

- prospective randomized trial", The Egyptian Journal of Surgery, pp. 429-437.
3. **Carlos Augusto Gomes (2020)**, "Laparoscopic versus open approach for diffuse peritonitis from appendicitis ethiology: a subgroup analysis from the Physiological parameters for Prognosis in Abdominal Sepsis (PIPAS) study", Updates in Surgery, pp. 1-7.
 4. **Sheu B.F. (2007)**, "Risk factors associated with perforated appendicitis in elderly patients presenting with signs and symptoms of acute appendicitis", ANZ J. Surg., pp. 662-666.
 5. **Matthias Kraemer (1999)**, "Perforating Appendicitis: is it a Separate Disease?", Eur J Surg., pp. 473-480.
 6. **Nina A Bickell (2005)**, "How Time Affects the Risk of Rupture in Appendicitis", J Am Coll Surg., pp. 401-406.
 7. **S. Towfigh (2006)**, "Laparoscopic appendectomy significantly reduces length of stay for perforated appendicitis", Surg Endosc., pp. 495-499.
 8. **Ta Salem (2007)**, "Prospective study on the role of C-reactive protein (CRP) in patients with an acute abdomen", Ann R Coll Surg Engl, pp. 233-237.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH LÂM SÀNG VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG HỌC SÀN CHẬU Ở BỆNH NHÂN TÁO BÓN DO CƠ THẮT CƠ MU TRỰC TRÀNG (ANISMUS)

Đặng Mai Quỳnh¹, Trần Ngọc Dũng², Hoàng Đình Âu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân táo bón do cơ thắt cơ mu trực tràng. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang từ 7/2020 – 7/2021. **Đối tượng nghiên cứu:** 30 bệnh nhân được chẩn đoán táo bón do cơ thắt cơ mu trực tràng được thăm khám lâm sàng và chụp cộng hưởng từ động học sàn chậu tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Có 16 nữ, 14 nam độ tuổi trung bình là 46,4 ± 16,8. Rặn, gắng sức khi đi đại tiện lớn hơn ¼ số lần là triệu chứng phổ biến nhất với 96,67%. Tỷ lệ triệu chứng phân vón cục lớn nhón hoặc cứng và cần sự trợ giúp khi đi đại tiện lần lượt là 93,33% và 86,67% với điểm Rome IV để đánh giá táo bón trung bình là 4,17 ± 1,085. Có sự khác biệt đáng kể về các số đo của góc hậu môn trực tràng (ARA), độ hạ sàn chậu (M), độ mở ống hậu môn, chiều dài (H) và độ dày của cơ mu trực tràng qua các thì nghỉ, valsava, tổng phân phù hợp những đặc điểm của bệnh lý cơ thắt cơ mu trực tràng. **Kết luận:** Cộng hưởng từ động học sàn chậu đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán táo bón do cơ thắt cơ mu trực tràng.

Từ khóa: cơ thắt cơ mu trực tràng, cộng hưởng từ động học sàn chậu, táo bón, Rome IV

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND MAGNETIC RESONANCE DEFECOGRAPHY IN PATIENTS WITH ANISMUS

Objective: We describe clinical and characteristics dynamic MR defecography in patients with anismus. **Methods:** Describing cross-study from 07/2020 to

07/2021. **Research object:** The patient has been clinically diagnosed as constipation because anismus, who were indicate magnetic resonance defecography at Ha Noi Medical University Hospital. **Results:** This study included 16 females and 14 males; the mean age is 46,4 ± 16,8 years old. Straining more than one – fourth (25%) of during defecations is the most common symptom (96,67%). The prevalence of lumpy or hard stools and manual maneuvers to facilitate is 93,33% and 86,67% with the average Rome IV score for diagnosing constipation is 4,17 ± 1,085. There were significant differences in measurements of length (H) and thickness of the puborectalis muscle, anorectal angle (ARA), pelvic floor descent (M), and anal canal opening cross the phases rest, valsava, and defecation and prolonged defecation time were consistent with the features of anismus pathology. **Conclusion:** constipation because anismus has typical sex, age, and MRI features.

Keywords: MR defecography, constipation, Anismus, Rome IV.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Táo bón là một vấn đề lâm sàng thường gặp, gây ảnh hưởng đến 20% dân số [1] có tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống và gây ra các áp lực về tâm lý đáng kể. Táo bón có nhiều nguyên nhân, tuy nhiên sự phối hợp bất thường dẫn đến giãn không đầy đủ hoặc cơ thắt nghịch lý của các cơ vùng sàn chậu là cơ mu trực tràng và cơ thắt hậu môn khi cố gắng tổng phân trong trực tràng là một nguyên nhân quan trọng [2]. Chẩn đoán táo bón do cơ thắt cơ mu trực tràng được đưa ra dựa trên lâm sàng với các triệu chứng và thang điểm đánh giá riêng nhưng để xác định chính xác nguyên nhân đôi khi còn gặp khó khăn, cần sự hỗ trợ thêm của các phương pháp khác trong đó có chẩn đoán hình ảnh. Chẩn đoán hình ảnh đối với vùng sàn chậu bao

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021

Ngày duyệt bài: 27.8.2021

gồm chụp X- quang động học, siêu âm qua ngà trực tràng- âm đạo, chụp cắt lớp vi tính và chụp CHT động sàn chậu. Tuy nhiên, chụp CHT động sàn chậu là phương pháp thăm khám và đánh giá sàn chậu lý tưởng với nhiều ưu điểm nổi bật giúp đánh giá được đồng thời các khoang chậu trên nhiều mặt cắt, dễ dàng xác định các mốc giải phẫu, tương phản các cấu trúc tạng và mô mềm rõ nét với độ phân giải cao, không xâm lấn, đánh giá sa các tạng trong chậu hông tốt mà không gây nhiễm tia X.

Tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, 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 năm 2020 đến nay. Nhóm bệnh nhân đến với chúng tôi chủ yếu vì nguyên nhân rối loạn đại tiện, trong đó phổ biến nhất là táo bón. Nhận thấy, chẩn đoán bằng cộng hưởng từ với táo bón do co thắt cơ mu trực tràng chưa được đánh giá đầy đủ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng động ở bệnh nhân táo bón do co thắt cơ mu trực tràng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân được khám và chẩn đoán là táo bón do co thắt cơ mu trực tràng trên lâm sàng, được chụp CHT động học sàn chậu đúng kỹ thuật, đồng ý tham gia nghiên cứu đều được đưa vào nghiên cứu. Các bệnh nhân có sa tạng trên lâm sàng, không hợp tác khi chụp hoặc không đủ tiêu chuẩn chụp phim đều bị loại khỏi nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 BN trong thời gian từ tháng 7 năm 2020 đến tháng 7 năm 2021. Bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và chụp MRI động tổng phân để khảo sát các dấu hiệu trực tiếp và gián tiếp của táo bón do co thắt cơ mu trực tràng.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung: 30 bệnh nhân có 16 nữ (53%), 14 nam (47%). Trong số bệnh nhân nữ có 64% sinh thường, cố còn lại (36%) mổ đẻ. Tuổi trung bình $46,4 \pm 16,8$, nhỏ nhất là 16 tuổi, nhiều nhất là 79 tuổi

2. Về lâm sàng: Theo tiêu chuẩn Rome IV, có 29 bệnh nhân phải rặn, gắng sức khi đi đại tiện (96,67%). 28 bệnh nhân có phân vón cục và lớn nhón (93,3%) và 26 bệnh nhân cần sự trợ giúp để đi đại tiện (86,7%). Các dấu hiệu hay gặp khác là đại tiện < 3 lần tuần và cảm giác tắc nghẽn ở hậu môn- trực tràng (đều là 60%)

Khi thăm khám hậu môn trực tràng, thấy có 25 bệnh nhân (83%) có dấu hiệu co thắt cơ mu trực tràng rõ ràng, 5 bệnh nhân (17%) có nghi ngờ nhưng chưa chắc chắn có dấu hiệu co thắt cơ mu trực tràng

3. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ:

Bảng 1: Sự thay đổi góc hậu môn trực tràng (HMTT) giữa thì nghỉ và thì tổng phân (n=30)

Góc HMTT	TB (độ)	SD (độ)	Chênh lệch (độ)	P
Thì nghỉ	97,8	12,57	11,7	< 0,01
Thì tổng phân	86,1	11,04		

Góc HMTT: góc hậu môn trực tràng, SD: độ lệch chuẩn, TB: trung bình.

Nhận xét: Khi không có co thắt cơ mu trực tràng, góc hậu môn ở thì tổng phân > thì nghỉ. Trong nghiên cứu của chúng tôi (n=30), góc hậu môn trực tràng ở thì tổng phân < thì nghỉ và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.01)

Bảng 2: Sự thay đổi chiều dài cơ mu trực tràng (H) qua thì nghỉ và thì tổng phân

Đường H	TB (mm)	SD (mm)	Chênh lệch (mm)	P
Thì nghỉ	49,5	5,6	2,8	0,001
Thì tổng phân	46,7	5,5		

Đường H: chiều dài cơ mu trực tràng, TB: trung bình, SD : độ lệch chuẩn.

Nhận xét: Khi không có co thắt cơ mu trực tràng, chiều dài cơ mu trực tràng (H) ở thì tổng phân > thì nghỉ. Trong nghiên cứu của chúng tôi (n=30), chiều dài cơ mu trực tràng (H) ở thì tổng phân < thì nghỉ và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.05)

Bảng 3: Sự thay đổi độ hạ sàn chậu (M) qua thì nghỉ và thì tổng phân (n=30)

Đường M	TB (mm)	SD (mm)	Chênh lệch (mm)	P
Thì nghỉ	8,9	4,7	4,73	<0,01
Thì tổng phân	16,7	4,0		

Nhận xét: Khi không có co thắt cơ mu trực tràng, độ hạ sàn chậu (M) ở thì tổng phân > thì nghỉ. Trong nghiên cứu của chúng tôi (n=30), độ hạ sàn chậu (M) ở thì tổng phân < thì nghỉ và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.01)

Bảng 4: Sự thay đổi độ dày cơ mu trực tràng ở thì nghỉ và thì valsava (n=30)

Độ dày cơ MTT	TB (mm)	SD	Chênh lệch (mm)	P
Thì nghỉ	4,9	1,6	0,95	0,002
Thì Valsava	5,9	2		

Nhận xét: Khi không có co thắt cơ mu trực tràng, bề dày cơ mu trực tràng ở thì tổng phân <

thì nghi. Trong nghiên cứu của chúng tôi (n=30), bề dày cơ mu trực tràng ở thì tổng phân > thì nghi và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0.002)

Bảng 5: Độ mở ống hậu môn thì tổng phân với (bình thường ≥ 5 mm)

Độ mở ống hậu môn (mm)	Tỷ lệ
≥ 5	13,3%
< 5	86,7%

Nhận xét: Độ mở ống hậu môn trung bình là $2,66 \pm 2,31$ mm, 86,7% số BN có hạn chế mở ống hậu môn thì tổng phân (< 5 mm). 36,67% BN không mở OHM thì tổng phân qua 3 lần chụp

Ngoài ra, dấu hiệu ấn lõm thành sau trực tràng xuất hiện ở 29/ 30 BN chiếm 96,67%. Có 1 trường hợp không có hình ảnh ấn lõm thành sau trực tràng chiếm 3,33%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tất cả các BN trong nghiên cứu đều có thời gian tổng phân kéo dài (> 30 s), trong đó có 36,67% số bệnh nhân cần chụp đến lần thứ 3.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm về dịch tễ: Nghiên cứu được tiến hành trên 30 BN được chẩn đoán là táo bón do tắc nghẽn đường ra không có sa tạng. Trong đó, độ tuổi trung bình là $46.43 \pm 16,802$ tương đồng với độ tuổi có các bệnh lý về sàn chậu với các nghiên cứu khác ở Việt Nam và trên thế giới. Bệnh có xu hướng thường gặp hơn ở những phụ nữ và đã từng sinh thường ít nhất 1 lần với tỉ lệ 64,29%. Nhóm phụ nữ sinh mổ mắc bệnh chiếm 35,71%. Điều này cho thấy điểm tương đồng của cơ thắt cơ mu trực tràng so với những bệnh lý sàn chậu khác là thường gặp ở phụ nữ lớn tuổi đã từng chữa đẻ và sinh con qua ngã âm đạo[3]. Tuy nhiên điểm khác biệt của cơ thắt cơ mu trực tràng là nó cũng gặp ở một phần nhỏ những phụ nữ trẻ chưa có tiền sử sinh nở hoặc nam giới.

4.2 Đặc điểm về lâm sàng. Cũng tương đồng với nghiên cứu của V. Piloni và cộng sự [4] chúng tôi nhận thấy những đặc điểm như rặn, gắng sức khi đại tiện, phân vón cục, lổn nhổn hoặc cứng và cần sự trợ giúp để đi đại tiện > 25% số lần đi ngoài là những đặc điểm thường gặp nhất trong bệnh lý này. Trong khi cảm giác đại tiện không hết phân là triệu chứng ít gặp nhất (chỉ chiếm 23,3%). Điều này hoàn toàn phù hợp với sinh lý và cơ chế bệnh trong trường hợp cơ thắt cơ mu trực tràng đơn độc không kèm theo bệnh lý sa tạng chậu (sa kiểu túi thành trước trực tràng).

4.3 Đặc điểm về hình ảnh. Chúng tôi nhận thấy trên cộng hưởng từ động tổng phân bệnh lý

cơ thắt cơ mu trực tràng có đặc điểm: Theo Steve Halligan, dấu hiệu hình ảnh có giá trị gợi ý cao cho chẩn đoán là thời gian tổng phân thường kéo dài trên 30 giây (giá trị tiên đoán dương là 90%)[5], nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả với tất cả các bệnh nhân có thời gian tổng phân kéo dài > 30 s, trong đó có 36,67% không thể tổng phân ra khỏi trực tràng sau ba lần chụp. Độ mở ống hậu môn hạn chế cũng là nguyên nhân kéo dài thời gian tổng phân. Một dấu hiệu khác nữa là sự thay đổi trái sinh lý của góc hậu môn-trực tràng, số đo góc trong thì rặn tổng phân giảm so với thì tổng phân. Góc càng giảm sẽ tạo ra dấu ấn lõm phía thành sau trực tràng (vị trí bám của của cơ mu-trực tràng) điều này chỉ ra dấu hiệu không dẫn của cơ mu trực tràng khi đại tiện. Chiều dài của cơ mu trực tràng ở thì tổng phân nhỏ hơn thì nghi và độ dày trung bình của cơ mu trực tràng ở thì tổng phân lớn hơn thì nghi cũng là những đặc điểm hình ảnh trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Winnie CW Chu MD[6] Tuy nhiên, cũng trong nghiên cứu của Winnie CW Chu MD, độ hạ sàn chậu của nhóm bệnh nhân có cơ thắt cơ mu trực tràng thay đổi không đáng kể ở thì tổng phân so với thì nghi, trong khi đó ở nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ có 23,3% số bệnh nhân có độ hạ sàn chậu ở thì tổng phân giảm hoặc thay đổi không đáng kể so với thì nghi.

V. KẾT LUẬN

Cơ thắt cơ mu trực tràng là một trong những nguyên nhân hay gặp của táo bón do cản trở đường ra. Do trên lâm sàng bệnh nhân không có biểu hiện sa tạng chậu nên bệnh thường khó chẩn đoán. Khám lâm sàng có thể thấy dấu hiệu cơ thắt cơ mu trực tràng nhưng thường không đặc hiệu, phụ thuộc chủ quan của bác sỹ khám. Chụp cộng hưởng từ động tổng phân có vai trò quan trọng trong chẩn đoán với thời gian tổng phân kéo dài, góc hậu môn trực tràng thay đổi ngược ở thì tổng phân, chiều dài cơ mu trực tràng, độ mở ống hậu môn trái với sinh lý dẫn đến hậu quả không tổng được phân từ trực tràng ra ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Portalatin M, Winstead N (2012). "Medical management of constipation". Clin Colon Rectal Surg, **25** (1), 12-19.
2. Steele S R, Mellgren A (2007). "Constipation and obstructed defecation". Clin Colon Rectal Surg, **20** (2), 110-117.
3. Thức N X, Tâm B T T, Phong; L B H (2018). "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". Điện Quang Việt Nam, **31 (7)**, 79 - 84.
4. Piloni V, Bergamasco M, Melara G, et al (2018). "The clinical value of magnetic resonance defecography in males with obstructed defecation syndrome". Tech Coloproctol, 22 (3), 179-190.
5. Halligan S, Malouf A, Bartram; C I (2001). "Predictive Value of Impaired Evacuation at Proctography in Diagnosing Anismus". AJR, **177** 633 - 636.
6. Chu W C, Tam Y H, Lam W W, et al (2007). "Dynamic MR assessment of the anorectal angle and puborectalis muscle in pediatric patients with anismus: technique and feasibility". J Magn Reson Imaging, **25 (5)**, 1067-1072.

THỰC TRẠNG NHIỄM TRÙNG CATHETER ĐƯỜNG VÀO MẠCH MÁU TRÊN BỆNH NHÂN LỌC MÁU CẤP CỨU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Vũ Thị Trung Anh¹, Mai Thị Hiền²

TÓM TẮT

Nhiễm trùng catheter đường vào mạch máu là biến chứng nguy hiểm và là nguyên nhân tăng tỷ lệ mắc bệnh đáng kể, phải loại bỏ ống thông và tăng tỷ lệ tử vong với bệnh nhân được đặt catheter. Mục tiêu của nghiên cứu là khảo sát tình trạng nhiễm trùng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ nhiễm trùng ở bệnh nhân lọc máu cấp cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả 52 trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng liên quan đến catheter tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2019 đến tháng 3 năm 2021. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình 46,85 ± 20,15 (16-85 tuổi), tỷ lệ nam: nữ là 2,25:1. Nhóm có sốt chiếm 82,7%, nhóm không sốt chiếm 17,3%. TM đùi phải là vị trí nhiễm khuẩn thường gặp nhất khi đặt catheter. Trên lâm sàng hay gặp biểu hiện chảy dịch tại vị trí đặt. Vi khuẩn gây bệnh chủ yếu là *S.aureus*, tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết do *S. aureus* của mẫu nghiên cứu là 28/38 (75,7%). Các yếu tố như giới tính nam, mùa đặt làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn. Các yếu tố như tiền sử bệnh, mức độ thiếu máu, tình trạng dinh dưỡng không làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết của bệnh nhân. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter chiếm 75,7%, chủ yếu là *S. aureus*. Nhiễm trùng liên quan đến catheter trên bệnh nhân lọc máu cấp cứu có thể ở bất cứ lứa tuổi nào, thường gặp ở nam. Các yếu tố như thời gian đặt, mùa đặt làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn. Cần chú ý hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh và chăm sóc catheter khi có catheter lọc máu.

Từ khóa: Nhiễm trùng liên quan đến catheter, lọc máu.

SUMMARY

CATHETER ASSOCIATED VASCULAR ACCESS INFECTIONS STATUS IN ACUTE HEMODIALYSIS PATIENTS AND SOME RELATED FACTORS

Catheter vascular access infections are serious

complication and a significant cause of morbidity and mortality for HD patients. The aims of the study were to evaluate catheter – related infections and to identify some factors related to increase the catheter – related infections in acute hemodialysis patients. **Subjects and methods:** Described 52 cases at high risk of catheter – related infections in Bach Mai hospital from March 2019 to March 2021. **Results:** The mean age: 46,85 ± 20,15 years (16-85 years), The ratio of males to females is 2,25:1. Group with fever sign is 82,7%, group with non-fever sign 17,3%. The most common site of infection is the right femoral venous catheter. The most common manifestation is drainage from the exit site. The most frequent pathogens identified were *S. aureus*. The rate of catheter – related bloodstream infections are 28/38 (75,7%). For male sex and season to outureteral stent were significant risk factors for the development of catheter – related infections. **Conclusions:** The rate of Catheter-related bloodstream infections accounted for 75.7%, mostly is *S. aureus*. Catheter-related infections in HD patients can occur at any age, and are more common in males. The rate of Catheter-related infections accounted for 75.7%, mostly is *S. aureus*. For male sex and season to outureteral stent were significant risk factors for the development of catheter – related infections. Patients should be instructed catheter cleaning and monitoring in the dialysis care process.

Keywords: catheter related infections, hemodialysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt catheter vào các tĩnh mạch trung tâm (TMĐT) để lọc máu vừa là đường vào tạm thời, vừa là đường vào lâu dài với 1 số trường hợp không làm được nối thông động tĩnh mạch. Nhiễm trùng là biến chứng nguy hiểm và đe dọa đến tính mạng của việc đặt catheter vào mạch máu và là nguyên nhân tăng tỷ lệ mắc bệnh đáng kể, phải loại bỏ ống thông và tăng tỷ lệ tử vong [1], ở Hoa Kỳ có thể quy cho tỷ lệ tử vong từ 12% đến 25% [2]. Tình trạng, đặc điểm nhiễm trùng catheter cũng thay đổi theo địa lý và thời gian. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Thực trạng nhiễm trùng catheter

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Tt Thận - tiết niệu và lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Trung Anh

Email: Singum95@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2021

Ngày duyệt bài: 26.8.2021