

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC BẰNG PHƯƠNG PHÁP CỐ ĐỊNH TỬ CUNG VÀO DÂY CHẰNG CHẬU LƯỢC TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Hoàng Thị Ngọc Trâm^{1,✉}, Hồ Cẩm Tú², Nguyễn Thị Phương Thúy¹

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nhận xét kết quả điều trị sa sinh dục bằng phương pháp cố định tử cung vào dây chằng chậu - lược tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2024 - 2025. Mô tả trên 40 bệnh nhân sa sinh dục được phẫu thuật cố định tử cung vào dây chằng chậu - lược tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thời gian từ 1/1/2024- 31/12/2025. Tuổi trung bình là $66 \pm 9,0$. Chủ yếu là sa sinh dục độ II-III với phẫu thuật nội soi chiếm 80%. So với mổ mở, phẫu thuật nội soi có xu hướng giảm tỷ lệ mất máu ≥ 100 ml và rút ngắn thời gian lưu sonde tiểu ($p > 0,05$); thời gian phẫu thuật và nằm viện sau mổ khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau phẫu thuật, 100% bệnh nhân hết sa tử cung và rối loạn tiểu tiện.

Từ khóa: Sa sinh dục, phẫu thuật cố định tử cung vào dây chằng chậu lược, phẫu thuật nội soi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sinh dục là tình trạng các cơ quan vùng chậu bị sa xuống âm đạo do rối loạn thần kinh, cơ và sàn chậu như yếu hoặc tổn thương của các cơ và dây chằng nâng đỡ tử cung, đặc biệt là dây chằng tử cung cùng...¹ Nguyên nhân của sa sinh dục mang tính chất kết hợp nhiều yếu tố, trong đó có mối liên hệ chặt chẽ với việc mang thai và sinh nở đường âm đạo, gây tổn thương cho cơ sàn chậu và mô liên kết.^{2,3} Anne P. Cameron khuyến cáo rằng phụ nữ có đồng thời rối loạn tiểu tiện và sa tạng chậu có triệu chứng nên được điều trị sa tạng chậu, vì phẫu thuật hoặc đặt vòng nâng đỡ có thể cải thiện các triệu chứng đường tiểu dưới.⁴

Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị sa sinh dục, trong đó phẫu thuật cố định tử cung vào dây chằng chậu - lược bằng lưới polypropylene, có thể được thực hiện bằng

đường mổ mở hoặc nội soi để cố định tử cung vào dây chằng chậu lược là một kỹ thuật nhằm cố định tử cung, ngăn ngừa tình trạng sa sinh dục tái phát. Kỹ thuật này được Nezhat mô tả lần đầu tiên vào năm 1994 và đã được ứng dụng rộng rãi với nhiều kết quả khả quan.⁵ Mục tiêu:

Nhận xét kết quả điều trị sa sinh dục bằng phương pháp cố định tử cung vào dây chằng chậu - lược tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2024 - 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân bị sa sinh dục $\geq$ độ II theo POP-Q được chỉ định điều trị phẫu thuật bằng phương pháp cố định tử cung vào dây chằng chậu lược, có đầy đủ hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh án không cung cấp đủ thông tin nghiên cứu.

Tác giả liên hệ: Hoàng Thị Ngọc Trâm

Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Email: hoangthingoctr@gmail.com

Ngày nhận: 19/01/2026

Ngày được chấp nhận: 10/03/2026

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả, có so sánh trước - sau can thiệp, không đối chứng.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

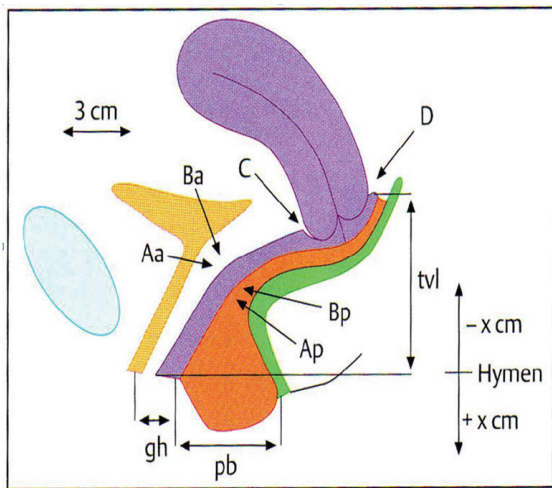
Địa điểm: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Thời gian lấy số liệu: Từ 1/1/2024-31/12/2025.

Cỡ mẫu: toàn bộ. Trong thời gian nghiên cứu thu nhận được 40 trường hợp đủ tiêu chuẩn, $n = 40$.

Chỉ tiêu nghiên cứu

Phân độ sa sinh dục



Hình 1. Phân độ sa sinh dục theo POP-Q*

*Chú thích *: Điểm cố định: Aa, Ap cách niệu đạo, mép màng trinh 3 cm. Điểm thay đổi: Ba, Bp là điểm phòng ra xa nhất của đoạn âm đạo từ Aa, Ap đến tới cùng trước và sau khi người bệnh rặn $\pm$ hỗ trợ kéo cổ tử cung ra bằng pozzi hoặc kẹp tim. Cùng đồ: C, D (được tính nếu còn tử cung). Gh: khe niệu dục. Pb: thể sàn chậu (nút sàn chậu). tvl: chiều dài âm đạo. Trên/dưới mép màng trinh đánh dấu -/+ trước số đo*

Trong thực tế lâm sàng, người ta phân loại theo POP-Q như sau:

- Độ 0: Không có sa sinh dục (Aa, Ba, Ap, Bp: 3 cm nằm trên màng trinh. Điểm C hay D:

tv1 -2 cm < C, D $\leq$ tv1).

- Độ I: Phần cuối của sa sinh dục còn nằm trên màng trinh hơn 1 cm.

- Độ II: Phần cuối của sa sinh dục nằm ở trên hoặc dưới màng trinh 1 cm.

- Độ III: Phần cuối của sa sinh dục nằm ở dưới màng trinh 1 đến tv1 - 2 cm.

- Độ IV: Phần cuối của sa sinh dục nằm ở dưới màng trinh trên tv1 - 2 cm.

Quy trình kỹ thuật trong nghiên cứu

- Vào ổ bụng, bóc lộ tử cung và đánh giá sự di động của tử cung.

- Bóc lộ phúc mạc bàng quang- tử cung vừa đủ tới chỗ bám của dây chằng tròn tử cung. Tách rộng phúc mạc bóc lộ đoạn bàng quang - eo, một phần cổ tử cung.

- Bóc lộ dây chằng chậu lược (dây chằng Coopers) hai bên.

- Cố định thân mảnh ghép vào đoạn eo - cổ tử cung với 4 mũi chỉ không tiêu.

- Cố định cánh mảnh ghép vào dây chằng chậu lược 2 bên (Cần kiểm tra đánh giá hồi phục giải phẫu của tử cung trước khi cố định mảnh ghép).

- Phủ phúc mạc (che kín mảnh ghép).

Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Lượng máu mất trong phẫu thuật được ước tính dựa trên lượng máu hút ra trong bình hút, kết hợp với số lượng và mức độ thấm máu của gạc phẫu thuật, theo quy trình thường quy tại khoa, tham khảo tại tờ phiếu phẫu thuật, đơn vị tính ml.

- Sonde tiểu được rút khi người bệnh ổn định toàn trạng, theo quy trình chăm sóc sau phẫu thuật của bệnh viện. Thời gian rút sonde tiểu tham khảo hồ sơ bệnh án, đơn vị tính ngày.

- Hết sa trên lâm sàng: là biến định tính (Có/ Không), được đánh giá tại thời điểm sau phẫu thuật, khi bệnh nhân ra viện dựa vào nhận xét

thăm khám lâm sàng theo hệ thống POP-Q. Kết quả được xác định là hết sa khi các điểm POP-Q sau phẫu thuật không còn biểu hiện sa trên lâm sàng so với trước phẫu thuật.

- Cải thiện triệu chứng tiểu tiện: là biến định tính (Có/Không), được đánh giá dựa trên thăm khám lâm sàng và ghi nhận trong hồ sơ bệnh án. Cải thiện được xác định khi các triệu chứng tiểu tiện giảm hoặc hết sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật.

- Kết quả điều trị: Thành công: không còn sa sinh dục $\geq$ độ II theo POP-Q và cải thiện triệu chứng tiểu tiện khi ra viện. Thất bại: vẫn còn sa sinh dục theo POP-Q và/hoặc không cải thiện triệu chứng tiểu tiện khi ra viện.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. So sánh kiểm định bằng Fisher's exact test, Welch Two Sample T-test. Kết quả được trình bày dưới dạng các bảng số liệu hoặc biểu đồ phù hợp, có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu không can thiệp vào phương pháp điều trị, không ảnh hưởng tới tình trạng bệnh nhân, được chấp thuận đạo đức nghiên cứu số 221/ĐHYD-HĐĐĐ Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên ngày 28 tháng 02 năm 2025.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi (tuổi)	< 40	01	2,5
	40 - 49	03	7,5
	≥ 50	36	90,0
	Trung bình (min - max)	66,0 $\pm$ 9,0 (33 - 77)	
Số lần đẻ ≥ 2 lần	Có	39	97,5
	Không	1	2,5

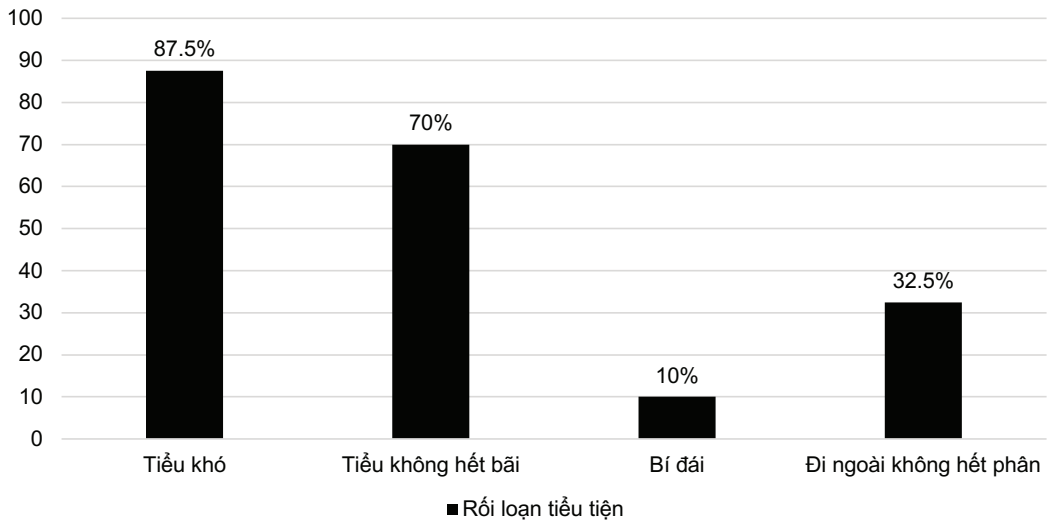
Đối tượng nghiên cứu ở nhóm tuổi ≥ 50 (90%), nhóm đã sinh ≥ 2 lần (97,5%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Phân độ sa	Độ II	17	42,5
	Độ III	23	57,5
Mức độ sa	Sa bàng quang kèm theo	25	62,5
	Sa trực tràng kèm theo	1	2,5
	Sa toàn bộ (Tử cung + bàng quang + trực tràng)	14	35,0

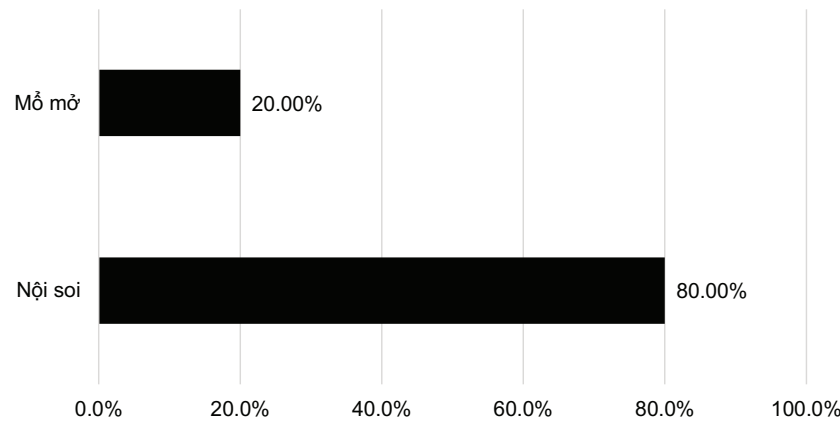
Tỷ lệ bệnh nhân có phân độ sa độ III (57,5%). Chỉ sa bàng quang kèm theo phổ biến (62,5%), còn chỉ sa trực tràng kèm theo hiếm gặp (2,5%).

Sa toàn bộ (tử cung + bàng quang + trực tràng) chiếm 35%.



Biểu đồ 1. Tình trạng rối loạn tiểu tiện của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ bệnh nhân gặp rối loạn tiểu tiện bao gồm tiểu khó (87,5%), tiểu không hết bãi (70%), đi ngoài không hết phân (32,5%) và bí đái (10%).



Biểu đồ 2. Phân bố phương pháp phẫu thuật

Tỷ lệ phẫu thuật nội soi chiếm 80%.

Bảng 3. Kết quả điều trị sau phẫu thuật

Kết quả	Số lượng (n = 40)	Tỷ lệ %
Hết sa trên lâm sàng	40	100
Cải thiện triệu chứng tiểu tiện	40	100
Thành công	40	100

Tại thời điểm ra viện, tất cả bệnh nhân hết sa tử cung trên lâm sàng và cải thiện hoàn toàn triệu chứng tiểu tiện.

Bảng 4. So sánh đặc điểm phẫu thuật trong nghiên cứu

Đặc điểm		Nội soi (n = 32)	Mổ mở (n = 8)	p
		Số lượng (%)	Số lượng (%)	
Lượng máu mất ≥ 100 ml	Có	22 (68,7)	7 (87,5)	0,405*
	Không	10 (31,3)	1 (12,5)	
Nhiễm trùng vết mổ	Có	0 (0)	2 (25,0)	0,036*
	Không	32 (100)	6 (75,0)	
Bí tiểu sau phẫu thuật	Có	0 (0)	1 (12,5)	0,200*
	Không	32 (100)	7 (87,5)	
Thời gian phẫu thuật trung bình (Mean $\pm$ SD) (phút)		152,5 $\pm$ 48,7	109,4 $\pm$ 24,6	0,002**
Thời gian rút sonde tiểu (Mean $\pm$ SD) (ngày)		2,5 $\pm$ 0,9	2,9 $\pm$ 0,4	0,095**
Thời gian nằm viện sau mổ (Mean $\pm$ SD) (ngày)		7,8 $\pm$ 1,5	12,5 $\pm$ 4,6	0,024**

*Fisher's Exact Test

** Welch Two Sample T-test

Mặc dù thời gian phẫu thuật kéo dài hơn, phẫu thuật nội soi cho thấy ưu thế về kết cục hậu phẫu với tỷ lệ nhiễm trùng thấp hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn, có ý nghĩa thống kê so với mổ mở ($p < 0,05$).

Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về lượng máu mất, bí tiểu sau mổ và thời gian lưu sonde tiểu giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật chủ yếu ở độ tuổi ≥ 50 , chiếm 90,0%, với tuổi trung bình $66 \pm 9,0$ (33 - 77). Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của sa sinh dục, thường gặp ở phụ nữ lớn tuổi do sự suy giảm estrogen sau mãn kinh, quá trình lão hóa và suy yếu sàn chậu theo thời gian. Tại Việt Nam trong nghiên cứu của Nguyễn Hòa và Nguyễn Vĩnh Bình thì tuổi trung bình của bệnh nhân sa sinh dục là 54 ± 8 (từ 37 đến 67 tuổi) và $65,8 \pm 14,2$ tuổi.^{6,7} Trên thế giới, theo nghiên cứu của Ismail Bıyık và cộng sự thì

tuổi trung bình của bệnh nhân sa sinh dục là 60 tuổi (52 - 66) và của Yuqin LEI và cộng sự là $57,27 \pm 7,68$ tuổi.^{8,9}

Kết quả nghiên cứu nhóm có số lần đẻ ≥ 2 lần chiếm 97,5%. Theo Trần Ngọc Dũng, số lần đẻ trung bình trong nghiên cứu là 3,8 lần.¹⁰ Theo Hội nghiên cứu nâng đỡ tạng chậu, nguy cơ sa tạng chậu tăng gấp 1,2 lần cho mỗi lần sinh theo đường âm đạo.¹¹ Việc đánh giá và chẩn đoán chính xác sa sinh dục là rất cần thiết để đưa ra các quyết định điều trị phù hợp và tối ưu hóa kết quả điều trị.

Đa số bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật có sa sinh dục từ độ II trở lên, trong đó sa độ III chiếm tỷ lệ cao hơn (57,5%) so với độ II (42,5%). Tỷ lệ sa bàng quang kèm theo trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 62,5%, thấp hơn trong nghiên cứu của Mai Trọng Hưng (73%).¹²

Các nghiên cứu đã báo cáo rằng 40 - 55% phụ nữ bị tiểu không tự chủ do gắng sức và 20% phụ nữ bị bàng quang hoạt động quá mức có sa thành trước.¹³

Biểu đồ 1 cho thấy rối loạn tiểu tiện là tình trạng thường gặp ở các bệnh nhân sa sinh dục được chỉ định phẫu thuật. Tiểu khó là triệu chứng thường gặp nhất (87,5%), tiếp theo là tiểu không hết bãi (70%). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu ghi nhận mối liên quan chặt chẽ giữa sa sinh dục mức độ trung bình - nặng và các rối loạn chức năng đường tiểu dưới. Theo Mai Trọng Hưng và cộng sự, bệnh nhân sa sinh dục có triệu chứng tiểu không kiểm soát khi gắng sức trong nghiên cứu của tác giả chiếm 25,4%, triệu chứng tiểu buốt chiếm 1,6%.¹² Theo De Boer và cộng sự cho rằng sa sinh dục gây bàng quang hoạt động quá mức do rối loạn thần kinh tự chủ bàng quang, biến đổi cơ trơn thứ phát sau tắc nghẽn đường ra bàng quang và thay đổi phản xạ tiểu tiện tùy sống, làm tăng hoạt tính cơ trơn của thành bàng quang.¹⁴ Một giả thuyết khác cho rằng sự giãn của thành âm đạo trước làm căng bàng quang, gây kích hoạt bất thường các thụ thể căng trong biểu mô niệu đạo, dẫn đến phóng thích các chất dẫn truyền thần kinh như acetylcholine và ATP, từ đó kích thích co bóp bàng quang.⁴

Kết quả từ biểu đồ 1 cho thấy cần đánh giá đầy đủ chức năng tiết niệu và tiêu hóa trước phẫu thuật, đồng thời là cơ sở để so sánh, đánh giá hiệu quả cải thiện triệu chứng sau phẫu thuật cố định tử cung vào dây chằng chậu - lược.

Phẫu thuật nội soi cố định tử cung vào dây chằng chậu - lược được áp dụng chủ yếu tại địa điểm nghiên cứu (80%). Kết quả này phản ánh xu hướng ưu tiên các phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị sa sinh dục hiện nay.

Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả điều trị rất cao của phương pháp phẫu thuật cố định tử cung vào dây chằng chậu - lược, với thành công giải phẫu 100% và cải thiện hoàn toàn các triệu chứng rối loạn tiểu tiện trên tất cả các bệnh nhân. Kết quả này có thể liên quan đến việc lựa chọn đúng chỉ định phẫu thuật trên nhóm bệnh

nhân sa sinh dục phân độ II, III, trong đó sa bàng quang chiếm đa số. Tuy nhiên, thời gian theo dõi chủ yếu đánh giá kết quả sớm nên chưa ghi nhận tái phát hoặc các biến chứng muộn liên quan đến mảnh ghép. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá tính bền vững của phương pháp.

Tỷ lệ bệnh nhân mất máu ≥ 100 ml ở nhóm nội soi thấp hơn so với nhóm mổ mở (68,7% so với 87,5%, $p = 0,405$), có thể do cỡ mẫu hạn chế và sự khác biệt thực sự giữa hai phương pháp chưa rõ ràng.

Đối với các biến chứng sau mổ, nhóm nội soi không ghi nhận trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ hoặc bí tiểu sau phẫu thuật, trong khi nhóm mổ mở có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 25,0% và bí tiểu là 12,5%. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ cao hơn ở nhóm mổ mở có thể liên quan đến đường rạch da dài và bóc tách mô rộng, làm tăng sang chấn mô, giảm tưới máu tại chỗ và thời gian phơi nhiễm, từ đó làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Ngược lại, phẫu thuật nội soi với đường vào nhỏ và xâm lấn tối thiểu giúp hạn chế tổn thương mô, bảo tồn vi tuần hoàn và giảm nguy cơ biến chứng nhiễm trùng sau mổ.

Thời gian rút sonde tiểu trung bình ở nhóm nội soi ngắn hơn so với nhóm mổ mở, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,095$). Kết quả này có thể do tính ít xâm lấn của phẫu thuật nội soi giúp giảm tổn thương mô và phù nề vùng chậu, hỗ trợ phục hồi chức năng bàng quang sớm hơn, tuy nhiên cỡ mẫu hạn chế có thể làm giảm khả năng phát hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Đặc biệt, thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm nội soi ngắn hơn đáng kể so với nhóm mổ mở ($p = 0,024$). Kết quả này nhấn mạnh lợi ích lâm sàng quan trọng của phẫu thuật nội soi, không chỉ thúc đẩy hồi phục sớm mà còn góp phần giảm chi phí điều trị và tối ưu hóa sử dụng

nguồn lực y tế. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Anne-Lotte WM Coolen cũng nhận thấy rằng lượng máu mất ít hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn sau phẫu thuật nội soi so với phẫu thuật mở bụng; 2 (IQR: 2 - 3) so với 4 (IQR: 3 - 5) ngày, có sự khác biệt đáng kể về mặt thống kê.¹⁵

Về thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm nội soi dài hơn nhóm mổ mở ($p < 0,05$) có thể liên quan đến đặc thù kỹ thuật và tay nghề phẫu thuật viên. Tuy nhiên, nội soi ít xâm lấn, giúp hồi phục sớm trong khi mổ mở có ưu thế về thời gian thực hiện nhưng xâm lấn lớn hơn. Do đó, lựa chọn phương pháp cần dựa trên đặc điểm lâm sàng và kinh nghiệm phẫu thuật viên.

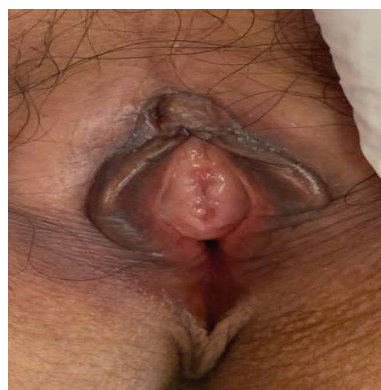
Nghiên cứu còn hạn chế về cỡ mẫu nhỏ ($n = 40$) do kỹ thuật mới được triển khai tại bệnh viện, có thể ảnh hưởng đến khả năng khái quát hóa kết quả.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân sa sinh dục chủ yếu ở độ tuổi



Trước phẫu thuật



Sau phẫu thuật nội soi treo sa ngày 3
(khi rút sonde tiểu)

Hình 2. Trước và sau phẫu thuật nội soi treo sa

≥ 50 , có tiền sử sinh đẻ nhiều lần và thường kèm theo sa bàng quang cũng như rối loạn tiểu tiện. Phẫu thuật nội soi được áp dụng chủ yếu. So với mổ mở, nội soi ít xâm lấn hơn và giúp rút ngắn thời gian nằm viện sau mổ có ý nghĩa thống kê, mặc dù thời gian phẫu thuật dài hơn. Tất cả bệnh nhân đều hết sa tử cung và rối loạn tiểu tiện sau phẫu thuật tại thời điểm ra viện.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Phẫu thuật cố định tử cung vào dây chằng chậu - lược, đặc biệt bằng phương pháp nội soi, có thể được xem là một lựa chọn điều trị ưu tiên đối với bệnh nhân sa sinh dục độ II-III có chỉ định bảo tồn tử cung.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cùng các thành viên tham gia nghiên cứu đã hỗ trợ tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Ân, Võ Trọng Thanh Phong, Phạm Hữu Đoàn, và vs. Áp dụng phẫu thuật nội soi treo âm đạo vào mỏm nhô để điều trị sa sinh dục nặng. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2014; 18(1): 424-429.
2. Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Phan Thị Nga, Văn Phụng Thống, và cs. Đánh giá bước đầu hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật treo tử cung vào mỏm nhô xương qua nội soi ổ bụng trong điều trị sa tử cung tại bệnh viện Từ Dũ. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2011; 14(2): 89-95.
3. Jain N, Kamra J, S. S. Laparoscopic Pectopexy Vs Sacrohysteropexy/ Sacrocolpopexy in management of pelvic organ prolapse: a review of literature. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 2020; 38(3): 187-191.
4. Cameron AP. Systematic review of lower urinary tract symptoms occurring with pelvic organ prolapse. *Arab J Urol*. Mar 2019; 17(1): 23-29.
5. Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. *Obstetrics and gynecology*. Nov 1994; 84(5): 885-8.
6. Nguyễn Hòa, Dương Mạnh Huy. Đánh giá kết quả điều trị sa sinh dục bằng phương pháp phẫu thuật nội soi treo tử cung/mỏm cắt vào mỏm nhô tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Tạp chí Phụ sản*. 2024; 22(4): 93-96.
7. Nguyễn Vĩnh Bình, Phan Đức Hữu, Nguyễn Trường Hoan, và cs. Kết quả phẫu thuật cố định sàn chậu vào mỏm nhô xương cùng trong điều trị sa sinh dục nữ tại bệnh viện Xuyên Á. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2021; 37: 233-239.
8. Bıyık I, Gezer S, Elci Atılğan A, et al. Evaluation of the effectiveness of laparoscopic pectopexy in advanced stage apical prolapse. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. Dec 2024; 303: 132-136.
9. Lei Y, Sun Y, Sun T, et al. Mid-Term Efficacy Evaluation of Laparoscopic Sacrocolpopexy vs Laparoscopic Pectopexy for Pelvic Organ Prolapse. *Sichuan da xue xue bao Yi xue ban = Journal of Sichuan University Medical science edition*. Jul 20 2025; 56(4): 1104-1111.
10. Trần Ngọc Dũng, Trần Bảo Long, Lưu Quang Dũng, và cs. Điều trị sa sinh dục bằng cố định trực treo đáy chậu trước vào dải chậu lược hai bên qua phẫu thuật nội soi. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2024;178(5): 112-120.
11. Nguyễn Thị Vịnh. *Chẩn đoán sa tạng chậu, Sàn chậu học*. Nhà xuất bản Y học. 2015:185-205.
12. Mai Trọng Hưng, Đỗ Khắc Huỳnh. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân sa sinh dục được điều trị bằng phẫu thuật đặt tấm nâng sàn chậu tại bệnh viện phụ sản Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 544(244-247).
13. Luber KM. The definition, prevalence, and risk factors for stress urinary incontinence. *Reviews in urology*. 2004; 6 Suppl 3(Suppl 3): S3-9.
14. de Boer TA, Salvatore S, Cardozo L, et al. Pelvic organ prolapse and overactive bladder. *Neurourol Urodyn*. 2010; 29(1): 30-9.
15. Coolen AWM, van Oudheusden AMJ, Mol BWJ, et al. Laparoscopic sacrocolpopexy compared with open abdominal sacrocolpopexy for vault prolapse repair: a randomised controlled trial. *International urogynecology journal*. Oct 2017; 28(10): 1469-1479.

Summary

TREATMENT OUTCOMES OF PECTINEAL LIGAMENT HYSTEROPEXY FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

A descriptive study was conducted on 40 patients with pelvic organ prolapse who underwent uterine suspension to the pectineal ligament at Thai Nguyen Central Hospital from January 1, 2024, to December 31, 2025. The outcomes after treatment were as followed: the mean age of patients was 66 ± 9.0 years old. Laparoscopic surgery was performed in 80% of patients who presented with stage II–III pelvic organ prolapse. Compared with open surgery, the laparoscopic approach showed a trend toward a lower proportion of blood loss ≥ 100 mL and shorter urinary catheterization ($p > 0.05$); operative time and postoperative hospital stay differed significantly between the two groups ($p < 0.05$). Postoperatively, all patients had complete resolution of uterine prolapse and urinary symptoms.

Keywords: Pelvic organ prolapse, uterine suspension to the pectineal ligament, laparoscopic surgery.