

## GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG SÀN CHẬU TRONG CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG ĐẠI TIỆN TẮC NGHẼN

### Value of magnetic resonance defecography (mrd) in the diagnosis of obstructed defecation syndrome (ods)

*Kiều Thị Huyền\**, *Đinh Trung Thành\*\**, *Nguyễn Ngọc Đan\*\*\**,  
*Phạm Hồng Đức\*\*\**

#### SUMMARY

**Objectives:** to describe the clinical features and images of MR defecography in patients with obstructive defecation syndrome, afterward evaluating the value of MR defecography in the diagnosis of obstructive defecation syndrome.

**Subjects and methods:** cross-sectional study, 33 patients were diagnosed with obstructive defecation syndrome according to ROME IV criteria, were assigned to have MR defecography at Saint Paul General Hospital, during the period of study from January 2019 to July 2022.

**Results:** About the general characteristics of the study group: mainly in women with 84,8%, the average age is  $63.5 \pm 12.5$  years old. Rectocele is the most commonly detected lesion on clinical examination, with 12/33 cases, accounting for 36.4%. About image characteristics on pelvic floor dynamic MRI: the mean value of H line in normal phase is  $4.7 \pm 0.9$ cm, in strain phase is  $5.9 \pm 1.5$ cm. The mean value of the M-line in normal phase is  $2.0 \pm 0.2$  cm, and  $4.1 \pm 0.3$  cm in strain phase. Rectocele is the most common lesion, accounting for 63.6%. The detection rate of rectocele and associated lesions (cystocele, uterus descent, cervical descent, vaginal descent) on MR defecography is higher than that on clinical examination, the difference was statistically significant with  $p < 0.05$ .

**Conclusion:** Our study contributes to clarifying the high applicability of MR defecography in diagnosing the causes and grading of pelvic floor prolapse, pelvic organ prolapse in patients with obstructive defecation syndrome, combined with clinical symptoms to help clinicians make appropriate treatment indications for each patient.

**Key words:** *MR defecography, Obstructed defecation syndrome, Rectocele.*

\* Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh,  
Trường Đại học Y Hà Nội

\*\* Khoa Chẩn đoán hình ảnh,  
Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn Hà Nội

\*\*\* Khoa Ngoại tiêu hóa,  
Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn Hà Nội

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng đại tiện tắc nghẽn (Obstructed defecation syndrome-ODS) hay còn gọi là hội chứng bế tắc đường ra (Outlet obstruction syndrome) có nguyên nhân là những tổn thương cơ học tại vùng hậu môn trực tràng bao gồm các khiếm khuyết giải phẫu thường gặp như túi sa trực tràng (Rectocele), sa trong trực tràng (Internal rectal prolapse),... và/hoặc rối loạn vận lý bất đồng vận cơ sàn chậu (Pelvic floor dyssynergia/ Anismus). Trước đây, X-quang trực tràng động (Videoproctography), X-quang động học tổng phân (Defecography), X-quang bàng quang-cổ tử cung-trực tràng động (Dynamic cystocolpoproctography) đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán những bất thường hậu môn- trực tràng, tạng chậu nhưng chưa mô tả được hình thái cơ, các cơ quan liên quan trong chậu hông. Cộng hưởng từ không xâm lấn, cho hình ảnh mô mềm tương phản rõ ràng, có độ phân giải cao, rõ nét, dễ nhận định các tạng chậu chậu hông và mốc giải phẫu để đánh giá hình thái và chức năng sinh lý của cơ thắt hậu môn, trực tràng và sàn chậu. Chụp cộng hưởng từ động sàn chậu bắt đầu được thực hiện ở Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2007 và nay đã trở nên phổ biến. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Giá trị của Cộng hưởng từ động sàn chậu trong chẩn đoán hội chứng đại tiện tắc nghẽn*” với mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ động sàn chậu ở bệnh nhân mắc hội chứng đại tiện tắc nghẽn từ đó đánh giá giá trị của cộng hưởng từ động sàn chậu trong chẩn đoán hội chứng đại tiện tắc nghẽn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 33 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng đại tiện tắc nghẽn theo tiêu chuẩn ROME IV (có  $\geq 2/6$  tiêu chuẩn, bao gồm: rặn, gắng sức khi đi đại tiện; phân vón cục lớn nhỏ và/hoặc cứng; cảm giác đại tiện không hết phân; cảm giác tắc nghẽn ở hậu môn trực tràng; cần trợ giúp để đi đại tiện; đại tiện  $<3$  lần/tuần; các tiêu chuẩn chẩn đoán trên đã có trong 3 tháng qua và khởi phát ít nhất 6 tháng trước khi chẩn đoán), được chỉ định chụp cộng hưởng từ động sàn chậu tại Bệnh viện Xanh Pôn, trong thời gian từ 01/2019 đến 07/2022.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

### 3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0.

### 4. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được phê duyệt và thông qua tại Hội đồng Đạo đức nghiên cứu khoa học của Bệnh viện Đa khoa Saint Paul.

Tất cả các bệnh nhân được mời tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ ràng về mục tiêu nghiên cứu, những lợi ích lâu dài nhờ nghiên cứu này mang lại. Những thông tin có được từ nghiên cứu sẽ được bảo mật và chỉ được sử dụng cho nghiên cứu.

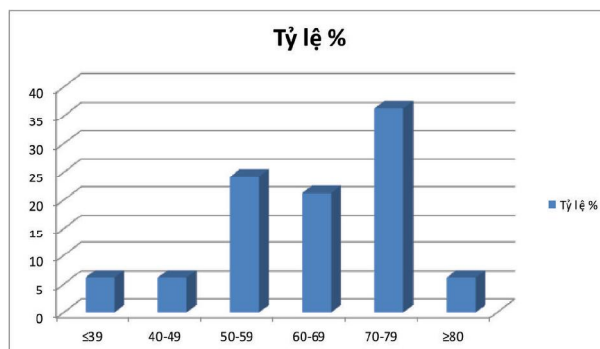
## III. KẾT QUẢ

### 1. Về đặc điểm chung và các triệu chứng cơ năng, thực thể của BN nghiên cứu

#### 1.1. Đặc điểm về tuổi, giới

Nghiên cứu gồm có 33 bệnh nhân (BN), 28 nữ và 5 nam (tỷ lệ 5,6:1).

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu của chúng tôi là  $63,5 \pm 12,5$  tuổi, tuổi nhỏ nhất là 32 tuổi và tuổi lớn nhất là 84 tuổi. Nếu tính từ 40 tuổi trở lên có đến 93,9% các trường hợp, nếu tính từ 50 tuổi trở lên có đến 87,9% trường hợp mắc hội chứng đại tiện tắc nghẽn.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phân bố theo tuổi

**1.2. Đặc điểm các triệu chứng cơ năng**

Trong các triệu chứng lâm sàng (theo tiêu chuẩn ROME IV), triệu chứng rặn, gắng sức khi đại tiện chiếm tỷ lệ cao nhất 87,9%, sau đó là triệu chứng phân vón cục lớn nhỏ và/hoặc cứng chiếm 66,7%.

**1.3. Đặc điểm các triệu chứng khám thực thể**

Túi sa thành trước trực tràng là tổn thương được phát hiện nhiều nhất khi khám lâm sàng, có 12/33 trường hợp, chiếm 36,4%. Trong đó sa độ 1 có 4 trường hợp chiếm 33,3%, sa độ 2 có 8 trường hợp chiếm 66,7%.

Các phát hiện khác kèm theo như sa tử cung (TC), cổ TC và vòm âm đạo 4/33 BN, chiếm 12,1%. Sa BQ cũng được phát hiện ở 4/33 BN, chiếm tỷ lệ 12,1%. Tình trạng co thắt cơ mu trực tràng gặp 2/33 trường hợp khám lâm sàng, chiếm 6,1%.

**2. Về đặc điểm hình ảnh trên hình CHT động sàn chậu của BN nghiên cứu**

**2.1. Đặc điểm sa sàn chậu**

Giá trị trung bình của đường H (độ mở sàn chậu) ở thì nghỉ là  $4,7 \pm 0,9$ cm, ở thì rặn là  $5,9 \pm 1,5$ cm. Giá trị trung bình của đường M (độ hạ xuống của sàn chậu) ở thì nghỉ là  $2,0 \pm 0,2$ cm, ở thì rặn là  $4,1 \pm 0,3$ cm.

**Bảng 1. So sánh mức độ sa sàn chậu ở thì nghỉ và thì rặn dựa và độ mở sàn chậu (H)**

Sa sàn chậu	Thì nghỉ		Thì rặn		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Sa sàn chậu độ 0	30	90,9	19	57,6	<0,05
Sa sàn chậu độ 1	3	9,1	10	30,3	
Sa sàn chậu độ 2	0	0	4	12,1	
Sa sàn chậu độ 3	0	0	0	0	
Tổng	33	100	33	100	

**Bảng 2. So sánh mức độ sa sàn chậu ở thì nghỉ và thì rặn dựa và độ hạ xuống sàn chậu (M)**

Sa sàn chậu	Thì nghỉ		Thì rặn		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Sa sàn chậu độ 0	18	54,5	5	15,2	<0,05
Sa sàn chậu độ 1	14	42,4	12	36,4	
Sa sàn chậu độ 2	1	3,1	10	30,3	
Sa sàn chậu độ 3	0	0	6	18,1	
Tổng	33	100	33	100	

**2.2. Túi sa thành trước trực tràng**

Túi sa thành trước trực tràng hay sa trực tràng kiểu túi (rectocele) là tổn thương hay gặp nhất, chiếm 63,6% trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong đó, túi sa độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 36,1%. Độ sâu trung bình của túi sa thành trước trực tràng là  $1,3 \pm 0,2$  cm. Túi sa nhỏ nhất là 0,9 cm, túi sa lớn nhất là 3,3cm.

**2.3. Tình trạng co thắt cơ mu-trực tràng**

Giá trị trung bình của chiều dày cơ mu trực tràng ở thì nghỉ là  $0,47 \pm 0,02$ cm và ở thì rặn là  $0,36 \pm 0,01$ cm. Tình trạng co thắt cơ mu trực tràng thấy ở 2/33 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 6,1%.

**2.4. Các tổn thương kèm theo**

Các phát hiện khác kèm theo như sa TC, cổ TC và vòm âm đạo 9/33 BN, chiếm 27,3%. Sa BQ cũng được phát hiện ở 15/33 BN, chiếm tỷ lệ 45,1%. Sa niêm mạc trực tràng thấy ở 4/33 BN chiếm 12,1%.

**3.5. Sự phối hợp sa các khoang sàn chậu**

**Bảng 3. Sự phối hợp sa các khoang sàn chậu**

Sa khoang chậu	Tần số	Tỷ lệ %
Không sa	7	21,2
Sa 1 khoang chậu	11	33,3
Sa 2 khoang chậu	10	30,3
Sa 3 khoang chậu	5	15,2
Sa 4 khoang chậu	0	0
Tổng	33	100

Có sự phối hợp của sa nhiều khoang chậu trên mỗi BN, sa 1 khoang chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3%.

**4. So sánh tỷ lệ phát hiện các tổn thương trên khám lâm sàng và trên CHT động sàn chậu**

**Bảng 4. So sánh tỷ lệ phát hiện sa tạng chậu trên khám lâm sàng và trên CHT động sàn chậu**

Sa tạng chậu	Chẩn đoán trên lâm sàng		Chẩn đoán trên CHT động sàn chậu		P
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Túi sa thành trước trực tràng	12	36,4	21	63,6	<0,05
Sa BQ	4	12,1	15	45,5	
Sa TC, cổ TC, vòm âm đạo	4	12,1	9	27,3	

Có sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ sa tạng chậu phát hiện được trên phim CHT động sàn chậu và trên khám lâm sàng ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 5. So sánh tỷ lệ phát hiện túi sa thành trước trực tràng trên khám lâm sàng và trên CHT động sàn chậu**

Túi sa thành trước trực tràng	Chẩn đoán trên lâm sàng		Chẩn đoán trên CHT động sàn chậu		P
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Không sa	21	63,7	12	36,4	<0,05
Độ I	4	12,1	12	36,4	
Độ II	8	24,2	9	27,2	
Độ III	0	0	0	0	

Tỷ lệ phát hiện túi sa thành trước trực tràng trên phim CHT động sàn chậu cao hơn so với khám lâm sàng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị  $p < 0,05$ .

**Bảng 6. So sánh tỷ lệ phát hiện tình trạng co thắt cơ mu-trực tràng trên khám lâm sàng và trên CHT động sàn chậu**

Tình trạng co thắt cơ mu trực tràng	Chẩn đoán trên lâm sàng		Chẩn đoán trên CHT động sàn chậu		P
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Không	37	92,5	35	87,5	$p > 0,05$
Có	3	7,5	5	12,5	

Chẩn đoán co thắt cơ mu trực tràng trên khám lâm sàng và hình ảnh CHT động sàn chậu không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ .

**IV. BÀN LUẬN**

**1. Về đặc điểm chung và các triệu chứng cơ năng, thực thể của bệnh nhân mắc hội chứng đại tiện tắc nghẽn**

Nhóm BN mắc hội chứng đại tiện tắc nghẽn trong nghiên cứu chủ yếu gặp ở nữ có thể do liên quan đến tình trạng phụ nữ mang thai và sinh con qua ngã âm đạo.

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu của chúng tôi là  $63,5 \pm 12,5$  tuổi, tuổi nhỏ nhất là 32 tuổi và tuổi lớn nhất là 84 tuổi.

Nghiên cứu của tác giả Parry và Wannin năm 2020 với 302 BN có hội chứng tắc nghẽn tổng phân, tuổi của BN nghiên cứu dao động từ 18 đến 72 tuổi và tuổi trung bình là 54 tuổi [1].

Nghiên cứu 36 BN nam của tác giả V.Piloni và cộng sự về sự tắc nghẽn đường thoát phân (21 bệnh nhân tắc nghẽn thoát phân do co thắt cơ mu-trực tràng và 15 BN tắc nghẽn thoát phân do sa-lông trực tràng) từ 2013 đến 2016, tuổi trung bình nhóm BN nghiên cứu là  $53,6 \pm 4,1$  tuổi [2].

Nghiên cứu của tác giả Võ Tấn Đức năm 2014 với số lượng BN lớn (1683 BN), BN nghiên cứu có tuổi dao động từ 14 đến 91 tuổi, tuổi trung bình là  $48 \pm 15$  tuổi [3].

Nhìn chung hội chứng đại tiện tắc nghẽn có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng chủ yếu là độ tuổi trung niên. Điều đó có thể do sự suy giảm về nội tiết tố theo tuổi, dẫn đến

các cơ, mạc nội chậu và dây chằng vùng sàn chậu nhão yếu, gây nên sa sàn chậu và tạng chậu.

Trong các triệu chứng lâm sàng (theo tiêu chuẩn ROME IV), triệu chứng rặn, gắng sức khi đại tiện chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là triệu chứng phân vón cục lớn nhón và /hoặc cứng.

Khám lâm sàng có thể phát hiện sa trực tràng kiểu túi với tỷ lệ khá cao và còn phân độ được độ sâu của túi sa, nhưng để có hình ảnh khách quan và rõ nét, đồng thời đánh giá được độ rộng của cổ túi sa và có sự ứ đọng gel trong túi sa hay không thì cần có hình ảnh chụp CHT động sàn chậu.

## 2. Đặc điểm hình ảnh CHT động sàn chậu của BN nghiên cứu

Về hình ảnh sa sàn chậu, kết quả nghiên cứu cho thấy ở thì rặn tổng phân, sàn chậu mở rộng hơn và hạ xuống thấp hơn ở thì nghỉ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị  $P < 0,05$ .

So sánh phân độ sa sàn chậu theo khoảng cách đường M (độ hạ xuống của sàn chậu) với đường H (độ mở sàn chậu) thì sa sàn chậu theo giá trị đường M có tỷ lệ cao hơn là dựa vào giá trị đường H. Giá trị M là khoảng cách chỗ nối hậu môn-trực tràng kẻ vuông góc đến đường mu-cụt, sa sàn chậu thực chất chính là sa khoang sau của sàn chậu.

Sa sàn chậu thì rặn ở nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyễn Thị Thùy Linh và cộng sự có đến 97,8% [4]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Võ Tấn Đức, tỷ lệ sa sàn chậu theo giá trị độ hạ xuống của sàn chậu M chiếm 95,4% [3].

Nghiên cứu của Bamboriya R và cộng sự với 82 BN, sa sàn chậu ở thì rặn là 92,68% ở các mức độ khác nhau (độ 1 có 26,83%, độ 2 có 35,37% và độ 3 là 30,49%) [5].

Túi sa thành trước trực tràng hay sa trực tràng kiểu túi (rectocele) là tổn thương hay gặp nhất, chiếm 63,6% trong nghiên cứu của chúng tôi. Túi sa thành trước trực tràng cũng là cũng là tổn thương được phát hiện chiếm tỷ lệ cao nhất trong khám lâm sàng với tỷ lệ 36,4%.

Nghiên cứu và túi sa thành trước trực tràng với sự hỗ trợ của CHT động sàn chậu của tác giả Võ Tấn Đức năm 2014, với số lượng rất lớn (1683 trường hợp) kéo dài đến

4 năm (2008-2012) thì túi sa thành trước trực tràng chiếm tỷ lệ 77,9% và độ sâu của túi sa trung bình là 2,8cm [3].

Nghiên cứu của Parry và Wani (2020) với 302 BN, tỷ lệ gặp túi sa thành trước trực tràng là 76,8% [1].

Các nghiên cứu trên đều cho kết quả túi sa thành trước trực tràng là tổn thương hay gặp nhất. Túi sa thành trước trực tràng có thể do tổn thương vách trực tràng âm đạo khi sinh con qua ngã âm đạo, cũng có thể xảy ra do táo bón lâu ngày, tăng áp lực hậu môn-trực tràng. Độ sâu của túi sa càng lớn chứng tỏ tổn thương vách này càng nặng. Túi sa thành trước trực tràng có thể là nguyên nhân gây đại tiện khó, phải ấn tay vào tầng sinh môn khi đi đại tiện, cảm giác đại tiện không hết phân do phân đọng lại trong túi. Do trong quá trình rặn tổng phân, khối phân đọng trong túi sa và không qua lỗ hậu môn, trên hình ảnh thể hiện là túi sa lớn và có đọng gel trong túi sa. Túi sa thành trước trực tràng còn là hậu quả của tình trạng bất đồng vận cơ sàn chậu. Trong trường hợp này khi rặn tổng phân, cơ sàn chậu không giãn và góc hậu môn-trực tràng không mở, làm tăng trương lực cơ thắt, tăng áp lực trực tràng và thoát vị thành trước trực tràng hay tạo túi sa thành trước trực tràng.

## 4. So sánh tỷ lệ phát hiện các tổn thương trên khám lâm sàng và trên CHT động sàn chậu

Khám lâm sàng có thể phát hiện được một số tổn thương như túi sa thành trước trực tràng, tình trạng co thắt cơ mu trực tràng nhưng không đầy đủ, cần có CHT động sàn chậu để chẩn đoán rõ ràng và khách quan hơn. Ngoài đánh giá sa sàn chậu, sa tạng chậu, CHT động còn đánh giá mức độ sa, sự phối hợp sa các khoang chậu một cách đầy đủ nhất, loại trừ các bệnh lý khác gây rối loạn chức năng đại tiện. Sự khác biệt giữa chẩn đoán lâm sàng và kết quả trên CHT động về sa tạng chậu (túi sa thành trước trực tràng, sa BG, sa TC, cổ TC, vòm âm đạo) có ý nghĩa thống kê với giá trị  $p < 0,05$ .

Chẩn đoán co thắt cơ mu trực tràng trên khám lâm sàng và hình ảnh CHT động sàn chậu không có sự khác biệt. Tình trạng co thắt cơ mu trực tràng, CHT động sàn chậu có giá trị gợi ý chẩn đoán, cần có sự phối hợp của khám lâm sàng, đo áp lực hậu môn-trực tràng và điện cơ để chẩn đoán chính xác hơn bệnh lý này.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi góp phần làm sáng tỏ tính ứng dụng cao của chụp cộng hưởng từ động sản chậu trong chẩn đoán nguyên nhân và phân độ sa sản chậu, sa các tạng chậu trên các BN mắc hội chứng đại tiện tắc nghẽn, kết hợp với triệu chứng lâm sàng giúp bác sĩ lâm sàng đưa ra chỉ định điều trị phù hợp cho mỗi BN.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Parry A, Wani AH. Evaluation of obstructed defecation syndrome (ODS) using magnetic resonance defecography (MRD). *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*. Published online 2020.
2. Piloni V, Bergamasco M, Melara G, Garavello P. The clinical value of magnetic resonance defecography in males with obstructed defecation syndrome. *Tech Coloproctol*. 2018;22(3):179-190.
3. Võ Tấn Đức. Đánh giá đặc điểm sa trực tràng kiểu túi ở bệnh nhân rối loạn chức năng sản chậu bằng cộng hưởng từ động. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. Published online 2014:tập 18, số 2, tr. 30-35.
4. Nguyễn Thị Thùy Linh, Võ Tấn Đức, Phạm Ngọc Hoa. Vai trò của cộng hưởng từ động vùng sản chậu trong chẩn đoán rối loạn sự tổng phân. *Tạp chí Y học Việt Nam*. Published online 2008:tập 349, 85-89.
5. Bamboriya R, Jaipal U, Jakhar S. A descriptive study of MR defecography for evaluation of obstructed defecation syndrome. *International Journal of Medical and Biomedical Studies*. 2020;4(1).

---

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ động sản chậu ở bệnh nhân mắc hội chứng đại tiện tắc nghẽn từ đó đánh giá giá trị của cộng hưởng từ động sản chậu trong chẩn đoán hội chứng đại tiện tắc nghẽn.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. 33 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng đại tiện tắc nghẽn theo tiêu chuẩn ROME IV, được chỉ định chụp cộng hưởng từ động sản chậu tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, trong thời gian từ 01/2019 đến 07/2022.

**Kết quả:** Về đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu: chủ yếu gặp ở nữ chiếm 84,8%, tuổi trung bình  $63,5 \pm 12,5$  tuổi. Túi sa thành trước trực tràng là tổn thương được phát hiện nhiều nhất khi khám lâm sàng, có 12/33 trường hợp, chiếm 36,4%. Về đặc điểm hình ảnh trên hình cộng hưởng từ động sản chậu: giá trị trung bình của đường H ở thì nghỉ là  $4,7 \pm 0,9$ cm, ở thì rặn là  $5,9 \pm 1,5$ cm. Giá trị trung bình của đường M ở thì nghỉ là  $2,0 \pm 0,2$ cm, ở thì rặn là  $4,1 \pm 0,3$ cm. Túi sa thành trước trực tràng là tổn thương hay gặp nhất, chiếm 63,6%. Tỷ lệ phát hiện túi sa thành trước trực tràng và các tổn thương kèm theo (sa bàng quang, sa tử cung, cổ tử cung, vòm âm đạo) trên hình cộng hưởng từ động sản chậu cao hơn so với khám lâm sàng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị  $p < 0,05$ .

**Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi góp phần làm sáng tỏ tính ứng dụng cao của hình chụp CHT động sản chậu trong chẩn đoán nguyên nhân và phân độ sa sản chậu, sa các tạng chậu trên các BN mắc hội chứng đại tiện tắc nghẽn, kết hợp với triệu chứng lâm sàng giúp bác sĩ lâm sàng đưa ra chỉ định điều trị phù hợp cho mỗi BN.

**Từ khóa:** Hội chứng đại tiện tắc nghẽn, Cộng hưởng từ động sản chậu, Sa trực tràng kiểu túi.

---

Người liên hệ: Kiều Thị Huyền Email: kieuthihuyen.hn@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/9/2022. Ngày nhận phản biện: 26/9/2022 Ngày chấp nhận đăng: 20/10/2022