

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ NỘI SOI BÀNG QUANG TRONG CHẨN ĐOÁN RÒ TRỰC TRÀNG NIỆU ĐẠO Ở TRẺ EM

Ngô Duy Minh^{1,2}, Phạm Duy Hiền², Trần Anh Quỳnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và nội soi bàng quang trong chẩn đoán teo hậu môn, rò trực tràng niệu đạo ở trẻ em. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp ca bệnh. **Kết quả:** Từ tháng 4/2017 đến tháng 4/2020 có 52 bệnh nhân rò trực tràng niệu đạo bao gồm 25/52 (48,1%) trường hợp rò trực tràng - niệu đạo tiền liệt tuyến (ND -TLT) và 27/52(51,9%) trường hợp rò trực tràng - niệu đạo hành (ND Hành) được chẩn đoán tại khoa ngoại bệnh viện Nhi trung ương. Nghiên cứu cho thấy, dấu hiệu đái phân su trên lâm sàng chiếm tỷ lệ 53,8% số bệnh nhân. 44,2% trường hợp được xác định đường rò bằng chụp XQ đầu dưới hậu môn nhân tạo(HMNT). Chụp bàng quang - niệu đạo trong lúc tiểu có tỷ lệ phát hiện đường rò là 45,1%. Nội soi bàng quang có tỷ lệ phát hiện đường rò cao nhất chiếm 92,3%. **Kết luận:** Nội soi bàng quang - niệu đạo có giá trị cao nhất trong việc xác định đường rò trực tràng niệu đạo ở trẻ em.

Từ khóa: Rò trực tràng - niệu đạo ở trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND CYSTOSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF RECTOURETHRAL FISTULA IN CHILDREN

Objectives: Describe clinical characteristics and methods of imaging and cystoscopy in diagnosing anal atrophy and rectourethral fistula in children. **Patients and methods:** Descriptive study of case series. **Results:** From April 2017 to April 2020, there were 52 patients with rectourethral fistula including 25/52 (48.1%) cases of rectourethral prostatic fistula (ND-TLT) and 27/ 52(51.9%) cases of rectobulbar urethral fistula (ND Hanh) were diagnosed at the surgical department of the National Children's Hospital. Research shows that clinical signs of meconium in the urine account for 53.8% of patients. In 44.2% of cases, the fistula path was determined by distal colostography. Voiding cystourethrography during urination has a fistula detection rate of 45,1%. Cystoscopy has the highest fistula detection rate, 92,3%. **Conclusion:** Urethrocystoscopy has the highest value in identifying rectourethral fistula in children.

Keywords: Recto-urethral fistula in children.

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Duy Minh

Email: rp.minh@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 5.9.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo hậu môn rò trực tràng - niệu đạo là dị tật phổ biến nhất trong các thể loại dị tật hậu môn trực tràng ở nam giới, tần suất là 1/5000 trẻ sơ sinh.^{1,2} Nguyên nhân là do bất thường trong quá trình phân chia ổ nhóp trong và ổ nhóp ngoài trong thời kỳ bào thai.² Đồng thời, đây là một dị tật đa dạng và phức tạp vì có nhiều thể loại dị tật, liên quan đến cả hệ tiết niệu, sinh dục và kèm theo nhiều loại dị tật ở các cơ quan khác.²⁻⁴ Bệnh nhân cần được chẩn đoán sớm và chính xác tổn thương sẽ giúp phẫu thuật viên có lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp với từng loại dị tật. Trước khi phẫu thuật tạo hình hậu môn, các tác giả trên thế giới nhận thấy việc chẩn đoán chính xác vị trí đường rò cần dựa vào thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng như chụp túi cùng trực tràng, chụp bàng quang - niệu đạo trong lúc tiểu, nội soi bàng quang - niệu đạo...^{3,5} Đến nay, các phương pháp cận lâm sàng trên đã được tiến hành thường qui tại bệnh viện Nhi Trung ương. Mặc dù vậy chưa có nhiều báo cáo về đặc điểm lâm sàng và các phương pháp chẩn đoán đường rò trước phẫu thuật.

Mục đích: Mô tả đặc điểm lâm sàng, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và nội soi bàng quang niệu đạo trong chẩn đoán teo hậu môn, rò trực tràng niệu đạo ở trẻ em trước khi phẫu thuật tạo hình hậu môn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân bị teo hậu môn rò trực tràng - niệu đạo đã làm HMNT được chẩn đoán dựa vào chụp đầu dưới HMNT có bơm thuốc cản quang, chụp bàng quang niệu đạo trong khi tiểu và nội soi bàng quang trước phẫu thuật tạo hình hậu môn, có đầy đủ hồ sơ bệnh án và được sự đồng ý của gia đình bệnh nhân.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án lưu trữ không đầy đủ hoặc bị thất lạc
- Bệnh nhân có gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Ngoại tổng hợp - Bệnh viện nhi trung ương, nghiên cứu thu thập số liệu dựa trên hồ sơ bệnh án và bệnh nhân từ tháng 4/2017 đến tháng 4/2020.

Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện bao gồm các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Phân tích số liệu. Toàn bộ số liệu thu thập được nhập vào máy tính và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức trong nghiên cứu. Đạo đức trong nghiên cứu: Đã thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh trường đại học Y Hà Nội theo văn bản số 13/ HĐĐĐĐHYHN ngày 06/01/2017.

Các biến cố nghiên cứu chính

- Bệnh nhân được khám lâm sàng ghi nhận tiền sử tiểu phân su, khám tăng sinh môn đánh giá vết tích hậu môn, tiến hành làm các xét nghiệm cơ bản và chẩn đoán hình ảnh cần thiết để xác định đường rò, nội soi bàng quang niệu đạo trước phẫu thuật.

- Chụp bàng quang niệu đạo: Bệnh nhân được đặt ống thông Foley cỡ 8F có bơm cốp 3ml vào đầu xa hậu môn nhân tạo sau đó bơm 30-50 ml thuốc cản quang vào lòng đại tràng, cặp ống thông để giữ áp lực, chụp XQ ở 2 tư thế thẳng và nghiêng để đánh giá đường rò trực tràng và niệu đạo. Ghi nhận các bất thường khác nếu có.

- Chụp XQ bàng quang niệu đạo trong lúc tiểu: Bệnh nhân được đặt ống thông bàng quang, bơm thuốc cản quang vào bàng quang đến khi bàng quang căng, rút ống thông, chụp XQ bàng quang niệu đạo ở 2 tư thế thẳng và nghiêng khi bệnh nhân đi tiểu. Ghi nhận các bất thường hệ tiết niệu như trào ngược bàng quang niệu quản, van niệu đạo sau...

- Nội soi bàng quang niệu đạo: Ngay trước khi phẫu thuật bệnh nhân được tiến hành nội soi bàng quang niệu đạo để phát hiện đường rò từ trực tràng vào niệu đạo và ghi nhận các dị tật khác nếu có.

- So sánh các phương pháp chẩn đoán đường rò trước phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu đã có 52 bệnh nhân là nam giới phù hợp với nghiên cứu với tỷ lệ 100%, không có bệnh nhân là nữ giới. Dấu hiệu đái phân su 53,8% các trường hợp. Tỷ lệ vết tích hậu môn phẳng là 30,8%, vết tích hậu môn lõm là 69,2%. Kết quả phân loại dị tật ghi nhận 48,1% rò trực tràng niệu đạo tiền liệt tuyến và 51,9% rò trực tràng niệu đạo hành.

Liên quan giữa tiền sử tiểu phân su và vị trí rò trực tràng niệu đạo ghi nhận trong bảng 3.1

Bảng 3.1: Liên quan giữa tiền sử đi tiểu

phân su với vị trí rò trực tràng – niệu đạo

Vị trí rò	Dấu hiệu đi tiểu phân su				Tổng n(%)	P	OR [95% CI]
	Có		Không				
	n	%	n	%			
NĐ – TLT	15	60	10	40	25(100)	0,39	1,62 [0,47-5,6]
NĐ Hành	13	48,1	14	51,9	27(100)		
Tổng	28	53,8	24	46,2	52(100)		

3.2. Kết quả cận lâm sàng

- Kết quả phát hiện đường rò trực tràng – niệu đạo trên phim chụp XQ đầu dưới HMNT và liên quan với vị trí rò trực tràng niệu đạo.

Bảng 3.2: Liên quan giữa kết quả chụp XQ đầu dưới HMNT với vị trí rò trực tràng – niệu đạo

Vị trí rò	Kết quả chụp đầu dưới HMNT			P	OR [95% CI]
	Có rò	Không rò	Tổng		
	n (%)	n (%)	n (%)		
NĐ – TLT	11(44)	14(56)	25(100)	0,97	[0,29-3,37]
NĐ Hành	12(44,4)	15(55,6)	27(100)		
Tổng	23(44,2)	29(55,8)	52(100)		

- Trong 52 bệnh nhân nghiên cứu, 51 trường hợp được tiến hành chụp bàng quang niệu đạo trong lúc đi tiểu. 1 trường hợp không tiến hành chụp được do dị tật lỗ tiểu thấp, kích thước niệu đạo nhỏ, không có ống thông phù hợp. kết quả được ghi nhận trong bảng 3.3.

Bảng 3.3: Kết quả chụp bàng quang niệu đạo trong lúc đi tiểu

Chụp bàng quang – niệu đạo trong lúc đi tiểu	Số lượng	Tỉ lệ %
Có rò vào trực tràng	23	45,1
Không rò	28	54,9
Tổng	51	100

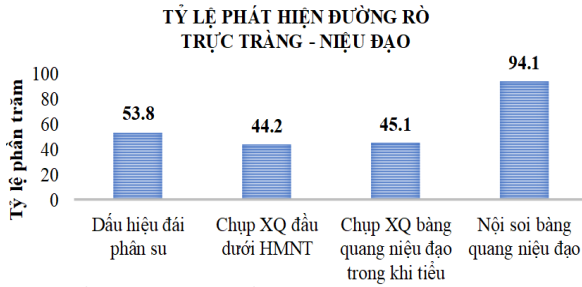
3.3. Kết quả nội soi bàng quang niệu đạo.

Trong 52 bệnh nhân nghiên cứu, 51 trường hợp được tiến hành nội soi bàng quang niệu đạo trước phẫu thuật. 1 trường hợp không tiến hành nội soi được do dị tật lỗ tiểu thấp, kích thước niệu đạo nhỏ, không có ống soi niệu đạo phù hợp. Kết quả nội soi bàng quang niệu đạo được thể hiện ở bảng 3.4

Bảng 3.4: Kết quả nội soi bàng quang niệu đạo trước phẫu thuật

Nội soi bàng quang niệu đạo	Số lượng	Tỉ lệ %
Phát hiện đường rò	48	94,1
Không phát hiện đường rò	3	5,9
Tổng	51	100

- So sánh tỷ lệ phát hiện đường rò trực tràng – niệu đạo trước mổ được thể hiện qua biểu đồ 3.1



Biểu đồ 3.1: Biểu đồ so sánh giá trị các phương pháp chẩn đoán

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

- Dấu hiệu tiểu phân su giúp các phẫu thuật viên định hướng có tồn tại đường rò trực tràng - đường tiết niệu, bao gồm rò trực tràng - niệu đạo hoặc rò trực tràng - bàng quang. Tỷ lệ đi tiểu phân su trong nghiên cứu của chúng tôi là 53,8% số bệnh nhân. 46,2% các trường hợp không có biểu hiện đi tiểu phân su, lý do đường rò trực tràng niệu đạo đặc biệt đường rò trực tràng niệu đạo hành thường là đường rò nhỏ, kênh chung dài được phân su bít lại, do đó ít biểu hiện lâm sàng.

Trong nhóm rò trực tràng niệu đạo tiền liệt tuyến, tỷ lệ đi tiểu ra phân su là 60%, trong khi đó tỷ lệ này là 48,1% ở nhóm rò trực tràng niệu đạo hành. Không có mối liên quan được tìm thấy giữa tiền sử tiểu ra phân su và vị trí của rò trực tràng niệu đạo với $p > 0,05$. Từ kết quả này, chúng tôi nhận thấy rằng dấu hiệu tiểu ra phân su trên lâm sàng chỉ là một biểu hiện gợi ý, việc không có dấu hiệu này cũng không loại trừ khả năng có rò trực tràng niệu đạo. Tác giả Peña đã chỉ ra rằng trong 20 giờ đầu sau khi sinh, hiếm khi có dấu hiệu đi tiểu phân su, tác giả cũng nhấn mạnh rằng cần có áp lực tương đối từ phía trực tràng để dấu hiệu đi tiểu phân su trở nên rõ ràng hơn.⁶

- Khám tăng sinh môn, đánh giá vết tích hậu môn, chúng tôi ghi nhận 16/52 bệnh nhân (30,8%) có vết tích hậu môn phẳng và 69,2% có dấu hiệu vết tích hậu môn lõm. Một số tác giả đã cho rằng vết tích hậu môn phẳng, không thay đổi khi trẻ khóc có thể chỉ ra trường hợp bệnh nhân bị dị tật hậu môn trực tràng loại cao, nhưng dấu hiệu vết tích hậu môn lõm hoặc phẳng thường được sử dụng để hướng dẫn phẫu thuật viên định hướng loại dị tật, chứ không phải để chẩn đoán chính xác. Tác giả Levitt cho rằng: Rò niệu đạo thấp thường liên quan đến chất lượng cơ thắt tốt, xương cùng phát triển, rãnh giữa nổi rõ và vết lõm hậu môn nổi rõ hơn. Rò niệu đạo cao hơn thường liên quan đến các yếu

tố như chất lượng cơ thắt kém, xương cùng phát triển bất thường, đáy chậu phẳng, rãnh giữa mờ và hầu như không nhìn thấy vết lõm hậu môn.²

- Khi xác định vị trí rò trực tràng - niệu đạo trong khi phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận 48,1% rò trực tràng niệu đạo tiền liệt tuyến và 51,9% rò trực tràng niệu đạo hành. Khi xét mối liên quan giữa dấu hiệu tiểu phân su và vị trí rò trực tràng - niệu đạo, chúng tôi ghi nhận 60% các trường hợp rò vào ND-TLT có dấu hiệu đái phân su trong khi đó ở nhóm rò vào ND hành là 48,1%, có thể do vị trí rò trực tràng niệu đạo hành thường là đường rò nhỏ, dễ bị phân su bít lại, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

4.2. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh

- **Chụp Xquang đầu dưới HMNT có bơm thuốc cản quang:** Kết quả cho thấy 44,2% các trường hợp chụp đã phát hiện được đường rò trực tràng vào niệu đạo, trong khi 55,8% các trường hợp không phát hiện được đường rò. Tỷ lệ phát hiện đường rò trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Tofft và cộng sự vào năm 2021, theo nghiên cứu của các tác giả này, tỷ lệ phát hiện đường rò trực tràng niệu đạo 53% đến 63%.⁵

Biến chứng quan trọng nhất của chụp XQ đầu dưới HMNT là thủng ruột. trong nghiên cứu của Kraus ghi nhận 3 trường hợp thủng ruột khi chụp, các bệnh nhân cần can thiệp cấp cứu tránh viêm phúc mạc.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có tai biến thủng ruột.

- **Chụp bàng quang niệu đạo trong khi đi tiểu:**

Đây là một phương pháp cận lâm sàng quan trọng giúp phát hiện vị trí của đường rò trực tràng - niệu đạo cũng như các dị tật khác đi kèm như trào ngược bàng quang - niệu quản bẩm sinh hay van niệu đạo sau... Nhiều nghiên cứu đã nêu rõ vai trò của chụp bàng quang - niệu đạo trong xác định vị trí của đường rò trực tràng niệu đạo trước khi thực hiện phẫu thuật. Karsten và cộng sự đã chỉ ra rằng chụp X-quang bàng quang niệu đạo ngược dòng có thể mang lại kết quả chính xác tương đương với chụp đầu dưới hậu môn nhân tạo.⁸

Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 45,1% các trường hợp phát hiện đường rò qua chụp bàng quang niệu đạo, kết quả của chúng tôi nhỏ hơn nghiên cứu của Karsten (86%).⁸ Sự khác nhau về cỡ mẫu giữa 2 nghiên cứu có thể dẫn tới tỷ lệ phát hiện khác nhau, uy nhiên điểm chung giữa nghiên cứu của chúng tôi và Karsten là không gặp biến chứng nào khi chụp, không có bệnh nhân nào bị nhiễm trùng

đường tiết niệu thứ phát sau chụp phim.⁸

4.3. Nội soi bàng quang niệu đạo.

- Nội soi bàng quang niệu đạo ngay trước phẫu thuật chúng tôi ghi nhận tỷ lệ phát hiện đường rò cao nhất với tỷ lệ 94.1%, cao hơn so với nghiên cứu của Tofft với tỷ lệ phát hiện đường rò là 70%.⁵ Kết quả của chúng tôi tương đương kết quả của Karsten (95%).⁸ Tác giả cũng đưa ra kết luận rằng nội soi bàng quang là phương pháp ban đầu phù hợp để xác định loại dị tật bẩm sinh và quyết định phương pháp phẫu thuật điều trị các loại dị tật hậu môn trực tràng.⁸

Kết quả này tương tự như báo cáo của Tofft và cộng sự nghiên cứu năm 2021, tác giả cho rằng nội soi bàng quang niệu đạo mang lại độ chính xác cao nhất tiếp theo đến chụp đầu dưới hậu môn nhân tạo và thấp nhất là chụp bàng quang niệu đạo ngược dòng.⁵

Tác giả Peña và Levitt cho rằng nội soi bàng quang niệu đạo trước phẫu thuật cần được tiến hành thường quy để một lần nữa xác nhận chẩn đoán ngay trước khi phẫu thuật, đánh giá vị trí rò trực tràng vào niệu đạo, đánh giá các trường hợp lỗ niệu quản lạc chỗ có thể đổ vào ngay vị trí cổ bàng quang, khi kết thúc thủ thuật có thể đặt ống thông vào bàng quang một cách dễ dàng hơn.⁶

Một số điểm hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là số lượng bệnh nhân còn chưa nhiều, chúng tôi cần thêm thời gian để có thể nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn, qua đó xác định tốt hơn vai trò của các phương pháp chẩn đoán xác định đường rò trực tràng niệu đạo.

V. KẾT LUẬN

Nội soi bàng quang niệu đạo có tỷ lệ phát hiện đường rò cao nhất trong chẩn đoán đường rò trực tràng – niệu đạo. Chụp Xquang đầu dưới HMNT có bơm thuốc cản quang là cận lâm sàng được sử dụng thường xuyên tuy nhiên đem lại kết quả xác định đường rò thấp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Levitt MA, Peña A.** Chapter 103 - Anorectal Malformations. 2012:1289-1309.
2. **Rentea R, Levitt M.** Anorectal atresia and cloacal malformations. Ashcraft's Pediatric Surgery 7th ed Philadelphia, PA: Saunders Elsevier. 2020:577-98.
3. **Westgarth-Taylor C, Westgarth-Taylor T, Wood R, et al.** Imaging in anorectal malformations: What does the surgeon need to know? SA Journal of Radiology. 2015;19(2)
4. **Ralls M, Thompson BP, Adler B, et al.** Radiology of anorectal malformations: What does the surgeon need to know? Seminars in pediatric surgery. Dec 2020;29(6):150997.
5. **Tofft L, Salo M, Arnbjornsson E, et al.** Accuracy of pre-operative fistula diagnostics in anorectal malformations. BMC pediatrics. Jun 16 2021;21(1):283.
6. **Peña A, Levitt MA.** Anorectal Malformation. In: Pediatric Surgery se, ed. Pediatric Surgery, sixth edition. 2006:1566- 1589:chap 101.
7. **Kraus SJ, Levitt MA, Peña A.** Augmented-pressure distal colostogram: the most important diagnostic tool for planning definitive surgical repair of anorectal malformations in boys. Pediatr Radiol. Feb 2018;48(2):258-269.
8. **Karsten K, Rothe K, Marzheuser S.** Voiding Cystourethrography in the Diagnosis of Anorectal Malformations. Eur J Pediatr Surg. Dec 2016;26(6):494-499.

ĐẶC ĐIỂM THÔNG SỐ CHỨC NĂNG THẤT PHẢI TRÊN SIÊU ÂM TIM Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM

Nguyễn Vũ Đạt^{1,3}, Nguyễn Văn Sĩ¹,
Đặng Quang Toàn², Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tim là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong và nhập viện ở người bệnh tim mạch. Rối loạn chức năng thất phải thường

gặp ở những người bệnh suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm. Việc đánh giá chính xác chức năng thất phải rất hữu ích trong việc đánh giá nguy cơ và giúp các bác sĩ lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu nhằm cải thiện tiên lượng cho người bệnh suy tim. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm rối loạn chức năng thất phải trên siêu âm tim ở những người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 110 người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm tại khoa Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy. Siêu âm tim được sử dụng để đánh giá tỷ lệ suy giảm chức năng thất phải thông qua ba thông số: TAPSE, RVFAC và RVs'. **Kết quả:** Kết quả thu nhận trên siêu âm tim cho thấy giá trị trung bình

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024