

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Nguyễn Anh** (2021), "Ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 đến sức khỏe tinh thần", Tạp chí khoa học xã hội, số 10, tr. 278.
2. **World Health Organization** (2022), "Newsrom", Coronavirus disease (COVID-19): Post COVID-19 condition.
3. **World Health Organization** (2022), "Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report", Emergency Situational Updates – 20 April 2022.
4. **Huang C., Huang L., et al.** (2021), "6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study", Lancet, 397(10270), pp:220– 232.
5. **Liu S., Heinzl S., Hauke M.N., Heinz A.** (2021), "Increased psychological distress, loneliness, and unemployment in the spread of COVID-19 over 6 months in Germany", Medicina (B Aires), 57:53.
6. **Hoàng Minh Nam, Hòa Thị Hồng Hạnh, Trần Thị Hồng Vân, Nguyễn Thị Quyên, Nguyễn Thị Phương Lan, Hạc Văn Vinh, Trình Quỳnh Giang** (2021), "Ảnh hưởng của đại dịch COVID – 19 đến công việc, cuộc sống và sức khỏe tâm thần của người dân tỉnh Thái Nguyên năm 2020", Tạp Chí Y học Dự phòng, Số 31, Tập 2, tr.49–55.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CỘNG HƯỞNG TỪ NIỆU ĐẠO ĐỘNG HỌC Ở BỆNH NHÂN NỮ CÓ RỐI LOẠN TIỂU TIỆN KHÔNG TỰ CHỦ KHI GẮNG SỨC

Hoàng Đình Âu¹, Trần Ngọc Dũng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cộng hưởng từ (CHT) niệu đạo ở nhóm bệnh nhân nữ có rối loạn tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức (Stress Urinary Incontinence -SUI). **Đối tượng và phương pháp:** 22 bệnh nhân nữ có SUI, được chụp CHT niệu đạo bằng các chuỗi xung chụp tĩnh và động học. Các chuỗi xung CHT tĩnh nhằm đánh giá chiều dài, thể tích niệu đạo, bề dày lớp cơ vân- cơ trơn cũng như các dây chằng hỗ trợ quanh niệu đạo. Các chuỗi xung CHT động học niệu đạo (thì nghỉ và tổng tiểu) nhằm đánh giá góc niệu đạo, góc sau bàng quang niệu đạo, góc cổ bàng quang- mu cụt cũng như vị trí của cổ bàng quang và cổ tử cung so với đường mu cụt. Các số đo ở chuỗi xung chụp động sẽ được so sánh giữa thì nghỉ và thì tổng tiểu nhằm đánh giá biên độ di động của các cấu trúc niệu đạo khi gắng sức. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 53.9±12.6, lớn nhất là 74 tuổi, nhỏ nhất là 13 tuổi. Số lần đẻ trung bình là 2.1 ±0.7, đẻ nhiều nhất là 3 lần. Đẻ thường chiếm 16/22 bệnh nhân (73%). Thời gian mắc SUI từ 1-5 năm chiếm 63.7%, > 5 năm chiếm 23.7%. Mức độ rối loạn SUI nặng chiếm 68%. Trên các chuỗi xung chụp tĩnh, chiều dài trung bình và thể tích trung bình niệu đạo lần lượt là 30.8 ± 6.2 mm và 5.5± 2.1 cm³, bề dày lớp cơ vân, lớp cơ trơn của niệu đạo lần lượt là 2.2±0.53 mm, và 5.1±0.47 mm, khiếm khuyết các cấu trúc hỗ trợ quanh niệu đạo chiếm 40%. Trên các chuỗi xung chụp động, góc niệu đạo trung bình, góc sau bàng quang- niệu đạo, góc cổ bàng quang- mu cụt ở thì nghỉ và thì đào thải lần lượt là 18.1±10.4⁰ và 53.8±37.4⁰, 145.3±13⁰ và 171.2±13.5⁰; 52.6±18.3⁰ và 45.7±26.4⁰. Vị trí cổ bàng quang và cổ tử cung so với đường mu cụt ở thì nghỉ và thì đào thải lần lượt là:

(-) 15.6±7.5 mm và (+) 5.4±12.7 mm; (-) 31.1±14.7 mm và (-) 10.5±17.1 mm. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các đặc điểm lâm sàng, các cấu trúc giải phẫu của niệu đạo và phức hợp niệu đạo -cổ bàng quang ở nhóm bệnh nhân nữ có rối loạn SUI. Các thông số này sẽ được đối chiếu với nhóm bệnh nhân không có rối loạn SUI để tìm nguyên nhân của SUI. **Từ khóa:** cộng hưởng từ sán châu động học, tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức, góc sau bàng quang - niệu đạo.

SUMMARY

CLINICAL, URETHRAL DYNAMIC MAGNETIC RESONANCE

CHARACTERISTICS OF FEMALE PATIENTS WITH STRESS URINARY INCONTINENCE

Purpose: To describe the clinical and urodynamic magnetic resonance characteristics of a group of female patients with stress urinary incontinence (SUI). **Material and methods:** 22 female patients with SUI were underwent a urethral MRI using static and dynamic pulse sequences. Static MRI pulses were used to assess the length, volume of the urethra, the thickness of the striated-smooth muscle layer as well as the supporting ligaments around the urethra. Urethral dynamic MRI pulses (at rest and voiding) were used to evaluate urethral angle, posterior vesicoureteral angle, bladder neck- pubococcygeal angle, as well as the position of bladder neck and cervix relative to the pubococcygeal line (PCL). The pulse sequence measurements are compared between resting and voiding to assess the amplitude of movement of urethral structures in stress condition. **Results:** The mean age of the group of patients was 53.9±12.6 mm, the oldest was 74 years old, the youngest was 13 years old. The average number of births was 2.1 ±0.7, the maximum number of births was 3 times. Vaginal delivery accounted for 16/22 patients (73%). The duration of SUI from 1-5 years accounted for 63.7%, > 5 years accounted for 23.7%. Severe SUI disorder accounted for 68%. On static pulse sequences, the mean length and mean urethral

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.5.2023

volume were 30.8 ± 6.2 mm and 5.5 ± 2.1 cm³, respectively, and the thickness of the striated and smooth muscle layers of the urethra were 2.2 ± 0.53 mm and 5.1 ± 0.47 mm, respectively, defects in periurethral support structures account for 40%. On dynamic pulse sequences, mean urethral angle, posterior bladder-urethral angle, bladder-neck angle at rest and voiding phase were $18.1 \pm 10.4^{\circ}$ and $53.8 \pm 37.4^{\circ}$, respectively; $145.3 \pm 13^{\circ}$ and $171.2 \pm 13.5^{\circ}$; $52.6 \pm 18.3^{\circ}$ and $45.7 \pm 26.4^{\circ}$. The positions of bladder neck and cervix relative to the PCL at rest and voiding were: (-) 15.6 ± 7.5 mm and (+) 5.4 ± 12.7 mm; (-) 31.1 ± 14.7 mm and (-) 10.5 ± 17.1 mm. **Conclusion:** Our study showed the clinical features, anatomical structures of urethra and urethral-bladder neck complex in female patients with SUI disorder. These parameters would be compared to the group of patients without SUI disorder to find the cause of SUI.

Keywords: Dynamic pelvic floor MRI, Stress urinary incontinence, Posterior urethro vesical angle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiểu tiện không tự chủ (Uninary Incontinence) theo định nghĩa của Hội đại tiểu tiện tự chủ quốc tế (International Continence Society- ICS) là tình trạng thoát nước tiểu ra ngoài lỗ niệu đạo ngoài không theo ý muốn¹. Tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức (Stress Urinary Incontinence-SUI) chiếm tỉ lệ 49% trong tổng các bệnh nhân nữ tiểu tiện không tự chủ, xảy ra khi tăng áp lực trong ổ bụng như hắt hơi, ho, cười...². Bệnh gây ảnh hưởng xấu đến tâm lý và sinh hoạt hằng ngày của phụ nữ, từ đó dẫn đến giảm chất lượng cuộc sống.

Có 3 nhóm nguyên nhân chính gây SUI: 1) do bất thường giải phẫu tại niệu đạo 2) do bất thường các cấu trúc nâng đỡ niệu đạo và phức hợp niệu đạo- cổ bàng quang và 3) do các yếu tố thần kinh của sàn chậu chi phối cho niệu đạo. Vị trí cổ bàng quang và phần trên niệu đạo được duy trì bởi hệ thống nâng đỡ giống như một chiếc võng nằm phía sau cổ bàng quang-niêu đạo. Hệ thống này do nhiều cân, cơ, tổ chức liên kết hợp thành, có vai trò ngăn cản sự sa xuống của niệu đạo khi gắng sức. Rối loạn nâng đỡ cổ bàng quang và phần trên niệu đạo là nguyên nhân hay gặp nhất của SUI. Theo Em Horning, khi đáy bàng quang và phần trên niệu đạo nằm trong ổ bụng, áp lực trong ổ bụng sẽ được truyền toàn bộ đến đáy bàng quang và phần trên niệu đạo theo mặt phẳng dưới bàng quang làm đóng niệu đạo. Khi bàng quang bị sa xuống dưới, niệu đạo sẽ bị ngăn lại, đồng thời làm biến dạng mở rộng góc sau niệu đạo- bàng quang (bình thường góc này khoảng 160 độ), vì thế khi áp lực ổ bụng tăng do gắng sức sẽ không truyền được đến đáy bàng quang- niệu đạo.

Trường lực riêng của niệu đạo sẽ không đủ lớn so với tăng áp lực trong bàng quang, gây ra tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức³.

Các nguyên nhân do bất thường giải phẫu tại niệu đạo và các cấu trúc nâng đỡ phức hợp niệu đạo – cổ bàng quang chiếm phần lớn các trường hợp SUI và có thể phát hiện được bằng chẩn đoán hình ảnh. Do có độ phân giải mô mềm cao, chụp được nhiều hướng khác nhau, hình ảnh khách quan, không gây bức xạ ion hóa và đặc biệt khả năng chụp động học trong khi đào thải, cộng hưởng từ (CHT) sàn chậu ngày càng được sử dụng rộng rãi, thay thế chụp Xquang niệu đạo trong khi đi tiểu hoặc siêu âm trong việc tìm nguyên nhân và lập kế hoạch điều trị SUI⁴.

Trên thế giới và tại Việt nam vẫn có ít nghiên cứu về hình ảnh niệu đạo và các cấu trúc nâng đỡ phức hợp niệu đạo- cổ bàng quang trên CHT niệu đạo động học. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá các yếu tố này ở nhóm bệnh nhân nữ có rối loạn SUI trên CHT niệu đạo động học.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tại bệnh viện Đại học Y Hà nội từ tháng 8/2020 đến tháng 9/2022 trên 22 bệnh nhân nữ có rối loạn SUI (nhóm bệnh), được chụp CHT niệu đạo động học. Các bệnh nhân chụp không đúng kỹ thuật bị loại ra khỏi nghiên cứu.

- **Phương pháp và quy trình nghiên cứu:** Bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được khai thác về lý do đến khám, tiền sử sinh đẻ, thời gian và mức độ bị rối loạn SUI và được chụp CHT niệu đạo động học.

Chụp CHT niệu đạo động học được thực hiện trên máy CHT 1.5 Tesla Essenza (Siemens Healthineer), cuộn thu tín hiệu tiểu khung. Quy trình chuẩn bị bệnh nhân tương tự như chụp CHT tiểu khung và bơm từ 200- 250 ml gel vào trực tràng (có thể bơm 20-25 ml gel vào âm đạo). Chuỗi xung T2W độ phân giải cao dùng chụp tĩnh theo các hướng 3 hướng. Chuỗi xung Cine (SSFP) chụp động học ở các thì nghỉ, nín và tổng tiểu bằng lát cắt đơn qua trục của niệu đạo.

- Các số đo trên chuỗi xung chụp tĩnh:
- Đo bề dày các lớp niệu đạo trên lát cắt axial. Độ dày lớp giảm tín hiệu ngoài cùng tương ứng với lớp cơ vân. Các lớp còn lại phía trong (cơ trơn, dưới niêm mạc và niêm mạc) có tín hiệu cao.
- Kích thước chiều ngang (T) của niệu đạo đo trên lát cắt axial tương ứng với đoạn thẳng nằm ngang nối 2 giới hạn ngoài của lớp giảm tín hiệu ngoài cùng và đi qua trung tâm niệu đạo.

Chiều trước sau của niệu đạo (H) cũng đo trên lát cắt axial, là đoạn thẳng nối 2 giới hạn ngoài của lớp giảm tín hiệu ngoài cùng đi qua trung tâm niệu đạo và vuông góc với chiều ngang. Chiều dài niệu đạo (L) đo trên lát cắt sagittal, là đoạn thẳng nối cổ bàng quang với lỗ niệu đạo ngoài song song với trục niệu đạo

- Thể tích niệu đạo = $3.14 \times (H/2)^2 \times L$
- Các số đo trên chuỗi xung chụp động, đo thì nghỉ và thì tổng tiểu

+ Góc niệu đạo (Urethral angle -UA) góc tạo bởi giao điểm của đường thẳng đứng và đường song song với trục niệu đạo.

+ Góc sau bàng quang- niệu đạo (Posterior urethrovesical angle- PUVa): là góc tạo bởi giao điểm của đường tiếp tuyến với đáy bàng quang và đường song song với trục niệu đạo.

+ Góc cổ bàng quang -mu- cụt (bladder neck pubococcygeal angle- BNPCA): tạo bởi giao điểm của đường mu cụt (được kẻ từ bờ dưới của xương mu đến khớp cụt cuối) và một đường từ cổ bàng quang và phần đầu của niệu đạo. Tính di động của niệu đạo được tính bằng chênh lệch của sự thay đổi giữa góc cổ bàng quang- mu- cụt thì nghỉ và thì đào thải.

+ Vị trí cổ bàng quang và cổ tử cung so với đường mu cụt thì nghỉ và đào thải

- **Xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS. Tính trung bình, độ lệch chuẩn các số liệu đo đạc được trên các chuỗi xung chụp tĩnh và chuỗi xung chụp động đồng thời so sánh giữa thì nghỉ và thì tổng tiểu để đánh giá biên độ thay đổi vị trí các số đo giữa 2 thì.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Đặc điểm chung:

- + Tuổi: tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân

Bảng 2: Các số đo niệu đạo trên chuỗi xung chụp tĩnh

Kích thước niệu đạo và các lớp, thể tích niệu đạo	Lớp trong (mm)	Lớp ngoài (mm)	Ngang (mm)	Trước sau (mm)	Dài	Thể tích (cm ³)
Trung bình ± độ lệch	5.1±0.47	2.2±0.53	15.4±2.8	14.4±2.2	30.8±6.2	5.5±2.1
Nhỏ nhất	4.0	1.3	10	10	20	2.1
Lớn nhất	5.8	3.2	19	18	41	9.3
Mức thay đổi	1.8	1.9	9	8	21	7.1

Nhận xét: Bề dày lớp ngoài cùng tương ứng với lớp cơ vân khá mỏng chỉ bằng 1/2 bề dày các lớp trong. Đường kính ngang và trước sau trung bình của niệu đạo gần bằng nhau (lần lượt là 15.4 và 14.4 mm) cho thấy niệu đạo ở đối tượng bị rối loạn RUI cũng là một cấu trúc hình trụ.

- Các số đo trên chuỗi xung chụp động:

Bảng 3: Các số đo niệu đạo- cổ bàng quang trên chuỗi xung chụp động:

	Góc niệu đạo		Góc sau bàng quang- niệu đạo		Góc cổ bàng quang - mu cụt		Vị trí cổ bàng quang - đường mu cụt		Vị trí cổ tử cung - đường mu cụt	
	Nghỉ (°)	Tổng tiểu (°)	Nghỉ (°)	Tổng tiểu (°)	Nghỉ (°)	Tổng tiểu (°)	Nghỉ (mm)	Tổng tiểu (mm)	Nghỉ (mm)	Tổng tiểu (mm)

là 53.9±12.6, lớn nhất là 74 tuổi, nhỏ nhất là 13 tuổi. Đa số tuổi bệnh nhân ngoài độ tuổi sinh đẻ ≥ 49 tuổi (82%), bệnh nhân trong độ tuổi sinh đẻ <49 tuổi (18%).

+ Tiền sử sinh đẻ: số lần đẻ trung bình là 2.1±0.7, đẻ nhiều nhất là 3 lần. Đẻ thường chiếm 16/22 bệnh nhân (73%).

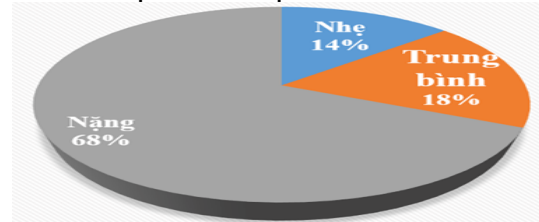
+ Thời gian mắc rối loạn SUI:

Bảng 1: Thời gian mắc rối loạn SUI (n=22)

Thời gian mắc rối loạn SUI	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
< 1 năm	2	9.1
1-3 năm	10	45.5
3-5 năm	4	18.2
> 5 năm	6	27.3

Nhận xét: Kết quả cho thấy đa số bệnh nhân đã mắc tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức từ 1-3 năm (45.5 %), tỉ lệ này trên 5 năm là 27.3 %. Bệnh nhân mắc ngắn nhất là 6 tháng, bệnh nhân mắc lâu nhất là 108 tháng (9 năm). Thời gian bị trung bình là 52.4 ± 40.3 tháng.

+ Mức độ mắc rối loạn SUI:



Biểu đồ 1: Phân bố mức độ rối loạn SUI

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân bị rối loạn SUI ở mức độ nặng (68%), mức độ nhẹ và trung bình chiếm lần lượt là 14% và 18%

- Các số đo tại niệu đạo trên chuỗi xung chụp tĩnh:

Trung bình ± Độ lệch	18.1 ±10.4	53.8 ±37.4	145.3 ±13	171.2 ±13.5	52.6 ±18.3	45.7 ±26.4	-15.6 ±7.5	+5.4 ±12.7	-31.1 ±14.7	-10.5 ±17.1
Lớn nhất	42	133	176	180	87	104	3	+26	-57	-40
Nhỏ nhất	6	13	120	130	13	6	-28	-17	3	-46
Mức thay đổi	36	120	56	50	74	98	31	43	60	86
p	<0.001		<0.001		=0.31		<0.001		<0.001	

Nhận xét: Có sự thay đổi lớn về các góc và vị trí cổ bàng quang, cổ tử cung so với đường mu cụt ở từng thì giữa các đối tượng nghiên cứu. Đồng thời có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$) về góc niệu đạo, góc sau bàng quang-niệu đạo, vị trí cổ bàng quang và vị trí cổ tử cung so với đường mu cụt giữa thì nghi và thì tổng tiểu ($p < 0.001$)

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 53.9 ± 12.6 phù hợp với nghiên cứu của Dubeau⁵.

Trong số 22 bệnh nhân trong nghiên cứu thì số lần đẻ ≥ 2 chiếm 91% và đẻ thường chiếm đến 73%. Các nghiên cứu chỉ ra rằng mang thai và sinh đẻ và đặc biệt đẻ thường sẽ làm giãn, đứt các dây chằng vùng tầng sinh môn, làm mất các phần nâng đỡ của niệu đạo, là một trong những nguyên nhân gây ra SUI ở phụ nữ. Các tác giả cũng đã đưa ra các giải thích cho nguyên nhân trên là khi thai nhi lọt xuống đến âm đạo sẽ gây chèn ép, làm căng giãn, chuyển dời vị trí các cơ, làm tổn thương các mạch máu và thần kinh nằm trong tổ chức liên kết do đó làm yếu hệ thống nâng đỡ cổ bàng quang và đáy chậu; các tổn thương đáy chậu do sang chấn vùng tầng sinh môn trong quá trình sinh đẻ (cắt tầng sinh môn, đẻ foccep, giác hút, trọng lượng thai hay thời gian rặn đẻ...) cũng dẫn đến suy giảm hệ thống nâng đỡ các tạng trong tiểu khung và làm sa tạng.

Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm bệnh là 52.4 ± 40.3 tháng. Thời gian bị ngắn nhất là 06 tháng và dài nhất là 108 tháng. Thời gian bị trong nhóm bệnh của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Lee (30.7% bị 2-3 năm, 35% bị 6 năm)¹⁰. Tác giả đã chỉ ra rằng do trình độ hiểu biết về tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức còn hạn chế nên tỉ lệ bị lâu mới đi khám còn nhiều, vì vậy cần phải giáo dục và tuyên truyền cho bệnh nhân nhiều hơn về bệnh lý này.

Thể tích trung bình của niệu đạo trong nghiên cứu là $5.5 \pm 2.1 \text{ cm}^3$, thể tích niệu đạo lớn nhất, nhỏ nhất lần lượt là 9.3 và 2.1 cm^3 . Điều này có thể do chiều dài niệu đạo gây nên mối liên quan giữa thể tích niệu đạo và bệnh tiểu tiện

không tự chủ khi gắng sức.

Độ dày trung bình lớp ngoài cùng niệu đạo trong nghiên cứu là 2.2 ± 0.53 , với độ dày lớn nhất và nhỏ nhất lần lượt 3.2 mm và 1.3 mm. Độ dày lớp trong niệu đạo 5.1 ± 0.47 mm, với độ dày lớn nhất và nhỏ nhất lần lượt là 5.8 mm và 4.0 mm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Tasali N⁶ trên nhóm bệnh.

Góc niệu đạo có giá trị trung bình ở thì nghi và tổng tiểu lần lượt là $18.1 \pm 10.4^\circ$ và $53.8 \pm 37.4^\circ$. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Zidan S⁷ nhưng khác với nghiên cứu của Tasali N⁶. Góc sau bàng quang niệu đạo có giá trị trung bình ở thì nghi và đào thải lần lượt là $145.3 \pm 13^\circ$ và $171.2 \pm 13.5^\circ$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Tarhan S⁸, Zidan S⁷. Một số nghiên cứu khác trên thế giới cho thấy rằng góc sau bàng quang – niệu đạo tăng lên trên các bệnh nhân mắc chứng tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức ở cả thì nghi và thì tổng tiểu, gợi ý có sự mất vững của thành phần giữ niệu đạo phía sau. Vì vậy góc sau bàng quang – niệu đạo lớn ở thì nghi và thì tổng tiểu rất có ý nghĩa trong việc chẩn đoán và định hướng nguyên nhân SUI.

Góc cổ bàng quang – mu – cụt có giá trị trung bình ở thì nghi và thì tổng tiểu lần lượt là $52.6 \pm 18.3^\circ$ và $45.7 \pm 26.4^\circ$. Sự chênh lệch giữa góc cổ bàng quang – mu – cụt thì nghi và thì tổng tiểu tương ứng với sự di động của điểm nối bàng quang – niệu đạo (urethrovesical junction mobility) và có mối liên quan đến sự lỏng lẻo của sàn chậu hơn, điều này cũng đã được chứng minh qua nghiên cứu của Ansquer Y và Fernandez P⁹.

Giá trị trung bình của vị trí cổ bàng quang ở thì nghi và thì tổng tiểu lần lượt là $(-) 15.6 \pm 7.5$ mm và $(+) 5.4 \pm 12.7$ mm, của cổ tử cung là $- 31.1 \pm 14.7$ mm và $- 10.5 \pm 17.1$ mmm phù hợp với nghiên cứu của Tarhan S⁸.

V. KẾT LUẬN

Dựa trên các thông số về giải phẫu của niệu đạo và phức hợp niệu đạo - cổ bàng quang trên cộng hưởng từ niệu đạo động học ở nhóm bệnh nhân nữ có rối loạn SUI chúng ta có thể so sánh,

đối chiếu với các thông số tương tự của nhóm bệnh nhân không có rối loạn SUI từ đó phát hiện nguyên nhân và có kế hoạch điều trị, quản lý tốt bệnh nhân có rối loạn SUI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Masson E.** The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation 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. **Kobra Falah-Hassani, Joanna Reeves et al.** The pathophysiology of stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. International Urogynecology Journal (2021) 32:501-552
4. **Li N, Cui C, Cheng Y, Wu Y, Yin J, Shen W.** Association between Magnetic Resonance Imaging Findings of the Pelvic Floor and de novo Stress Urinary Incontinence after Vaginal Delivery. Korean J Radiol. 2018;19(4):715.
5. **DuBeau CE.** The Aging Lower Urinary Tract. J Urol. 2006;175(3S).
6. **Tasali N, Cubuk R, sinanoğlu O, Şahin K, Saydam B.** MRI in Stress Urinary Incontinence Endovaginal MRI With an Intracavitary Coil and Dynamic Pelvic MRI. Urol J. 2012;9:397-404.
7. **Zidan S, Amin M, Hemat E, Samaha I.** Female urinary incontinence: spectrum of findings at pelvic mri and urodynamics. Zagazig Univ Med J. 2016;22:1-9.
8. **Tarhan S, Gümüş B, Temeltaş G, Ovalı GY, Serter S, Gökten C.** The comparison of MRI findings with severity score of incontinence after pubovaginal sling surgery. Turk J Med Sci. Published online January 1, 2010.
9. **Ansquer Y, Fernandez P et al.** MRI urethrovesical junction mobility is associated with global pelvic floor laxity in female stress incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86(10):1243-1250.
10. **Lee KS, Sung HH, Na S, Choo MS.** Prevalence of urinary incontinence in Korean women: results of a National Health Interview Survey. World J Urol. 2008;26(2):179-185.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG THEO THANG ĐIỂM HEART Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐAU NGỰC

Trịnh Ngọc Duy¹, Bùi Thúc Quang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân cao tuổi đau ngực theo thang điểm HEART. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang; tiến hành ở 133 bệnh nhân vào viện vì đau ngực tại bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 8/2021 đến tháng 7/2022. **Kết quả:** Về bệnh sử (History) thì đặc điểm đau ngực có nguy cơ cao là nhóm 2 điểm HEART chiếm tỷ lệ cao nhất 40,6%. Về điện tim (ECG) thì nhóm bệnh nhân có 1 điểm HEART điện tâm đồ chiếm tỷ lệ cao nhất 54,9%. Về tuổi (Age) thì độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $77,4 \pm 9,7$ tuổi; tuổi thấp nhất 60; tuổi cao nhất 101; lứa tuổi gặp nhiều nhất là ≥ 65 tuổi (tương đương HEART 2 điểm) chiếm tỷ lệ 88,7%. Về yếu tố nguy cơ (Risk factors) thì thường gặp nhất là tăng huyết áp 78,2%; có 69,2% bệnh nhân có từ 1-2 yếu tố nguy cơ (tương đương 1 điểm HEART). Về kết quả xét nghiệm Troponin có đến 67,7% bệnh nhân có Troponin trong giới hạn bình thường (tương đương 0 điểm HEART). **Kết luận:** Có 54,9% bệnh nhân có điểm HEART 4-6 điểm; nhóm có điểm HEART ≥ 7 điểm là 30,8%, nhóm có điểm

HEART 0-3 chỉ là 14,3%.

Từ khóa: thang điểm HEART, đau ngực cao tuổi

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS ACCORDING TO HEART SCORE IN ELDERLY PATIENT WITH CHEST PAIN

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of elderly patients with chest pain according to HEART score. **Subjects and research methods:** Prospective, cross-sectional descriptive study; conducted in 133 patients hospitalized for chest pain at the National Geriatric hospital from August 2021 to July 2022. **Results:** Regarding to the history, the high-risk characteristic of chest pain was the group with 2 HEART scores is 40.6%. Regarding to electrocardiogram (ECG), the group of patients with 1 point of HEART score is 54.9%. Regarding to the age, average age in this study was 77.4 ± 9.7 years old; minimum 60; oldest 101; The most common age group is ≥ 65 years old (equivalent to HEART 2 points) accounting for 88.7%. Regarding to the risk factors, the most common is hypertension 78.2%; 69.2% of patients had 1-2 risk factors (equivalent to 1 HEART score). Regarding to Troponin test results, up to 67.7% of patients had Troponin within normal limits (equivalent to 0 HEART score). **Conclusion:** There are 54.9% patients with HEART score 4-6 points; group with HEART score ≥ 7 points is 30.8%, group with HEART score 0-3 is only 14.3%. **Keywords:** HEART score, elderly chest pain

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Ngọc Duy

Email: dr.trinhngocduy@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023