt hơn là hoạt động đơn lẻ. Trở lại quá khứ với câu chuyện ngụ ngôn nổi tiếng “Thầy bói xem voi”, sàn chậu là một thể thống nhất hỗ trợ chức năng chung cho ba tạng vùng chậu là đường niệu dưới, âm đạo và trực tràng. Nếu một bệnh nhân có rối loạn chức năng sàn chậu đến 3 chuyên khoa khác nhau sẽ có 3 hướng chẩn đoán, tiếp cận, điều trị khác nhau. Nhưng nếu các nhà niệu khoa, phụ khoa và phẫu thuật đại trực tràng cùng nhìn về chức năng sàn chậu, họ sẽ có mục tiêu chung là điều trị hội chứng sàn chậu chứ không phải chỉ điều trị một biểu hiện bệnh liên quan đến lĩnh vực của họ.

Vì vậy, việc phải trải qua nhiều lần phẫu thuật để điều trị cho bệnh nhân bị hội chứng rối loạn chức năng sàn chậu đã không thể đem lại lợi ích sức khỏe, chi phí điều trị, so với việc nên sửa chữa cấu trúc sàn chậu cùng một lúc và vật lý trị liệu sàn chậu tiếp theo sau; đó chính là điều trị mong đợi để đạt hiệu quả điều trị cao nhất.

CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI SA TẶNG CHẬU

Khám vùng chậu tại các vị trí đặc biệt với nhiều tư thế khác nhau: nằm ngửa, nằm nghiêng bên Sim’s, ngồi, đứng...; lưu ý một số nghiệm pháp (rặn, nghiệm

Pelvic Support Problems



Hình 1

pháp Valsava, ho, Bonney test...), ở giai đoạn khi bàng quang trống và đầy, cần bàn khám phụ khoa hay ghé ngồi cùng một số dụng cụ (kẹp hình tim, van âm đạo, kẹp Pozzi, thước đo...) để quyết định chính xác sự suy yếu của sàn chậu; các mức độ sa được phân chia theo phân loại của Baden Walker hay theo hệ thống số lượng các tạng chậu bị sa (POP-Q), cho phép tu liệu hóa các mức độ sa, nhờ đó có thể giao tiếp với các nhà lâm sàng khác.

Các loại tổn thương sa tạng gồm (Hình 1):

1. Sa vòm âm đạo (*vaginal vault prolapse*): xảy ra sau cắt tử cung, do mất nâng đỡ hay suy yếu các dây chằng tử cung cùng, dây chằng chính (cardinal) và mất sự gắn kết mạc nội chậu (endopelvic fascia) đến đường trắng (white line) ngang mức dây chằng cùng gai (sacrospinuos) hay thiếu sự kết hợp lại của các thành phần trên.
2. Sa tử cung (*uterine prolapse*): do mất nâng đỡ các dây chằng tử cung cùng và/hoặc dây chằng chính.
3. Sa chỗ nối bàng quang niệu đạo (*urethovesical junction prolapse*).

4. Sa bàng quang (*cystocele*): sa thành trước âm đạo và bàng quang, gây ra do rách, căng giãn, hoặc kết hợp cả hai tổn thương đó tại vị trí mạc nội chậu. Ngay bên dưới thành trước âm đạo chính là bàng quang, do đó sa thành trước âm đạo cũng chính là sa bàng quang. Tổn thương có thể hoặc nằm ngay đường giữa (midline), gây sa bàng quang thể trung tâm (central cystocele) hoặc ở thành bên, gây sa thành bên âm đạo (paravaginal defect).

5. Sa ruột non (*enterocele*): sa phần trên của thành sau âm đạo do rách, căng giãn hoặc do cả hai, tại vị trí mạc nội chậu thành sau âm đạo.

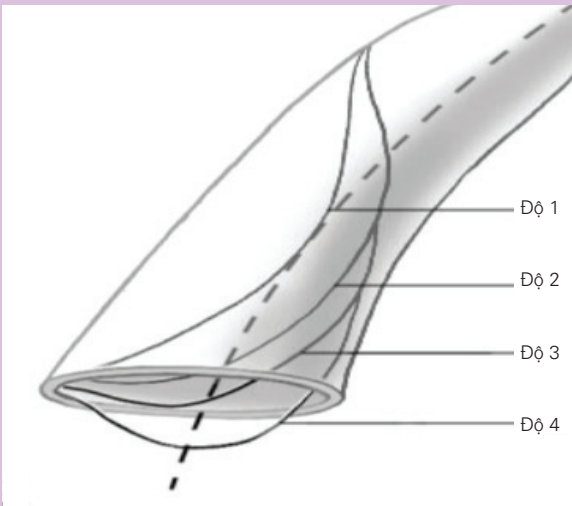
6. Sa trực tràng (*rectocele*): sa phần dưới của thành sau âm đạo và trực tràng gây ra do rách, căng hoặc do cả hai, tại vị trí cân nội chậu thành sau âm đạo.

Có nhiều hệ thống phân loại các mức độ sa tạng chậu.

Hệ thống phân độ sa tạng chậu

Hệ thống Baden Walker Halfway (Hình 2)

- Độ 1: sa đến giữa chiều dài âm đạo.



Hình 2. Mô tả sơ đồ hệ thống Baden Walker Halfway

- Độ 2: sa từ dưới điểm giữa chiều dài âm đạo đến màng trinh.
- Độ 3: sa dưới màng trinh ra đến nửa chiều dài âm đạo.
- Độ 4: sa toàn bộ hay quá đến nửa chiều dài âm đạo ra ngoài.

Hệ thống phân loại POP-Q (Pelvic Organ Prolapse-Quantification)

Năm 1973, ICS tiên phong việc tiêu chuẩn hóa thuật ngữ chức năng của đường tiểu dưới. Mặc dù sa tạng chậu và rối loạn chức năng sàn chậu liên hệ mật thiết với chức năng đường tiểu dưới, nhưng vẫn không có hệ thống thuật ngữ nào mô tả được hết vị trí giải phẫu của cơ quan bị sa. Các hệ thống phân loại trước đây do không được tiêu chuẩn hóa về thuật ngữ, không có cách đánh giá hết các tổn thương, vì vậy gặp nhiều khó khăn trong việc so sánh giữa các trung tâm nghiên cứu, cũng như trong đánh giá, theo dõi trên một bệnh nhân trước và sau điều trị.

- Tiêu chuẩn hóa thuật ngữ về sa sinh dục vào năm 1993 bởi:
 - ICS (International Continence Society).
 - AUGS (American Urogynecologic Society).
 - SGS (Society of Gynecologic Surgeons).

- Được sử dụng rộng rãi trên thế giới do: chính xác, đi đến được sự thống nhất trong phân loại; đánh giá được nhiều yếu tố; ứng dụng tốt trong cả thực hành lâm sàng và nghiên cứu; tiêu chuẩn hóa thuật ngữ dùng trong báo cáo khoa học.
- Nhược điểm: mất thời gian khi đánh giá.

Các mốc để đo trong phân loại POP-Q

- Đơn vị: cm.
- Tư thế sản phụ khoa, đầu cao 45°, nghiệm pháp Valsava...
- Dụng cụ: van âm đạo, thước đo, kẹp hình tim, kẹp Pozzi...
- Qui ước: mốc 0 là màng trinh, nằm trên màng trinh dấu (-), dưới màng trinh dấu (+).

Các điểm đo

- Điểm cố định (Aa, Ap): cách niệu đạo 3cm.
- Điểm thay đổi (Ba, Bp): điểm xa nhất của đoạn AD từ Aa, Ap đến cùng đồ.
- Cùng đồ: C & D (còn tử cung).
- Ba kích thước đo: đường kính khoang niệu dục (gh: genital hiatus), bề dày tầng sinh môn (pb: perineal body) và tổng chiều dài âm đạo (tvL: total vaginal length) (Hình 3).

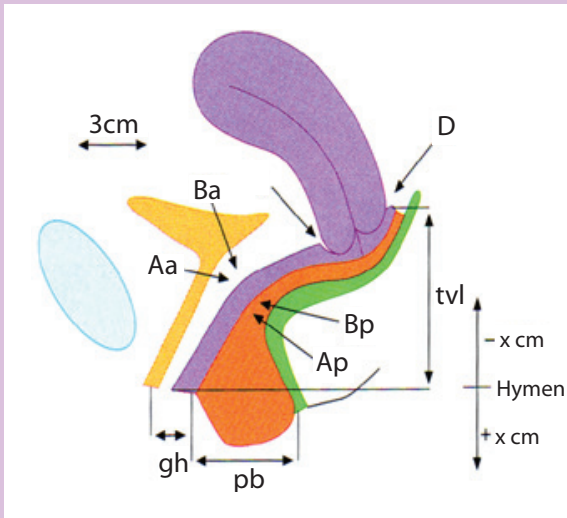
Xác định mức độ sa tạng

- Độ 0: không có sa
 - Aa, Ba, Ap, Bp: 3cm trên màng trinh.
 - C hay D: (tvL-2)cm < C, D tvL.
- Độ 1: B > 1cm trên màng trinh.
- Độ 2: B < 1cm trên màng trinh đến màng trinh.
- Độ 3: B > 1cm dưới màng trinh đến < (tvL-2)cm.
- Độ 4: sa toàn bộ, B (tvL-2)cm (Hình 4).

ĐIỀU TRỊ

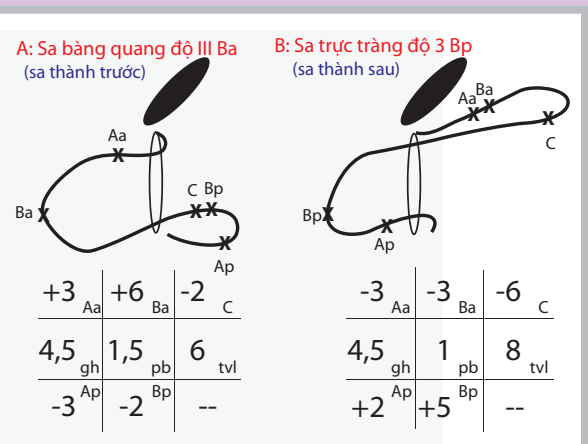
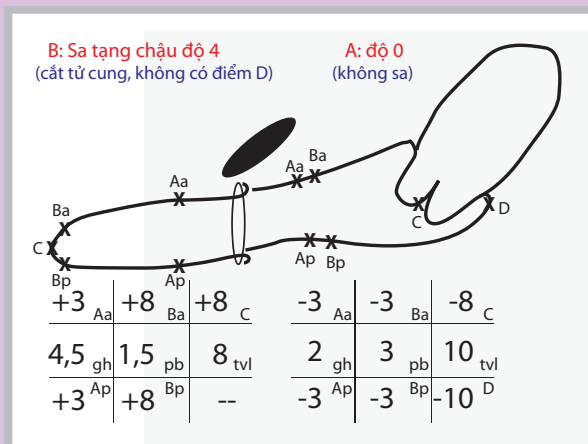
Mục đích

- Làm giảm hay mất đi các triệu chứng.
- Giải phóng khối sa ở âm đạo.



Aa	Ba	C
Gh	Pb	Tvl
Ap	Bp	D

Hình 3. Mô tả sơ đồ hệ thống POP-Q



Hình 4. Sơ đồ mô tả các mức độ sa tạng chậu

- Cải thiện các triệu chứng do rối loạn chức năng sàn chậu gây ra.

Điều trị nội khoa

- Huấn luyện, cung cấp các bài tập cho cơ sàn chậu (pelvic floor muscle exercise), chỉ định chủ yếu cho rối loạn đường tiết niệu; còn hiệu quả trên các khối sa thì hầu như không có. Ngoài ra, một số tác giả cho rằng có thể làm chậm lại tiến triển sa tạng.
- Sử dụng vòng nâng Pessary: chỉ định cho bệnh nhân lớn tuổi không thể phẫu thuật được, hay tạm thời trì hoãn phẫu thuật. Đối với sa nặng độ 3, 4, có thể sử dụng trong thời gian lâu hơn.

- Estrogen tại chỗ: không có hiệu quả điều trị các khối sa hay khi đã có các rối loạn chức năng sàn chậu.

Điều trị ngoại khoa

- Sự phát triển của điều trị ngoại khoa trải qua nhiều thăng trầm và thay đổi ngày càng có hiệu quả cao trong điều trị bệnh lý sa tạng chậu. Chỉ định điều trị ngoại khoa khi các can thiệp nội khoa không thành công và mức độ sa bắt đầu ảnh hưởng chất lượng sống của người phụ nữ.
- Nhiều phẫu thuật khác nhau đã được thực hiện qua ngã âm đạo, ngã bụng (mở mổ hay nội soi), với khuynh hướng ngày càng ít phá vỡ cấu trúc giải phẫu



vùng chậu, bảo tồn tử cung, sử dụng các phương tiện nâng đỡ nhân tạo như mảnh ghép tổng hợp chất liệu không tan, tan một phần.

- Cắt tử cung ngã âm đạo và sửa thành trước và sau âm đạo (VTH, A-P colporrhaphy).
- Cố định tử cung hay mỏm cắt vào mỏm nhô qua ngã bụng có sử dụng mảnh ghép (abdominal sacrocolpopexy + mesh).
- Treo tử cung hay mỏm cắt vào dây chằng cùng gai (sacro-spinous ligament suspension).
- Phẫu thuật đặt mảnh ghép thành trước và thành sau âm đạo (vaginal repair of anterior, posterior compartment + mesh).
- Phẫu thuật có sử dụng các mảnh ghép âm đạo không căng với bộ kit có sẵn (tension-free vaginal mesh + procedural kit*).
- Các chất liệu sinh học (Biologic material**).

KẾT LUẬN

Sa tạng chậu được biết là suy yếu hệ thống nâng đỡ đáy chậu, dẫn đến sự tụt xuống các tạng chậu vào âm đạo, gây ra một số hậu quả nặng nề là các rối loạn chức năng sàn chậu, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống của người phụ nữ.

Có thể xem sàn chậu là một thể thống nhất, như vậy các nhà lâm sàng niệu khoa, phụ khoa, đại trực tràng

mới có sự tiếp cận, đánh giá và điều trị phối hợp để làm tốt nhất cho bệnh nhân, thay vì từng chuyên khoa làm việc riêng lẻ, gây bất lợi do tạo ra nhiều lần điều trị khác nhau trên một bệnh nguyên, gây rối loạn chức năng sàn chậu.

Hệ thống phân loại POP-Q được quốc tế hóa vào năm 1993 có nhiều ưu điểm: chính xác, thống nhất trong phân loại; đánh giá được nhiều yếu tố; ứng dụng tốt trong thực hành lâm sàng; trong nghiên cứu: tiêu chuẩn hóa thuật ngữ dùng trong báo cáo khoa học. Tồn tại nhược điểm duy nhất là mất thời gian khi đánh giá.

Chẩn đoán chính xác tạng bị sa, mức độ sa, có rối loạn chức năng sàn chậu nào, chính là chìa khóa quyết định lựa chọn điều trị: nội hay ngoại khoa, kết hợp tập vật lý sàn chậu.

Những tiến bộ gần đây của ngoại khoa đã mang lại nhiều lựa chọn trong phẫu thuật: khuynh hướng bảo tồn tử cung, sử dụng các phương tiện nâng đỡ như mảnh ghép tổng hợp, giúp nhà lâm sàng trả lại cho bệnh nhân cuộc sống có chất lượng tốt nhất, bằng những can thiệp nhẹ nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Davila G Willy (2006). Section I: Concept of the Pelvic Floor as a Unit, in Pelvic Floor Dysfunction. A Multidisciplinary Approach; 3-6.
2. Haylen BT et al. (2010). An international urogynecological association (IUGA) / international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurology and Urodynamics*; 29(1):4-20.
3. Hendrix SL et al. (2002). Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol*; 186(6):1160-1166.
4. McNevin MS (2009). Overview of pelvic floor disorders. *Surg Clin North Am*; 90(1):195-205. Table of Contents.
5. Messelink B et al. (2005). Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurology Urodyn*; 24(4):374-380.
6. Onwude Joseph Loze (2006). Genital prolapse in women. Search date August 2006. *Womens health*.