

phạm chiếm tỷ lệ cao nhất là RCA (55,56%), LCX chiếm 16,67%, LAD chiếm 27,77%. Tổn thương phối hợp cả ba động mạch chiếm tỷ lệ 61,11%, hai động mạch chiếm tỷ lệ 39,89%.

Trong thành trước, động mạch thủ phạm chiếm tỷ lệ cao nhất là RCA (73,08%), LAD chiếm 27,77%, RI chiếm 3,85%, không có trường hợp nào do LCX. Tổn thương phối hợp cả ba động mạch chiếm tỷ lệ 42,31%, hai động mạch chiếm tỷ lệ 58,69%.

Trong thành bên, động mạch thủ phạm chiếm tỷ lệ cao nhất là LCX (54,54%), LAD chiếm 45,46%, không có trường hợp nào do RCA. Tổn thương phối hợp cả ba động mạch chiếm tỷ lệ 42,31%, hai động mạch chiếm tỷ lệ 58,69%.

## V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình là  $72,5 \pm 12,1$  tuổi, nam giới chiếm 70,79%.

- Đa số bệnh nhân có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ đi kèm: tăng huyết áp (51,61%), rối loạn lipid máu (25,80%), hút thuốc lá (24,90%), đái tháo đường (22,50%), lạm dụng rượu (4,84%).

- Thời gian từ lúc đau ngực đến lúc nhập viện: trước 12 giờ là 58,06%, trước 24 giờ là 67,74%, sau 24 giờ 32,26%.

- Tỷ lệ hẹp một động mạch vành là 41,93%, hai động mạch vành là 45,16%, hẹp ba động mạch vành là 11,91%. Trong đó, 75,81% có hẹp

LAD, 56,45% có hẹp RCA, 43,55% có hẹp LCX và 1,61% có hẹp động mạch phân giác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hà Văn Chiên (2017)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp điều trị tại bệnh viện tỉnh Thanh Hóa, Luận văn thạc sỹ Y học: Đại học Y khoa Hà Nội.
- Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt (2016)**, Nhồi máu cơ tim cấp. Bệnh học Nội khoa. Tập 1: Nhà xuất bản Y học.
- Lê Thị Thanh Hằng (2010)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của nhồi máu cơ tim cấp ở nữ giới, in Luận án Tiến sĩ Y học: Học viện Quân Y.
- Phạm Văn Hùng (2018)**, Đánh giá kết quả chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện Đà Nẵng. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, **80**: p. 11-12.
- Trương Hoàng Anh Thư (2006)**, Khảo sát tình hình theo dõi và điều trị bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ năm 2003 - 2005. Tạp chí Y học, 2006: p. 45-50.
- Patrick, T.O.G. (2013)**, 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction, R.o.t.A.C.o.C. Foundation, p. 144-164.
- Jneid, H. (2012)**, 2012 ACCF/AHA Focussed Update of The Guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial Infarction. report of the American College of Cardiology Foundation. **60**: p. 645-681.
- Stephan D. Fihn, Julius M. Gardin, Jonathan Abrams (2012)**, 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease. Circulation. **126**: p. 354-471.

## ĐIỀU TRỊ SA MÒM CẮT ÂM ĐẠO BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐẶT VÒNG NÂNG TRÊN CA LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lý Kim Ngân\*, Võ Minh Tuấn\*

### TÓM TẮT

Sa vòm âm đạo hay mòm cắt âm đạo sau cắt tử cung là sự tụt xuống của đỉnh âm đạo sau phẫu thuật cắt tử cung. Sa mòm cắt âm đạo sau cắt tử cung là một biến chứng hiếm gặp sau phẫu thuật cắt tử cung cả đường bụng và đường âm đạo. Nguy cơ sa mòm cắt tăng lên khi cắt tử cung qua đường âm đạo. Tỷ lệ sa mòm cắt âm đạo là 11,6% sau khi cắt tử cung vì bệnh lý sa tạng chậu và 1,8% cho bệnh lý khác của tử cung [4]. Ngày nay, có nhiều phương pháp để điều trị

sa mòm cắt âm đạo như phẫu thuật, tập cơ sàn chậu, đặt vòng nâng. Trong đó, phẫu thuật là một can thiệp hiệu quả cho những phụ nữ bị sa mòm cắt âm đạo sau cắt tử cung. Nhưng đối với bệnh nhân già yếu, có nhiều bệnh lý đi kèm thì đặt vòng nâng vẫn là một lựa chọn điều trị bảo tồn có thể được cân nhắc như điều trị đầu tay. Tỷ lệ thành công với đặt vòng nâng điều trị sa tạng chậu sau cắt tử cung là 63,2% [3]. Cho thấy tỷ lệ thất bại sau đặt vòng nâng là khá cao. Một trong những yếu tố tiên lượng khả năng đặt vòng thất bại là đã phẫu thuật cắt tử cung. Tuy nhiên, chúng tôi giới thiệu một trường hợp điều trị sa mòm cắt âm đạo thành công bằng phương pháp đặt vòng nâng, với chất lượng cuộc sống tăng mạnh. Bệnh nhân 73 tuổi, PARA 100010, sa mòm cắt âm đạo độ III theo POP-Q. Bệnh nhân được đặt vòng nâng Gellhorn 57mm điều trị với điểm số PFDI-20 và PFIQ-7 trước đặt vòng nâng là 141.67 và 95.24. Sau 1 tháng theo dõi điểm

\*Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lý Kim Ngân

Email: drlknagan@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2021

Ngày duyệt bài: 7.5.2021

số PFDI-20 và PFIQ-7 được cải thiện đáng kể với điểm số là 27.08 và 14.29.

## SUMMARY

### TREATMENT OF A VAGINAL CUFF SCAR PROLAPSE BY PESSARY METHOD: A CASE REPORT AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Post-Hysterectomy Vaginal Vault Prolapse (PHVP) is the descent of the apex of the vagina (vaginal vault or cuff scar) after hysterectomy. PHVP is a rare complication following both abdominal and vaginal hysterectomy. The risk is increased in women following with vaginal hysterectomy. PHVP has been reported to follow 11.6% of hysterectomies performed for prolapse and 1.8% for other benign diseases [4]. Today, there are many methods to treat PHVP such as surgery, pelvic floor muscle training, vaginal pessary. In particular, surgical intervention remains integral in the effective management of women with post-hysterectomy vaginal vault prolapse. But for frail elderly patients, with many associated medical conditions, vaginal pessary remains a conservative treatment option that can be considered as first-line treatment. The success rate of pessary fitting was 63.2% [3]. It shows that the unsuccessful rate of pessary fitting is very high. One of the factors that predict the likelihood of insertion failure is having a hysterectomy. However, we would like to discuss a case of successful treatment for vaginal cuff scar with a pessary, with the increase in quality of life. Patient 73 years old, PARA 100010, vaginal cuff scar prolapse stages III of POP-Q. The patient who was placed on the treatment pessary with PFDI-20 and PFIQ-7 scores before insertion of the Gellhorn pessary 57mm was 141.67 and 95.24. After 1 month of follow-up, the PFDI-20 and PFIQ-7 scores improved significantly with 27.08 and 14.29 scores.

## I. GIỚI THIỆU

Vòng nâng được mô tả từ thời Hippocrates với nhiều biến thể. Trong đó, có biến thể được mô tả có cấu tạo gồm phần nâng có cấu trúc giống trái lựu, đường xương viền, miếng bọt biển và mắc cài bên ngoài khác nhau. Thuật ngữ pessary có nguồn gốc từ tiếng Hy Lạp cổ là "pessarion", từ này dùng để chỉ miếng len hay vải thô tẩm thuốc đặt trong âm đạo với mục đích ban đầu là ngừa thai. Dần dần sau đó, pessary dùng để gọi chung những vật đặt trong âm đạo nhằm điều trị các bệnh lý sa tạng chậu. Lịch sử phát triển của vòng nâng chủ yếu cho thấy sự thay đổi chất liệu để ngày càng phù hợp hơn với cơ thể người phụ nữ [1].

Hiện nay, dụng cụ nâng đỡ sa tạng chậu chủ yếu được làm bằng silicone, cao su hay nhựa nhưng silicone có lợi thế hơn là tuổi thọ sử dụng kéo dài hơn, có khả năng chống thấm và có thể làm sạch nhiều lần. Chúng có thể được sử dụng để ngăn chặn tình trạng sa trở nên tồi tệ hơn,

giảm mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng sa; để tránh hoặc trì hoãn phẫu thuật [5].

- Chỉ định đặt vòng nâng:
  - + Bệnh nhân sa tạng chậu không mong muốn điều trị phẫu thuật.
  - + Sự hiện diện của bệnh lý nặng kèm theo khiến bệnh nhân không thể phẫu thuật được hay cần trì hoãn phẫu thuật trong vài tuần hoặc vài tháng.
  - + Sa tạng chậu hoặc tiểu không tự chủ khi gắng sức tái phát sau phẫu thuật. Tuy nhiên, phẫu thuật sa tạng chậu và cắt tử cung trước đó là những yếu tố rủi ro cho việc không phù hợp với điều trị vòng nâng.
  - + Loét âm đạo do sa tạng chậu mức độ nặng. Sử dụng vòng nâng và bôi kem estrogen âm đạo thúc đẩy quá trình lành vết loét trong vòng 3 đến 6 tuần, rất hữu ích trước khi phẫu thuật.
  - + Sa tạng chậu trong thai kỳ.
  - + Mong muốn sinh con trong tương lai.
- Chống chỉ định đặt vòng nâng: Chống chỉ định sử dụng vòng nâng hiếm khi gặp phải. Chống chỉ định tương đối bao gồm:
  - + Nhiễm trùng: Nhiễm trùng âm đạo hoặc vùng chậu tiến triển, chẳng hạn như viêm âm đạo hoặc bệnh viêm vùng chậu, không cho phép sử dụng vòng nâng cho đến khi nhiễm trùng được giải quyết.
  - + Dị ứng cao su
  - + Không tuân thủ: loét không được phát hiện và không được điều trị có thể khiến bệnh nhân có nguy cơ hình thành lỗ rò.
  - + Xuất huyết âm đạo chưa rõ nguyên nhân.
  - + Đang dùng kháng đông hay điều trị giảm tiểu cầu.

Các yếu tố tiên lượng khả năng đặt vòng nâng thất bại gồm có: chiều dài âm đạo ngắn ≤ 6 cm, khoảng niệu dục rộng > 4 khoát ngón tay (6 cm), phẫu thuật vùng âm đạo trước đó, đã cắt tử cung, sa trực tràng kèm theo [6].

Việc đánh giá điều trị vòng nâng thành công dựa vào 2 yếu tố: loại vòng phù hợp và bệnh nhân hài lòng, tiếp tục sử dụng lâu dài. Loại vòng phù hợp được đánh giá bằng cách cho bệnh nhân ho, rặn, đi lại hoặc ngồi xổm. Nếu vòng không rớt ra ngoài và không kèm bất kỳ cảm giác khó chịu nào của bệnh nhân được đánh giá là phù hợp. Để đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân và thành công của điều trị có thể sử dụng bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống như một kết quả thay thế.

Hai bộ câu hỏi phổ biến nhất hiện nay để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sa tạng chậu là PFDI-20 và PFIQ-7, đã được chuyển ngữ thành công qua nhiều ngôn ngữ như Thổ

Nhĩ Kỳ, Pháp, Tây Ban Nha, Trung Quốc, Hàn Quốc và Việt Nam [2].

PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Intervention-20) gồm có 20 câu hỏi về các triệu chứng liên quan rối loạn chức năng sàn chậu trong 3 tháng gần nhất.

PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire-7) gồm những câu hỏi mô tả mức độ mà các triệu chứng tiết niệu, tiêu hóa hay sinh dục ảnh hưởng như thế nào đến cuộc sống của bệnh nhân trong 3 tháng gần đây, bao gồm thể chất, giải trí, hoạt động xã hội và cảm xúc.

**II. BỆNH ÁN**

Bệnh nhân Đỗ Thị S 73 tuổi, nghề nghiệp nông dân, vào Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ khám vì phát hiện khối sa ra ngoài âm đạo, kèm triệu chứng tiết niệu đi tiểu thường xuyên, tiểu không kiểm soát khi gắng sức, són tiểu, triệu chứng tiêu hóa như táo bón, cảm giác trằn và nặng bụng dưới. Tiền căn nội khoa tăng huyết áp cách đây 3 năm, điều trị duy trì thuốc huyết áp thường xuyên Amlodipin 5mg 1 viên/ngày, HA<sub>max</sub> 180/130 mmHg. Tiền căn ngoại khoa: mổ nội soi cắt túi mật cách đây 5 năm. Không ghi nhận tiền căn viêm nhiễm vùng chậu. Lấy chồng khoảng năm 20 tuổi, PARA 100010 (sinh thường qua ngã âm đạo 10 người con). Bệnh nhân đã mãn kinh vào năm 55 tuổi và không sử dụng liệu pháp hormon thay thế.

Năm 2011 (cách nay 10 năm) bệnh nhân phát hiện khối phồng sa ra ngoài âm đạo nên đi khám và được chẩn đoán là sa tử cung độ IV, sa bàng quang độ IV, sa trực tràng độ IV theo POP-Q, được điều trị bằng phương pháp mổ nội soi cắt tử cung. Diễn biến hậu phẫu sau khi cắt tử cung không ghi nhận gì bất thường. Cách nhập viện 1 tháng, bệnh nhân phát hiện khối sa ra ngoài âm đạo khi đi tiểu hoặc khi ho, rặn. Khối sa ngày càng lớn, bệnh nhân phải dùng tay đẩy lên khi đi tiểu, kèm theo triệu chứng đè nặng vùng bụng dưới liên tục, triệu chứng tiểu không kiểm soát khi gắng sức, tiểu thường xuyên, són tiểu và táo bón kèm theo nên đã đến khám và nhập viện điều trị vào tháng 03/2021.

**Tình trạng lúc vào viện:** Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

Dấu hiệu sinh tồn: Mạch: 90 lần/phút, huyết áp: 140/90 mmHg, nhiệt độ: 37°C

Da niêm hồng, tổng trạng trung bình, cân nặng 58 kg, chiều cao 160 cm, BMI: 22,66

Bụng mềm, không đau.

**Thăm khám âm đạo:** Mòm cắt âm đạo sa ra ngoài hồng hào, mềm mại, không xuất huyết.

Khám phân độ tạng sa bằng thước đo tiêu chuẩn có chia vạch 1cm. Khi bệnh nhân rặn tối đa ghi nhận sa bàng quang độ III, sa mòm cắt âm đạo độ III, sa trực tràng độ III theo POP-Q (Hình 1). Các điểm Aa, Ap, Ba, Bp, C, D, gh, pb, tvl được ghi nhận trong bảng sau:

+3 <sub>Aa</sub>	+4 <sub>Ba</sub>	+5 <sub>C</sub>
4 <sub>Gh</sub>	1.5 <sub>Pb</sub>	8 <sub>Tvl</sub>
-3 <sub>Ap</sub>	+4 <sub>Bp</sub>	--D

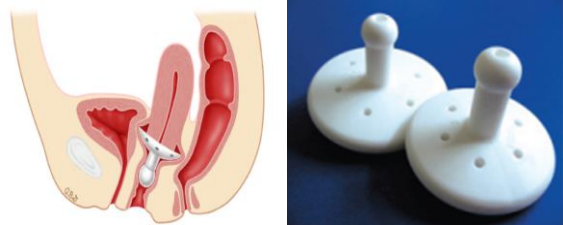


**Hình 1: Sa bàng quang độ III, sa mòm cắt âm đạo độ III, sa trực tràng độ III theo POP-Q**

Bệnh nhân được phỏng vấn chất lượng cuộc sống trước điều trị với tổng điểm số PFDI-20 là 141.67 (trong đó điểm số POPDI-6, CRAID-8, UDI-6 lần lượt là 70.83, 12.5, 53.33), tổng điểm PFIQ-7 là 95.24 (trong đó điểm số POPIQ-7, CRAIDQ-7, UIQ-7 lần lượt là 42.86, 0, 52.38).

**III. ĐIỀU TRỊ**

Sau khi khám và đánh giá thỏa các chỉ định và không có chống chỉ định, bệnh nhân được điều trị bằng đặt vòng nâng Gellhorn 57mm (Hình 2).



**Hình 2: Vòng Gellhorn 57mm được đặt vào âm đạo [1]**

Sau đặt vòng nâng bệnh nhân được hướng dẫn ho và rặn ghi nhận vòng nâng không rớt ra ngoài và không thấy bất kỳ sự khó chịu nào. Bệnh nhân tiếp tục được theo dõi và hướng dẫn đi lại, ngồi xổm trong vòng 1 giờ vẫn không ghi nhận tụt vòng. Bước đầu đánh giá đây là loại vòng phù hợp.

Bệnh nhân được hẹn tái khám sau 1 tháng. Tháng 04/2021 bệnh nhân quay lại tái khám không ghi nhận có khối sa ra ngoài âm đạo, với các triệu chứng tiểu không kiểm soát và són tiểu không xuất hiện nữa. Không ghi nhận các triệu chứng tiết dịch âm đạo, chảy máu hay loét âm đạo (Hình 3). Điểm số chất lượng cuộc sống lúc

này ghi nhận là tổng điểm PFDI-20: 27.08 (trong đó điểm số POPDI-6, CRAID-8, UDI-6 lần lượt là 8.33, 6.25, 12.5), tổng điểm PFIQ-7:14.29 (trong đó điểm số POPIQ-7, CRAIDQ-7, UIQ-7 lần lượt là 0, 0,14.29). Bệnh nhân rất hài lòng với điều trị bằng vòng nâng và sẽ tiếp tục điều trị.



**Hình 3: Bệnh nhân sau đặt vòng nâng**

### III. BÀN LUẬN

Các yếu tố nguy cơ của sa tạng chậu là phụ nữ đã sinh từ 4 lần trở lên qua ngã âm đạo có nguy cơ bị sa tạng chậu cao gấp 12 lần [1]. Nhiều tài liệu cho thấy tỷ lệ sa tạng chậu ngày càng tăng ở dân số già. Nó đã được chứng minh rằng có sự gia tăng 12% tỷ lệ sa tạng chậu so với mỗi năm. Tỷ lệ tái phát cho phẫu thuật điều trị sa tạng chậu nằm trong khoảng 10% đến 30%. Vài nghiên cứu đã chứng minh cắt tử cung là yếu tố nguy cơ của sa tạng chậu do làm mất đi cấu trúc nâng đỡ sàn chậu. Nguy cơ sa móm cắt âm đạo cao gấp 5,5 lần ở những phụ nữ cắt tử cung vì sa tạng chậu so với các lý do khác [7].

Ở ca lâm sàng này, các yếu tố nguy cơ như lớn tuổi, sanh ngã âm đạo 10 lần, tiền căn cắt tử cung 10 năm. Với tình trạng bệnh nhân tuổi cao, già yếu và có các triệu chứng lâm sàng như sa móm cắt tử cung, đi tiểu thường xuyên, tiểu không kiểm soát khi gắng sức, són giác trần và nặng bụng dưới thì việc lựa chọn phương pháp điều trị nào cần cân nhắc dựa trên mong muốn của bệnh nhân, sức khỏe hiện tại, bệnh lý nền và các phương pháp điều trị sẵn có. Được biết quan điểm trước đây để điều trị sa tạng chậu là cắt bỏ tử cung mặc dù tử cung không có bệnh lý gì. Việc phẫu thuật cắt tử cung sẽ tạo ra nguy cơ phá vỡ thêm các cấu trúc nâng đỡ vốn đã suy yếu của sàn chậu, tăng bệnh suất do một số tai biến của phẫu thuật: tổn thương bàng quang, trực tràng, tụ máu, nhiễm trùng móm cắt... Và cũng chính yếu tố đã cắt tử cung là một trong những yếu tố tiên lượng khả năng đặt vòng nâng thất bại, ngoài ra yếu tố tiên lượng thất bại trên bệnh nhân này còn có sa trực tràng kèm theo. Tuy nhiên, dựa trên bệnh lý nền nặng như tăng huyết áp, tiền căn đã mổ nhiều lần, tuổi

cao, sự tuân thủ của bệnh nhân và hiệu quả của vòng nâng đã được chứng minh thì việc lựa chọn đặt vòng nâng làm phương pháp điều trị cho bệnh nhân là hợp lý bởi tính an toàn và hiệu quả cao. Được chứng minh bởi điểm số chất lượng cuộc sống trước điều trị với PFDI-20 141.67, PFIQ-7 là 95.24 sau điều trị là PFDI-20: 27.08, PFIQ-7: 14.29, thay đổi 114.59 điểm trong thang điểm PFDI-20, giảm 68.16 điểm trong thang điểm PFIQ-7. Ngoài ra, sau điều trị một tháng bệnh nhân đã làm quen được với việc mang và tháo vòng, không ghi nhận có tác dụng ngoại ý sau điều trị như tiết dịch âm đạo, chảy máu hay loét âm đạo.

### VI. KẾT LUẬN

Vòng nâng là một phương pháp hữu ích để điều trị sa tái phát ở những phụ nữ đã phẫu thuật cắt tử cung. Và là giải pháp cho những phụ nữ sa tạng chậu với tuổi thọ cao, thời gian sống còn dài trên 20 năm, muốn có thêm lựa chọn không phẫu thuật mà vẫn hiệu quả hoặc những phụ nữ không thể phẫu thuật do tình trạng sức khỏe, bệnh lý nội khoa nặng là các phương pháp bảo tồn.

Tử cung giúp nâng đỡ sàn chậu, giúp duy trì khả năng sinh sản mà còn có giá trị về mặt giới tính, văn hóa tín ngưỡng, và vì sở thích cá nhân. Cần cân nhắc việc cắt bỏ tử cung trong điều trị sa tạng chậu, thay thế vào đó là các phương pháp bảo tồn. Trong đó, đặt vòng nâng âm đạo đã được chứng minh là có hiệu quả tương đương với phẫu thuật trong điều trị bệnh lý sa tạng chậu.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Văn Huỳnh Thúy Xuân (2018)**, "Điều trị sa tạng chậu bằng vòng nâng âm đạo (Pessary): Cái nhìn mới cho vấn đề cũ", Tạp chí Y học sinh sản, 46, tr. 53-56.
- Kaplan PB Sut N, Sut HK (2012)**, "Validation, cultural adaptation and responsiveness of two pelvic floor specific quality of life questionnaires, PFDI-20 and PFIQ-7, in a Turkish population", Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 162 (2), pp. 229-233.
- Ma Congcong, Kang Jia, Xu Tao, et al. (2020)**, "Vaginal pessary continuation in symptomatic pelvic organ prolapse patients with prior hysterectomy", Menopause, 27(10), pp. 1148-1154.
- Robinson Dudley, Thiagamoorthy Gans, Cardozo Linda. (2018)**, "Post-hysterectomy vaginal vault prolapse", Maturitas, 107, pp. 39-43.
- Schulz J.A Kwon E (2007)**, "Pelvic Organ Prolapse - Pessary Treatment", Vol 4, Medilam, pp. 271-277.
- SOGC (2013)**. Technical update on pessary use. National Guideline, Clearinghouse
- Uzoma Azubuike, Farag K. A. (2009)**, "Vaginal vault prolapse", Obstet Gynecol Int, 2009, pp. 275621.