

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH NIỆU ĐẠO - CỔ BÀNG QUANG Ở NHÓM BỆNH NHÂN NỮ KHÔNG CÓ TIỂU TIỆN KHÔNG TỰ CHỦ KHI GẮNG SỨC TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ SÀN CHẬU ĐỘNG HỌC

Hoàng Đình Âu¹, Vũ Thị Dung²

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá cấu trúc giải phẫu của niệu đạo - cổ bàng quang ở nhóm bệnh nhân nữ không có rối loạn tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức trên cộng hưởng từ động học sàn chậu. **Đối tượng và phương pháp:** 21 bệnh nhân nữ không có rối loạn tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức, được chụp cộng hưởng từ sàn chậu (vì các lý do khác như táo bón, hội chứng đại tiện tắc nghẽn...) bằng các chuỗi xung chụp tĩnh và động học. Ở các chuỗi xung tĩnh, chúng tôi đo các cấu trúc giải phẫu của niệu đạo (chiều dài, thể tích niệu đạo, bề dày lớp cơ vân - cơ trơn). Ở các chuỗi xung chụp động (thì nghỉ và đào thải), chúng tôi đo các góc liên quan của cổ bàng quang- niệu đạo (như góc niệu đạo, góc sau bàng quang niệu đạo, góc cổ bàng quang- mu cụt) cũng như vị trí của cổ bàng quang so với đường mu cụt (âm tính nếu phía trên đường mu cụt và dương tính nếu phía dưới đường mu cụt). **Kết quả:** Tuổi trung vị của nhóm bệnh nhân là 63, lớn nhất là 80 tuổi, nhỏ nhất là 29 tuổi. Phần lớn bệnh nhân (16/21) bệnh nhân được chụp CHT sàn chậu vì lý do táo bón hoặc hội chứng đại tiện tắc nghẽn, số còn lại (5/21) do rối loạn tiểu tiện nhưng không bị tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức. Trên các chuỗi xung chụp tĩnh, chiều dài trung bình và thể tích trung bình niệu đạo lần lượt là 33.9 ± 6.7 mm và 7.1 ± 1.9 cm³, bề dày lớp cơ vân, lớp cơ trơn của niệu đạo lần lượt là 2.4 ± 0.45 mm, và 5.4 ± 0.66 mm. 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 17.2 ± 9.1^0 và 56.2 ± 29.7^0 ; 123.2 ± 13.3^0 và 121.4 ± 20.6^0 ; 57.8 ± 28.2^0 và 43.2 ± 25.9^0 . Vị trí cổ bàng quang so với đường mu cụt ở thì nghỉ và thì đào thải lần lượt là: (-) 17.9 ± 7.8 mm và (+) 9.6 ± 13.4 mm. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số đo các cấu trúc giải phẫu của niệu đạo- cổ bàng quang ở nhóm bệnh nhân nữ không có tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức. Các thông số này được phân tích, ghi nhận vào bảng dữ liệu nhằm đối chiếu để tìm nguyên nhân ở nhóm bệnh nhân có tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức.

Từ khóa: cộng hưởng từ sàn chậu động học, tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức, góc sau bàng quang - niệu đạo

SUMMARY

CHARACTERIZATION OF 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: 8.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023

Ngày duyệt bài: 17.5.2023

BLADDER NECK IMAGING IN A GROUP OF FEMALE PATIENTS WITHOUT STRESS URINARY INCONTINENCE ON DYNAMIC PELVIC FLOOR MR

Purpose: To evaluate the anatomical structure of the urethra - bladder neck in female patients without stress incontinence (SUI) on pelvic floor dynamic magnetic resonance imaging (DP-MRI). **Material and method:** 21 female patients without stress urinary incontinence were underwent pelvic floor magnetic resonance imaging (for other reasons such as constipation, obstructive defecation syndrome, etc.) with static and dynamic pulse sequences. In static pulse sequences, we measured the anatomical structures of the urethra (length, urethral volume, striated-smooth muscle layer thickness). In dynamic pulse sequences (at rest and evacuation), we measured the bladder-urethral neck angles (eg, urethral angle, posterior urethra-vesical angle PUVA, bladder neck - pubococcygeal angle) as well as the position of the bladder neck relative to the pubococcygeal line -PCL (negative if above the coccyx and positive otherwise). **Results:** The median age of the group of patients was 63, the oldest was 80 years old, the youngest was 29 years old. Most patients (16/21) underwent pelvic floor MRI for constipation or obstructive defecation syndrome, the rest (5/21) due to urinary disorders but no SUI. On static pulse sequences, the mean urethral length and volume were 33.9 ± 6.7 mm and 7.1 ± 1.9 cm³, respectively, striated muscle thickness was 2.4 ± 0.45 mm, smooth muscle thickness was 5.4 ± 0.66 mm. On dynamic pulse sequences, the mean urethral angle, posterior urethra-vesical angle (PUVA), bladder neck - pubococcygeal angle at rest and evacuation phases were 17.2 ± 9.1 degrees and 56.2 ± 29.7 degrees; 123.2 ± 13.3 degrees and 121.4 ± 20.6 degrees; 57.8 ± 28.2 degrees and 43.2 ± 25.9 degrees, respectively. The position of the bladder neck relative to the pubococcygeal line at rest and evacuation phase was: (-) 17.9 ± 7.8 mm and (+) 9.6 ± 13.4 mm, respectively. **Conclusion:** Our study showed the measurement of the anatomical structures of the urethra-bladder neck in the group of female patients without SUI. These parameters were analyzed and recorded in the data table to compare and find the cause in the group of patients with SUI.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiểu tiện không tự chủ (Urinary 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 - cổ bàng quang, 2) do bất thường ở các cấu trúc giải phẫu hỗ trợ niệu đạo và 3) do các yếu tố thần kinh của sàn chậu. Việc tìm nguyên nhân gây SUI là rất quan trọng để tối ưu hóa việc điều trị và quản lý bệnh³.

Các nguyên nhân do bất thường giải phẫu tại niệu đạo và các cấu trúc giải phẫu hỗ trợ niệu đạo 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.

Để đánh giá các bất thường cấu trúc giải phẫu niệu đạo – cổ bàng quang ở bệnh nhân bị SUI, việc xác định, đánh giá các cấu trúc này ở đối tượng không bị SUI (nhóm chứng) là hết sức quan trọng. Hiện nay, chưa có nghiên cứu về vấn đề này trên thế giới và tại Việt nam. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá các cấu trúc giải phẫu niệu đạo- cổ bàng quang ở nhóm bệnh nhân không bị SUI trên CHT sàn chậu 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 21 bệnh nhân không bị SUI (nhóm chứng), được chụp CHT sàn chậu vì các nguyên nhân khác (như táo bón, hội chứng tắc nghẽn đường ra....) và chụp đúng kỹ thuật. 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 (số lần đẻ, hình thức đẻ) và được chỉ định chụp CHT sàn chậu

Chụp CHT sàn chậu được thực hiện trên máy CHT 1.5 Tesla Essenza (Siemens Healthineer),

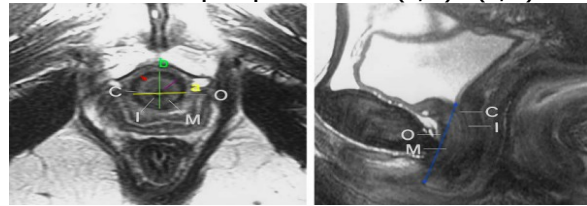
cuộn thu tín hiệu tiểu khung. Quy trình chuẩn bị bệnh nhân tương tự như chụp CHT tiểu khung có bơm từ 200- 250 ml gel vào trực tràng (có thể vào âm đạo). Chuỗi xung T2W độ phân giải cao dùng chụp tĩnh theo các hướng sagittal, axial và coronal. Chuỗi xung Cine (SSFP) chụp động học ở các thì nghỉ, nín và đào thải bằng lát cắt đơn qua trục của niệu đạo.

- Các số đo trên chuỗi xung chụp tĩnh (hình 1)

- Đo bề dày các lớp niệu đạo: đo trên lát cắt axial. Lớp cơ vân được tính là độ dày lớp giảm tín hiệu O. Lớp cơ trơn được tính là độ dày của lớp có tín hiệu cao M

- Kích thước của niệu đạo: chiều ngang (đường a): đo trên lát cắt axial, là đoạn thẳng nằm ngang nối 2 giới hạn ngoài của lớp giảm tín hiệu O đi qua trung tâm tăng tín hiệu C. Chiều trước sau (đường b): cũng đo trên lát cắt axial, là đoạn thẳng nối 2 giới hạn ngoài của lớp giảm tín hiệu O đi qua trung tâm tăng tín hiệu C và vuông góc với chiều ngang. Chiều dài (đường h) đo trên lát cắt sagittal, là đoạn thẳng nối cổ bàng quang với lỗ niệu đạo ngoài song song với trục niệu đạo

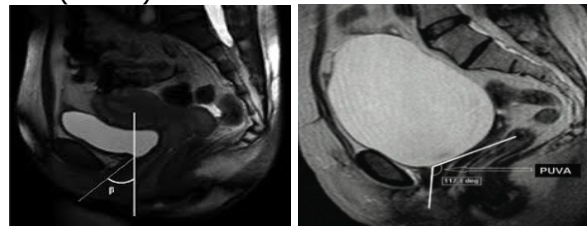
- Thể tích niệu đạo = 3.14 x (a/2)x (b/2) x h



Hình 1: Đo niệu đạo trên lát cắt ngang (trái) vuông góc với trục niệu đạo và lát cắt dọc (phải) theo trục niệu đạo trên chuỗi xung chụp tĩnh T2W

- Các số đo trên chuỗi xung chụp động

+ Góc niệu đạo (Urethral angle) góc tạo bởi giao điểm của đường thẳng đứng và đường song song với trục niệu đạo. đo ở thì nghỉ và thì đào thải (hình 2)

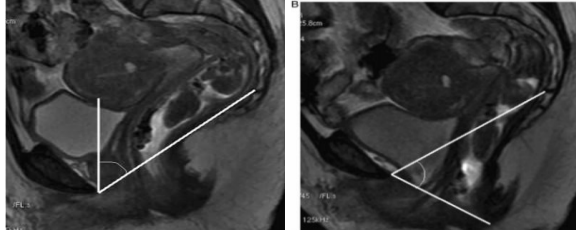


Hình 2: Góc niệu đạo (trái) và góc sau bàng quang-niệu đạo (phải)

+ Góc sau bàng quang- niệu đạo (Posterior urethrovesical angle): tạo bởi đường tiếp tuyến với đáy BQ và đường song song với trục niệu đạo. đo ở thì nghỉ và đào thải (hình 2).

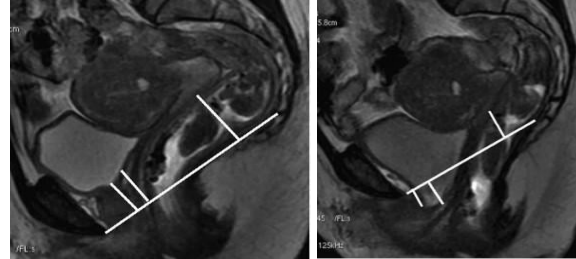
+ Góc cổ bàng quang –mu- cụt (bladder

neck pubococcygeal angle): tạo bởi giao điểm của đường mu cắt (được kẻ từ bờ dưới của xương mu đến khớp cột cuối (PCL) 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- cắt thì nghỉ và thì đào thải (hình 3).



Hình 3: Góc cổ bàng quang - mu - cắt ở thì nghỉ (trái) và thì đào thải (phải)

+ Vị trí cổ bàng quang so với đường mu cắt thì nghỉ và đào thải



Hình 4: Vị trí cổ bàng quang so với đường mu cắt ở thì nghỉ (trái) và thì đào thải (phải)

- **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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- **Đặc điểm chung:** Tuổi trung vị của nhóm bệnh nhân là 63, lớn nhất là 80 tuổi, nhỏ nhất là

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

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

Kích thước niệu đạo và các lớp, thể tích niệu đạo	Lớp cơ trơn (mm)	Lớp cơ vân (mm)	Ngang (mm)	Trước sau (mm)	Dài (mm)	Thể tích (cm ³)
Trung bình ± độ lệch	5.4±0.66	2.4±0.45	16.5±2.2	16.2±2.3	33.9±6.7	7.1±1.9
Nhỏ nhất	4.2	1.6	13	12	20	2.9
Lớn nhất	6.3	3.2	22	21	51	11
Mức thay đổi	2.1	1.6	9	9	31	8.2

Nhận xét: Bề dày lớp cơ vân (giảm tín hiệu, nằm ngoài cùng) khá mỏng chỉ bằng 1/2 bề dày lớp cơ trơn- dưới niêm mạc, tăng tín hiệu nằm phía trong. Đường kính ngang và trước sau trung bình của niệu đạo gần bằng nhau (lần lượt là 16.5 và 16.2 mm) cho thấy niệu đạo là một cấu trúc hình trụ tròn đồng tâm.

- **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 cắt	Vị trí cổ bàng quang - đường mu cắt
--------------	-------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

29 tuổi.

- **Lý do chụp CHT sàn chậu, số lần đẻ và hình thức đẻ:**

Bảng 1: Lý do vào viện, số lần đẻ và hình thức đẻ của nhóm bệnh nhân:

ST T	Lý do vào viện	Số lần đẻ	Hình thức đẻ
1	Tiểu buốt, rắt, khó	2	Đẻ thường
2	Tiểu khó	3	Đẻ thường
3	Bàng quang tăng hoạt	2	Đẻ thường
4	Táo bón/HC đại tiện tắc nghẽn	1	Đẻ mổ
7	Đại tiện khó	2	Đẻ mổ
8	Tiểu buốt	2	Đẻ thường
6	Sa trực tràng	2	Đẻ thường
9	Tiểu nhiều	3	Đẻ thường
10	Hội chứng tắc nghẽn đường ra	3	Đẻ thường
11	TD sa trực tràng	3	Đẻ thường
12	Táo bón cơ nặng	1	Đẻ mổ
13	Táo bón cơ nặng	2	Đẻ thường
14	Sa sàn chậu độ 3	2	Đẻ thường
15	Són phân sau đại tiện	3	Đẻ thường
16	Táo bón	2	Đẻ thường
17	Sa sinh dục	3	Đẻ thường
18	Sau mổ sa trực tràng	2	Đẻ thường
19	Ngứa tức hậu môn	2	Đẻ mổ
20	Táo bón	2	Đẻ thường
21	Hội chứng tắc nghẽn đường ra	2	Đẻ mổ
22	Bỉ tiểu, TD sa sàn chậu	2	Đẻ thường

Nhận xét: Phần lớn (gần 80%) bệnh nhân được chụp CHT sàn chậu động học là do táo bón, hội chứng đại tiện tắc nghẽn hoặc sa tạng, chỉ có số ít (20%) được chụp do rối loạn tiểu tiện nhưng không phải tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức. Đa đa số (>90%) bệnh nhân có số lần đẻ ≥ 2 và phần lớn (>80%) là đẻ thường.

	Nghi (^o)	Đào thải (^o)	Nghi (^o)	Đào thải (^o)	Nghi (^o)	Đào thải (^o)	Nghi (mm)	Đào thải (mm)
Trung bình ± Độ lệch	17.2 ±9.1	56.2 ±29.7	123.2 ±13.3	121.4 ±20.6	57.8 ±28.2	43.2 ±25.9	-17.9 ±7.8	+9.6 ±13.4
Lớn nhất	34	118	145	161	99	100	-2	+30
Nhỏ nhất	4	5	96	77	7	12	-32	-7
Mức thay đổi	30	113	49	84	92	88	30	37
p	P<0.001		P=0.65		P=0.08		P<0.001	

Nhận xét: có sự thay đổi lớn về các góc và vị trí cổ bàng quang 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 và vị trí cổ bàng quang so với đường mu cụt giữa thì nghi và thì đào thải.

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 60 phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tân Sinh⁵.

Trong số 21 bệnh nhân trong nghiên cứu thì số lần đẻ ≥ 2 chiếm 90% và đẻ thường chiếm đến 80%. 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 tiểu tiện không tự chủ ở phụ nữ. Theo Nguyễn Thị Tân Sinh người có tiền sử đẻ có nguy cơ cao gấp 2,6 lần so với người chưa đẻ⁵.

Thể tích trung bình của niệu đạo trong nghiên cứu là $7.1 \pm 1.9 \text{ cm}^3$, thể tích niệu đạo lớn nhất, nhỏ nhất lần lượt là 11.0 và 2.9 cm^3 . Tuy nhiên cho đến hiện nay cũng chưa có nhiều nghiên cứu trên thế giới giải thích được về mối liên quan giữa thể tích niệu đạo và bệnh tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức.

Độ dày trung bình lớp cơ vân niệu đạo trong nghiên cứu là 2.4 ± 0.45 , với độ dày lớn nhất và nhỏ nhất lần lượt 3.2 mm và 1.6 mm. Độ dày lớp cơ trơn trên nhóm chúng là 5.4 ± 0.66 mm, với với độ dày lớn nhất và nhỏ nhất lần lượt là 6.3 mm và 4.2 mm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Tasali N⁶.

Góc niệu đạo có giá trị trung bình ở thì nghi và đào thải lần lượt là $17.2 \pm 9.1^{\circ}$ và $56.2 \pm 29.7^{\circ}$, góc lớn nhất là 118° , góc nhỏ nhất là 5° . 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 $123.2 \pm 13.3^{\circ}$ và $121.4 \pm 20.6^{\circ}$, góc lớn nhất 161° , góc nhỏ nhất là 96° . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Tarhan S (2010), Zidan S (2016). 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 đào thải, gợi ý có sự mất vững của thành phần giữ niệu đạo phía sau. Vì vậy hình ảnh Góc sau bàng quang – niệu đạo lớn ở thì nghi và thì đào thải là hình ảnh 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 đào thải lần lượt là $57.8 \pm 28.2^{\circ}$ và $43.2 \pm 25^{\circ}$, góc lớn nhất 100° , góc nhỏ nhất là 7° . 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 đào thải lần lượt là (-) 17.9 ± 7.8 mm và (+) 5.2 ± 12.8 mm, phù hợp với nghiên cứu của Tarhan S⁸.

V. KẾT LUẬN

Dựa trên các thông số về cấu trúc giải phẫu của niệu đạo- cổ bàng quang ở nhóm bệnh nhân không có tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức (nhóm chứng), chúng ta có thể làm căn cứ để so sánh, đối chiếu các thông số này với nhóm bệnh nhân có tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức từ đó phát hiện nguyên nhân để có kế hoạch điều trị và quản lý tốt bệnh nhân tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức.

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. **Nguyễn Thị Tân Sinh** (2006). Nghiên cứu thực trạng són tiểu và một số yếu tố liên quan ở nữ nhân viên bệnh viện Bạch Mai. Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
 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, Ovali 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.

ĐÁNH GIÁ THỜI GIAN SỐNG THÊM CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỐT NHIỆT SÓNG CAO TẦN TẠI KHOA TIÊU HÓA BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thanh Nam¹, Hoàng Văn Chương¹, Đặng Quang Nam¹,
Hoàng Minh Vương¹, Nguyễn Công Long¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một trong những bệnh lý ác tính thường gặp có tiên lượng xấu và gây tử vong nhanh. Đốt sóng cao tần là một trong các phương pháp điều trị tại chỗ đơn giản, nhanh chóng hứa hẹn mang lại hiệu quả và ít tai biến, biến chứng. **Mục tiêu của nghiên cứu:** (1) Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát bằng phương pháp đốt nhiệt sóng cao tần theo mRECIST. (2) Đánh giá thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị bằng phương pháp đốt nhiệt sóng cao tần. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện. Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa tiêu hóa - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2011 đến tháng 6/2017. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ đáp ứng sau điều trị 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng lần lượt là 96%, 96,7% và 91,3%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn tương ứng là 68,9%, 79,5% và 76,5%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 51,4 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân sống thêm sau 1 năm, 3 năm và 5 năm tương ứng là 94%, 74,2% và 43,2%. Thời gian sống thêm không tiến triển bệnh trung bình là 48,7 tháng. **Kết luận:** Đốt sóng cao tần là phương pháp điều trị tại chỗ có hiệu quả cao và giúp kéo dài thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào gan, đốt nhiệt sóng cao tần, mRECIST, thời gian sống thêm.

SUMMARY

ASSESSMENT OF EXTENDED LIVE TIME OF HCC PATIENTS TREATED WITH HIGH-FREQUENCY ABLATION AT THE GASTROENTEROLOGY DEPARTMENT OF BACH MAI HOSPITAL

Background: Hepatocellular carcinoma (HCC) is one of the common malignancies with poor prognosis and rapid death. Radiofrequency ablation is one of the simple and fast local treatments that promise effective results and less complications. **Objectives:** (1) To evaluate the results of treatment of primary hepatocellular carcinoma by radiofrequency ablation according to mRECIST. (2) Evaluation of survival time. **Method:** cross-sectional descriptive study. The study was carried out at the Department of Gastroenterology - Bach Mai Hospital from October 2011 to June 2017. **Results:** The response rates after 1 month, 3 months and 6 months of treatment were 96%, 96.7% and 91.3%, respectively, of which the complete response rate was 68.9%, 79.5% and 76.5%, respectively. The median overall survival was 51.4 months. The survival rate of patients after 1 year, 3 years and 5 years was 94%, 74.2% and 43.2%, respectively. The median progression-free survival was 48.7 months. **Conclusion:** Radiofrequency ablation is a highly effective local treatment and prolongs the survival time of patients with HCC.

Keywords: hepatocellular carcinoma, radiofrequency ablation, mRECIST, survival time.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một trong những bệnh lý ác tính thường gặp có tiên lượng xấu và gây tử vong nhanh. Phẫu thuật cắt bỏ khối u gan vẫn được xem là phương pháp

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Nam

Email: nguyenthanhnamhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023

Ngày duyệt bài: 16.5.2023