

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H, F.J., et al**, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 2021. 71(3): p. 209-249.
2. **Sun XS, L.Y., et al**, Establishment and validation of a nomogram for predicting survival in patients with de novo metastatic nasopharyngeal carcinoma. Oral Oncol, 2019. 94: p. 73-79.
3. **Chen YP, C.A., et al**, Nasopharyngeal carcinoma. Lancet, 2019. 394(10192): p. 64-80.
4. **Jin Y, S.Y., et al**, Comparison of five cisplatin-based regimens frequently used as the first-line protocols in metastatic nasopharyngeal carcinoma. J Cancer Res Clin Oncol, 2012. 138(10): p. 1717-25.
5. **Hong S, Z.Y., et al**, Gemcitabine Plus Cisplatin Versus Fluorouracil Plus Cisplatin as First-Line Therapy for Recurrent or Metastatic Nasopharyngeal Carcinoma: Final Overall Survival Analysis of GEM20110714 Phase III Study. J Clin Oncol, 2021. 39(29): p. 3273-3282.
6. **Yang Q, N.Y., et al**, Gemcitabine Combined with Cisplatin Has a Better Effect in the Treatment of Recurrent/Metastatic Advanced Nasopharyngeal Carcinoma. Drug Des Devel Ther, 2022(16): p. 1191-1198.
7. **Ngan RK, Y.H., et al**, Combination gemcitabine and cisplatin chemotherapy for metastatic or recurrent nasopharyngeal carcinoma: report of a phase II study. Ann Oncol, 2002. 13(8): p. 1252-8.
8. **Li Zhang, Y.H., et al**, Gemcitabine Plus Cisplatin Versus Fluorouracil Plus Cisplatin in Recurrent or Metastatic Nasopharyngeal Carcinoma: a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. Lancet, 2016. 6736(16): p. 31388-5.
9. **Raja, J.M.G.A., Cisplatin**. National Center for Biotechnology Information, 2023.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SÓN TIỂU GẮNG SỨC Ở PHỤ NỮ BẰNG PHẪU THUẬT TOT (TRANS OBTURATOR TAPE) TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Phương Lan¹, Nguyễn Hòa¹, Dương Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm của các nữ bệnh nhân són tiểu găng sức và kết quả điều trị bằng phẫu thuật TOT (Trans Obturator Tape) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 69 bệnh nhân đã mổ TOT từ 01/2021 đến 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $53,89 \pm 8,32$ tuổi, số lần sinh là $2,63 \pm 0,96$ lần. Thời gian mắc bệnh trung bình là $5,72 \pm 5,88$ năm. Có 56,52% mãn kinh, thời gian mãn kinh là $7,82 \pm 0,96$ năm. BMI trung bình là $23,18 \pm 28,97$. Có 11,59% có sa sinh dục. Có 5,8% đã cắt tử cung. Mức độ són tiểu độ I có 10 ca (14,49%), 15 ca độ II (21,74%) và 44 độ III (63,77%). 100% được giảm đau bằng gây tê tủy sống. Thời gian phẫu thuật trung bình là $38,82 \pm 14,67$ phút. Thời gian nằm viện trung bình là $4,64 \pm 1,14$ ngày. Kết quả 50 bệnh nhân (72,46%) được chữa khỏi hoàn toàn, 17 bệnh nhân đỡ (24,64%) và 2 bệnh nhân không cải thiện (2,90%). Biến chứng sớm 6 ca (8,69%) bao gồm 1 trường hợp tổn thương bàng quang niệu quản, 2 đau bẹn đùi, 1 bí đại và 1 tụ máu. Biến chứng muộn có 2 trường hợp lộ lưới, 11 trường hợp đau sau giao hợp, 2 trường hợp tiểu gấp mới (2,90%). **Kết luận:** TOT là phương pháp điều trị hiệu quả cho són tiểu găng sức, tỷ lệ biến chứng thấp. **Từ khóa:** TOT, són tiểu găng sức.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF FEMALE

¹Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Phương Lan

Email: phamthiphuonglan76@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 26.6.2025

STRESS URINARY INCONTINENCE BY TOT METHOD AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: To describe characteristics of female stress urinary incontinence and results of surgical treatment by TOT method at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in two year 2021-2023. **Methods:** This is a descriptive study among 69 patients was performed at the hospital from January 2021 to December 2023. **Results:** Mean age was $53,89 \pm 8,32$ years. The average number of births was 2.63 ± 0.96 . The average stress urinary incontinence time was 5.72 ± 5.88 years. Female menopause were 39 patients (56,52%), mean menopause time was 7.82 ± 0.96 years. Mean BMI was 23.18 ± 28.97 . There were 8 patients prolapsus level I and II (11,59%). 4 patients hysterectomies. The average of SUI level I was 14,49%, level II 21,74% and level III 63,77%. Spinal anesthesia was 100 %. Mean surgery time was about $38,82 \pm 14,67$ minutes. Hospital stay duration were $4,64 \pm 1,14$ days. Result 72,46% of women were cured, 24,64% showed an improvement, 2,90% who had TOT procedures did not show any change. The average of intraoperative and early post-operative complications was 8,69%: Urinary bladder perforation occurred in 1 patients, 2 case groin pain, 1 case urinal retention, 1 case haematomas. The later complication were 2 cases vaginal extrusion of mesh, 11cases had painful intercourses, 2 cases urgency de novo. **Conclusion:** Surgical treatment by TOT is an effective method among female stress urinary incontinence, the surgical-related complications were rare.

Keywords: TOT, stress urinary incontinence.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Són tiểu gắng sức (Stress Urinary Incontinence- SUI), theo Hiệp hội kiểm soát tiết niệu quốc tế (ICS), là một rối loạn trong đó nước tiểu rò rỉ không tự chủ ra lỗ niệu đạo ngoài do tăng áp lực trong ổ bụng như hắt hơi, ho, cười hoặc gắng sức...[1]. Đây là một bệnh phổ biến, tỷ lệ mắc trên 30 tuổi là 24-45%, trên 65 tuổi là 50-83% trong đó 6-10% là són tiểu mức độ nặng [2]. Điều trị són tiểu gắng sức chủ yếu bằng phương pháp phẫu thuật, đặc biệt ở mức độ vừa và nặng. Phương pháp phẫu thuật được ưa chuộng hiện nay trên toàn thế giới là đặt lưới nâng đỡ dưới niệu đạo xuyên qua hai lỗ bịt (Trans Obturator Tape-TOT). Phương pháp này đã được tác giả Delorme (2001) [3] đã đề xuất do hiệu quả điều trị són tiểu của nó và các biến chứng của phương pháp hiếm gặp. Ở Việt Nam, tác giả Lê Sĩ Trung đã báo cáo việc áp dụng phương pháp TOT từ năm 2006 [4], sau đó đã có nhiều bệnh viện trên cả nước áp dụng nhưng ban đầu chủ yếu là các bác sĩ ngoại khoa tiết niệu thực hiện.

Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương phương pháp phẫu thuật TOT được bắt đầu từ năm 2017 nhưng cho đến hiện tại chưa có báo cáo kết quả. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Kết quả điều trị són tiểu gắng sức ở phụ nữ bằng phẫu thuật TOT (Trans Obturator Tape) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*", với mục tiêu: "*Nhận xét kết quả điều trị són tiểu gắng sức bằng phẫu thuật TOT tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu thu thập bệnh nhân tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (BVPSTW) từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nữ đã được chẩn đoán són tiểu gắng sức và được mổ theo phương pháp TOT.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán són tiểu gắng sức, dựa trên thang điểm ICIQ-SF, nghiệm pháp Valsava, nghiệm pháp ho (+) và nghiệm pháp Boney (+)

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu và cách lấy mẫu:

Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Cách lấy mẫu: Lấy tất cả các bệnh nhân nữ són tiểu khi gắng sức đã được mổ trong thời gian từ 1/2021 đến 12/2023

Công cụ nghiên cứu và thu thập số liệu:

Nghiên cứu thu thập số liệu bằng phỏng vấn bệnh nhân sau khám lại trực tiếp và hồi cứu số liệu dựa trên ghi chép bệnh án và bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

Phân tích xử lý số liệu: Số liệu sau khi làm sạch được nhập bằng phần mềm Redcap và phân tích bằng SPSS 16.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng xét duyệt đề tài của Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm		Số lượng (n=69)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 45	9	13,05
	45-65	53	76,81
	>65	7	10,14
	Trung bình	53,89±8,32 (34-69)	
Số lần đẻ	Chưa đẻ	1	1,45
	1 – 2 con	37	53,62
	Trên 3 con	31	44,93
	Trung bình	2,63±0,96 (1-6)	
Thời gian mãn kinh	Chưa mãn kinh	30	43,48
	1 – 5 năm	16	23,18
	Trên 5 năm	23	33,34
	Trung bình	7,82±0,96 (1-22)	
Tiền sử bệnh	Tăng huyết áp	11	15,94
	Đái tháo đường	47	4,35
	Cắt tử cung	4	5,80
	Bệnh khác	4	5,80
	Không có	47	68,12
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	Thiếu cân	1	1,45
	Bình thường	59	85,51
	Thừa cân	8	11,59
	Béo phì	1	1,45
	Trung bình	23,18 ± 28,97 (17,9 – 39,7)	
Độ són tiểu theo phân loại Stamey	Độ I	10	14,49
	Độ II	15	21,74
	Độ III	44	63,77
Độ sa sinh dục	Độ I	5	7,25
	Độ II	3	4,35
	Không sa	61	88,40
Thời gian mắc són tiểu (năm)	1 – 2 năm	20	28,99
	3 – 5 năm	29	42,02
	Trên 5 năm	20	28,99
	Trung bình	5,72±5,88 (1-30)	
Thời gian nằm viện (ngày)	Trung bình	4,65±1,14 (3-8)	
Thời gian phẫu thuật (phút)	Trung bình	38,82±14,67 (15-100)	

Tuổi trung bình: $53,89 \pm 8,32$ tuổi. BMI Trung bình: $23,1 \pm 28,9$. Tiền sử nội ngoại khoa: Đái tháo đường: 3 (4,35%), tăng huyết áp: 11 ca (15,94%), cắt tử cung: 4 ca (5,8%), sa sinh dục: 8 ca (11,6%). Số con trung bình: $2,63 \pm 0,96$ con. Mãn kinh (56,52%). Số năm mãn kinh trung bình: $7,82 \pm 0,96$ năm. Độ sốn tiểu theo phân loại Stamey: Độ I: 10 ca (14,49%), độ II: 15 ca (21,74%), độ III: 44 ca (63,77%). Thời gian mắc sốn tiểu trung bình là $5,72 \pm 5,88$ năm.

Bảng 2. Điểm ICIQ - SF trước - sau mổ

Điểm	Trước mổ		Sau mổ	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
Không sốn tiểu (0)	0	0,00	50	72,47
Nhẹ (1-5)	2	2,90	10	14,49
Trung bình (6-12)	6	8,70	7	10,14
Nặng (13-18)	33	47,83	2	2,90
Rất nặng (19-21)	28	40,58	0	0,00

Điểm ICIQ-SF trước mổ: $16,70 \pm 3,99$ điểm (min-max: 5-21). Điểm ICIQ-SF sau mổ: $1,86 \pm 3,75$ điểm (min-max: 0-18).

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ
Khỏi	50	72,46
Đỡ	17	24,64
Thất bại	2	2,90

Chỉ có 2,90% bệnh nhân phẫu thuật thất bại.

Bảng 4. Tai biến và biến chứng phẫu thuật sớm

Tai biến, biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ
Tổn thương niệu quản	1	1,45
Tổn thương bàng quang	1	1,45
Thủng góc âm đạo	0	0,00
Đau bẹn đùi	2	2,90
Bí đái	1	1,45
Chảy máu	1	1,45
Nhiễm trùng	0	0,00

Biến chứng gặp phải gồm tổn thương niệu quản, tổn thương bàng quang, đau bẹn đùi, bí đái và chảy máu.

Bảng 5. Biến chứng phẫu thuật muộn

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ
Lộ lưới	2	2,90
Giao hợp đau	11	19,64
Tiểu gấp mới	2	2,90

Biến chứng phẫu thuật muộn có 2 bệnh nhân lộ lưới, một ca được cắt lưới sau mổ 6 tháng, 1 ca sau mổ 20 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân. Từ tháng 1/2021 đến 12/2023 có tất cả 69 bệnh nhân đủ điều

kiện đưa vào phân tích kết quả, trong đó 43 bệnh nhân trả lời qua phỏng vấn và 26 bệnh nhân khám lại trực tiếp từ tháng 8 đến tháng 11/2024 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $53,89 \pm 8,32$, ít nhất 34 tuổi, nhiều nhất 69 tuổi, 45-65 tuổi (76,81%). Kết quả này tương tự kết quả của Hoàng Đình Âu [5] là $53,9 \pm 12,6$ tuổi, trong đó 82% bệnh nhân trên 49 tuổi. Trong nghiên cứu của Đoàn Vương Kiệt [6] tuổi trung bình là $56,76 \pm 12,13$ tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của Jacek K Szymański [7] cao hơn của chúng tôi là $60,6 \pm 11,5$, trong đó ít tuổi nhất là 33, nhiều tuổi nhất là 84. Nghiên cứu của chúng tôi số lần đẻ trung bình là trong đó có 1 trường hợp chưa đẻ lần nào, nhiều nhất là 6 lần, đẻ từ 3 con trở lên có 31 người (44,93%). Tương tự theo Hoàng Đình Âu [5] số lần đẻ trung bình là $3,0 \pm 1,1$, trong đó có 46% bệnh nhân đẻ 3 lần. Trong nghiên cứu của Đoàn Vương Kiệt [6] số lần đẻ là $3,12 \pm 1,48$.

Thời gian mắc bệnh trung bình là $5,72 \pm 5,88$, ít nhất 1 năm, nhiều nhất 30 năm. Nghiên cứu của Jacek K Szymański [7] thời gian sốn tiểu là $4,0 \pm 2,7$ năm, ít nhất 0,5 năm, nhiều nhất 20 năm. Thời gian mắc bệnh kéo dài cho thấy bệnh nhân sốn tiểu thường xấu hổ, che giấu vấn đề của mình, ngại đi thăm khám và điều trị.

Có 8 bệnh nhân (11,59%) có sa sinh dục đi kèm, trong đó sa độ I, II tương ứng là 5 (7,25%), 3 người (4,35%) và không có trường hợp nào sa độ III. Kết quả này thấp hơn của một số tác giả. Nghiên cứu của Đoàn Vương Kiệt [6] có sa tạng chậu 11 bệnh nhân (26,80%), trong đó sa độ I, II, III tương ứng là 4,5,2 bệnh nhân. Nghiên cứu của Jacek K Szymański [7] có 29 bệnh nhân (48,0%) sa tạng chậu. Có lẽ tuổi bệnh nhân trong các nghiên cứu này nhiều hơn của chúng tôi và sa sinh dục thường gặp hơn trong nhóm bệnh nhân cao tuổi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân đã cắt tử cung (5,80%), có 1 bệnh nhân đã mổ đẻ (1,45%).

Nghiên cứu của Đoàn Vương Kiệt [6] bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng chậu là 6 người (14,6%), trong đó cắt tử cung 2 ca (4,9%), phẫu thuật điều trị sa tạng chậu 1 ca (2,4%), đặc biệt phẫu thuật điều trị sốn tiểu gắng sức 3 ca (7,3%).

Nghiên cứu của Jacek K Szymański [7] bệnh nhân đã cắt tử cung đường bụng 2 ca (3,0%), ngã âm đạo 1 ca (2,0%), phẫu thuật sa tử cung 2 ca (3,0%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo phân

loại của Stamey có 10 ca són tiểu gắng sức mức độ I (14,49%), 15 ca mức độ II (21,74%) và 44 ca mức độ III (63,77%). Nghiên cứu của Đoàn Vương Kiệt [6] Độ I có 6 bệnh nhân (14,6%), độ II có 13 bệnh nhân (31,7%), độ III có 22 bệnh nhân (53,7%).

Kết quả điều trị són tiểu gắng sức bằng phẫu thuật TOT. 100% bệnh nhân của chúng tôi được giảm đau bằng gây tê tùy sống. Theo Jacek K Szymański [7] 80% được gây tê tùy sống. Gây tê tùy sống giúp thời gian hồi phục sau mổ nhanh hơn đồng thời bệnh nhân tỉnh trong lúc mổ giúp phẫu thuật viên kiểm tra được tình trạng còn són tiểu hay không sau khi đặt lưới ngay trong mổ.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $38,82 \pm 14,67$ phút, trong đó 39,13% bệnh nhân được phẫu thuật trong 15-30 phút. Có một bệnh nhân có tai biến tổn thương bàng quang niệu đạo và thời gian phẫu thuật kéo dài 100 phút. Kết quả này dài hơn của Nguyễn Ngọc Tiến [8], thời gian phẫu thuật trung bình là 20 phút do bác sĩ chuyên ngành tiết niệu thực hiện. Nghiên cứu của Jacek K Szymański [7] thời gian phẫu thuật trung bình là 20 phút, ngắn nhất 15 phút, dài nhất 30 phút. Trong nghiên cứu này có 60 bệnh nhân được phẫu thuật TOT bởi hai bác sĩ có 15 năm kinh nghiệm. Trong khi đó phẫu thuật TOT mới được đưa vào thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2017, nên số năm kinh nghiệm của nhóm bác sĩ trong nghiên cứu của chúng tôi ít hơn, có thể là nguyên nhân thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,64 \pm 1,14$ ngày, ít nhất 3 ngày, dài nhất 8 ngày. Bệnh nhân nằm viện 4-5 ngày chiếm 69,57%. Thời gian này dài hơn nghiên cứu của một số tác giả khác. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tiến [8] thời gian nằm viện trung bình là 2 ngày. Theo Jacek K Szymański [7] thời gian nằm viện trung bình là 2 ngày trong đó ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 7 ngày. Thời gian nằm viện của chúng tôi dài hơn có lẽ do chúng tôi đã quá thận trọng. Bệnh nhân ổn định có thể cho ra viện sớm hơn, thường là ngày 2 sau mổ.

Kết quả của chúng tôi 50 bệnh nhân (72,46%) được chữa khỏi hoàn toàn, có 17 bệnh nhân đỡ (24,64%) và có 2 bệnh nhân không cải thiện (2,90%). Trong 17 bệnh nhân còn són tiểu có 15 bệnh nhân són tiểu nhẹ, 2 bệnh nhân són tiểu trung bình. Hai bệnh nhân không cải thiện là bệnh nhân són tiểu nặng, trong đó một bệnh

nhân lộ lưới phát hiện sau mổ 6 tháng phải cắt bỏ lưới. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tiến [8] tỷ lệ thành công là 97,2% đã được theo dõi trong 1 năm. Các loạt nghiên cứu khác đã được trình bày ở hội nghị Niệu Khoa Pháp 1999, trong đại đa số các trường hợp theo dõi dưới 1 năm và tỷ lệ chữa khỏi hoàn toàn thay đổi từ 78-96%.

Jacek K Szymański [7] nghiên cứu trên 60 bệnh nhân thấy rằng sau tháng đầu tiên, 88,0% phụ nữ đã được chữa khỏi. 10,0% cho thấy sự cải thiện, trong khi 2,0% đã làm thủ thuật TOT không cho thấy bất kỳ thay đổi nào. Sau 3,6 tháng tỷ lệ khỏi, đỡ, thất bại là 95%, 2%, 3%. Sau 12 tháng tỷ lệ khỏi, đỡ là 98%, 2%. Một báo cáo tổng hợp Cochrane của Ford AA [9] 36 thử nghiệm trên 5514 phụ nữ cho thấy lệ chữa khỏi dao động từ 62% đến 98% theo dõi dưới 1 năm. Về lâu dài, tỷ lệ chữa khỏi dao động từ 43% đến 92%. Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật chúng tôi còn thấy cải thiện điểm ICIQ-SF là rất rõ rệt. Điểm ICIQ trước mổ là $16,7 \pm 3,99$ điểm, thấp nhất là 5 điểm nhiều nhất là 21 điểm. Sau mổ điểm ICIQ trung bình là $1,8 \pm 3,7$ thấp nhất là 0 điểm, cao nhất là 18 điểm. Kết quả của Jacek K Szymański [7] điểm ICIQ trước mổ trung bình là 13 điểm và sau mổ là 2 điểm.

Chúng tôi gặp 6 biến chứng sớm (8,69%) bao gồm 1 ca tổn thương bàng quang niệu quản, 2 ca đau bẹn đùi, 1 bí đái và 1 tụ máu. Theo Gomes CM [10] biến chứng hậu phẫu sớm xảy ra ở 8,0%.

Thủng Bàng quang: Có 1 ca tổn thương bàng quang và niệu đạo (1,45%) phát hiện ngay trong mổ với vết rách cổ bàng quang niệu đạo 1,5 cm. Bệnh nhân này đã được hội chẩn chuyên khoa tiết niệu mở bụng khâu bàng quang. Tuy nhiên khám bệnh nhân sau mổ 42 tháng chúng tôi thấy bệnh nhân đã hoàn toàn không còn són tiểu. Theo Ford AA [9] tỷ lệ thủng bàng quang sau TOT là 0,6% dựa vào 40 thử nghiệm trên 6372 phụ nữ. Nghiên cứu của Gomes CM [10] tỷ lệ chấn thương bàng quang của phẫu thuật TOT từ 0% đến 15%. Hầu hết các lỗ thủng bàng quang, nếu được phát hiện trong quá trình phẫu thuật, sẽ được điều trị bằng cách định vị lại kim và duy trì dẫn lưu bàng quang bằng ống thông Foley trong 2-7 ngày.

Tổn thương niệu đạo: Chúng tôi gặp 1 bệnh nhân tổn thương cổ bàng quang niệu đạo (1,45%) như đã đề cập ở trên. Theo Gomes CM [10] tỷ lệ tổn thương niệu đạo trong khi phẫu thuật xảy ra ở 0,1% đến 2,5%. Tổn thương này thường xảy ra trong quá trình phẫu thuật bóc tách âm đạo quanh niệu đạo. Tuy nhiên, việc vô

tình đưa kim vào cũng có thể là một nguyên nhân. Trong những trường hợp này, chẩn đoán dựa vào soi niệu đạo bàng quang.

Thùng góc âm đạo: Chúng tôi không thấy có trường hợp thùng góc âm đạo được ghi nhận trong bệnh án. Nguyễn Ngọc Tiến có 2/52 (7,4%) thùng góc âm đạo [8].

Bí tiểu: Chúng tôi gặp 1 bệnh nhân bí tiểu (1,45%). Sau khi rút sond tiểu ngày thứ 3 bệnh nhân bí tiểu phải cắt chỉ nối lòng lưởi, sau đó bệnh nhân ổn định. Theo Gomes CM [10] tỷ lệ bí tiểu thay đổi từ 1,5 đến 8,6% đối với TOT. Phần lớn những bệnh nhân này có biểu hiện rối loạn tiểu tiện thoáng qua và tự khỏi trong vòng 48 giờ đến 21 ngày. Biện pháp xử trí ban đầu là đặt ống lưu sond tiểu hoặc ngắt quãng. Tuy nhiên, 0,3 đến 4,5% bệnh nhân vẫn bị bí tiểu trong hơn 4 tuần và cần phải phẫu thuật cắt bỏ lưởi.

Chảy máu: Chúng tôi gặp 1 trường hợp chảy máu (1,45%). Bệnh nhân chảy máu diện bóc tách trong phẫu thuật, đã được xử trí đặt vật liệu cầm máu và chèn 5 meches âm đạo, sau đó ổn định và ra viện sau 6 ngày. Theo Jacek K Szymański [7] 1 ca chảy máu (2,0%) và phải chèn ép từ đường âm đạo. Gomes CM [10] đã quan sát thấy biến chứng này ở 0-2,0% các trường hợp.

Đau bẹn đùi: Nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân đau bẹn đùi (2,9%) ở mức độ ít và không cần dùng thuốc. Theo Ford AA [9] tỷ lệ chung của đau bẹn đùi cao hơn ở nhóm TOT so với nhóm TVT (6,4% so với 1,3%). Theo Gomes CM [10] tỷ lệ đau bẹn đùi của TOT là 9,4%. Trong hầu hết các trường hợp, cơn đau biến mất trong những tuần đầu tiên sau phẫu thuật, nhưng nó có thể kéo dài hơn 4 tuần ở 1% đến 2,7% bệnh nhân. Chúng tôi không gặp bệnh nhân nhiễm trùng, tổn thương nghiêm trọng như tổn thương ruột hay mạch máu.

Xói mòn âm đạo: Trong 26 bệnh nhân đến khám lại sau mổ có 2 trường hợp lộ lưởi xói mòn âm đạo: một bệnh nhân béo phì phát hiện lộ lưởi ngay dưới niệu đạo sau 6 tháng và phải cắt bỏ lưởi, hậu quả là bệnh nhân lại són tiểu như trước phẫu thuật. Một bệnh nhân phát hiện lộ lưởi 1,5 cm góc trái âm đạo sau mổ 20 tháng đã được cắt bỏ phần lưởi lộ, sau đó bệnh nhân ổn định. Theo Ford AA [9] tỷ lệ chung của tình trạng xói mòn, lộ lưởi âm đạo thấp 24/1000 trường hợp TOT trên 31 thử nghiệm ở 4743 phụ nữ. Tuy nhiên theo Gomes CM [10] tỷ lệ xói mòn âm đạo thay đổi từ 0% đến 10,9%. Các yếu tố rủi ro bao gồm đóng vết rạch âm đạo không đúng cách,

niêm mạc âm đạo teo, nhiễm trùng tại chỗ và tổn thương âm đạo không được phát hiện trong quá trình đưa kim vào.

Giao hợp đau: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 11 trường hợp đau sau giao hợp chiếm 19,64%. Tuy nhiên bệnh nhân của chúng tôi có 56,52% bệnh nhân đã mãn kinh, có thể khô âm đạo do thiếu hụt nội tiết cũng là nguyên nhân gây đau khi giao hợp.

Tiểu gấp: Chúng tôi có 2 trường hợp tiểu gấp mới (2,90%).

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả của nghiên cứu này, điều trị phẫu thuật bằng phương pháp TOT là phương pháp hiệu quả đối với các bệnh nhân được chẩn đoán són tiểu gắng sức với tỷ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Masson E.** The andomizedtion of terminology in lower urinary tract function: report from the andomizedtion sub-committee of the International Continence Society. EM- Consulte. Accessed September 15, 2022.
2. **Nygaard IE, Heit M.** Stress Urinary Incontinence: Obstet Gynecol. 2004; 104(3):607-620.
3. **Delorme E.** La bandelette trans-obturatrice: un procédé mini- andomiz pour traiter l'incontinence urinaire d'effort de la femme. Progrès en Urologie (2001), 11, 1306 - 1313.
4. **Lê Sĩ Trung.** Điều trị són tiểu ở phụ nữ bằng phương pháp TOT: kinh nghiệm ban đầu qua 15 trường hợp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2006, 326, tr.1-6. 7
5. **Hoàng Đình Âu, Vũ Thị Dung, Mã Mai Hiền.** (2023). Đánh giá hình ảnh niệu đạo nữ trên cộng hưởng từ động học sàn chậu ở bệnh nhân có rối loạn tiểu. Tạp Chí Nghiên cứu Y học, 170(9), 17-26.
6. **Đoàn Vương Kiệt, Nguyễn Văn Ân, Phạm Huy Vũ.** Ứng dụng phép đo áp lực điểm són tiểu trong chẩn đoán tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ tại bệnh viện Đại học y dược TP. HCM. Tạp chí nghiên cứu Y học. 2023, 165(4): 34-41.
7. **Jacek K. Szymański, Kornelia Zaręba, Grzegorz Jakiel.** Intraoperative and early postoperative complications in women with stress urinary incontinence treated with suburethral slings: a andomized trial. Wideochir Inne Tech Maloiwazyjne 2020 Mar; 15(1): 18-29.
8. **Nguyễn Ngọc Tiến.** Các tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ. Tin chuyên ngành. Horem.org.vn.
9. **Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Aluko P, Ogah JA.** Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jul 31;7(7)
10. **Gomes CM, Carvalho FL, Bellucci CHS, et al.** Update on complications of synthetic suburethral slings. Int Braz J Urol. 2017;43:822-34