

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG HỌC TỔNG PHÂN Ở NHÓM BỆNH NHÂN NỮ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG SÀN CHẬU TRÊN 60 TUỔI

### Magnetic Resonance Defecography in female patients with pelvic floor dysfunction age from 60

*Nguyễn Xuân Thức\**, *Bùi Thị Thanh Tâm\*\**,  
*Lê Bá Hồng Phong\*\*\**

#### SUMMARY

**Objective:** We describe characteristics dynamic MR defecography in female patients with pelvic floor dysfunction, age from 60.

**Methods** Describing cross-study. 106 patients were indicated magnetic resonance defecography by coloproctologist from 09/2016 to 04/2017, at Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City.

**Results** Defecatory dysfunction is the most common symptom (83,1%). The prevalence of urinary incontinence and pain is 34% and 59,4%, respectively. There is a significant difference in the ratio of pelvic floor descent between the groups who have and no have children. The ratio of pelvic floor descent of the group who have 1-2 children is significantly greater than the group have more than 3 children. The correlation between age and the degree of pelvic floor descent is weak. The combination of pelvic organ prolapses usually occurs. If there is only one pelvic compartment prolapse, it is the posterior compartment prolapse, which counts for only 5,6%. The degree of all the rectoceles is from the second degree and 83,1% of this still contain ultrasound gel after defecation phase. The prevalence of Anismus is only 3/106 and none of this combine with rectocele.

**Conclusions** Age, menopause and childbirth all have influence on the weakness of pelvic floor. In the older group, the combination of pelvic floor organ prolapses usually occurs. Rectocele is also common while Anismus is a uncommon condition.

**Keywords:** *MR defecography, pelvic floor dysfunction, female age from 60, rectocele, Anismus.*

\* Khoa CDHA BV Thống Nhất

\*\* khoa CDHA BV

Nguyễn Tri Phương- TP HCM

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng vùng hậu môn trực tràng là một vấn đề thường gặp trên lâm sàng và ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống. Bệnh nhân thường đến khám vì những triệu chứng không đặc hiệu như táo bón, đau, đại tiện hay tiểu tiện không kiểm soát (13,9,10). Vì vậy, việc chẩn đoán rối loạn chức năng vùng hậu môn - trực tràng chỉ dựa vào lâm sàng thường gặp nhiều khó khăn. Khảo sát động học tổng phân bằng Xquang, được mô tả đầu tiên vào năm 1952 (14) đã đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá bất thường chức năng vùng sàn chậu, tuy nhiên kỹ thuật này còn gặp nhiều hạn chế. Với kỹ thuật X-quang, hình ảnh thu được là hình chiếu trên một mặt phẳng và không thể đánh giá được mô mềm ở vùng sàn chậu, hơn nữa bệnh nhân cũng phải chịu phơi nhiễm với một liều tia xạ nhất định (14,8). Cộng hưởng từ (MRI- CHT) ra đời đã khắc phục được tất cả những nhược điểm trên và dần thay thế Xquang trong việc khảo sát động học sàn chậu. Với khả năng ghi hình đa bình diện, tính tương phản của các mô mềm rất tốt và không gây bức xạ ion hóa (7), MRI đã chứng minh được tính ưu việt của nó và ngày càng được sử dụng rộng rãi.

Tại bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi đã thực hiện kỹ thuật MRI defecography (cộng hưởng từ động học tổng phân hay cộng hưởng từ động học sàn chậu) từ tháng 09/2016 đến nay. Khác với các cơ sở y tế khác, nhóm bệnh nhân đến với chúng tôi chủ yếu là người cao tuổi. Vì vậy đặc điểm hình ảnh CHT sàn chậu sẽ có nhiều điểm khác biệt cần được đánh giá. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu : “ **Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ động học tổng phân ở nhóm bệnh nhân nữ rối loạn chức năng sàn chậu trên 60 tuổi** ”.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### **Đối tượng nghiên cứu:**

- Tiêu chuẩn chọn lựa: Các bệnh nhân có triệu chứng rối loạn đại tiện, rối loạn tiểu tiện, đau hoặc nặng hậu môn, đau khi giao hợp được chỉ định chụp cộng hưởng từ bởi bác sĩ chuyên khoa hậu môn trực tràng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hợp tác tốt, hoặc phát hiện có khối u vùng chậu, u trực tràng, bệnh Hirschsprungs, đại tiện không tự chủ.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 106 bệnh nhân trong khoảng thời gian 08 tháng (09/2016 - 04/2017) tại Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh với hệ thống máy Phillips 1.5 T.

### **Cách thức tiến hành:**

- Bệnh nhân được thực hiện 2-3 lần để làm sạch phân trong trực tràng.

- Hướng dẫn cho bệnh nhân các thao tác thót-rặn-làm nghiệm pháp Valsalva và đánh giá khả năng hợp tác tốt bằng cách đặt tay khám độ căng của thành bụng. Bệnh nhân đi tiểu trước lúc chụp khoảng 15 phút để làm trống bàng quang.

- Dùng sonde Folley 26FR để bơm gel siêu âm vào trực tràng tạo cảm giác mắc đại tiện (lượng gel bơm vào có thể từ 120-150ml).

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, lót tả giấy dưới mông, kê cao đầu và lưng (tư thế Fowler) cho tương đối phù hợp tư thế sinh lý khi đại tiện. Sử dụng máy cộng hưởng từ kín với cuộn thu tín hiệu bụng quấn ngang vùng chậu. Các chuỗi xung T2W hay Dynamic- BFFE ghi hình động sàn chậu ở mặt cắt ngang, dọc và dọc giữa qua các thì nghỉ, thót và rặn (hay làm nghiệm pháp Valsalva)

**Tiêu chuẩn chẩn đoán:** Một số định nghĩa và tiêu chuẩn đánh giá sàn chậu

- Sàn chậu được chia thành 3 khoang: trước (bàng quang và tiền liệt tuyến), giữa (tử cung), sau (trực tràng) và một khoang phụ là khoang phúc mạc (túi cùng Douglas, có thể chứa ruột non, đại tràng chậu hông hay mỡ phúc mạc.

- Góc hậu môn - trực tràng: góc tạo bởi trục của ống hậu môn và đường tiếp tuyến với thành sau đoạn xa của trực tràng. Giao điểm của hai đường này chính là chỗ nối hậu môn-trực tràng.

- Đường mu cụt: nối bờ dưới khớp mu đến khớp của hai xương 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: 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 (như bàng quang, tử cung, ruột non, đại tràng chậu hông, mỡ phúc mạc) chia 3 mức: độ I: <3cm; độ II: 3→<6cm; độ III: ≥6cm.

- Túi sa thành trước trực tràng 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.

- Lòng trực tràng-hậu môn: là sự phát triển nếp gấp > 0,3cm lõm vào thành trực tràng khi rặn. Nếp gấp này có thể là niêm mạc hay toàn bộ thành trực tràng. Phân biệt lòng trực - trực tràng khi khối lòng còn nằm trong trực tràng, lòng trực tràng-hậu môn khi khối lòng nằm trong vùng ống hậu môn và gọi là sa trực tràng khi khối lòng sa hẳn ra ngoài. Lòng độ I khi chiều dài khối lòng < 1cm và độ II ≥ 1cm.

- Chẩn đoán bệnh lý cơ thắt cơ mu-trực tràng dựa vào các dấu hiệu: góc hậu môn-trực tràng thì nghỉ lớn hơn thì rặn, khi rặn bề dày cơ mu-trực tràng dày hơn và có hình ảnh ấn lõm phía sau trực tràng, tổng gel < 70%.

Các triệu chứng cơ năng của rối loạn chức năng sàn chậu được thu thập: Rối loạn đại tiện, rối loạn tiểu tiện, đau khi giao hợp, cảm giác đau hay nặng mơ hồ vùng sàn chậu. Tình trạng mãn kinh, số con của bệnh nhân cũng được khai thác.

Chúng tôi đánh giá độ sa các cơ quan sàn chậu, bất thường hình thái của thành trực tràng và bệnh cơ thắt cơ-mu trực tràng. So sánh tỉ lệ sa các khoang chậu theo nhóm số con: không có con, 1- 2 con, ≥ 3 con.

**Xử lý số liệu**

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ**

Nghiên cứu được thực hiện trên 106 bệnh nhân thu được kết quả sau:

**Đặc điểm dịch tễ**

	Số con			Triệu chứng cơ năng		
	0	1-2	Đa sản	RLĐT	RLTT	Đau
<b>Tỉ lệ</b>	6%	87%	7%	83%	34%	59,4%

(RLĐT: rối loạn đại tiện, RLTT: rối loạn tiểu tiện)

**Nhận xét:** Số phụ nữ sinh 1-2 con chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu. Rối loạn đại tiện là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều trên 60 tuổi và tất cả đều đã mãn kinh.

**Đặc điểm hình ảnh**

**Bảng 1. Tần suất các bất thường hình ảnh và sự phân bố theo số con**

Bất thường hình ảnh	n (106)	Số con		
		0	1-2 con	Đa sản
Sa khoang chậu sau	79	0	72	7
Sa bàng quang	53	1	45	7
Sa tử cung	32	0	23	9
Túi sa trực tràng	59	0	59	

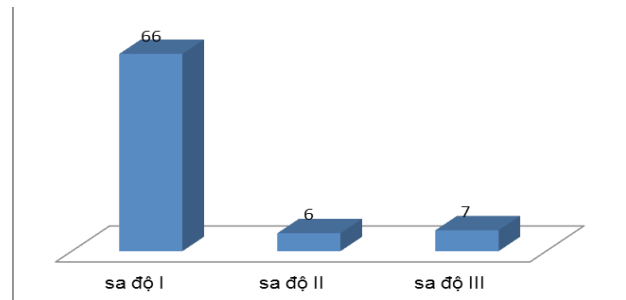
**Nhận xét:**

- Có sự khác biệt rõ rệt về tình trạng sa khoang chậu sau, sa bàng

quang, sa tử cung ở nhóm phụ nữ đã sinh con và chưa sinh đẻ (p< 0,05).

- Tình trạng sa khoang chậu sau, sa bàng quang và tử cung xảy ra

nhều hơn ở nhóm phụ nữ sinh 1-2 con so với nhóm đa sản (p<0,05).



**Biểu đồ 3. Tỉ lệ các mức độ sa khoang chậu sau**

**Nhận xét:** Sa khoang chậu sau độ I-II chiếm tỉ lệ cao nhất 91,1% ( 72/79).

Mối tương quan giữa tuổi và độ hạ xuống của trực tràng khi rặn là tương quan yếu ( R= 0,17, p<0,01).

**Bảng 2. Tỷ lệ các mức độ sa bàng quang, sa tử cung**

Tổng	Độ I	Độ II-III
Sa bàng quang (53)	46 (86,7%)	7 (13,3%)
Sa tử cung (32)	30 (93,8%)	2 (6,2%)

**Nhận xét:** Sa bàng quang và sa tử cung chủ yếu là sa mức độ I

**Bảng 3. Tỷ lệ các trường hợp kết hợp sa các khoang chậu**

Tình trạng kết hợp	Sa 1 khoang	Sa 2 khoang	Sa 3 khoang
Số lượng	6	11	46
Tỷ lệ	5,6%	10,3%	43,4%

Tất cả 6 trường hợp sa 1 khoang trong nghiên cứu của chúng tôi là sa khoang chậu sau.

**Nhận xét:** Sự kết hợp sa nhiều khoang chiếm đa số.

**Bảng 4. Tỷ lệ phân bố STTKT theo mức độ sa và phân loại Marti**

STTKT (59)	Phân loại Marti			Mức độ sa (theo kích thước)			Ứ gel sau thì rặn	
	Kiểu I	Kiểu II	Kiểu III	Độ I	Độ II	Độ III	Có	Không
Số lượng	42	3	14	0	52	7	49	10

**Nhận xét:** Sa mức độ II, Marti I chiếm đa số, phần lớn túi sa còn ứ gel ở thì rặn.

Chúng tôi chỉ ghi nhận 3 trường hợp có bệnh lý Anismus, không có trường hợp nào trong số này kèm theo sa trực tràng kiểu túi.

**IV. BÀN LUẬN**

Từ những kết quả nghiên cứu thu được trên 106 bệnh nhân chúng tôi rút ra được những ý kiến bàn luận sau:

Rối loạn đại tiện trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất là 83,1% (88 ca). Tác giả Võ Tấn Đức (13), Roos JE (9), Sung VW. (10) cũng ghi nhận rối loạn đại tiện là triệu chứng thường gặp nhau. Rối loạn tiêu tiên, cảm giác đau, nặng mơ hồ vùng sàn

chậu trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 34% và 59,4%. Chúng tôi không ghi nhận được trường hợp nào có triệu chứng giao hợp đau, có lẽ do tâm lý người Á Đông hay e ngại và nhóm bệnh nhân nghiên cứu là nhóm người lớn tuổi nên ít để ý hay quan tâm đến vấn đề này.

Chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt rõ rệt giữa tình trạng sa bàng quang, sa tử cung và sa khoang chậu sau giữa nhóm phụ nữ đã sinh con và chưa sinh đẻ. Điều này thể hiện rõ tác động của quá trình sinh đẻ lên sự suy yếu của sàn chậu.

Tuy nhiên trong nghiên cứu của mình, chúng tôi nhận thấy tình trạng sa sàn chậu sau, sa bàng quang và tử cung lại xảy ra nhiều hơn ở nhóm phụ nữ sinh 1-2 con so với nhóm đa sản, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này khác so với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Võ Tấn Đức và các tác giả khác (13, 6, 8). Các tác giả này nhận định các bất thường hình thái và chức năng hậu môn- trực tràng hay gặp ở phụ nữ nhiều lần sinh con qua ngã âm đạo. Điều này có lẽ do khác với các nghiên cứu trên, nhóm bệnh nhân của chúng tôi là nhóm bệnh > 60 tuổi, đã mãn kinh, nên ngoài tác động của quá trình sinh đẻ thì sự thiếu hụt estrongen sau mãn kinh cũng làm suy yếu các cấu trúc nâng đỡ sàn chậu. Tác giả Sung VW (10) cũng có nhận định tương tự chúng tôi.

Tỷ lệ bất thường độ hạ xuống của trực tràng trong nghiên cứu của chúng tôi là 74,5%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Võ Tấn Đức, Nguyễn Thị Thùy Linh (1) là 97,8%. Chúng tôi cũng nhận thấy sa trực tràng mức độ I- II chiếm tỷ lệ cao nhất là 91,1%, mối tương quan giữa tuổi và độ hạ xuống của trực tràng là tương quan yếu.

Tỷ lệ sa bàng quang trong nghiên cứu của chúng tôi là 50% (53 ca). Trong khi đó triệu chứng rối loạn tiêu tiện chỉ ghi nhận ở 34% (36 ca) trường hợp. Tác giả Vicky Goh cũng ghi nhận kết quả tương tự chúng tôi (2). Điều này là do phần lớn các trường hợp sa bàng quang của tác giả cũng như chúng tôi là sa độ I, (86,8%) nên chưa gây triệu chứng trên lâm sàng. Hơn nữa trong nghiên cứu của chúng tôi 100% các trường hợp sa bàng quang đều có kết hợp với sa các khoang chậu khác nên triệu chứng từ tình trạng sa bàng quang có thể sẽ bị chòng lấp và ít được để ý ghi nhận.

Tình trạng sa cả ba khoang sàn chậu là 43,4%. Chúng tôi chỉ ghi nhận 6/ 106 trường hợp sa khoang chậu sau mà không kèm theo sa các khoang chậu khác. Chúng tôi không ghi nhận được trường hợp nào sa bàng quang hay sa tử cung đơn độc. Tác giả Võ Tấn Đức, Hetzer FH và nhiều tác giả khác (13, 14, 5, 4) cho rằng sa bàng quang và sa tử cung thường kết hợp với sa tạng khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả đối tượng nghiên cứu đều là bệnh nhân lớn tuổi, đa phần đã trải qua sinh đẻ và đều đã mãn kinh, tất cả các yếu tố này góp phần tác động chung đến hệ thống nâng đỡ của toàn bộ sàn chậu làm sa nhiều cấu trúc. Chính vì vậy tỉ lệ sa một khoang chậu duy nhất trong nghiên cứu của chúng tôi như đã nói ở trên là rất thấp.

Tỉ lệ sa trực tràng kiểu túi (STTKT) trong nghiên cứu của chúng tôi là 55,1%. Dựa theo phân loại Marti, trong nghiên cứu của chúng tôi túi sa kiểu I chiếm đa số 71,1%. Đối với mức độ sa, tất cả các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều sa mức độ II trở lên và có đến 83,1% trong số này có tình trạng ứ đọng gel sau thì rặn. Các tác giả trên thế giới cho thấy tỉ lệ sa trực tràng kiểu túi thay đổi trong khoảng rộng từ 20-80% nhưng đa số túi <2cm và ít ứ đọng gel sau khi rặn (3,5). Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Võ Tấn Đức, Đỗ Đình Công và cộng sự (13,1) cũng có kết quả tương tự chúng tôi. Tác giả Võ Tấn Đức ghi nhận >75%

STTKT trong nghiên cứu có kích thước >2cm và 72% có ứ đọng gel.

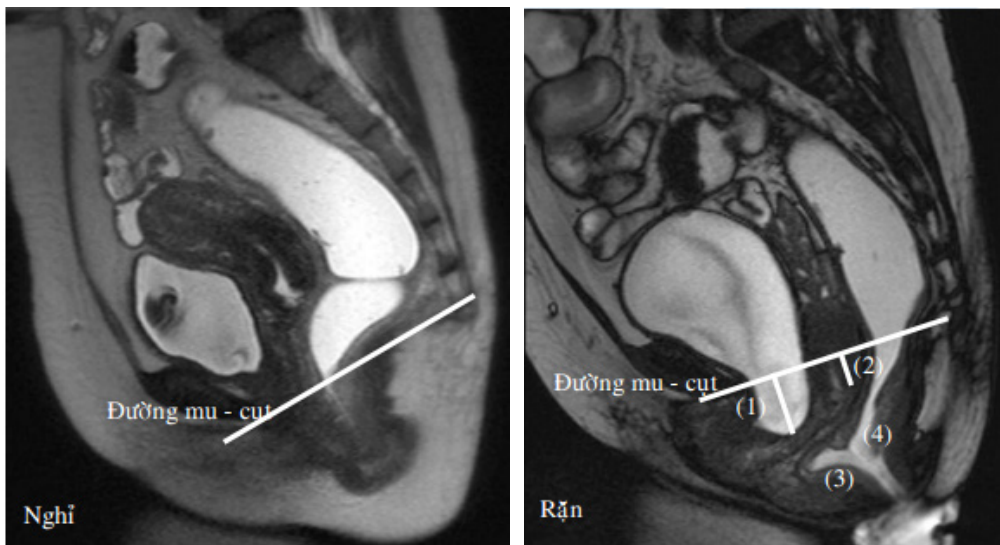
Cũng như tác giả Võ Tấn Đức, chúng tôi cũng nhận thấy tỉ lệ STTKT ở nhóm phụ nữ đã sinh con là khá cao, trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ này là 100%. Từ đó khẳng định tác động của quá trình sinh đẻ và mang thai lên sự suy yếu của vách ngăn âm đạo-trực tràng.

Đối với bệnh lý Anismus, chúng tôi chỉ ghi nhận 3 trường hợp chiếm tỉ lệ 2,8%. Tỉ lệ bệnh này trong nghiên cứu của tác giả Võ Tấn Đức chiếm 7,9% (13). Tác giả Van Dam(11) nhận thấy không có khác biệt về kết quả phẫu thuật phục hồi sa TTKT ở nhóm bệnh nhân có và không có bệnh lý co thắt cơ mu trực tràng. Ngược lại, tác giả Johansson (7) nhận định rằng co thắt cơ mu-trực tràng là yếu tố nguyên nhân gây nên STTKT. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp bệnh nhân Anismus nào có kèm theo STTKT.

**V. KẾT LUẬN**

Tuổi tác, quá trình sinh đẻ và sự mãn kinh là các yếu tố tác động đến sự suy yếu của sàn chậu. Ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, thường có sự kết hợp sa nhiều khoang sàn chậu. Sa trực tràng kiểu túi cũng thường gặp. Trong khi đó bệnh lý Anismus ít gặp ở nhóm bệnh nhân này.

**Ví dụ minh họa**



**Hình 1:** BN nữ 67 tuổi, vào viện vì táo bón (MSHS: 57/106). (1): Sa bàng quang, (2): Sa tử cung, (3): Túi sa thành trước trực tràng, (4): Sa khoang chậu sau.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đình Công, Võ Tấn Đức, Nguyễn Thị Thùy Linh (2011), “Chụp cộng hưởng từ vùng sàn chậu hay chụp cộng hưởng từ động học tổng phân”, *Hội nghị khoa học Sản chậu học*, TP Hồ Chí Minh, ngày 7 tháng 1 năm 2011.
2. Goh V, Halligan S, Kaplan G (2000), “Dynamic MR Imaging of
3. Healy JC, Halligan S, Reznick K (1997), “Dynamic MRI imaging compared with evacuation proctography when evaluating anorectal configuration and pelvic floor movement”, *AJR*, 169: 775-779.
4. Heine JA, Hong PD (1995), “Surgery of the colon, rectum and anus”, *Philadelphia*, PA: HB Saunders, 515-513.
5. Hetzer FH, Andreisek G, Tsagari C (2006), “MR defecography in patients with fecal incontinence: imaging findings and their effect on surgical management”, *AJR*, 240: 449-457.
6. Jeremiah C., Stephen H., Rodney H. (1997), “Dynamic MR Imaging compared with Evacuation Proctography when evaluating anorectal configuration and pelvic floor movement”, *AJR*, 169: 775-779.
7. Johansson C, Nilsson BY, Holmstrom B, Dolk A, Mellgren A (1992), “Association between rectocele and paradoxical sphincter response”. *Dis Colon Rectum*, 35: 503-509.
8. Lamb GM, De Jode MG, Guold SW (2000), “Upright dynamic MR defecating proctography in an open configuration MR system”, *The British Journal of Radiology*, 73: 152-155.
9. Roos Je, Weishaupt D, Wildermuth S (2002), “Experience of 4 years with open MR defecography: pictorial review of anorectal anatomy and disease”, *22*: 817-832.
10. Sung VW, Hampton BS (2009), “Epidemiology of pelvic floor dysfunction”, *Obstet Gynecol Clin North Am*, 36: 421-443. The Pelvic Floor in Asymptomatic Subjects.”, *AJR*, 174: 661-666.
11. Van Dam JH, Schouten WR (1996), “The impact of Anismus on the clinical outcome of rectocele repair”, *International Journal of Colorectal disease*, 11: 238-242.
12. Vanbeckevoort D, VanHoe L (1999), “Pelvic floor descent in females: comparative study of colpocystodefecography and dynamic fast MR imaging”, *J Magn Reson Imaging*, 9: 373-377.
13. Võ Tấn Đức (2015), “Nghiên cứu các hình thái sa trực tràng kiểu túi với hỗ trợ của cộng hưởng từ động”, *Luận án tiến sĩ y học*, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
14. Walden L (1952), “Defecation block in cases of deep rectogenital pouch: a surgical roentgenological and embryological study with special reference to morphological condition”, *Acta Chir Scand Suppl*, 165: 1-122

---

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ động học tổng phân ở nhóm bệnh nhân nữ trên 60 tuổi có rối loạn chức năng sàn chậu.

**Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. 106 bệnh nhân được chỉ định chụp cộng hưởng từ bởi bác sĩ chuyên khoa hậu môn trực tràng học, từ tháng 09/2016 đến tháng 04/2017 tại bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh.

**Kết quả:** Qua khảo sát 106 bệnh nhân, triệu chứng rối loạn đại tiện thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 83,1%, tỉ lệ rối loạn tiểu tiện và triệu chứng đau nặng vùng sàn chậu lần lượt là 34% và 59,4%. Có sự khác biệt rõ rệt giữa tình trạng sa các khoang chậu giữa nhóm phụ nữ có và không có con. Tình trạng sa khoang chậu sau, sa bàng quang, tử cung lại xảy ra nhiều hơn ở nhóm phụ nữ có 1-2 con so với nhóm đa sản (>3con) (p<0,05). Mọi tương quan giữa tuổi và độ hạ xuống của trực tràng là tương quan yếu.

Đa số bệnh nhân có sự kết hợp sa nhiều hơn một khoang sàn chậu. Nếu có sa đơn độc chỉ gặp trường hợp sa khoang chậu sau, chiếm tỉ lệ thấp 5,6%. Tất cả các ca sa trực tràng kiểu túi đều từ mức độ II trở lên và 83,1% số này có ứ gel ở thì rặn. Bệnh lý Anismus chiếm tỉ lệ thấp 3/106 và không có trường hợp nào trong số này kèm theo sa trực tràng kiểu túi.

**Kết luận:** Tuổi tác, quá trình sinh đẻ và sự mãn kinh là các yếu tố tác động đến sự suy yếu của sàn chậu. Ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, thường có sự kết hợp sa nhiều khoang sàn chậu. Sa trực tràng kiểu túi cũng thường gặp. Trong khi đó bệnh lý Anismus ít gặp ở nhóm bệnh nhân này.

---

Người liên hệ: Bùi Thi Thanh Tâm, khoa CĐHA Bệnh viện Nguyễn Tri Phương,  
Email: thanh tamperemind13@gmail.com

Ngày nhận bài 15.6.2018. Ngày chấp nhận đăng: 20.7.2018