

do những lo ngại về nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu.[2] Trong nghiên cứu của chúng tôi, các nhân cấp cứu đều được giải phóng và sửa chữa lỗ thoát vị bằng khâu đơn thuần hoặc khâu đính vòí trướng cùng bên vào lỗ thoát vị mà không sử dụng lưới nhân tạo.

V. KẾT LUẬN

Thoát vị bịt là nguyên nhân hiếm gặp gây tắc ruột cấp đòi hỏi chẩn đoán và điều trị kịp thời. CLVT đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán thoát vị bịt cũng như đánh giá tình trạng ổ bụng, biến chứng trước phẫu thuật. Bệnh thường gặp ở người già, gây yếu, nhiều bệnh lý kèm theo nên việc chẩn đoán và điều trị phẫu thuật kịp thời là chìa khóa để nâng cao hiệu quả điều trị thoát vị bịt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nakayama T, Kobayashi S, Shiraishi K, Nishiumi T, Mori S, Isobe K, et al. Diagnosis

and treatment of obturator hernia. Keio J Med. The Keio Journal of Medicine; 2002;51:129–32.

- Li Z, Gu C, Wei M, Yuan X, Wang Z. Diagnosis and treatment of obturator hernia: retrospective analysis of 86 clinical cases at a single institution. BMC Surg. BioMed Central; 2021;21:1–7.
- Liao C-F, Hsu K-C, Liu C-C, Chuang C-H. Obturator hernia: a diagnostic challenge of small-bowel obstruction. Am J Med Sci. Elsevier; 2010;339:92–4.
- Nasir BS, Zendejas B, Ali SM, Groenewald CB, Heller SF, Farley DR. Obturator hernia: the Mayo Clinic experience. Hernia. Springer; 2012;16:315–9.
- Blach O, Ghosh A. 'Little old lady's hernia'causing small bowel obstruction in a man: a case report with a review of literature on the pathophysiology of obturator hernias. Case Rep. BMJ Publishing Group; 2014;2014:bcr2014206574.
- Mantoo SK, Mak K, Tan TJ. Obturator hernia: diagnosis and treatment in the modern era. Singap Med J. 2009;50:866–70.
- Schmidt PH, Bull WJ, Jeffery KM, Martindale RG. Typical versus atypical presentation of obturator hernia. Am Surg. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2001;67:191–5.

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG HỌC SÀN CHẬU VỚI LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT BẢO TỒN SA SINH DỤC NỮ

Lục Thị Huyền Ngọc¹, Trần Ngọc Dũng², Hoàng Đình Âu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) động học sàn chậu với lâm sàng trên nhóm bệnh nhân phẫu thuật bảo tồn sa sinh dục nữ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 19 bệnh nhân có triệu chứng sa sinh dục trên lâm sàng, được chụp CHT động học sàn chậu (DP-MRI) và phẫu thuật bảo tồn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 11 năm 2022. **Kết quả:** 19 bệnh nhân có triệu chứng sa sinh dục trên lâm sàng có độ tuổi trung bình là $67,47 \pm 11,29$, trong đó có 94,7 % bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên. Số lần sinh đẻ trung bình là $2,37 \pm 1,0$, chủ yếu là đẻ thường (89.5%). Gần 85% bệnh nhân có số lần đẻ ≥ 2 lần. Các bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng thấy khối sa lồi tại âm đạo trong nghiên cứu đa số kèm theo các triệu chứng rối loạn tiêu hóa và tiết niệu. Tỷ lệ kèm sa bàng quang, sa túi cùng Douglas ở từng độ sa tử cung trên hình ảnh CHT là khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

Trong khi đó không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa độ sa tử cung/ vòm âm đạo với tỷ lệ kèm sa hình túi/ sa trực tràng trên hình ảnh CHT. Ít có sự đồng thuận giữa phân độ sa sinh dục trên lâm sàng và phân độ sa sinh dục trên hình ảnh CHT động học sàn chậu. **Kết luận:** CHT động học sàn chậu (DP-MRI) đóng vai trò quan trọng trong phân độ sa sinh dục và đánh giá các tổn thương phối hợp giúp cho tiên lượng phẫu thuật tốt hơn.

Từ khóa: Sa sinh dục, CHT động học sàn chậu, phẫu thuật bảo tồn

SUMMARY

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE DYNAMIC PELVIC MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND CLINIC ON THE PATIENTS WITH CONSERVATIVE UTERINE PROLAPSE SURGERY

Purpose: To evaluate the relationship between Dynamic Pelvic Magnetic Resonance Imaging (DP-MRI) characteristics and clinic on the patients with conservative uterine prolapse surgery. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on 19 patients with clinical symptoms of uterine prolapse, underwent DP-MRI and conservative repair surgery at Hanoi Medical University Hospital from October 2021 to November 2022. **Results:** Mean age was $67,47 \pm 11,29$, most of them (95 %) were over 50 y.o. The mean birthrate was $2,37 \pm 1,0$, in which the number

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

of twice giving birth was 85%, mostly in vaginal delivery (90%). Palpable intra-vaginal mass was the most common clinical symptoms and usually associated with defecation and/or urinate problem. The rate of associate cystocele, peritonela prolapse in each degree of uterine prolapse on DP-MRI was statistically significant difference (95% CI). However, there was no statistically significant difference between the degree of uterine prolapse/vaginal vault and the ratio of associated rectocele/rectal prolapse. There is a very low consensus between the clinical and the DP-MRI on the uterus prolapse grading. **Conclusion:** Dynamic Pelvic Magnetic Resonance Imaging (DP-MRI) played an important role in the grading of uterus prolapse and in the evaluation of associated lesions, contributed to a better surgical prognosis.

Keywords: genital prolapse, dynamic pelvic magnetic resonance imaging, conservative surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sinh dục là tình trạng bệnh lý hệ sinh dục nữ trượt khỏi vị trí giải phẫu ban đầu do sự suy yếu, khiếm khuyết hoặc tổn thương của thành phần nâng đỡ sàn chậu, từ đó gây nên các rối loạn chức năng sàn chậu bao gồm rối loạn về đại tiện, tiểu tiện, đau tức vùng chậu,...ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Tỷ lệ sa sinh dục tăng theo tuổi và đạt đỉnh 5% ở phụ nữ 60 đến 69 tuổi. Nguyên nhân của sa sinh dục có nhiều yếu tố nhưng chủ yếu liên quan đến việc sinh con qua đường âm đạo dẫn đến tổn thương trực tiếp các cấu trúc nâng đỡ vùng sàn chậu.

Bệnh nhân thường đến khám vì thấy khối sa lồi qua âm đạo hay những triệu chứng không đặc hiệu khác như táo bón, tiểu tiện không kiểm soát. Tuy nhiên, thăm khám và đánh giá lâm sàng sa sinh dục thường chủ quan và không đánh giá được toàn diện các tổn thương phối hợp như sa bàng quang, sa túi trực tràng. Trong số các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm qua đầu dò trực tràng hay âm đạo, chụp X – quang động học sàn chậu thì chụp CHT (CHT) động học sàn chậu có nhiều ưu điểm như khả năng cung cấp hình ảnh đầy đủ về mặt giải phẫu, độ phân giải không gian cao và độ tương phản mô mềm tốt, đã thể hiện rõ tính ưu việt góp phần chẩn đoán và đánh giá tổng quan trước phẫu thuật bệnh lý này.

Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá mối liên quan giữa lâm sàng với hình ảnh CHT động học sàn chậu trong việc chẩn đoán và phân độ sa sinh dục.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả trên 19 bệnh nhân được chẩn đoán sa sinh dục trên lâm sàng, có đầy đủ

các thông tin về bệnh sử, được chụp CHT động học sàn chậu và được phẫu thuật bảo tồn sau đó; tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 11 năm 2022.

Bệnh nhân được chụp CHT sàn chậu bằng hệ thống máy Essenza 1.5 Tesla (Siemens Healthineer) với các chuỗi xung tĩnh (T2W sagittal, T2W axial, T2W coronal) và các chuỗi xung động học (Cine Sagittal theo trục đứng dọc giữa ống hậu môn ở các thì nghỉ, nín, rặn và tổng phân). Cuộn thu nhận tín hiệu tiểu khung và bệnh nhân được bơm 200 ml gel vào trực tràng.

- Phân độ sa sinh dục trên lâm sàng POP-Q (trong nghiên cứu này, việc phân độ khi bệnh nhân đã được thực hiện phương pháp vô cảm trong phòng phẫu thuật):

+ Độ 0: Không sa sinh dục.

+ Độ I: Phần cuối của khối sa (B) > 1cm trên màng trinh.

+ Độ II: Phần cuối của khối sa (B) trong khoảng ± 1cm trên dưới màng trinh.

+ Độ III: Phần cuối của khối sa (B) >1cm dưới màng trinh đến < (độ dài âm đạo – 2) cm.

+ Độ IV: Sa toàn bộ, phần cuối của khối sa (B) ≥ (độ dài âm đạo – 2) cm

- Một số định nghĩa và phân độ sa sinh dục và các tạng chậu khác trên DP-MRI:

+ Sàn chậu được chia thành 04 khoang: trước (bàng quang), giữa (tử cung), sau (trực tràng)

+ Đường mu cụt: nối bờ dưới khớp mu đến khớp của hai đốt cụt cuối cùng.

+ Sa các cơ quan sàn chậu: đo khoảng cách từ chỗ thấp nhất của các cơ quan trong khoang chậu kéo vuông góc với đường mu cụt.

+ Độ hạ xuống của trực tràng chia 4 mức (phân loại theo Zoran L. Barbaric): bình thường: 0→<2cm; độ I: 2→<4cm; độ II: 4→<6cm; độ III: ≥6cm.

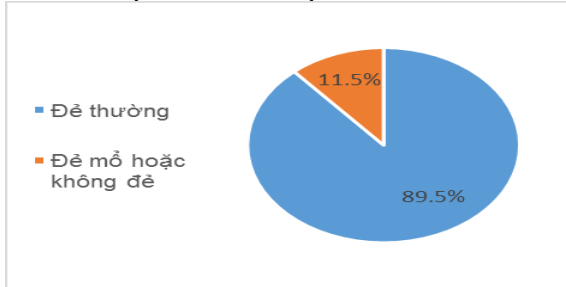
+ Độ sa các cơ quan khác trong vùng sàn chậu bao gồm tử cung (Phân độ sa tạng chậu theo Yang và cộng sự) chia 3 mức: độ I: <3cm; độ II: 3→<6cm; độ III: ≥6cm.

+ Túi sa thành trước trực tràng (phân độ theo Wiersma TG) là sự phồng của thành trực tràng ra phía trước > 0,5cm so với vị trí bình thường, độ sâu của túi có 3 mức: độ I: < 2cm; độ II: 2→4cm; độ III: >4cm.

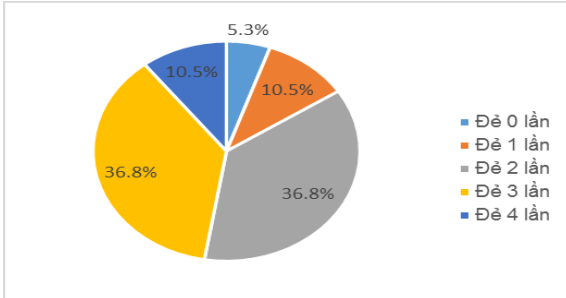
Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định tính được biểu hiện bằng tỷ lệ phần trăm và kiểm định theo Fisher's exact test và Khi bình phương. Các biến số định lượng được thể hiện bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 11 năm 2022, có 19 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $67,5 \pm 11,3$ (tuổi lớn nhất là 90 và tuổi nhỏ nhất là 46), với phần lớn bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên (94,7%). Số lần sinh đẻ trung bình là $2,4 \pm 1,0$, chủ yếu là đẻ thường (89,5%) và có gần 85% bệnh nhân đẻ ≥ 2 lần, có 5,3% bệnh nhân chưa đẻ lần nào (biểu đồ 1 và 2)



Biểu đồ 1: Phân bố hình thức đẻ của BN



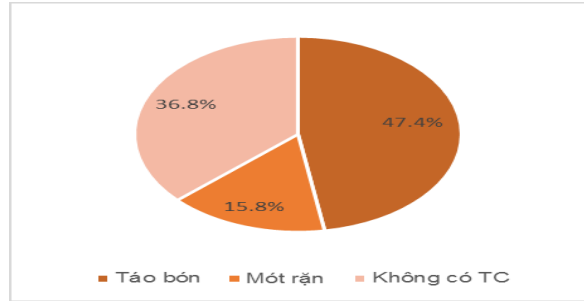
Biểu đồ 2: Số lần sinh đẻ của nhóm bệnh nhân

3.1. Đặc điểm lâm sàng. Toàn bộ bệnh nhân có triệu chứng khối sa lồi tại âm đạo, trong đó 10/19 bệnh nhân (52, 6%) có khối sa lồi liên tục khi gắng sức và 9/19 bệnh nhân (47, 4%) có khối sa lồi liên tục.

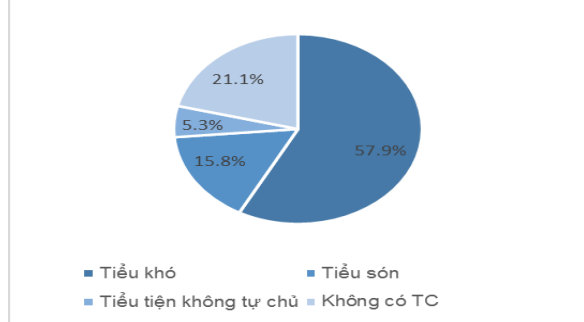
Các biểu hiện tại đường tiết niệu chủ yếu là triệu chứng tiểu khó (57, 9%), số ít bệnh nhân có triệu chứng tiểu són (15, 8%) và tiểu tiện không tự chủ (5,3%), có đến 21, 1% bệnh nhân không có triệu chứng tại đường tiết niệu. Triệu chứng tại đường tiêu hóa hay gặp là táo bón (47,4%), số ít bệnh nhân có triệu chứng một rặn (15, 8%) và 36,8% bệnh nhân không có triệu chứng tiêu hóa.

Bảng 2: Tỷ lệ bệnh nhân sa sinh dục kèm theo sa khoang trước, sau ở nhóm bệnh nhân chưa cắt tử cung

Sa sinh dục	Sa bàng quang		Sa túi cùng Douglas		Túi trực tràng		Sa trực tràng		N
Sa tử cung	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không sa	1	100	0	0,0	1	100	1	100	1
Độ 1	3	100	1	16,7	3	100	3	100	3
Độ 2	7	87,5	5	62,5	6	75	8	100	8
Độ 3	4	100	4	100	3	75	4	100	4
Tổng	15	93,8	10	62,5	13	81,3	16		16



Biểu đồ 3: Tỷ lệ triệu chứng tại đường tiêu hóa



Biểu đồ 4: Tỷ lệ triệu chứng tại đường tiết niệu

3.2. Hình ảnh CHT động học sàn chậu

- **Sa sinh dục:** Có 03/19 bệnh nhân có tiền sử mổ cắt tử cung (15,8%) và 16/19 bệnh nhân chưa có tiền sử mổ cắt tử cung.

Bảng 1: Tỷ lệ phân độ sa sinh dục trên hai nhóm bệnh nhân đã cắt tử cung và chưa cắt tử cung

Đã cắt tử cung			Chưa cắt tử cung		
Sa vòm âm đạo	N	%	Sa tử cung	N	%
Không sa	0	0,0	Không sa	1	6,3%
Sa độ 1	1	33,3	Sa độ 1	3	18,7%
Sa độ 2	2	66,7	Sa độ 2	8	50%
Sa độ 3	0	0,0%	Sa độ 3	4	25%
Tổng	3	100%	Tổng	16	100%

Nhận xét: Trong số những bệnh nhân đã cắt tử cung, 100% bệnh nhân có sa vòm âm đạo. Trong các bệnh nhân chưa cắt tử cung có gần 95% bệnh nhân có sa tử cung (93,7%) trong đó nhiều nhất là sa độ 2 (50%).

- **Sa các tạng chậu kèm theo**

Kiểm định theo Fisher's exact test và Khi bình phương:

Nhận xét: Các bệnh nhân sa tử cung hay kèm theo sa các tạng chậu khác. Tỷ lệ kèm theo sa bàng quang, sa túi cùng Douglas ở từng độ sa tử cung là khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong khi đó không có sự khác biệt giữa tỷ lệ sa trực tràng ở từng độ sa tử cung, $p > 0,05$.

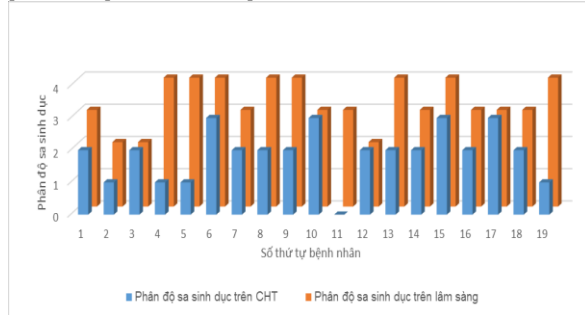
Bảng 3: Tỷ lệ bệnh nhân sa sinh dục kèm theo sa khoang trước, sau ở nhóm bệnh nhân đã cắt tử cung

Sa sinh dục	Sa bàng quang		Sa túi cùng Douglas		Túi trực tràng		Sa trực tràng		N
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sa vòm âm đạo									
Độ 1	1	100	1	100	1	100	1	100	1
Độ 2	2	100	2	100	2	100	2	100	2
Tổng	3	100	3	100	3	100	3	100	3

Kiểm định theo Fisher's exact test và Khi bình phương.

Nhận xét: Tỷ lệ kèm theo sa các tạng vùng chậu khác bao gồm sa bàng quang, sa túi cùng Douglas và túi sa trực tràng/ sa trực tràng ở từng độ sa vòm âm đạo không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3. Đánh giá mức độ đồng thuận giữa lâm sàng và CHT động học sàn chậu đối với phân độ sa sinh dục



Biểu đồ 5: Biểu đồ so sánh phân độ sa sinh dục trên CHT với phân độ sa sinh dục trên lâm sàng theo POP-Q của từng bệnh nhân

Theo thống kê Cohen's Kappa khi đánh giá mức độ đồng thuận giữa phân độ sa sinh dục trên lâm sàng và phân độ sa sinh dục trên CHT, hệ số Kappa = 0.047 < 0.4: hệ số đồng thuận thấp nghĩa là ít có sự tương đồng giữa phân độ sa sinh dục trên lâm sàng theo POP-Q và phân độ sa sinh dục trên CHT của từng bệnh nhân. Qua biểu đồ trên thấy phân độ sa sinh dục trên lâm sàng thường lớn hơn phân độ sa sinh dục trên CHT động học sàn chậu ở 15/19 bệnh nhân (chiếm khoảng 80%), còn lại 4/19 bệnh nhân có hai phân độ bằng nhau.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh lý sa sinh dục là một gánh nặng thể chất và tâm lý làm giảm chất lượng cuộc sống, ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống hằng ngày của phụ nữ. Sa sinh dục là một bệnh lý phổ biến, xảy ra ở 50% bệnh nhân đã sinh con và cả cuộc đời một người phụ nữ có nguy cơ phải điều trị sa sinh dục khoảng 11% [1]. Việc chẩn đoán

và điều trị sớm bệnh sa sinh dục là rất cần thiết để cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

CHT động học sàn chậu (DP-MRI) đã thể hiện rõ tính ưu việt nhờ khả năng cung cấp hình ảnh đầy đủ và trung thực nhất về mặt giải phẫu trong đa số các trường hợp, độ phân giải không gian cao, độ tương phản mô mềm rất tốt, đồng thời giúp đánh giá về động học, sự thay đổi của các góc đặc hiệu và mức của các tạng qua các thì, chính là các chỉ số quan trọng đánh giá mức độ và góp phần cho việc điều trị đầy đủ.

Nghiên cứu của chúng tôi có 19 bệnh nhân có sa sinh dục trên lâm sàng, trong đó độ tuổi trung bình là $67,47 \pm 11,29$ và phần lớn bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên. Theo nghiên cứu của tác giả Dietz HP và cộng sự cho rằng ở giai đoạn tiền mãn kinh và mãn kinh có sự thiếu hụt estrogen gây ra hiện tượng thoái hóa keo làm teo nhão các cấu trúc nâng đỡ sàn chậu [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các bệnh nhân đẻ nhiều lần có nguy cơ mắc bệnh sa sinh dục nhiều hơn với gần 95% bệnh có tiền sử sinh đẻ, số lần đẻ trung bình là $2,37 \pm 1,0$, phần lớn bệnh nhân đẻ thường và đa số bệnh nhân đẻ trên 2 lần (chiếm 85%). Điều này cũng phù hợp với báo cáo của tác giả Mant J. (1997) có tỷ lệ mổ sa sàn chậu ở người đã sinh 1 lần cao gấp 4 lần người chưa từng sinh và sinh từ 2 con trở lên thì tỷ lệ này cao gấp 8,4 lần [3]. Các kết quả trên chứng minh sự ảnh hưởng của các yếu tố như tuổi tác và sang chấn trong quá trình sinh đẻ tới sự toàn vẹn của sàn chậu.

Theo các nghiên cứu trước đây, chúng tôi chia các triệu chứng lâm sàng rối loạn chức năng sàn chậu liên quan đến sa sinh dục thành 3 nhóm chính: thấy có khối sa lồi sa tại âm đạo, rối loạn đại tiện, rối loạn tiểu tiện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân có triệu chứng thấy khối sa lồi tại âm đạo, và thường kèm theo các triệu chứng tại đường tiêu hóa và tiết niệu, trong đó gần 80% bệnh nhân có triệu chứng tại đường tiết niệu và gần 40% bệnh

nhân có triệu chứng tại đường tiêu hóa. Sự kết hợp các triệu chứng lâm sàng của sa các tạng vùng chậu phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây của các tác giả Võ Tấn Đức (2015) và Nguyễn Thị Mến (2020) [4], [5].

Trên hình ảnh CHT động học sàn chậu đánh giá độ sa sinh dục cũng như sa các tạng chậu khác, theo nghiên cứu của chúng tôi có gần 85% bệnh nhân (16/19) chưa có tiền sử cắt tử cung và chỉ có phần ít còn lại đã cắt tử cung. Trong số những bệnh nhân đã được cắt bỏ tử cung trước đây đều cho hình ảnh sa vòm âm đạo trên phim chụp. Con số này lớn hơn so với nghiên cứu của tác giả Beri Ridgeway MD và cộng sự (2008) là khoảng 40% số bệnh nhân cắt bỏ tử cung có sa vòm âm đạo sau đó [6]. Bên cạnh đó, trong những bệnh nhân chưa cắt tử cung có đến 95% số bệnh nhân có hình ảnh sa tử cung trên phim chụp CHT. Đặc biệt trên hình ảnh CHT cũng phản ánh sự liên quan giữa sa tử cung/ sa vòm âm đạo với sa các tạng chậu khác, trong đó tỷ lệ kèm sa bàng quang, sa túi cùng Douglas ở từng độ sa tử cung có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%. Điều này phù hợp vs nghiên cứu của tác giả Suzan R. Broekhuis (2009) [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có đưa ra vấn đề đánh giá mức độ đồng thuận giữa phân độ sa sinh dục trên lâm sàng với phân độ sa sinh dục trên CHT. Chỉ số Kappa thu được khi đánh giá mức độ đồng thuận của hai phương pháp này là $0.047 < 0.4$, cho thấy mức độ đồng thuận ở mức thấp. Sự không tương đồng này có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như khi chụp cộng hưởng từ, bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa không thoải mái và ít phù hợp với sinh lý đại – tiểu tiện, gây hạn chế đánh giá toàn bộ mức độ sa nhưng nó không làm giảm độ sa tạng và sàn chậu theo nghiên cứu của tác giả Tunn, R và cộng sự (2000) [8]. Bên cạnh đó việc đánh giá phân độ theo POP – Q khi các bệnh nhân được thực hiện phương pháp vô cảm trong phòng phẫu thuật, khi đó các cơ và dây chằng vùng chậu ở trạng thái giãn tối đa nên khi tác động lực để đánh giá độ sa đạt được sẽ là tối đa và thường độ sa sẽ nhiều hơn, điều này phù hợp với đa số bệnh nhân trong nghiên cứu này. Ngoài ra việc áp dụng các mốc giải phẫu khác nhau làm mức 0 (trên lâm sàng là màng trinh và trên CHT là đường mu – cụt) cũng dẫn đến sự không tương đồng này. Những vấn đề này cũng phù hợp với nghiên cứu "So sánh các phương pháp đánh giá mức độ sa tạng chậu theo Baden – Walker, POP-Q và CHT động học của tác giả Nguyễn Văn Ân và cộng sự [9].

Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 bệnh nhân có sa mỡ phúc mạc khoang chậu sau (sa túi cùng Douglas) chiếm tỷ lệ 68,4%. Điều này gợi ý rằng CHT cung cấp những thông tin hữu ích theo các khía cạnh khác nhau có thể giúp bác sĩ xác định các tạng bị sa và khiếm khuyết ở dây chằng và cân nâng đỡ sàn chậu, giúp bác sĩ đánh giá và tiên lượng phẫu thuật tốt hơn phù hợp với các nghiên cứu của tác giả Comiter, Craig V. và cộng sự (1999) [10].

Nghiên cứu của chúng tôi còn có một số nhược điểm. Thứ nhất cỡ mẫu của nghiên cứu nhỏ do đó giá trị của nghiên cứu còn hạn chế. Thứ hai, đây là một nghiên cứu còn mới, trên thế giới chưa có nhiều nghiên cứu về sa sinh dục tương tự để đánh giá giá trị của CHT động học sàn chậu (DP-MRI) trong chẩn đoán bệnh sa sinh dục, nên chúng tôi chưa có nhiều dữ liệu để so sánh.

V. KẾT LUẬN

CHT động học sàn chậu (DP-MRI) cung cấp các thông tin khách quan với độ phân giải cao, mốc giải phẫu chính xác để chẩn đoán, phân độ sa sinh dục và đánh giá các tổn thương phối hợp khác. Do mức độ đồng thuận thấp giữa lâm sàng và CHT động học sàn chậu về phân độ sa sinh dục, cần thiết phải chụp CHT động học sàn chậu đánh giá bilan tổng quan bệnh nhân trước phẫu thuật bảo tồn sa sinh dục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tú C.K., An B.C., và Tâm P.V.** (2013). Kỹ thuật điều trị sa sinh dục có bảo tồn tử cung tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp Chí Phụ Sản, 11(4), 50–54.
2. **Rogers R.G., Pauls R.N., Thakar R. và cộng sự.** (2018). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. Int Urogynecology J, 29(5), 647–666.
3. **Mant J., PAINTER R., VASSEY M. và cộng sự.** OBSERVATIONS FROM THE OXFORD FAMILY PLAN-NING ASSOCIATION STUDY. BR J Obstet Gynaecol 1997 104 579, 585.
4. **Võ Tấn Đức, Nguyễn Thị Thùy Linh, và Phạm Ngọc Hoa** (2009). CHT động trong đánh giá các bệnh lý vùng sàn chậu. Tạp Chí Học TP Hồ Chí Minh, 13:292-297.
5. **Nguyễn Thị Mến** (2020). Đặc điểm lâm sàng và cộng hưởng từ trong các bệnh lý sa sàn chậu. Trường Đại Học Hà Nội.
6. **Ridgeway B., Walters M.D., Paraiso M.F.R. và cộng sự.** (2008). Early experience with mesh excision for adverse outcomes after transvaginal mesh placement using prolapse kits. Am J Obstet Gynecol, 199(6), 703. e1-703. e7.

7. **Broekhuis S.R., Fütterer J.J., Barentsz J.O. và cộng sự.** (2009). A systematic review of clinical studies on dynamic magnetic resonance imaging of pelvic organ prolapse: the use of reference lines and anatomical landmarks. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 20(6), 721–729.
8. **Tunn R., Paris S., Taupitz M. và cộng sự.** (2000). MR imaging in posthysterectomy vaginal prolapse. *Int Urogynecology J*, 11(2), 87–92.
9. **Nguyễn Văn Ân và Đoàn Vương Kiệt** (2021). So sánh các phương pháp đánh giá mức độ sa tạng chậu theo Baden –Walker, POP-Q và cộng hưởng từ động học. *Bệnh viện Đại Học Dược TP Hồ Chí Minh*.
10. **Comiter C.V., Vasavada S.P., Barbaric Z.L. và cộng sự.** (1999). Grading pelvic prolapse and pelvic floor relaxation using dynamic magnetic resonance imaging. *Urology*, 54(3), 454–457.

ĐÁNH GIÁ SỚM VIỆC BẢO TỒN CHỨC NĂNG DÂY THẦN KINH MẶT TRONG PHẪU THUẬT U DÂY VIII CÓ SỬ DỤNG HỆ THỐNG CẢNH BÁO THẦN KINH Ở BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Hoàng Minh Tân¹, Nguyễn Thị Hương Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả bảo tồn chức năng dây thần kinh mặt sau phẫu thuật u dây VIII có sử dụng hệ thống cảnh báo thần kinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 18 bệnh nhân được phẫu thuật u dây thần kinh số VIII tại bệnh viện đại học Y Hà Nội có sử dụng hệ thống NIM. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 34,5±10,6. Nam giới chiếm 38,9%, nữ giới chiếm 61,1%. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là chóng mặt (16/18) và rối loạn dáng đi (13/18). Hình ảnh trên cộng hưởng từ thì có 5 bệnh nhân mức độ T3, 13 bệnh nhân mức độ T4. Có 3/5 bệnh nhân T3 lấy u gần hết, 2/5 lấy một phần khối u. 7/13 bệnh nhân T4 lấy u gần hết, 6/13 lấy một phần khối u. Có 3/18 bệnh nhân có biến chứng chảy máu sau mổ. Đối với u độ T3 có 2/5 trường hợp không có liệt mặt, 2/5 trường hợp liệt mặt độ II, 1/5 trường hợp liệt mặt độ III. Đối với u độ T4 có 3/13 trường hợp không có liệt mặt, 3/13 trường hợp liệt mặt độ II, 6/13 trường hợp liệt mặt độ III.

Từ khóa: U dây VIII, dây VII, cảnh báo thần kinh trong mổ, bảo tồn

SUMMARY

RESULTS OF PRESERVING FACIAL NERVE FUNCTION IN SURGERY VESTIBULAR SCHWANNOMA USING NEURO INTRAOPERATION MONITORING AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the effectiveness of preserving facial nerve function in surgery of vestibular schwannoma using neuro intraoperation monitoring. **Materials and methods:** The patient underwent surgery for vestibular schwannoma at Hanoi Medical University Hospital using the NIM system. **Results:** The mean age of the study group

was 34.5±10.6. Men accounted for 38.9%, women accounted for 61.1%. The main clinical symptoms are dizziness (16/18) and gait disturbance (13/18). On magnetic resonance imaging, there are 5 patients with T3 level, 13 patients with T4 level. There are 3/5 patients with T3 having almost all tumors, 2/5 taking part of the tumor. 7/13 T4 patients took most of the tumor, 6/13 took part of the tumor. There are 3/18 patients with bleeding complications after surgery. For grade T3 tumors, there are 2/5 cases without facial paralysis, 2/5 cases of grade II facial paralysis, 1/5 cases of grade III facial paralysis. For grade T4 tumors, there were 3/13 cases without facial paralysis, 3/13 cases of grade II facial paralysis, 6/13 cases of grade III facial paralysis. **Conclusion:** Among the factors related to the degree of facial paralysis after surgery for chordoma VIII, the tumor size plays the most important role. The larger the tumor, the higher the rate of facial paralysis after surgery

Keywords: vestibular schwannoma, facial nerve, neuro intraoperation monitoring

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U dây thần kinh VIII là u lành tính từ tế bào schwann, ưu thế ở nhánh tiền đình. Hiếm hơn u có thể xuất phát từ nhánh thính lực. U dây thần kinh VIII là loại u thường gặp trong các u nội sọ, chiếm 8%-10% các loại u. Tần suất hằng năm khoảng 1,5 trường hợp trên 100.000 dân¹.

U dây thần kinh VIII là u lành tính từ tế bào schwann, ưu thế ở nhánh tiền đình. Hiếm hơn u có thể xuất phát từ nhánh thính lực. U dây thần kinh VIII là loại u thường gặp trong các u nội sọ, chiếm 8%-10% các loại u. Tần suất hằng năm khoảng 1,5 trường hợp trên 100.000 dân¹.

Triệu chứng lâm sàng sớm nhất của u dây thần kinh số VIII thường là giảm thính lực, có thể giảm từ từ hoặc mất thính lực đột ngột, hoàn toàn hay một phần. Bệnh nhân thường phát hiện khi nghe điện thoại. Đôi khi ù tai là dấu hiệu đầu tiên hoặc đi kèm với giảm thính lực. Thính thoảng bệnh nhân có cơn chóng mặt, đi đứng

¹Bệnh viện đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Tân

Email: minhthan.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023