

sáng tạo Vingroup (VINIF), mã số VINIF.2022.TS027.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Feng X, Zhenq BS, Shi JJ, et al.** A systematic review and meta-analysis of the association between angiotensin II type 1 receptor A1166C gene polymorphism and myocardial infarction susceptibility. *J Renin Angiotensin Aldosterone Syst.* 2014;15(3):307-315.
2. **Mehri S, Koubaa N, Hammami S, et al.** Genotypic interactions of renin-angiotensin system genes with diabetes type 2 in a Tunisian population. *Life Sci.* 2010;87:49-54.
3. **Mehri S, Mahjoub S, Finsterer J, et al.** The CC genotype of the angiotensin II type I receptor gene independently associates with acute myocardial infarction in a Tunisian population. *J Renin Angiotensin Aldosterone Syst.* 2011;12:595-600.
4. **Ngô Tuấn Hiệp.** So sánh giá trị của các thang điểm nguy cơ trong tiên lượng bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2016.
5. **Nguyễn Lương Kỳ.** Nghiên cứu vai trò của nhiễu loạn tần số tim trong tiên lượng tử vong bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2018.
6. **Shahin DS, Irshaid YM, Saleh AA.** The A(1166)C polymorphism of the AT1R gene is associated with an early onset of hypertension and high waist circumference in Jordanian males attending the Jordan University Hospital. *Clin Exp Hypertens.* 2014;36(5):333-339.
7. **Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al.** Fourth universal definition of myocardial infarction. *Circulation.* 2018;138:e618-e651. doi: 10.1161/CIR.0000000000000617.
8. **Yang Y, Tian T, Lu J, et al.** A1166C polymorphism of the angiotensin II type 1 receptor gene contributes to hypertension susceptibility: evidence from a meta-analysis. *Acta Cardiologica.* 2017;72(2):205-215.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG HỌC SÀN CHẬU Ở BỆNH NHÂN SA SINH DỤC NỮ

Hoàng Đình Âu¹, Lục Thị Huyền Ngọc²

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ động học sàn chậu ở bệnh nhân sa sinh dục nữ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân có rối loạn chức năng sàn chậu trên lâm sàng, được chụp cộng hưởng từ động học sàn chậu và được chẩn đoán sa sinh dục tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 10/2021 đến 05/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 61.1±14.3, cao nhất là 90 tuổi và thấp nhất là 27 tuổi. Tỷ lệ sa sinh dục gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 50-80 tuổi (chiếm 65.4%). Tỷ lệ BN đã mãn kinh là 76.9%. Phần lớn (92.3%) bệnh nhân sinh con theo đường âm đạo. Tỷ lệ sinh từ 2 con trở lên là 90.4%, tỷ lệ sinh từ 3 con trở lên là 40.4%. Có 4/52 BN có tiền sử cắt tử cung, chiếm 7.7%. Triệu chứng tại đường âm đạo hay gặp nhất là sờ thấy khối sa lồi khi gắng sức (chiếm 42.3%), tiếp đó là không sờ thấy khối sa lồi tại âm đạo (34.6%) và có đến 23.1% BN sờ thấy khối sa lồi liên tục tại âm đạo. Các BN không có triệu chứng tại đường tiết niệu chiếm 44.2%, tiếp đó triệu chứng tiểu khó chiếm 28.8%, tiểu són 25%, và ít gặp nhất là tiểu tiện không tự chủ 1.9%. Có 20/58 BN (chiếm 34.5%) không có triệu chứng rối loạn tiểu, các BN này đi khám do thấy có khối sa lồi ở âm đạo, hoặc phát hiện tình cờ sa sinh dục khi đi khám vì có triệu chứng rối

loạn đại tiện. Hầu hết BN đi khám có triệu chứng táo bón (chiếm 63.5%). Cộng hưởng từ động học sàn chậu bộc lộ rõ hình ảnh sa sinh dục ở thì tổng phân. Độ hạ thấp tử cung tăng lên ở thì rặn so với thì nghỉ và tăng lên cùng với mức độ sa sinh dục $p < 0.01$. **Kết luận:** Cộng hưởng từ động học sàn chậu cho thấy là phương pháp giúp đánh giá một cách toàn diện bệnh lý sa sinh dục và các bệnh lý sàn chậu khác đi kèm để từ đó giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân.

Từ khóa: Sa sinh dục, cộng hưởng từ động học sàn chậu, khối lồi ở âm đạo

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND PELVIC FLOOR DYNAMIC MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN FEMALE GENITAL PROLAPSE

Purpose: To describe clinical features and pelvic floor dynamic magnetic resonance imaging in patients with female genital prolapse. **Material and methods:** a cross-sectional descriptive study on 52 patients with clinical pelvic floor dysfunction, pelvic floor dynamic magnetic resonance imaging and diagnosed genital prolapse at Hanoi Medical University Hospital from 10/2021 to 05/2023. **Results:** The mean age was 61.1±14.3, the highest was 90 years old and the lowest was 27 years old. The rate of genital prolapse was most common in the age group 50-80 years old (accounting for 65.4%). Percentage of patients having menopause was 76.9%. The majority (92.3%) of patients gave birth vaginally. The birth rate of 2 or more children was 90.4%, the birth rate of 3 or more children was 40.4%. There were 4/52 patients with a history of hysterectomy, accounting for 7.7%.

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: 7.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 12.9.2023

The most common vaginal symptom was palpable protrusion during exertion (accounting for 42.3%), followed by no palpable vaginal prolapse (34.6%) and up to 23.1% of patients continuous palpated prolapse in the vagina. Patients with no symptoms in the urinary tract accounted for 44.2%, followed by dysuria symptoms 28.8%, urinary incontinence 25%, and the least common urinary incontinence 1.9%. There were 20/52 patients (accounting for 34.5%) without symptoms of urinary tract disorder, these patients went to the doctor because they found a protrusion in the vagina, or discovered by chance the genital prolapse when going to the doctor because of symptoms of disorder. defecation. Most of the patients who went to the doctor had symptoms of constipation (accounting for 63.5%). Dynamic magnetic resonance of the pelvic floor clearly revealed genital prolapse during the evacuation phase. The degree of uterine lowering increased in evacuation phase compared with rest phase and increased with the degree of genital prolapse $p < 0.01$. **Conclusion:** Pelvic floor dynamic magnetic resonance was a method of choice to evaluate genital prolapse and other accompanying pelvic floor pathologies to help choose the right treatment for each disease.

Keywords: Genital prolapse, pelvic floor kinetic magnetic resonance, vaginal prolapse

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 sống².

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 chậu¹.

Bệnh nhân (BN) 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 tử 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 cộng hưởng từ (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 này⁵.

Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ động học sàn chậu ở bệnh nhân nữ sa sinh dục.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 52 BN có rối loạn chức năng sàn chậu, được khám lâm sàng và được chụp CHT động học sàn chậu, được chẩn đoán sa sinh dục tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 05 năm 2023. Các bệnh nhân không đầy đủ hồ sơ bệnh án hoặc không hợp tác khi chụp CHT động học sàn chậu, không rặn tổng gel được, hình ảnh rung mờ không đánh giá được tổn thương, hoặc phát hiện các bệnh lý khác như u tiểu khung, u tử cung, âm đạo... bị loại ra khỏi nghiên cứu.

Phương tiện nghiên cứu: Hệ thống máy Essenza 1.5 Tesla (Siemens Healthineer) bộ thu tín hiệu bụng - tiểu khung, hệ thống PACS, sổ khám bệnh, hồ sơ bệnh án.

Quy trình chụp phim CHT động học sàn chậu: BN được thực 1 - 2 tuýp Fleet vào hậu môn, nhằm làm sạch phân trong bóng trực tràng trước khi chụp CHT động. BN đi tiểu trước chụp khoảng 30 phút. Giải thích BN, hướng dẫn luyện tập các thao tác sẽ thực hiện trong lúc chụp: thì thì thót, rặn tổng phân và làm nghiệm pháp Valsalva. Dùng sonde hậu môn 24Fr để bơm gel siêu âm vào trực tràng đủ tạo cảm giác mát đại tiện cho BN, đối với BN nữ đã có gia đình bơm thêm 10 - 20ml gel vào âm đạo, sau đó BN đóng bím. BN nằm ngửa trên bàn chụp tư thế Fowler với đầu và lưng được kê cao, hai gối gập và có gối tròn kê dưới khoeo. Sử dụng cuộn thu tín hiệu bụng đặt ở vùng chậu với trung tâm ngay trên khớp mu. Dùng các chuỗi xung thăm khám: Chụp định vị 3 hình trên 3 mặt phẳng ngang, đứng ngang, đứng dọc. Xung T2W HASTE đứng dọc, đứng ngang theo trục ống hậu môn, mặt phẳng ngang. Xung CineTrufisp mặt phẳng dọc giữa ống hậu môn chụp động thì rặn tổng phân. Xung T2W HASTE thì nghỉ và thì nghiệm pháp Valsava mặt phẳng đi qua bờ dưới xương mu và chỗ nối hậu môn - trực tràng.

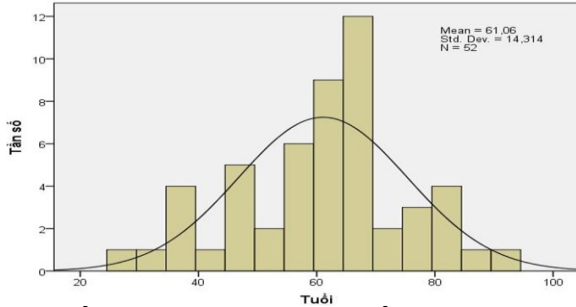
Các biến số nghiên cứu: bao gồm các biến số chung như tuổi, số lần sinh con theo đường âm đạo, hình thức sinh đẻ, tình trạng mãn kinh. Các biến số về đặc điểm lâm sàng như triệu chứng tại đường âm đạo, triệu chứng rối loạn đại - tiểu tiện. Các biến số về hình ảnh CHT động học sàn chậu: Sa tử cung - cổ tử cung – vòm âm đạo (TC- CTC- vòm AD): đo đường nối phần

thấp nhất của các tạng này vuông góc với đường mu - cụt (pubococcygeal line - PCL) ở thì rặn. Phân độ sa sinh dục theo Yang và cộng sự gồm 3 độ: Độ 1 (nhẹ): nằm dưới đường mu cụt (PCL) < 3cm. Độ 2 (trung bình): nằm dưới PCL từ 3 đến 6cm. Độ 3 (nặng): nằm dưới PCL > 6cm.

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

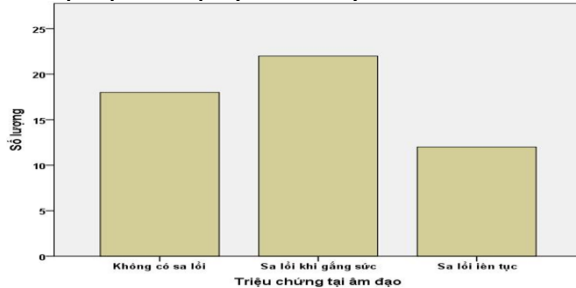
3.1. Đặc điểm lâm sàng. Có 52 BN trong nhóm nghiên cứu với tuổi trung bình 61.1 ± 14.3. Tuổi cao nhất là 90 tuổi và tuổi thấp nhất là 27 tuổi. Tỷ lệ sa sinh dục gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 50-80 tuổi (chiếm 65.4%) (biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: Phân bố về tuổi trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tỷ lệ BN đã mãn kinh là 76.9% và 92.3% BN có tiền sử sinh con theo đường âm đạo. Tỷ lệ sinh từ 2 con trở lên là 90.4%, tỷ lệ sinh từ 3 con trở lên là 40.4%. Có 4/52 BN có tiền sử cắt tử cung, chiếm 7.7%.

Triệu chứng tại đường âm đạo hay gặp nhất là sờ thấy khối sa lồi khi gắng sức (42.3%), tiếp đó là không sờ thấy khối sa lồi tại âm đạo (34.6%) và có đến 23.1% BN sờ thấy khối sa lồi liên tục tại âm đạo (biểu đồ 2).



Biểu đồ 2: triệu chứng tại âm đạo của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Các BN không có triệu chứng tại đường tiết niệu chiếm 44.2%, tiếp đó triệu chứng tiểu khó

chiếm 28.8%, tiểu són 25%, và ít gặp nhất là tiểu tiện không tự chủ 1.9%. Có 20/58 BN (chiếm 34.5%) không có triệu chứng rối loạn tiểu, các BN này đi khám do thấy có khối sa lồi ở âm đạo, hoặc phát hiện tình cờ sa sinh dục khi đi khám vì có triệu chứng rối loạn đại tiện. Hầu hết BN đi khám có triệu chứng táo bón (63.5%). Ngoài ra việc không có triệu chứng tại đường tiêu hóa chiếm 15.4% và có triệu chứng mót rặn chiếm 13.5%, ít nhất là sử dụng thuốc thụt 7.7%.

3.2. Đặc điểm hình ảnh CHT động học sàn chậu. Có 04/52 BN có tiền sử mổ cắt tử cung (chiếm 7.7%) và 48/52 BN chưa có tiền sử mổ cắt tử cung.

Bảng 1: Tỷ lệ phân độ sa sinh dục trên hai nhóm BN 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	Không sa	0	0%
Sa độ 1	2	50	Sa độ 1	20	41.7%
Sa độ 2	1	25	Sa độ 2	22	45.8%
Sa độ 3	1	25	Sa độ 3	6	12.5%
Tổng	4	100%	Tổng	48	100%

Nhận xét: Trong số những BN đã cắt tử cung, 100% BN có sa vòm âm đạo. Trong các BN chưa cắt tử cung có 100% BN có sa tử cung, trong đó nhiều nhất là sa độ 2 (45.8%).

Bảng 2: Tỷ lệ sa sinh dục ở thì nghỉ và thì rặn (n=52)

Sa sinh dục	Thì nghỉ		Thì tổng phân		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Độ 0	48	92.3	0	0	<0.01
Độ 1	2	3.8	22	42.3	
Độ 2	0	0	23	44.2	
Độ 3	2	3.8	7	13.5	

Nhận xét: Thì nghỉ không có sa sinh dục (sa tử cung và vòm âm đạo) gặp ở 48/52 BN, chiếm 92.3%, có 4/58 BN có sa sinh dục ở thì nghỉ, chiếm 7.7%. Thì rặn tổng phân, sa sinh dục được bộc lộ rõ (100% BN) và tăng mức độ nặng so với thì nghỉ, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p < 0.01.

Bảng 3: Vị trí mốc tử cung/vòm âm đạo so với đường mu cụt (n=52)

Sa sinh dục	n	Thì nghỉ	Thì tổng phân	p
		(x ± SD)mm	(x ± SD) mm	
Độ 1	22	-34.95±1.95	17.09±1.29	<0.01
Độ 2	23	-28.61±2.98	35.87±1.53	
Độ 3	7	-0.57±20.57	74.71±3.75	

Nhận xét: Ở thì tổng phân mốc tử cung/âm đạo hạ thấp hơn so với thì nghỉ. Vị trí tử cung/âm đạo hạ thấp so với đường mu cụt ở thì

tổng phân tăng lên cùng với mức độ sa sinh dục với $p < 0.01$. (Dấu (-) được đặt trước khoảng cách khi ở phía trên đường mu cụt).

IV. BÀN LUẬN

Có 52 BN trong nghiên cứu với tuổi trung bình là 61.1 ± 14.3 tuổi. Sa sinh dục có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng chủ yếu là độ tuổi trung niên và người già. 76.9% BN đã mãn kinh và 92.3% BN có tiền sử sinh con theo đường âm đạo. Tình trạng mãn kinh và tuổi cao gây nên sự suy giảm về nội tiết tố estrogen, ảnh hưởng đến thành phần sinh y học, chất lượng và số lượng của collagen, kèm theo việc sinh con qua đường âm đạo dẫn đến suy yếu của các cơ, mạc, dây chằng vùng chậu, gây tăng khả năng và mức độ nặng sa sàn chậu cũng như sa sinh dục. 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 chậu¹.

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 BN có đến khoảng 80% BN có triệu chứng tại đường âm đạo và thường kèm theo các triệu chứng tại đường tiêu hóa và tiết niệu, trong đó gần 80% BN có triệu chứng tại đường tiết niệu và gần 40% BN 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)^{2,3}.

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 95% BN (48/52) chưa có tiền sử cắt tử cung và chỉ có phần ít còn lại đã cắt tử cung. Trong số những BN 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 BN cắt bỏ tử cung có sa vòm âm đạo sau đó⁴.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thì tổng phân, sa sinh dục được bộc lộ rõ và tăng mức độ so với thì nghỉ, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Có 02 BN sa sinh dục độ 1 ở thì nghỉ: trong đó 01 BN tăng lên độ 2 vào thì tổng phân và 01 BN vẫn giữ độ 1 ở thì tổng phân; Có 02 BN đã sa sinh dục độ 3 ngay ở thì nghỉ. Bên cạnh đó ở thì tổng phân mức tử cung/ vòm âm đạo hạ thấp hơn so với thì nghỉ và độ hạ thấp

mức tử cung/ vòm âm đạo tăng lên cùng với mức độ sa sinh dục với $p < 0.01$. Nghiên cứu của Kumar năm 2019, đánh giá sa khoang trước trên CHT động và X-quang bàng quang - niệu đạo ở các BN có triệu chứng rối loạn sàn chậu và rối loạn tiểu cho thấy CHT đánh giá độ sa sinh dục tốt hơn so với chụp X-quang bàng quang - niệu đạo⁵.

Về tình trạng sa sàn chậu, nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa tỷ lệ độ sa sàn chậu theo M với mức độ sa sinh dục, với $p > 0,05$. Giá trị M (độ hạ xuống của sàn chậu) là khoảng cách chỗ nối hậu môn – trực tràng (HM-TT) kẻ vuông góc đến đường mu – cụt, sa sàn chậu theo M thực chất chính là sa khoang sau (khoang HM - TT) của sàn chậu và do đó thường liên quan nhiều đến các bệnh lý sa ở khoang sau hơn như sa trực tràng, lồng trực tràng. Điều này phù hợp với nghiên cứu trước đây của tác giả Nguyễn Thanh Vân (2022)⁶.

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

Cộng hưởng từ động sàn chậu là phương pháp giúp đánh giá một cách toàn diện bệnh lý sa sinh dục và các bệnh lý sàn chậu khác đi kèm để từ đó giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho từng BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **El Gharib** (2018). Central and Lateral Cystocele. Iris Publ.
2. **Võ Tấn Đức, Nguyễn Thị Thùy Linh, 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.
3. **Nguyễn Thị Mến** (2020). Đặc điểm lâm sàng và cộng hưởng từ trong các bệnh lý sa sàn chậu. Trường Đại Học Hà Nội.
4. **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.
5. **Kumar N.M., Khatri G., Christie A.L. và cộng sự.** (2019). Supine magnetic resonance defecography for evaluation of anterior compartment prolapse: Comparison with upright voiding cystourethrogram. Eur J Radiol, 117, 95–101.
6. **Nguyễn T.V.** (2022). Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ động sàn chậu trong bệnh lý sa bàng quang ở nữ giới có rối loạn chức năng sàn chậu. Thesis.