

- Tâm.** Kết quả và chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung toàn phần do bệnh lý u xơ tử cung. Tạp chí Phụ Sản. 2016. 14(3), 110-117. doi:<https://doi.org/10.46755/vjog.2016.3.759>.
4. **Bộ Y tế.** Quyết định số 1377/QĐ-BYT Về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Phụ Sản. Văn phòng Bộ Y tế. 2013.
 5. **Thủy Hoàng Thị Thanh, Đạt Đỗ Tuấn.** Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân u xơ tử cung có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022. 516(1), 118-122. doi:<https://doi.org/10.51298/vmj.v516i1.2966>.
 6. **Hà Văn Huy, Nguyễn Việt Trung, Mai Trọng Hưng, Lê Thị Văn Trang.** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt tử cung điều trị u xơ tử cung kích thước lớn tại Bệnh viện Quân y 103. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023. 524(2), 4-8. doi:<https://doi.org/10.51298/vmj.v524i2.4698>.
 7. **Hùng Mai Thị, Trần Thị Trúc Vân.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm, và đánh giá kết quả điều trị u xơ tử cung bằng cắt tử cung toàn phần nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023. (66), 8-14. doi:<https://doi.org/10.58490/ctump.2023i66.1387>.
 8. **Đỗ Tuấn Đạt, Nguyễn Duy Hưng, Đặng Hồng Hải.** Nhận xét kết quả phẫu thuật của bệnh nhân u xơ tử cung có chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023. 526(1B), 125-128. doi:<https://doi.org/10.51298/vmj.v526i1B.5425>.
 9. **Lin L., Ma H., Wang J., Guan H., Yang M., et al.** Quality of Life, Adverse Events, and Reintervention Outcomes after Laparoscopic Radiofrequency Ablation for Symptomatic Uterine Fibroids: A Meta-Analysis. J Minim Invasive Gynecol. 2019. 26(3), 409-416. doi:10.1016/j.jmig.2018.09.772.
 10. **Tống Kim Ngân, Nguyễn Thị Bình, Nguyễn Văn Quang, Nguyễn Thị Ngọc Lan.** Kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ bằng phẫu thuật nội soi tại Khoa Sản, Bệnh viện A Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022. 511(2), 270-273. doi:<https://doi.org/10.51298/vmj.v511i2.2173>.

KẾT QUẢ ĐO ÁP LỰC HẬU MÔN TRỰC TRĂNG PHÂN GIẢI CAO VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG HỌC TRÊN BỆNH NHÂN TÁO BÓN CHỨC NĂNG MẠN TÍNH

Nguyễn Trung Tín^{1,2}, Ngô Thế Vinh¹,
Lưu Hiếu Nghĩa¹, Nguyễn Đức Minh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: MRI động học sàn chậu (DP-MRI) và đo áp lực hậu môn trực tràng độ phân giải cao (HR-ARM) là các phương tiện chẩn đoán táo bón chức năng mạn tính. Nghiên cứu này nhằm mục đích xác định mối tương quan giữa các thông số đo của HR-ARM với các kết quả DP-MRI trên bệnh nhân táo bón chức năng mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là một nghiên cứu hồi cứu trên các bệnh nhân nữ táo bón được thực hiện đồng thời HR-ARM và DP-MRI. Nghiên cứu tập trung vào các thông số HR-ARM và các kết quả DP-MRI quan trọng như: sa sàn chậu ≥ 6 cm, sa trực tràng kiểu túi ≥ 3 m. Phân tích thống kê được thực hiện qua việc sử dụng phép kiểm hệ số tương quan Pearson giữa các thông số HR-ARM với mức độ sa sàn chậu sau và kích thước túi sa trực tràng. **Kết quả:** Dữ liệu của 63 bệnh nhân nữ táo bón chức năng mạn tính, đã được thực hiện đồng thời HR-ARM và DP-MRI, được đưa vào phân tích. Tất cả bệnh nhân nữ tuổi từ 18 – 78 tuổi và tuổi trung vị là 49. Trung vị kích thước túi sa trực tràng kiểu túi là 3,2

cm (nhỏ nhất 0 cm – lớn nhất 5,6 cm). Mức độ đi xuống trung vị của sàn chậu sau khi rặn 4,7 cm (nhỏ nhất 1,2 – lớn nhất 8,3 cm). Nghiên cứu phát hiện tương quan có ý nghĩa thống kê giữa kích thước túi sa trực tràng với áp lực hậu môn khi rặn ($r = -0,29$; $p = 0,019$) và áp lực trực tràng khi rặn ($r = -0,27$; $p = 0,034$). Kết quả phân tích thống kê cũng cho thấy có mối tương quan giữa mức độ sa của sàn chậu sau với áp lực hậu môn khi rặn ($r = -0,40$; $p = 0,001$) và áp lực trực tràng khi rặn ($r = -0,41$; $p = 0,001$). **Kết luận:** Nghiên cứu phát hiện tương quan nghịch chiều có ý nghĩa thống kê giữa kích thước túi sa trực tràng và mức độ đi xuống của sàn chậu sau khi rặn với áp lực trực tràng và áp lực hậu môn khi rặn.

Từ khóa: Táo bón chức năng mạn tính, Sa trực tràng kiểu túi, Áp lực hậu môn – trực tràng phân giải cao, Cộng hưởng từ động học sàn chậu.

SUMMARY

THE RESULTS OF HIGH-RESOLUTION ANORECTAL MANOMETRY AND DYNAMIC PELVIC MAGNETIC RESONANCE IMAGING ON PATIENTS WITH CHRONIC FUNCTIONAL CONSTIPATION

Introduction: Dynamic pelvic magnetic resonance imaging (DP-MRI) and high-resolution anorectal manometry (HR-ARM) are diagnostic methodologies for chronic functional constipation. The aim of this study is to determine whether high-resolution anorectal manometry (HR-ARM) correlates

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

²Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Tín

Email: tin.nt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 16.6.2025

with findings on DP-MRI. **Methods:** This research is a retrospective study of HR-ARM performed on patients with constipation caused by rectocele, who also underwent DP-MRI. Studies were reviewed for the parameters of HR-ARM and significant findings of DP-MRI including posterior pelvic prolapse ≥ 6 cm and rectocele ≥ 3 cm. Statistical analysis was performed using Pearson's correlation coefficients to find out the correlation between parameters of HD-MRI with the descending of posterior pelvic floor and size of rectocele. **Results:** Sixty-three female patients (median age 49, range 18 – 78 years) with functional chronic constipation undergoing HR-ARM also underwent DP-MRI. The median of rectocele size was 3,2 cm (range, 0cm – 5,6cm). The median of descending of posterior pelvic floor was 4,7 cm (range, 1,2 – 8,3cm). The analysis found out the significant correlation between size of rectocele with anal pressure ($r = -0,29$; $p = 0,019$) and rectal pressure ($r = -0,27$; $p = 0,034$) at straining. The correlations between pelvic floor descending with anal pressure ($r = -0,40$; $p = 0,001$) and rectal pressure at straining ($r = -0,41$; $p = 0,001$) were also significant. **Conclusions:** There were significantly negative correlation between the intrarectal pressure and anal pressure at straining and rectocele size. There were significantly negative correlations between the prolapse of pelvic floor and straining anal pressure or straining anal pressure as well.

Keywords: Chronic functional constipation, Rectocele, Dynamic pelvic magnetic resonance imaging, High resolution anorectal manometry.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Táo bón chức năng mạn tính do nguyên nhân rối loạn chức năng sàn chậu có đặc trưng là tổng phân khó khi đại tiện. Sinh lý bệnh của nguyên nhân táo bón này có thể là do rối loạn hiệp đồng của các cơ sàn chậu (như cơ thắt nghịch lý của cơ thắt hậu môn hay cơ mu trực tràng) hoặc do vấn đề về cấu trúc của tạng chậu gây tổng phân khó (như sa trực tràng kiểu túi) [2].

Các nghiệm pháp đánh giá chức năng của hậu môn có vai trò quan trọng trong thu thập thông tin về sinh lý bệnh của các rối loạn chức năng, từ đó có thể đưa ra chẩn đoán chính xác và chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp. Hiện nay, HR-ARM được sử dụng để xác định áp lực hậu môn trực tràng và được xem như là một trong những phương pháp chẩn đoán được sử dụng hàng đầu cho những bệnh nhân rối loạn tổng phân chức năng [7].

Bên cạnh đó, còn có phương pháp chụp cộng hưởng từ động học sàn chậu (DP-MRI) giúp cung cấp thông tin về chức năng trong lúc tổng phân và mức độ bất thường của sàn chậu. DP-MRI có sự đồng thuận cao giữa những người đọc kết quả và đồng thuận cao với thăm khám lâm sàng, ngoài ra còn có thể bổ sung thêm các chẩn đoán mới cho lâm sàng [6].

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm xác định mối tương quan giữa kết quả HR-ARM và DP-MRI trên những bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thu thập dữ liệu của 63 nữ bệnh nhân táo bón mạn tính theo tiêu chí ROME IV được thực hiện đồng thời HR-ARM và DP-MRI trong thời gian từ năm 2019 - 2021.

Tiêu chí chọn vào: bệnh nhân nữ từ 18 tuổi trở lên.

Tiêu chí loại trừ: nghiên cứu không phân tích dữ liệu các trường hợp bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật ở hậu môn – trực tràng, ung thư trực tràng, viêm đại trực tràng và bệnh trĩ độ III, IV hay có kích thước búi trĩ lớn.

Phương pháp thực hiện. Tất cả bệnh nhân được thực hiện HR-ARM và chụp DP-MRI.

Máy sử dụng là máy đo áp lực hậu môn trực tràng độ phân giải cao với ống thông đo áp lực hậu môn trực tràng (Isolab HR, Đức) có 8 nút cảm biến và khoảng cách các nút cảm biến 1cm, trong đó 5 nút cảm biến được đặt vào trong hậu môn và 2 cảm biến được đặt trong bóng trực tràng. Các thông số áp lực hậu môn trực tràng được ghi nhận bao gồm: áp lực hậu môn khi nghỉ, lúc nhú, lúc rặn và áp lực trực tràng khi rặn, mức phần trăm giãn của hậu môn khi rặn, ngưỡng cảm giác đầu tiên với bóng, ngưỡng cảm giác hằng định và ngưỡng cảm giác mắc cầu gập của trực tràng. Mức độ giãn hậu môn khi rặn so với lúc nghỉ được gọi là bình thường khi tỷ lệ giãn ít nhất 20% trở lên [3].

Hệ thống máy MRI tại bệnh viện Đại học Y Dược Tp HCM là máy khoảng kín Avento 1,5 Tesla (Siemens, Đức), đường kính khoảng máy là 60cm. DP-MRI được thực hiện với bệnh nhân được đặt tư thế nằm ngửa đầu cao và gối gập.

Các kết quả về tổn thương cấu trúc trên DP-MRI cần quan tâm bao gồm: mức độ sa sàn chậu sau và kích thước túi sa trực tràng kiểu túi.

Túi sa trực tràng được phân loại là lớn khi kích thước túi sa ≥ 3 cm [5], các trường hợp túi sa từ 2 - < 3cm được phân loại là kích thước túi sa nhỏ và < 2cm được xem như bệnh nhân táo bón chức năng không có sa trực tràng kiểu túi.

Sa sàn chậu được phân độ nhẹ và trung bình khi dưới đường mu cụt < 6 cm và nặng khi dưới đường mu cụt ≥ 6 cm. Góc hậu môn trực tràng lúc nghỉ và khi rặn cũng được ghi nhận.

Giá trị trung vị được tính cho tất cả các biến số định lượng, phân tích thống kê được thực hiện qua việc sử dụng các phép kiểm hệ số tương quan Pearson.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. 72 bệnh nhân nữ táo bón mạn tính được thực hiện HR-ARM và MRI động học sàn chậu tại khoa Hậu môn – Trực tràng và khoa Chẩn đoán – Hình ảnh bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. 9 bệnh nhân không có đầy đủ kết quả HR-ARM và MRI động học sàn chậu nên không được đưa vào phân tích dữ liệu. Như vậy có 63 bệnh nhân nữ táo bón chức năng mạn tính được đưa dữ liệu vào phân tích với các kết quả như sau:

Tuổi trung vị của bệnh nhân là 49 tuổi (khoảng tuổi từ 18 đến 78 tuổi), tuổi trung bình là $48,4 \pm 13,8$ tuổi. Bệnh nhân trong nhóm tuổi từ 40 – 60 tuổi trở lên bao gồm 31 bệnh nhân (49,2%).

Bảng 1: Đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm	Tần xuất (%)
Sanh ngã âm đạo	57 (90,5)
Chưa sanh lần nào	06 (09,5)
Táo bón ≥ 12 tháng	59 (93,6)
Dùng thuốc nhuận tràng	35 (55,5)
Trợ giúp đi cầu bằng ngón tay	18 (28,6)
Đi cầu không hết phân	14 (22,2)
Đi cầu phân nhỏ cứng	18 (28,6)

Phần lớn bệnh nhân có sanh qua ngã âm đạo chiếm 57/63 trường hợp (90,5%) và 6 bệnh nhân còn lại chưa sanh lần nào (9,5%). Đa số bệnh nhân có thời gian táo bón từ 12 tháng trở lên, chiếm 59/63 bệnh nhân (93,6%). Tất cả bệnh nhân có số lần đi cầu ≤ 2 lần trong 1 tuần. Hơn phân nửa bệnh nhân (35 bệnh nhân hay 55,5%) phải dùng thuốc nhuận tràng hay thuốc xổ khi đi cầu. 18 bệnh nhân (28,6%) phải trợ giúp đi cầu bằng cách dùng ngón tay đẩy phẳng túi sa trực tràng trong âm đạo hay móc phân trong trực tràng. 14 bệnh nhân (22,2%) đi cầu không hết phân hay có cảm giác hậu môn – trực tràng vẫn còn đầy sau khi đi cầu. 18 bệnh nhân (28,6%) đi cầu phân nhỏ như “phân dê”.

Kết quả đo áp lực hậu môn – trực tràng phân giải cao. Các kết quả HR-ARM được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2: Kết quả đo áp lực hậu môn – trực tràng

Các thông số	Trung vị (nhỏ nhất – lớn nhất)
Áp lực hậu môn lúc nghỉ (mmHg)	66,1 (2,5–127,0)
Áp lực hậu môn khi nhứu (mmHg)	147,8 (26,4–339,0)
Áp lực hậu môn khi rặn (mmHg)	70,8 (10,5–188,2)
Mức độ giãn hậu môn (%)	19,7 (-89,9–380,4)
Áp lực trực tràng khi rặn	101,5 (8,6–405,9)

(mmHg)	
Cảm giác đầu tiên của trực tràng (ml)	60,0 (6,0–180,0)
Cảm giác hằng định của trực tràng (ml)	110,0 (60,0–200,0)
Cảm giác đi tiêu gấp của trực tràng (ml)	146,7 (70,0–210,0)

Trung vị áp lực hậu môn khi nghỉ là 66,1 mmHg (nhỏ nhất 2,5 – lớn nhất 127,0 mmHg). Trung vị mức độ giãn của hậu môn khi rặn tổng phân là 19,7% (nhỏ nhất -89,9 và lớn nhất 380,4%). Trong đó chỉ có 9 bệnh nhân (14,3%) hậu môn giãn bình thường khi rặn, 11 bệnh nhân (17,5%) hậu môn không giãn và còn lại 43 bệnh nhân (68,3%) hậu môn tăng co thắt khi rặn tổng phân.

Áp lực trung vị của trực tràng khi rặn là 101,5 mmHg (nhỏ nhất 8,6 – lớn nhất 405,9 mmHg).

Kết quả cộng hưởng từ động học sàn chậu. DP-MRI sàn chậu cho các kết quả về tổn thương cấu trúc sàn chậu và tạng chậu như sau:

Kích thước trung vị túi sa trực tràng kiểu túi là 3,2 cm (nhỏ nhất 0 – lớn nhất 5,6 cm).

Bảng 3: Mức độ hạ xuống của sàn chậu khi rặn

Mức độ hạ xuống	Tần xuất (%)
1,2 – 2,9 cm	6 (9,5)
3 – 5,9 cm	50 (79,4)
≥ 6 cm	7 (11,1)

Mức độ sàn chậu đi xuống khi rặn so với đường mu cụt được xác định bằng khoảng cách từ góc hậu môn trực tràng đến đường này, khi rặn tối đa khoảng cách trung vị là 4,7 cm (nhỏ nhất 1,2 cm – lớn nhất 8,3 cm). Như vậy không có trường hợp nào sàn chậu không đi xuống khi rặn và số trường hợp sa sàn chậu nặng ≥ 6 cm là 7/63 trường hợp (11,1%).

Trung vị góc hậu môn – trực tràng khi nghỉ là 94° (nhỏ nhất 71° – lớn nhất 123°) và khi rặn tổng phân là 124° (nhỏ nhất 68° – lớn nhất 148°). Góc hậu môn – trực tràng tù khi rặn $\geq 120^\circ$ chiếm 41/63 trường hợp (65,1%).

Bảng 4: Kết quả cộng hưởng từ động học sàn chậu

Các thông số	Trung vị (lớn nhất – nhỏ nhất)
Chiều dài ống HM khi rặn (cm)	1,8 (0,5 – 2,7)
Góc hậu môn – trực tràng lúc nghỉ	94° (71° – 123°)
Góc hậu môn – trực tràng khi rặn	124° (68° – 148°)
Đường H lúc nghỉ (cm)	4,1 (2,6 – 6,0)
Đường H khi rặn (cm)	6,6 (2,7 – 9,3)

Túi sa trực tràng (cm)	3,2 (0,0 – 5,6)
Sàn chậu lúc nghỉ (cm)	1,5 (0,0 – 4,8)
Sàn chậu khi rặn (cm)	4,7 (1,2 – 8,3)

Tương quan giữa kết quả áp lực HM-TT và kết quả MRI động học sàn chậu. Kết quả trong bảng 5 cho thấy một số mối tương quan giữa kích thước túi sa trực tràng và kết quả đo áp lực hậu môn - trực tràng. Trong đó, kích thước túi sa trực tràng có mối tương quan nghịch chiều áp lực hậu môn khi rặn và áp lực trực tràng với hệ số tương quan Pearson lần lượt là $r = -0,29$ ($p = 0,019$) và $r = -0,27$ ($p = 0,034$). Hệ số tương quan âm tính cho thấy túi sa trực tràng càng lớn thì sẽ ảnh hưởng làm giảm áp lực trong trực tràng và áp lực ở hậu môn khi rặn.

Bảng 5: Tương quan giữa các kết quả áp lực HM – TT và kích thước túi sa trực tràng

Thông số áp lực HM – TT	Sa trực tràng kiểu túi Hệ số r (giá trị p)
Áp lực hậu môn khi rặn	- 0,29 ($p = 0,019$)
Áp lực trực tràng khi rặn	-0,27 ($p = 0,034$)

Tương tự, kết quả bảng 6 phân tích thống kê cho thấy có mối tương quan giữa mức độ sa của sàn chậu sau với áp lực hậu môn khi nhú ($r = -0,27$; $p = 0,034$) và áp lực hậu môn khi rặn với $r = -0,40$ ($p = 0,001$). Ngoài ra trong nghiên cứu cũng phát hiện mối tương quan nghịch chiều giữa thông số áp lực trực tràng khi rặn và mức độ sa của sàn chậu: $r = -0,41$ ($p = 0,001$).

Bảng 6: Tương quan giữa các kết quả áp lực HM – TT và mức độ sa sàn chậu

Thông số áp lực HM – TT	Sa sàn chậu Hệ số r (giá trị p)
Áp lực hậu môn khi nhú	-0,27 ($p = 0,034$)
Áp lực hậu môn khi rặn	-0,40 ($p = 0,001$)
Áp lực trực tràng khi rặn	- 0,41 ($p = 0,001$)

IV. BÀN LUẬN

Cộng hưởng từ động học sàn chậu (DP-MRI) cung cấp nhiều thông tin về chức năng và cấu trúc của sàn chậu và tạng chậu. Trong thực tế, dù táo bón là một bệnh lý thường gặp nhưng không phải tất cả các trường hợp đều được thực hiện MRI động học sàn chậu do điều kiện cơ sở vật chất mỗi nơi khác nhau. Hiện nay trên thế giới, nhiều trung tâm sử dụng HR-ARM như một phương tiện chẩn đoán đầu tay cho các trường hợp táo bón kháng trị với các phương pháp điều trị không phải phẫu thuật như: thay đổi hành vi, chế độ ăn và thuốc [5]. Kỳ vọng về HR-ARM là các kết quả đạt được từ đo áp lực hậu môn – trực tràng có thể tiên đoán được các thương tổn cấu trúc được thể hiện trên chẩn đoán hình ảnh DP-MRI. Từ các kết quả này, chúng ta có thể đưa ra

quyết định phẫu thuật điều trị cho bệnh nhân táo bón mạn tính kháng trị với điều trị nội khoa.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi phát hiện mối tương quan giữa áp lực hậu môn và áp lực trực tràng khi rặn với kích thước túi sa trực tràng và độ đi xuống của sàn chậu khi rặn, các mối tương quan này đều là nghịch chiều. Điều này cho thấy khi khi rặn sàn chậu đi xuống càng nhiều hay kích thước túi sa trực tràng trên DP-MRI càng lớn thì áp lực trực tràng và áp lực hậu môn khi rặn càng nhỏ. Đồng thời khi khảo sát mối tương quan giữa các thông số của HR-ARM và DP-MRI, chúng tôi cũng phát hiện ra mức độ đi xuống của sàn chậu cũng có tương quan nghịch chiều với áp lực hậu môn khi nhú ($r = -0,27$, $p=0,034$).

Điều này có khác biệt với nghiên cứu của Jodorkovsky và cộng sự (2014) trên 23 bệnh nhân táo bón mạn tính được thực hiện đồng thời HR-ARM và DP-MRI trong đó chỉ có 8 bệnh nhân có sa trực tràng kiểu túi [5]. Các tác giả tìm thấy mối tương quan thuận yếu giữa áp lực trực tràng khi rặn tổng phân với kích thước của túi sa trực tràng và mức độ sa của sàn chậu sau. Tuy vậy, các tác giả không lý giải được sinh lý của mối liên quan này. Các tác giả giả thiết rằng áp lực trong trực tràng khi rặn gia tăng là do một cơ chế bù trừ cho "hội chứng tắc nghẽn đường ra" do tổn thương hay khiếm khuyết cấu trúc sàn chậu và tạng chậu.

Trong một nghiên cứu khảo sát bằng DP-MRI bao gồm 41 bệnh nhân chứng, mức độ hạ xuống của đáy chậu là 3,3 cm, nhưng bệnh nhân không biểu hiện triệu chứng, điều này có thể cho thấy biểu hiện sa sàn chậu trên DP-MRI là dương tính giả và nghiên cứu này cũng không đề cập đến sa trực tràng kiểu túi [1]. Một nghiên cứu của tác giả Goh và cộng sự cho thấy góc HM – TT lúc nghỉ trung bình là 0° và kích thước túi sa trực tràng chỉ 1,1 cm khi rặn tổng phân. Đồng thời, tác giả cũng không phát hiện trường hợp nào có sa trực tràng kiểu túi > 3 cm trong nghiên cứu của mình [4]. Trong nghiên cứu của tác giả Jodorkovsky, hơn phân nửa bệnh nhân có mức độ sa sàn chậu nặng > 6 cm và 1/3 các trường hợp túi sa trực tràng > 3 cm, đây đều là các trường hợp mà các thầy thuốc quan tâm, tuy nhiên tác giả cho rằng cần phải phân biệt các kết quả DP-MRI có ý nghĩa lâm sàng với các phát hiện tình cờ.

Điều quan trọng là, trong khi chúng ta nghiên cứu để xác định mối tương quan giữa HR-ARM và DP-MRI để sử dụng một cách có hiệu quả các kỹ thuật hiện đại sẵn có, các nghiên cứu đều cho thấy HR-ARM và DP-MRI có tác dụng bổ

trợ cho nhau. Bản thân HR-ARM không thể tiên đoán được kích thước của túi sa trực tràng hay mức độ sa sàn chậu trên DP-MRI. Do đó, trong các trường hợp bệnh nhân táo bón hay rối loạn đại tiện chức năng, ngoài HR-ARM, thầy thuốc cũng cần phải thực hiện DP-MRI để xác định các tổn thương về cấu trúc của các tạng chậu và sàn chậu, đặc biệt là sa trực tràng kiểu túi và sa sàn chậu.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong nhóm dân số nghiên cứu này, kích thước túi sa trực tràng và mức độ đi xuống của sàn chậu có mối tương quan nghịch chiều với áp lực hậu môn và áp lực hậu môn - trực tràng khi rặn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bharucha AE, Fletcher JG, Seide B, Riederer SJ, Zinsmeister AR.** Phenotypic variation in functional disorders of defecation. *Gastroenterology*, 2005, 128: 1199–1210. doi: 10.1053/j.gastro.2005.03.021
2. **Bharucha AE, Wald AM.** Anorectal disorders. *American Journal of Gastroenterology*, 2010, 105: 786–794. doi: 10.1038/ajg.2010.70

3. **Bordeianou LG, Carmichael JC, Paquette IM, et al.** Consensus statement of definitions for anorectal physiology testing and pelvic floor terminology (revised). *Diseases of the Colon & Rectum*, 2018, 61(4): 421–427. doi: 10.1097/DCR.0000000000001070
4. **Goh V, Halligan S, Kaplan G, Healy J, Bartram CI.** Dynamic MR imaging of the pelvic floor in asymptomatic subjects. *American Journal of Roentgenology*, 2000, 174: 661–666. doi: 10.2214/ajr.174.3.1740661
5. **Jodorkovsky D, Macura KJ, Gearhart SL, et al.** High-resolution anorectal manometry and dynamic pelvic magnetic resonance imaging are complementary technologies. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2015, 30(1): 71–74. doi: 10.1111/jgh.12697
6. **Kruijth RH, Delemarre JB, Doornbos J, Vogel HJ.** Normal anorectum: dynamic MR imaging anatomy. *Radiology*, 1991, 179: 159–163. doi: 10.1148/radiology.179.1.2006269
7. **Zhao Y, Ren X, Qiao W, et al.** High-resolution anorectal manometry in the diagnosis of functional defecation disorder in patients with functional constipation: a retrospective cohort study. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 2019, 25(2): 250. doi: 10.5056/jnm18032

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÔ BÀO VÀ NHIỄM KHUẨN DA TẠI CẦN THƠ

Lạc Thị Kim Ngân¹, Nguyễn Tấn Hiệp¹, Lê Thị Minh Thư¹,
Nguyễn Thị Như Bình¹, Nguyễn Thị Như Huỳnh¹, Trần Gia Hưng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm mô bào và nhiễm khuẩn da là một bệnh nhiễm trùng da và mô mềm thường gặp do vi khuẩn gây viêm cấp tính tại lớp hạ bì và mô dưới da xung quanh. Điều trị bệnh lý này luôn được quan tâm và hiện còn ít nghiên cứu về vấn đề này. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của viêm mô bào và nhiễm khuẩn da tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ, bao gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mô bào và nhiễm khuẩn da từ tháng 6/2024 đến 10/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy viêm mô bào và nhiễm khuẩn da chủ yếu xảy ra ở nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi (54,7%), nam giới chiếm đa số (61,3%), phần lớn làm công nhân (58,1%) và có BMI thừa cân (54,8%). Về lâm sàng, các bệnh nhân nhập viện thường có sốt nhẹ, tổn thương chủ yếu ở chi dưới (67,7%), kèm mủ

(67,7%) và đau nhức. Điều trị bằng kháng sinh cho kết quả khả quan, với 100% bệnh nhân giảm số lượng viêm từ 80-100% và 93,5% đáp ứng tốt. Thời gian điều trị trung bình dưới 14 ngày. **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng của viêm mô bào và nhiễm khuẩn da biểu hiện qua tổn thương tại chi dưới, kèm theo các triệu chứng như sưng đỏ, đau nhức và sự xuất hiện của mủ. Hiệu quả điều trị bằng kháng sinh được ghi nhận tích cực, với hầu hết bệnh nhân đáp ứng tốt và hồi phục nhanh. **Từ khóa:** đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị, viêm mô bào, nhiễm khuẩn da

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, TREATMENT RESULTS OF CELLULITIS AND SKIN INFECTIONS AT CAN THO

Introduction: Cellulitis and skin infections are a common bacterial infection of the skin and soft tissue that causes acute inflammation in the dermis and surrounding subcutaneous tissue. Treatment of this condition has always been of concern and there is currently little research on this issue. **Objective:** Describe the clinical characteristics and evaluate the treatment results of cellulitis and skin infections at Can Tho City Dermatology Hospital in 2024. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study at Can Tho City Dermatology Hospital, including 31

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lạc Thị Kim Ngân

Email: ltkngan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 18.6.2025