

- technique of the supraorbital key-hole craniotomy. Surg Neurol. 2003;59(3):223-227. doi:10.1016/S0090-3019(02)01037-6
5. **Kabil MS, Shahinian HK.** Application of the supraorbital endoscopic approach to tumors of the anterior cranial base. J Craniofac Surg. 2005;16(6):1070-1074; discussion 1075. doi:10.1097/01.scs.0000198624.46501.e0
 6. **Krause F.** Chirurgie Des Gehirns Und Rückenmarks Nach Eigenen Erfahrungen. Berlin: Urban & Schwarzenberg; 1908.
 7. **Fries G, Perneczky A.** Endoscope-assisted Brain Surgery: Part 2—Analysis of 380 Procedures. Neurosurgery. 1998;42(2):226-231. doi:10.1097/00006123-199802000-00008
 8. **Reisch R, Perneczky A.** Ten-year Experience with the Supraorbital Subfrontal Approach through an Eyebrow Skin Incision. Oper Neurosurg. 2005;57(suppl 4):ONS-242-ONS-255. doi:10.1227/01.NEU.0000178353.42777.2C

HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ BỆNH VIÊM TỦY CẮT NGANG CẤP Ở TRẺ EM

Hà Thị Liễu¹, Cao Vũ Hùng², Đỗ Thanh Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) của bệnh viêm tủy cắt ngang cấp ở trẻ em. **Phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 47 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian 5 năm, từ 1/6/2018 đến 31/05/2023. **Kết quả:** 47 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn. Tuổi trung bình khi khởi phát bệnh là $8,3 \pm 4,3$ tuổi, tỷ lệ nữ/ nam là 1/1,61. Thời gian trung bình từ khi khởi phát triệu chứng đến khi chụp cộng hưởng từ cột sống là 5 ngày. CHT cột sống cho thấy tổn thương tủy kéo dài trung bình $8,1 \pm 5,5$ đốt sống, phần lớn tổn thương tủy lan rộng dọc (91,5%) với vị trí hay gặp nhất là tủy cổ. Tổn thương đặc trưng của viêm tủy cắt ngang cấp trên CHT cột sống: tăng tín hiệu trên xung T2W (95,7%), ngấm thuốc đối quang từ (57,8%). CHT sọ não cho thấy 23% bệnh nhân có tổn thương không đặc hiệu. **Kết luận:** CHT cột sống là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có độ chính xác cao nhất trong chẩn đoán bệnh viêm tủy cắt ngang cấp ở trẻ em: xác định vị trí, mức độ lan rộng của tổn thương giúp bác sĩ lâm sàng định hướng chẩn đoán, tiên lượng bệnh, có kế hoạch theo dõi lâu dài. **Từ khóa:** CHT cột sống, viêm tủy cắt ngang cấp, trẻ em.

SUMMARY

MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEARUTES OF ACUTE TRANSVERSE MYELITIS IN CHILDREN

Objectives: Describe magnetic resonance imaging (MRI) of acute transverse myelitis in children. **Method:** This is a cross-sectional study including 47 patients with acute transverse myelitis in the Neurology Centre of National Children's Hospital from

June 1st 2018 to May 31st 2023. **Results:** 47 patients met the study criteria. Mean age of onset was 8.3 ± 4.3 , female/ male ratio was 1/1.61. The mean interval between symptom onset and the spinal magnetic resonance imaging was 5 days. Spinal MRI showed that mean length of individual spinal lesions was 8.1 ± 5.5 , a majority (91.5%) had longitudinally extensive transverse myelitis, the most frequently involved region was the cervical spine. Characteristic lesions of acute transverse myelitis on spinal MRI: T2W hyperintensity (95.7%), gadolinium enhancement (57.8%). Asymptomatic brain MRI lesions showed 23% patients. **Conclusion:** Spinal MRI is the most accurate imaging method in diagnosing acute transverse myelitis in children: determining the location, extent of the lesions to help the doctors to have diagnosis, prognosis of disease progression and plans for long-term follow-up. **Keywords:** spinal MRI, acute transverse myelitis, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tủy cắt ngang cấp ở trẻ em là một bệnh lý hiếm gặp, thuộc nhóm bệnh hủy myelin mắc phải của hệ thần kinh trung ương. Bệnh đặc trưng bởi sự khởi phát cấp tính các triệu chứng vận động, cảm giác và tự chủ dưới nơi tổn thương ở tủy sống. Bệnh có thể là biểu hiện ban đầu của các nhóm bệnh lý hủy myelin mắc phải như xơ cứng rải rác (multiple sclerosis - MS), viêm tủy thị thần kinh (neuromyelitis optica - NMO), viêm não tủy rải rác cấp (acute disseminated encephalomyelitis - ADEM) nhưng cũng có thể biểu hiện như một bệnh lý độc lập, thường xảy ra sau nhiễm trùng hoặc tiêm vắc xin.¹

Cộng hưởng từ (CHT) là phương pháp có độ chính xác cao nhất trong chẩn đoán bệnh viêm tủy, xác định vị trí, mức độ lan rộng của tổn thương giúp bác sĩ lâm sàng định hướng chẩn đoán, tiên lượng bệnh, có kế hoạch theo dõi lâu dài.²

Hiện nay tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về bệnh viêm tủy cắt ngang ở trẻ em, đặc

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Liễu

Email: hoanhdao20031997@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2023

Ngày duyệt bài: 14.9.2023

biệt là nghiên cứu về hình ảnh CHT. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Hình ảnh cộng hưởng từ bệnh viêm tủy cắt ngang cấp ở trẻ em" với mục đích hỗ trợ chẩn đoán sớm, nhằm nâng cao kết quả điều trị, góp phần cải thiện tiên lượng lâu dài của bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm các bệnh nhi dưới 18 tuổi được chẩn đoán và điều trị viêm tủy cắt ngang cấp tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

➢ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm tủy cắt ngang cấp theo tiêu chuẩn sau:

- Rối loạn chức năng cảm giác, vận động hoặc tự chủ do tổn thương tủy sống
- Triệu chứng xuất hiện hai bên cơ thể, không nhất thiết đối xứng
- Các triệu chứng tiến triển đạt mức độ nghiêm trọng tối đa từ 4 giờ đến 21 ngày

➢ Được chụp phim CHT cột sống

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin, gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiên trong thời gian 5 năm, từ 1/6/2018 đến 31/05/2023.

- Đánh giá hình ảnh CHT cột sống: CHT cột sống được đánh giá tại lần chẩn đoán bệnh đầu tiên của bệnh nhân bởi bác sỹ khoa Chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Nhi Trung ương, đã có kinh nghiệm > 10 năm về chẩn đoán hình ảnh thần kinh trẻ em. Đánh giá hình ảnh dựa trên các chuỗi xung T1, T2 với các mặt phẳng ngang, đứng ngang và đứng dọc.

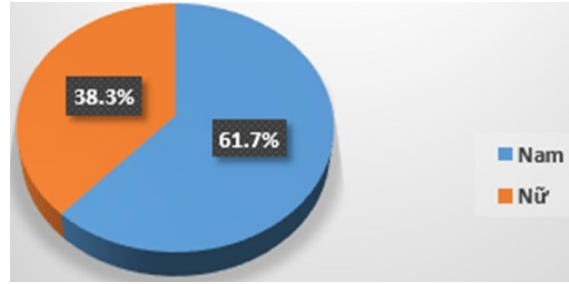
- Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các test thống kê thích hợp. Khi so sánh, mức khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 47 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và được đưa vào nghiên cứu với các kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân viêm tủy cắt ngang cấp

3.1.1. Phân bố tuổi và giới. Tuổi trung bình lúc khởi phát là $8,3 \pm 4,3$ tuổi, bệnh nhân nhỏ nhất là 9 tháng, lớn nhất là 15 tuổi, trong đó có 18 bệnh nhân nữ (chiếm 38,3%), 29 bệnh nhân nam (chiếm 61,7%), tỷ lệ nữ/ nam là 1/1,61



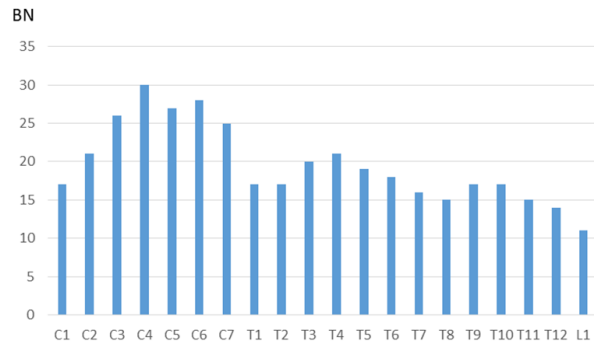
Biểu đồ 1: Phân bố giới tính

3.2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân viêm tủy cắt ngang cấp. 47 bệnh nhân chẩn đoán viêm tủy cắt ngang cấp đều được chụp phim CHT cột sống tại lần chẩn đoán đầu tiên với thời gian trung bình từ khi khởi phát triệu chứng đến khi được chụp CHT cột sống là 5 ngày (1-13 ngày) cho các kết quả sau:

3.2.1. Vị trí tổn thương tủy sống

Bảng 1: Vị trí tổn thương tủy sống trên phim CHT

Vị trí tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Tủy cổ (C1-C7)	18	38,2%
Tủy ngực (T1-T12)	6	12,8%
Tủy thắt lưng (L1-nón tủy)	0	0%
Tủy cổ + tủy ngực	11	23,4%
Tủy ngực + tủy thắt lưng	3	6,4%
Tủy cổ + tủy thắt lưng	0	0%
Toàn bộ tủy (từ tủy cổ đến nón tủy)	8	17%
Kéo dài đến thân não	3	6,4%



Biểu đồ 2. Phân bố vị trí tổn thương tủy sống trên phim CHT

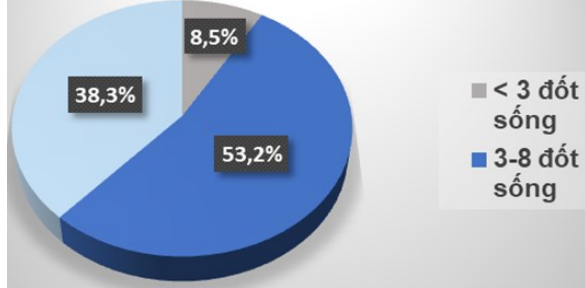
Nhận xét: Vị trí tổn thương tủy cổ chiếm 38,2%, tủy ngực chiếm 12,8%, tủy thắt lưng chiếm 0%. Tổn thương nhiều hơn một vị trí ở tủy sống: tủy cổ và ngực chiếm 23,4%, tủy ngực và thắt lưng chiếm 6,4%. 8 bệnh nhân (17%) tổn thương trên toàn bộ tủy sống, 3 bệnh nhân (6,4%) tổn thương tủy sống lan đến thân não. Biểu đồ 2 cho thấy phân bố vị trí tổn thương tủy sống, đa số có tổn thương tủy cổ.

3.2.2. Độ dài tổn thương tủy sống

Bảng 2: Độ dài tổn thương tủy sống

Độ dài tủy tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Dưới 3 đốt tủy	4	8,5%
Từ 3 đốt tủy trở lên	43	91,5%
Độ dài tổn thương trung bình	8,1±5,5 (1-20)	

Nhận xét: 4/47 bệnh nhân tổn thương tủy dưới 3 đốt, 43/47 bệnh nhân tổn thương tủy từ 3 đốt trở lên. Chiều dài đoạn tủy trung bình 8,1±5,5 (1-20). Biểu đồ 3 thể hiện sự phân bố độ dài đoạn tủy tổn thương. Thuật ngữ “viêm tủy ngang lan rộng theo chiều dọc” (longitudinally extensive transverse myelitis: LETM) được định nghĩa khi tổn thương tủy kéo dài từ 3 đốt tủy trở lên. Phần lớn bệnh nhân có tổn thương tủy lan rộng theo chiều dọc (91,5%).



Biểu đồ 3: Phân bố độ dài tổn thương tủy sống

3.2.3. Bản chất của tổn thương

Bảng 3: Bản chất của tổn thương trên CHT cột sống

Bản chất tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tăng tín hiệu xung T2	45/47	95,7%
Giảm tín hiệu xung T1	27/47	57,4%
Tăng kích thước tủy sống	27/47	57,4%
Ngấm thuốc đối quang tử	26/45	57,8%

Nhận xét: 45/47 bệnh nhân (chiếm 95,7%) tổn thương tủy tăng tín hiệu trên xung T2, tổn thương giảm tín hiệu trên xung T1 ghi nhận ở 27/47 bệnh nhân (57,4%). Tăng kích thước tủy sống (phù tủy) ở 27/47 bệnh nhân (chiếm 57,8%). Có 45/47 bệnh nhân được tiêm thuốc đối quang tử, trong đó có 26 bệnh nhân (57,8%) có hình ảnh ngấm thuốc.

3.2.4. Đặc điểm tổn thương não trên phim cộng hưởng từ sọ não. 30/47 bệnh nhân được chụp phim CHT sọ não tại lần chẩn đoán đầu tiên, trong đó có 7/30 bệnh nhân (23%) ghi nhận tổn thương. Các tổn thương não là không đặc hiệu, không có biểu hiện lâm sàng của bệnh não tương ứng và không đáp ứng các tiêu chí của McDonald. Các tổn thương trên CHT sọ não được mô tả ở bảng 4.

Bảng 4: Đặc điểm tổn thương trên phim CHT sọ não

	Giới	Tuổi chẩn đoán	Tổn thương não trên CHT
BN 1	Nam	14 tuổi	Ổ tổn thương nhỏ chất trắng thùy trán trái
BN 2	Nam	14 tuổi	Ổ tổn thương cầu não kích thước 8x22mm
BN 3	Nam	5 tuổi	Nốt bất thường tín hiệu nhỏ vùng thái dương phải và chất trắng dưới vỏ vùng đỉnh chẩm phải
BN 4	Nam	12 tuổi	Tổn thương chất trắng dưới vỏ thùy trán 2 bên
BN 5	Nữ	12 tuổi	Nốt tăng tín hiệu rải rác chất trắng bán cầu đại não và tiểu não 2 bên
BN 6	Nữ	14 tuổi	Ổ bất thường tín hiệu mặt trong đồi thị
BN 7	Nam	12 tuổi	Ổ tổn thương chất trắng thùy trán

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tuổi trung bình chẩn đoán bệnh viêm tủy cắt ngang cấp là 8±4,3 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 9 tháng và lớn nhất là 15 tuổi, tương tự nghiên cứu của Deiva và cộng sự (2014) là 9 tuổi (0,7 - 16 tuổi) và nghiên cứu của Ganelin-Cohen và cộng sự (2020) là 10±4,8 tuổi (0,5 - 17 tuổi).^{3,4} Biểu đồ 1 cho thấy viêm tủy cắt ngang gặp nhiều ở nam hơn nữ với tỷ lệ nữ/nam là 1/1,61. Từ đa số các nghiên cứu trên thế giới cho thấy không có sự khác biệt về giới tính trong tỷ lệ mắc viêm tủy cắt ngang cấp. Tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do sự mất cân bằng giới tính ở Việt Nam hoặc do cỡ mẫu nhỏ hoặc do diễn biến tự nhiên của bệnh tại nước ta.

4.2. Đặc điểm cộng hưởng từ của bệnh viêm tủy cắt ngang cấp. Bảng 1 và biểu đồ 2 cho thấy vị trí và phân bố tổn thương tủy sống của 47 bệnh nhân viêm tủy cắt ngang cấp. Đa số có tổn thương tủy cổ, tổn thương toàn bộ tủy sống được thấy ở 8 bệnh nhân (17%). Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy tổn thương chủ yếu trong viêm tủy cắt ngang ở tủy cổ - ngực.^{4,5} Có 3 bệnh nhân tổn thương tủy sống kéo dài đến thân não. Đã có báo cáo cho thấy tổn thương kéo dài đến thân não tiến triển thành viêm tủy thị thần kinh về sau.²

Bảng 2 cho thấy tổn thương tủy kéo dài trung bình 8,1±5,5 đốt sống, trong đó có đến 91,5% tổn thương tủy từ 3 đốt sống trở lên

(LEMT). Trong nghiên cứu của Alper và cộng sự (2011), 67% bệnh nhân có tổn thương LEMT.⁵ Đã có những nghiên cứu cho thấy LEMT có liên quan đến các kháng thể MOG và AQP-4, đặc biệt trong NMO.⁶ NMO đặc trưng bởi các đợt hủy myelin của hệ thần kinh trung ương mà viêm tủy cắt ngang lan rộng dọc có thể là biểu hiện ban đầu của bệnh. Tuy nhiên, nghiên cứu khác cho thấy tổn thương LEMT là một đặc điểm của viêm tủy cắt ngang cấp tính vô căn ở trẻ em, không phải là duy nhất đối với NMO.⁵ Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tổn thương tủy lan rộng dọc, kháng thể AQP-4 dương tính là những yếu tố tiên lượng tái phát.¹ Viêm tủy cắt ngang có tổn thương tủy dưới 3 đốt sống với vị trí ở ngoại vi tủy thường liên quan đến bệnh xơ cứng rải rác.⁵ Xét nghiệm OCBs trong dịch não tủy có giá trị cao trong chẩn đoán và tiên lượng phát triển thành MS trong tương lai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân tổn thương dưới 3 đốt sống. Tuy nhiên cả 4 bệnh nhân này đều không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán MS theo tiêu chuẩn của McDonald trong thời gian nghiên cứu.

Tổn thương tăng tín hiệu trên xung T2 và bất thuốc đối quang tử là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tủy trên hình ảnh CHT cột sống.⁷ Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân có tăng tín hiệu trên xung T2 (95,7%). 45/47 bệnh nhân được chụp phim CHT cột sống có tiêm thuốc đối quang tử, trong đó 57,8% có ngấm thuốc, khác biệt với tỷ lệ 19,1% được báo cáo trong nghiên cứu của Alper và cộng sự (2011).⁵ Sự khác biệt này có thể giải thích do mức độ ngấm thuốc thấp hơn ở giai đoạn cấp tính so với giai đoạn bán cấp. Nghiên cứu của chúng tôi thời gian trung bình được chụp là 5 ngày trong khi của Alper và cộng sự là 1,7 ngày.⁵ Tổn thương ngấm thuốc đối quang tử là một trong những yếu tố nguy cơ của tàn tật và tiên lượng xấu được xác định trong nghiên cứu của Deiva và cộng sự (2015), tuy nhiên trong nghiên cứu của Ganelin-Cohen và cộng sự (2020), nhiều bệnh nhân ngấm thuốc đối quang tử có tiên lượng tốt.^{3,4} Tăng kích thước tủy sống thường là đặc điểm ghi nhận tổn thương ở giai đoạn cấp tính (chiếm 57,4%). Giảm tín hiệu trên xung T1 đã có báo cáo cho thấy đây là một yếu tố tiên lượng kém của bệnh viêm tủy, (nghiên cứu của chúng tôi có 57,4% trường hợp).⁸

Có 30 bệnh nhân được chụp phim CHT sọ não trong đó 7 bệnh nhân (23%) ghi nhận tổn thương. Các bệnh nhân này đều không biểu hiện triệu chứng lâm sàng tương ứng và tổn thương trên CHT không đáp ứng tiêu chuẩn về không

gian theo McDonald. Trong nghiên cứu của Deiva và cộng sự (2015) có 40% bệnh nhân tổn thương không triệu chứng trên phim CHT sọ não. Nghiên cứu cũng chỉ ra tổn thương trên phim CHT sọ não ở bệnh nhân viêm tủy cắt ngang cấp là một yếu tố nguy cơ tái phát, tiên lượng phát triển MS hoặc NMO.³ Chúng tôi vẫn đang tiếp tục theo dõi các bệnh nhân và sẽ đưa ra các yếu tố tiên lượng bệnh trong các bài báo tiếp theo.

Chụp CHT cột sống có vai trò quan trọng trong việc đánh giá viêm tủy ngang cấp tính, xem xét các đặc điểm như vị trí, phân bố, mức độ lan rộng của tổn thương và kiểu ngấm thuốc có thể thu hẹp chẩn đoán phân biệt một cách đáng kể. Đồng thời, việc xác định các đặc điểm này dự đoán nguy cơ tái phát, tiên lượng diễn biến nặng, gợi ý cho các bác sĩ lâm sàng cần thực hiện các xét nghiệm như các kháng thể của hệ thần kinh trung ương (MOG, AQP-4), chụp CHT sọ não và CHT sọ não và hốc mắt cũng như thăm mắt định kỳ trong quá trình theo dõi với các trường hợp tổn thương tủy dạng LEMT, nguy cơ tiến triển MNO.

V. KẾT LUẬN

Viêm tủy cắt ngang cấp ở trẻ em là một bệnh lý hiếm gặp. CHT cột sống cho thấy phần lớn tổn thương tủy lan rộng dọc, đa số có tổn thương tủy cổ. Tổn thương trên CHT sọ não là không đặc hiệu. CHT cột sống có vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định bệnh cũng như theo dõi tiến triển, tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tavasoli A, Tabrizi A.** Acute Transverse Myelitis in Children, Literature Review. *Iran J Child Neurol.* 2018;12(2):7-16.
2. **Bulut E, Shoemaker T, Karakaya J, et al.** MRI Predictors of Recurrence and Outcome after Acute Transverse Myelitis of Unidentified Etiology. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2019;40(8):1427-1432. doi:10.3174/ajnr.A6121
3. **Deiva K, Absoud M, Hemingway C, et al.** Acute idiopathic transverse myelitis in children: early predictors of relapse and disability. *Neurology.* 2015;84(4):341-349. doi:10.1212/WNL.0000000000001179
4. **Ganelin-Cohen E, Konen O, Nevo Y, et al.** Prognostic Parameters of Acute Transverse Myelitis in Children. *J Child Neurol.* 2020;35(14):999-1003. doi:10.1177/0883073820947512
5. **Alper G, Petropoulou KA, Fitz CR, Kim Y.** Idiopathic acute transverse myelitis in children: an analysis and discussion of MRI findings. *Mult Scler.* 2011;17(1):74-80. doi:10.1177/1352458510381393
6. **Kitley J, Leite MI, Küker W, et al.** Longitudinally extensive transverse myelitis with and without aquaporin 4 antibodies. *JAMA Neurol.*

2013;70(11):1375-1381.

doi:10.1001/jamaneurol.2013.3890

7. **Transverse Myelitis Consortium Working Group.** Proposed diagnostic criteria and nosology of acute transverse myelitis. *Neurology*. 2002;59(4):499-505. doi:10.1212/wnl.59.4.499

8. **Pidcock FS, Krishnan C, Crawford TO, Salorio CF, Trovato M, Kerr DA.** Acute transverse myelitis in childhood: center-based analysis of 47 cases. *Neurology*. 2007;68(18):1474-1480. doi:10.1212/01.wnl.0000260609.11357.6f

KẾT QUẢ ỨNG DỤNG ĐO ÁP LỰC HẬU MÔN TRỰC TRÀNG ĐỘ PHÂN GIẢI CAO TRONG CHẨN ĐOÁN CÁC BỆNH LÝ CHỨC NĂNG HẬU MÔN TRỰC TRÀNG

Đào Việt Hằng^{1,2}, Đỗ Nhật Phương², Trịnh Tố Trâm², Đào Văn Long^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này mô tả dịch tễ các bất thường về rối loạn chức năng vùng hậu môn trực tràng, các đặc điểm trên đo áp lực hậu môn trực tràng độ phân giải cao (HRAM) và so sánh các đặc điểm HRAM giữa hai nhóm bình thường và rối loạn đồng vận phân xạ rặn (RLĐVPXR). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 204 bệnh nhân có chỉ định đo HRAM từ tháng 8/2020 đến tháng 1/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 70 nam và 134 nữ, tuổi trung bình $51,0 \pm 16,0$. 78,4% bệnh nhân có triệu chứng đi ngoài không hết phân và trên 50% bệnh nhân có rối loạn thói quen đại tiện. Các đặc điểm HRAM về chiều dài ống hậu môn, trương lực CTHM, áp lực CTHM khi thít trong giới hạn bình thường và có sự khác biệt ở nam giới và nữ giới. RLĐVPXR type II phổ biến nhất và có sự khác biệt về các ngưỡng cảm nhận trực tràng ở nhóm bình thường và nhóm có RLĐVPXR. **Kết luận:** RLĐVPXR type II phổ biến nhất. Có sự khác biệt về đặc điểm HRAM giữa nam và nữ, ở nhóm bình thường và nhóm RLĐVPXR. **Từ khóa:** HRAM, rối loạn đồng vận phân xạ rặn, hậu môn trực tràng, áp lực CTHM, ngưỡng cảm nhận trực tràng.

SUMMARY

APPLICATION OF HIGH-RESOLUTION ANORECTAL MANOMETRY IN DIAGNOSIS OF FUNCTIONAL ANORECTAL DISORDERS

Objectives: This study describes the epidemiology of functional anorectal abnormalities on high-resolution anorectal manometry (HRAM) and compares HRAM metrics between people with normal pushing maneuvers and patients having dyssynergic defecation (DD). **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study on 204 patients who performed HRAM from August 2020 to January 2023. **Results:** The study included 70 males and 134

females; the mean age was 51.0 ± 16.0 . 78.4% of patients had incomplete evacuation feeling and over 50% had symptoms related to bowel habit disorders, stool appearance changes. There was significant difference between the males and females in anal canal length, anal canal resting and squeeze pressure. Type II was the most common in DD and the rectal sensation levels were different between two groups (normal pushing maneuver and dyssynergic defecation). **Conclusions:** Type II was the most predominant among dyssynergic defecation patients. There was difference in HRAM metrics between males and females, normal pushing maneuver group and dyssynergic defecation group.

Keywords: high-resolution anorectal manometry (HRAM), dyssynergic defecation, anorectal, anal canal sphincter pressure, rectal sensation levels

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh lý hậu môn trực tràng có biểu hiện lâm sàng đa dạng bao gồm rối loạn thói quen, cảm giác khi đi ngoài, són phân, táo bón v.v... Hiện nay, có nhiều phương pháp thăm dò chuyên sâu bệnh lý hậu môn trực tràng, trong đó nội soi là kỹ thuật giúp đánh giá tổn thương niêm mạc đường tiêu hoá. Các phương pháp đánh giá chức năng như cộng hưởng từ tổng phân, thăm dò điện cơ hoặc đo áp lực hậu môn trực tràng hiện tại còn chưa phát triển ở nhiều cơ sở y tế tại Việt Nam. Kỹ thuật đo áp lực hậu môn trực tràng trong những năm qua cũng đã có bước phát triển vượt bậc với sự ra đời của các hệ thống có độ phân giải cao và được chuẩn hoá theo tiêu chuẩn London[6].

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu ứng dụng đo áp lực hậu môn trực tràng độ phân giải cao (HRAM) đã được tiến hành ở đối tượng nhi khoa trong chẩn đoán Hirschsprung, ở người lớn trong một số bệnh lý như hội chứng ruột kích thích, RLĐVPXR[2],[3]. Tuy nhiên, cỡ mẫu của các nghiên cứu này còn nhỏ, có thể chưa cung cấp được cái nhìn tổng quan về dịch tễ của các bất thường về rối loạn chức năng hậu môn trực

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hoá, Gan mật

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: hangdao.fsh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 15.9.2023