

nam cao hơn nữ sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Trần Anh Thi năm (2020) cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn lipid máu chiếm >80% trong đó triglycerid 88,8%, giảm HDL-C (14,8%) và tăng LDL là (87,2%) và nghiên cứu của tác giả Abdul Hanif Khan Yusof và cộng sự năm (2021) với tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn lipid là (92%) trong đó tăng cholesterol (4,8%), tăng triglycerid (2,3%), giảm HDL-C (0,97%), tăng LDL-C là (2,97%) [4]. Như vậy các bệnh nhân biến chứng suy thận giai đoạn cuối thường có các rối loạn lipid máu và liên quan tới xơ vữa mạch, điều này chứng tỏ rằng rối loạn lipid máu là khá phổ biến và thường gặp ở BN đái tháo đường suy thận mạn và càng làm nặng thêm các biến chứng tim mạch.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân mắc đái tháo đường type 2 có triệu chứng tăng huyết áp (67,7%), phù (60%), bệnh lý kèm chủ yếu là bệnh về mắt (20%) và mạch vành (20%). Về đặc điểm cận lâm sàng: Thiếu máu (90%), rối loạn lipid máu (70,8%) trong đó chủ yếu tăng nồng độ triglycerid chiếm (42,3%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Diabetes Association** (2016), "Standards of Medical Care in Diabetes- 2016"
2. **BỘ Y TẾ** (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2. Ban hành kèm theo quyết định số 5481 /QĐ-BYT. Hà Nội, ngày 30 tháng 12 năm 2020. Của Bộ trưởng Bộ Y Tế.
3. **Đinh Thị Minh Hào, Trần Thị Anh Thư** (2020), Bệnh thận đái tháo đường vấn đề cần quan tâm. Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường, 38, 12–17.
4. **Yusof Khan A.H.K., Zakaria N.F., Zainal Abidin M.A. và cộng sự.** (2021). Prevalence of glycaemic variability and factors associated with the glycaemic arrays among end-stage kidney disease patients on chronic hemodialysis. Medicine (Baltimore), 100(30), e26729.
5. **Kê Thị Lan Anh, Phạm Thị Lương** (2021), Nghiên cứu Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường type 2, Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng. Tạp chí Y học Việt Nam, 503, Tr 388. 503, 388.
6. **Lê Trần Anh Thi** (2020), Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 3,4,5 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hoà, Đại học Y Dược Huế.
7. **Nguyễn Công Thành** (2015), Nhận xét tỷ lệ và mức độ bệnh thận mạn tính do đái tháo đường type 2 tại khoa nội thận, Bệnh viện Bạch Mai.
8. **Nguyễn Minh Tuấn** (2019), Nghiên cứu nồng độ Osteoprotegerin, parathyroid ở bệnh nhân thận mạn lọc máu chu kỳ, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Dược Huế.

## VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG HỌC SÀN CHẬU TRONG CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN TIỂU TIỆN DO GẮNG SỨC Ở BỆNH NHÂN NỮ

Hoàng Đình Âu<sup>1</sup>, Vũ Thị Dung<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá vai trò của cộng hưởng từ động học sàn chậu trong chẩn đoán nguyên nhân tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức (SUI) ở bệnh nhân nữ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu thực hiện trên 43 bệnh nhân nữ, gồm 22 bệnh nhân mắc rối loạn tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức (nhóm bệnh) và 21 bệnh nhân không mắc SUI (nhóm chứng), tất cả đều được chụp cộng hưởng từ sàn chậu động học. Góc niệu đạo (UA), góc niệu đạo-bàng quang sau (PUVA), góc cổ bàng quang -mu-cụt (BNPCA), và vị trí của cổ bàng quang (BN) và cổ tử cung so với đường mu cụt (PCL) được đo trên chuỗi xung động (Cine) ở thì nghỉ và đào thải. Các thông số

này được so sánh giữa 2 nhóm nhằm đánh giá thông số nào là nguyên nhân gây ra rối loạn SUI. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $57.3 \pm 13.8$  tuổi (nhóm bệnh:  $53.9 \pm 12.6$  tuổi, nhóm chứng:  $60.8 \pm 14.4$  tuổi), số lần sinh trung bình là  $2.2 \pm 0.65$ , đẻ thường chiếm 73% ở mỗi nhóm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0.05$ ) giữa 2 nhóm về góc niệu đạo, góc cổ bàng quang -mu-cụt, vị trí cổ bàng quang so với đường mu cụt cả ở thì nghỉ và đào thải. Ngược lại, giữa 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về góc niệu đạo-bàng quang sau ( $p < 0.001$ ) ở cả thì nghỉ và đào thải và vị trí cổ tử cung ở thì đào thải ( $p = 0.001$ ). AUC của góc niệu đạo-bàng quang sau trong chẩn đoán SUI là 0.9 ở thì nghỉ và 0.98 ở thì đào thải. Đối với ngưỡng  $133.5^0$  ở thì nghỉ và  $153.5^0$  ở thì đào thải, độ nhạy và độ đặc hiệu của PUVA lần lượt là 0.86 và 0.86 ở thì nghỉ và 0.91 và 0.95 ở thì đào thải. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy góc niệu đạo-bàng quang sau ở cả thì nghỉ và thì đào thải có độ nhạy và độ đặc hiệu cao cho chẩn đoán SUI.

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

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2023

Ngày duyệt bài: 13.7.2023

**SUMMARY****THE ROLE OF DYNAMIC PELVIC FLOOR MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE DIAGNOSIS OF STRESS URINARY INCONTINENCE IN FEMALE PATIENTS**

**Purpose:** To evaluate the role of dynamic pelvic floor magnetic resonance imaging (MRI) in diagnosing the cause of stress urinary incontinence (SUI) in female patients. **Material and method:** This prospective study was carried out on 43 female patients, including 22 patients with SUI (disease group) and 21 patients without SUI (control group), all underwent the dynamic pelvic floor MRI. Urethral angle (UA), posterior urethro-vesical angle (PUVA), bladder neck – pubo-coccygeal angle (BNPCA), and position of bladder neck (BN) and cervix relative to the pubococcygeal line (PCL) were measured on dynamic (Cine) pulse sequences at rest and evacuation phases. These parameters were compared between two groups to evaluate which anatomical factors affecting on SUI. **Results:** The mean age of the patients was  $57.3 \pm 13.8$  y.o (disease group:  $53.9 \pm 12.6$ , control group:  $60.8 \pm 14.4$ ), the mean number of childbirths was  $2.2 \pm 0.65$ , the vaginal delivery accounted for 73% in each group. There was no statistically significant difference ( $p > 0.05$ ) between the two groups in terms of the urethral angle, bladder neck-pubo-coccygeal angle, position of bladder neck relative to pubococcygeal line in both resting and evacuation phases. In contrast, there was a statistically significant difference between the 2 groups in the posterior urethro-vesical angle ( $p < 0.001$ ) at both rest and evacuation phases and the cervix position at evacuation phase ( $p = 0.001$ ). AUC of the posterior urethro-vesical angle for the SUI diagnosis was 0.9 at rest and 0.98 at evacuation phases. For the threshold  $133.5^\circ$  at rest phase and  $153.5^\circ$  at evacuation phase, the sensibility and specificity of PUVA were 0.86 and 0.86 at rest phase, and 0.91 and 0.95 at evacuation phase, respectively. **Conclusion:** Our study showed that the posterior urethro-vesical angle at both rest and evacuation phases provided the high sensibility and specificity for the SUI diagnosis.

**Keywords:** Dynamic pelvic floor MRI, Stress urinary incontinence, Posterior urethra-vesical angle.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tiểu tiện không tự chủ khi gắng sức (SUI), theo định nghĩa của Hiệp hội kiểm soát tiết niệu quốc tế (ICS), là một rối loạn trong đó nước tiểu rò rỉ không tự chủ ra khỏi niệu đạo ngoài do tăng áp lực trong ổ bụng như hắt hơi, ho, cười hoặc gắng sức...[1]. Tỷ lệ mắc SUI chiếm 49% tổng số bệnh nhân nữ mắc chứng tiểu không tự chủ [2]. Rối loạn này ảnh hưởng đến tâm lý và sức khỏe thể chất của phụ nữ, khiến chất lượng cuộc sống giảm sút.

Cơ chế bệnh sinh giải phẫu của SUI liên quan chặt chẽ đến giải phẫu các cấu trúc nâng đỡ xung quanh cổ bàng quang-niệu đạo gần.

Delancey [3] đã đề xuất giả thuyết “võng”, trong đó cơ nâng hậu môn, thành trước âm đạo, dây chằng mu-niệu đạo và cân vùng chậu tạo thành một hệ thống nâng-giữ cổ bàng quang-niệu đạo gần. Hệ thống này hoạt động như một giá đỡ để áp lực trong ổ bụng sẽ được truyền đồng nhất đến niệu đạo và đáy bàng quang. Nếu hệ thống này yếu hoặc khiếm khuyết, áp lực trong ổ bụng sẽ truyền đến không đồng đều do đó sẽ xuất hiện chênh lệch áp suất giữa đáy bàng quang và niệu đạo gần. Khi sự chênh lệch này vượt quá ngưỡng đóng niệu đạo (khi trạng thái gắng sức) sẽ gây ra rối loạn SUI. Giải phẫu của các cấu trúc hỗ trợ quanh niệu đạo có thể được phát hiện bằng siêu âm hoặc chụp cộng hưởng từ động học [4]. Do độ phân giải mô mềm cao, hình ảnh và kết quả khách quan, MRI sàn chậu động ngày càng được sử dụng để tìm ra cơ chế bệnh sinh giải phẫu của SUI.

Đã có một số nghiên cứu mô tả về các yếu tố giải phẫu tác động đến SUI trên CHT sàn chậu động (DP-MRI) nhưng yếu tố nào ảnh hưởng nhiều nhất đến SUI vẫn chưa được xác định. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá các cấu trúc nâng đỡ quanh niệu đạo và so sánh giữa nhóm chứng và nhóm bệnh để tìm ra các yếu tố giải phẫu ảnh hưởng nhiều nhất đến SUI.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

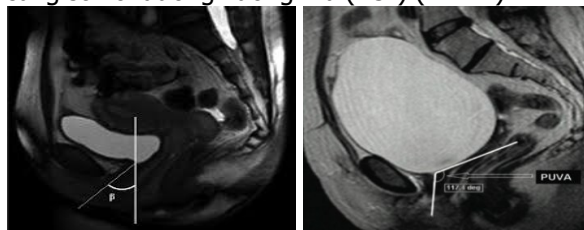
Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8/2020 đến tháng 9/2022 trên 43 bệnh nhân nữ, trong đó có 22 bệnh nhân mắc SUI (nhóm bệnh) và 21 bệnh nhân không mắc SUI (nhóm chứng). Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội. Tất cả các bệnh nhân đều đồng ý bằng văn bản và được chụp cộng hưởng từ sàn chậu động (DP-MRI). DP-MRI cho bệnh nhân của nhóm đối chứng được chỉ định bởi các triệu chứng lâm sàng khác không do SUI như sa tạng, hội chứng đại tiện tắc nghẽn, táo bón, v.v.

Bệnh nhân được ghi nhận về tuổi, tiền sử sinh nở (số lần và kiểu sinh), thời gian và mức độ nặng của SUI ở nhóm bệnh và các triệu chứng lâm sàng của nhóm chứng. Thông tin của bệnh nhân sẽ được lưu trong cơ sở dữ liệu nghiên cứu.

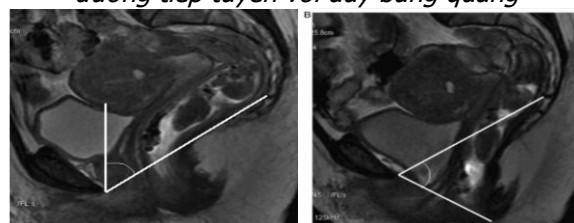
DP-MRI được thực hiện trên máy chụp MR 1.5 Tesla Essenza (Siemens Healthineer) bằng các chuỗi động (SSFP-Cine) được thực hiện ở các thì nghỉ, nín và đào thải bằng một lát cắt dọc duy nhất theo trục niệu đạo

Trên các chuỗi xung động, góc niệu đạo (UA - tạo bởi trục dọc và trục niệu đạo), góc sau niệu

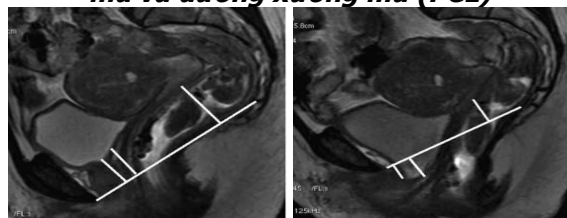
đạo-bàng quang (PUVA - tạo bởi đường tiếp tuyến với đáy bàng quang và trục niệu đạo), cổ bàng quang-mu- xương cụt (BNPCA - được hình thành bởi mép dưới của khớp mu - cổ bàng quang và đường mu cụt), cổ bàng quang và vị trí cổ tử cung so với đường xương mu (PCL) (hình 1).



**Hình 1:** Góc niệu đạo (UA hay góc  $\alpha$ ) tạo bởi trục dọc và trục niệu đạo (trái). Góc sau niệu đạo (PUVA hoặc góc  $\beta$ ) được tạo bởi trục niệu đạo và đường tiếp tuyến với đáy bàng quang



**Hình 2:** Góc cổ bàng quang- mu cụt (BNPCA) được hình thành bởi đường nối giữa cổ bàng quang và mép dưới của khớp mu và đường xương mu (PCL)



**Hình 3:** Vị trí cổ bàng quang (BN), đáy bàng

**Bảng 1:** Hệ thống hỗ trợ quanh niệu đạo, được đo trên các chuỗi xung động ở thì nghi và thì đào thải giữa nhóm bệnh và nhóm chứng

Đo các cấu trúc quanh niệu đạo	Góc niệu đạo		Góc sau niệu đạo-bàng quang		Góc cổ bàng quang-mu- cụt		Vị trí cổ bàng quang		Vị trí cổ tử cung	
	Nghi ( $^{\circ}$ )	Đào thải ( $^{\circ}$ )	Nghi ( $^{\circ}$ )	Đào thải ( $^{\circ}$ )	Nghi ( $^{\circ}$ )	Đào thải ( $^{\circ}$ )	Nghi (mm)	Đào thải (mm)	Nghi (mm)	Đào thải (mm)
Nhóm bệnh	18.1 $\pm 10.4$	53.8 $\pm 37.4$	145.3 $\pm 13$	171.2 $\pm 13.5$	52.6 $\pm 18.3$	45.7 $\pm 26.4$	-15.6 $\pm 7.5$	+5.4 $\pm 12.7$	-31.1 $\pm 14.7$	-10.5 $\pm 17.1$
Nhóm chứng	17.2 $\pm 9.1$	56.2 $\pm 29.7$	123.2 $\pm 13.3$	121.4 $\pm 20.6$	57.8 $\pm 28.2$	43.2 $\pm 25.9$	-17.9 $\pm 7.8$	+9.6 $\pm 13.4$	-27.9 $\pm 21.6$	+8.24 $\pm 17.1$
P	0.79	0.81	<0.001*	<0.001*	0.46	0.78	0.35	0.29	0.57	0.001*

\* Chi-squared,  $P < 0.05$

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh và nhóm chứng về góc sau niệu đạo- bàng quang ở cả thì nghi và thì đào thải ( $p < 0,001$ ) vị trí cổ tử cung ở thì đào thải

**quang và vị trí cổ tử cung so với đường mu cụt ở thì nghi (trái) và thì đào thải (phải)**

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được biểu thị trên giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn hoặc trung vị. Các biến định tính được biểu thị bằng phần trăm. Thử nghiệm Shapiro-Wilk được sử dụng để đánh giá tính quy phạm của việc phân phối dữ liệu. Vì các biến không có phân phối chuẩn nên chúng được so sánh bằng phép thử Mann-Whitney. Sự khác biệt giữa các biến định tính được đánh giá bằng các bài kiểm tra chính xác của Chi bình phương và Fisher. Tất cả sự khác biệt với  $P < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê. Các thông số đo được này được tính toán giá trị trung bình, độ lệch chuẩn và so sánh giữa hai nhóm ở cả giai đoạn nghi ngờ và xuất viện. ROC của các tham số có khác biệt có ý nghĩa được dựng để tìm AUC và giá trị ngưỡng cho độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất đối với chẩn đoán SUI.

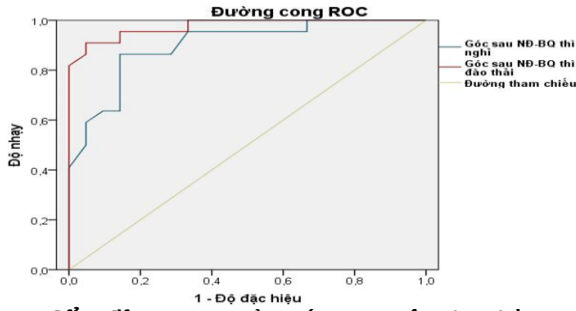
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $57.3 \pm 13.8$  tuổi (nhóm bệnh là  $53.9 \pm 12.6$  và nhóm chứng là  $60.8 \pm 14.4$  tuổi). Số lần sinh trung bình là  $2.2 \pm 0.65$ , số đẻ thường chiếm 73% ở mỗi nhóm.

Trong nhóm đối chứng, 15/21 bệnh nhân (71%) bị rối loạn đại tiện và 6/21 bệnh nhân (29%) bị rối loạn tiết niệu không có SUI được thực hiện DP-MRI.

Trong nhóm bệnh, bệnh nhân mắc SUI từ 1-3 năm chiếm 45,5%, trên 5 năm chiếm 27,3%. Thời gian trung bình của SUI là  $52.4 \pm 40.3$  tháng. Đa số bệnh nhân bị SUI mức độ nặng chiếm 68%, SUI mức độ nhẹ và vừa chiếm tỷ lệ lần lượt là 14% và 18%.

( $p = 0,001$ ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) giữa 2 nhóm về góc niệu đạo, góc cổ bàng quang- mu- cụt, vị trí cổ bàng quang ở cả 2 thì nghi và đào thải.



**Biểu đồ 1:** ROC của góc sau niệu đạo-bàng quang để chẩn đoán SUI, đường cong màu xanh thể hiện góc sau niệu đạo bàng quang ở thì nghỉ và đường màu đỏ thể hiện góc sau niệu đạo bàng quang thì đào thải

**Bảng 2:** Ngưỡng AUC của góc sau niệu đạo-bàng quang ở thì nghỉ và thì đào thải giữa nhóm bệnh và nhóm chứng

Góc sau niệu đạo-bàng quang	Ngưỡng	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	AUC
Thì nghỉ	133.5 <sup>o</sup>	0.86	0.86	0.9
Thì đào thải	153.5 <sup>o</sup>	0.91	0.95	0.98

AUC của Góc sau niệu đạo- bàng quang là 0.9 thì nghỉ và 0.98 ở thì đào thải. Đối với ngưỡng 133.5<sup>o</sup> ở thì nghỉ và 153.5<sup>o</sup> ở thì đào thải, độ nhạy và độ đặc hiệu của Góc sau niệu đạo- bàng quang lần lượt là 0.86 và 0.86 ở thì nghỉ, và 0.91 và 0.95 ở thì đào thải đối với chẩn đoán SUI.

**IV. BÀN LUẬN**

Các yếu tố giải phẫu của niệu đạo và các cấu trúc hỗ trợ của nó đóng một vai trò quan trọng trong việc kiểm soát tiểu tiện. Sự khiếm khuyết của niệu đạo hoặc cấu trúc sàn chậu bị suy yếu có thể dẫn đến giảm áp lực đóng niệu đạo, do đó gây ra SUI.

Các khiếm khuyết của các yếu tố giải phẫu ảnh hưởng đến SUI có thể được quan sát thấy trực tiếp hoặc gián tiếp bằng cách so sánh giữa nhóm bệnh nhân có SUI và không có SUI trên siêu âm hoặc trên MRI. Các tổn thương của các cấu trúc hỗ trợ niệu đạo có thể được nhìn thấy trực tiếp trên MRI [5] như đứt dây chằng quanh niệu đạo hoặc khiếm khuyết cơ nâng hậu môn... nhưng hầu hết các tổn thương này có thể được phát hiện bằng cách đánh giá mối quan hệ giữa niệu đạo và các cấu trúc xung quanh.

Góc niệu đạo (UA) được tạo bởi trục thẳng đứng và trục niệu đạo, thể hiện hướng góc niệu đạo (hình 1 bên trái). Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về góc niệu đạo giữa 2 nhóm ở thì nghỉ và thì đào thải (p>0.05). Kết quả này giống với

báo cáo của Li N và cộng sự [8].

Góc cổ bàng quang mu cụt (góc BNPCA hoặc (α)) (được tạo bởi cổ bàng quang - bờ dưới của khớp mu và đường mu cụt) thể hiện hướng của chỗ nối niệu đạo- bàng quang. Giá trị của nó dương khi góc nằm trên đường mu cụt và ngược lại. Tính di động của chỗ nối niệu đạo bàng quang được đánh giá bằng sự thay đổi của góc này giữa các thì nghỉ và đào thải (Hình 2). Ansquer Y và cs [9] cho rằng góc này liên quan đến sự lỏng lẻo toàn bộ của sàn chậu. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về góc này giữa nhóm chứng và nhóm bệnh (p>0.05).

Vị trí cổ bàng quang so với đường mu cụt thể hiện vị trí trong ổ bụng hoặc sa bàng quang (Hình 3). Giống như BNPCA, giá trị dương khi vị trí nằm trên PCL và ngược lại. Các thông số này đã được báo cáo trong một số nghiên cứu sử dụng siêu âm hoặc MRI [9, 10, 11]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về vị trí cổ bàng quang giữa nhóm bệnh và nhóm chứng ở các thì nghỉ và đào thải (p>0,05). Lucanovic A [10] cũng báo cáo rằng không có sự khác biệt về vị trí của cổ bàng quang thì nghỉ theo mặt phẳng ngang hoặc dọc giữa phụ nữ tiểu tiện tự chủ và những người mắc rối loạn SUI. Kết quả này có thể giải thích rằng một số phụ nữ bị sa bàng quang nhưng không có SUI.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí cổ tử cung so với đường mu cụt không khác biệt ở thì nghỉ (p=0.57) nhưng có khác biệt ở thì đào thải (p=0,001). Điều này có thể được gây ra bởi sự tổn thương của cân /dây chằng mu-cổ tử cung dẫn đến sự trượt của cổ tử cung khi gắng sức.

Góc sau niệu đạo-bàng quang (PUVA- còn được gọi là góc β hoặc góc sau bàng quang) được đo bằng giao điểm giữa các đường vẽ dọc theo niệu đạo và bàng quang (Hình 1, bên phải). Trong nghiên cứu của chúng tôi, góc sau niệu đạo-bàng quang của nhóm bệnh lần lượt là 145.3 ± 13<sup>o</sup> và 171.2 ± 13.5<sup>o</sup> ở thì nghỉ và đào thải, lớn hơn rất nhiều so với nhóm đối chứng (123.2 ± 13.3<sup>o</sup> và 121.4 ± 20.6<sup>o</sup> lần lượt ở thì nghỉ và đào thải) (p<0,001). Giá trị ngưỡng chẩn đoán trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn trong nghiên cứu của Zidan S [13] (≥96<sup>o</sup> thì nghỉ và 115.5<sup>o</sup> thì đào thải) nhưng giống với hầu hết các nghiên cứu trên siêu âm hoặc trên MRI [14, 15, 16]. Hiệu ứng này có thể được giải thích bằng giả thuyết "võng" của De Lancey và cộng sự [3] trong đó, các cấu trúc hỗ trợ quanh niệu đạo tạo thành một 'tấm đệm' vững chắc của niệu đạo để nó có thể được giữ và đóng lại trước áp

lực trong ổ bụng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy góc sau niệu đạo- bàng quang (góc  $\beta$ ) có ảnh hưởng cao nhất đến SUI. Với ngưỡng 133.5<sup>0</sup> khi nghỉ ngơi, góc sau niệu đạo- bàng quang có độ nhạy cao (86%) và độ đặc hiệu (86%) để chẩn đoán SUI (AUC= 0.9). Đặc biệt ở thì đào thải, góc sau niệu đạo- bàng quang cung cấp độ nhạy rất cao (91%) và độ đặc hiệu (95%) với ngưỡng 153.5<sup>0</sup> cho chẩn đoán SUI.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã đánh giá các cấu trúc hỗ trợ quanh niệu đạo ảnh hưởng đến SUI. Kết quả cho thấy góc sau niệu đạo-bàng quang (góc  $\beta$ ) là yếu tố giải phẫu có độ nhạy và độ đặc hiệu rất cao trong chẩn đoán SUI ở cả thì nghỉ và thì đào thải

## 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. **DeLancey, J.O.** Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock hypothesis. Am. J. Obstet. Gynecol. 1994; 170, 1713-1720.

4. **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.
5. **Kim JK, Kim YJ, Choo MS, Cho KS.** The urethra and its supporting structures in women with stress urinary incontinence: MR imaging using an endovaginal coil. AJR Am J Roentgenol. 2003;180(4):1037-44. <https://doi.org/10.2214/ajr.180.4.1801037>.
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. **Li M, Wang B, Liu X, Qiao P, Jiao W, Jiang T.** MR defecography in the assessment of anatomic and functional abnormalities in stress urinary incontinence before and after pelvic reconstruction. Eur J Radiol. 2020; 126:108935. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2020.108935>.
8. **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.
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. **Lukanovic A, Patrelli TS.** Validation of ultrasound scan in the diagnosis of female stress urinary incontinence. Clin Exp Obstet Gynecol. 2011;38(4):373-8.

## MỘT SỐ HÀNH VI SỨC KHOẺ CỦA HỌC SINH 13-17 TUỔI TẠI QUẬN HOÀNG MAI VÀ HUYỆN MÊ LINH, THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Nguyễn Bá Hà<sup>1</sup>, Bùi Thị Minh Thái<sup>2</sup>, Nguyễn Phương Hoa<sup>1</sup>, Trần Thị Lý<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** lứa tuổi học sinh cấp THCS và THPT là lứa tuổi cơ bản có nhận thức về hành vi sức khỏe của mình. Do vậy can thiệp sức khỏe vào lứa tuổi này là tiền đề hướng đến tăng sức khỏe chung cho toàn dân. **Mục tiêu:** Mô tả một số hành vi sức khỏe của học sinh 13-17 tuổi tại quận Hoàng Mai và huyện Mê Linh, thành phố Hà Nội năm 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 501 học sinh độ tuổi 13-17 tham gia vào điều tra. Kết quả nghiên

cứu cho thấy, một số hành vi có lợi cho sức khỏe học sinh: Không uống nước có ga (65,9%); Không uống bia (61,9%); Không hút thuốc lá (90,2%); Rửa tay trước khi ăn (97,4%); Rửa tay sau khi đi vệ sinh (98,6%); Không quan hệ tình dục (97,6%); Không tham gia đánh nhau (94,0%). Một số hành vi có hại cho sức khỏe học sinh: Uống nước ngọt có ga hàng ngày (34,1%); Sử dụng đồ ăn nhanh ít nhất 3 ngày trong vòng 1 tuần (12,6%); Cảm giác cô đơn (51,5%); Rối loạn lo âu, tự tử (86,2%).

**Từ khóa:** Hành vi sức khỏe, học sinh, 13-17 tuổi, Hà Nội

### SUMMARY

#### HEALTH BEHAVIORS OF PUPILS AGE 13-17 YEAR-OLD IN HOANG MAI AND ME LINH DISTRICT IN HANOI

**Background:** Middle and high school pupils are the basic age to have awareness about their health

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trung tâm kiểm soát bệnh tật thành phố Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Hà

Email: bahahmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2023

Ngày duyệt bài: 11.7.2023