

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 phản 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 phản 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

tràng tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả dịch tễ các bất thường về rối loạn chức năng vùng hậu môn trực tràng, các đặc điểm trên HRAM và so sánh đặc điểm HRAM giữa hai nhóm có phản xạ rặn bình thường và có rối loạn đồng vận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu mô tả

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thu tuyển các bệnh nhân trên 18 tuổi, có các triệu chứng rối loạn thói quen đại tiện và tính chất phân như táo bón, tiêu chảy, đi ngoài cảm giác đau, không hết phân, són phân..., được chỉ định và tiến hành đo HRAM từ tháng 8/2020 – đến tháng 1/2023 tại Phòng khám đa khoa Hoàng Long – Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật. Nghiên cứu loại trừ các trường hợp bệnh nhân có ket phân, nút kẽ hậu môn gây đau, sa trực tràng, trĩ có biến chứng chảy máu, huyết khối, phụ nữ đang trong chu kỳ kinh nguyệt hoặc bệnh nhân không thể phối hợp thực hiện kỹ thuật.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành sàng lọc bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu, thu thập thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng, kết quả nội soi đại – trực tràng và kết quả đo HRAM. Nghiên cứu sử dụng catheter bơm nước của hệ thống máy MMS (Laborie). Trình tự thực hiện như sau:

1. Đo áp lực nền của hậu môn – trực tràng khi nghỉ trong 60 giây
2. Đo áp lực co thắt của cơ thắt hậu môn (CTHM) khi hít trong thời gian ngắn (5 giây), thực hiện lặp lại 3 lần
3. Đo áp lực co thắt của CTHM khi hít trong thời gian dài (30 giây)
4. Đánh giá phản xạ ho: bệnh nhân thực hiện ho một tiếng dứt khoát, thực hiện 2 lần, phản xạ ho bình thường khi có sự tăng cả áp lực ở trực tràng và ống hậu môn khi ho
5. Đo áp lực hậu môn – trực tràng trong khi rặn: thực hiện động tác rặn trong 15 giây, thực hiện 3 lần. Các type rối loạn đồng vận phản xạ rặn trên đo HRAM được xác định theo phân loại Rao năm 2016[5]:

- Type I: Áp lực trực tràng (ALTT) tăng ≥ 40 mmHg kèm co thắt nghịch thường CTHM

- Type II: ALTT tăng yếu < 40 mmHg kèm co thắt nghịch thường CTHM

- Type III: ALTT tăng ≥ 40 mmHg kèm CTHM không giãn hoặc giãn không đủ ($\leq 20\%$)

- Type IV: ALTT tăng yếu < 40 mmHg kèm CTHM không giãn hoặc giãn không đủ ($\leq 20\%$)

6. Đo các ngưỡng cảm nhận trực tràng: xác định bằng thể tích khí (tính bằng ml) bơm vào bóng trên catheter khi catheter đã được đặt và cố định trong ống hậu môn - trực tràng, tại đó bệnh nhân có các cảm nhận: bắt đầu có cảm giác trong trực tràng, bắt đầu cảm thấy muốn đi đại tiện và cảm giác buồn đi đại tiện không thể nhịn được nữa, tương đương với các ngưỡng: ngưỡng cảm nhận đầu tiên (FS)- ngưỡng bắt đầu buồn đi ngoài (ND) - ngưỡng dung nạp tối đa (MTV)

7. Đánh giá phản xạ ức chế hậu môn - trực tràng (RAIR): bơm nhanh 30-60 ml khí vào bóng trên catheter. Phản xạ RAIR bình thường khi có sự giãn nhanh, giảm áp lực đột ngột, thoáng qua của trực tràng - ống hậu môn.

Xử lý số liệu. Dữ liệu được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata bản 3.1 và xử lý bằng phần mềm Python. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ (phần trăm), các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn hoặc trung vị (tứ phân vị). Sự khác biệt giữa 2 nhóm độc lập kiểm định t-test, Mann-Whitney, kiểm định ANOVA và ANOVA Krustal-Wallis đối với 3 nhóm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu tuyển 204 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Độ tuổi trung bình là $51,0 \pm 16,0$, nam chiếm 34,3% (n=70) và BMI trung bình $21,6 \pm 2,65$. Có 3 bệnh nhân (1,5%) mắc bệnh lý thần kinh cơ, 1 bệnh nhân (0,5%) chấn thương vùng sàn chậu và 16 bệnh nhân (7,8%) đã từng phẫu thuật vùng sàn chậu, hậu môn. Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu ở đối tượng nghiên cứu bao gồm đi ngoài không hết phân (78,4%), rặn gắng sức (63,7%), rối loạn thói quen đi ngoài: táo bón (56,4%), tiêu chảy (45,6%).

Có 182 trong số 204 bệnh nhân có kết quả nội soi đại – trực tràng, trong đó 91,8% có trĩ (tất cả đều ở mức độ nhẹ và không có biến chứng), 7,1% có polyp trực tràng.

Về dịch tễ các rối loạn chức năng hậu môn – trực tràng, 14,7% bệnh nhân (n=30) có giảm trương lực không kèm giảm áp lực co thắt CTHM; 27,9% bệnh nhân giảm nhạy cảm trực tràng và 5 bệnh nhân (2,5%) có tăng ngưỡng cảm nhận trực tràng. Tất cả bệnh nhân đều có phản xạ RAIR và phản xạ ho bình thường. Theo phân loại Rao (2016), RLĐVPXR type II chiếm tỷ lệ cao nhất (28,9%), tỷ lệ type I, type III, type IV lần lượt là 26,5% 9,8% và 8,8%. Có 39 bệnh nhân không được phân type và 14 bệnh nhân

không có RLĐVPXR.

Khi so sánh đặc điểm HRAM theo giới tính và tiền sử sinh đẻ, nam giới có trung vị chiều dài ống hậu môn dài hơn, các giá trị áp lực CTHM khi hít ngắn, hít dài và thời gian duy trì hít của CTHM đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân nữ chưa sinh và nữ đã sinh

($p < 0,05$). RLĐVPXR type II phổ biến hơn ở phụ nữ đã sinh đẻ (33,3%), RLĐVPXR type I phổ biến hơn ở nam giới (38,6%) và nữ chưa sinh (45,5%). Không có sự khác biệt về các ngưỡng nhận cảm trực tràng ở 3 nhóm đối tượng. Nam giới có tỉ lệ giảm nhạy cảm trực tràng cao hơn đáng kể so với nhóm nữ giới ($p < 0,05$).

Bảng 1: Đặc điểm HRAM theo các nhóm đối tượng bệnh nhân (N=204)

Đặc điểm HRAM	Nam (n=70)	Nữ chưa sinh (n=11)	Nữ đã sinh (n=123)	P
Chiều dài ống hậu môn (cm), TV [TPV]	3,7 [3,1, 4,2]	2,9 [2,5, 3,3]	2,8 [2,4, 3,3]	<0,001
Trương lực của CTHM khi nghỉ (mmHg), TV [TPV]	64,5 [48,2, 83,1]	64,7 [58,3, 67,5]	55,8 [38,7, 73,9]	0,019
Áp lực của CTHM khi hít trong thời gian ngắn (mmHg), TV [TPV]	175,5 [143,9, 202,9]	102,7 [92,4, 144,8]	125,8 [100,1, 159,3]	<0,001
Áp lực của CTHM khi hít trong thời gian dài (mmHg), TV [TPV]	160,2 [134,5, 185,9]	102,8 [80,8, 122,6]	107,5 [89,1, 131,9]	<0,001
Thời gian duy trì hít cơ thắt hậu môn trong thời gian dài (giây), TV [TPV]	32,2 [31,3, 33,6]	31,9 [26,8, 32,7]	31,4 [28,0, 32,6]	0,021
Bất thường các ngưỡng cảm nhận trực tràng				
Tăng nhạy cảm trực tràng	0 (0,0)	1 (9,1)	4 (3,3)	0,128
Giảm nhạy cảm trực tràng	35 (50,0)	1 (9,1)	21 (17,1)	<0,001

Kết quả được biểu diễn dưới dạng TV [TPV] hoặc n (%), TV: Trung vị, TPV: Tứ phân vị

Khi so sánh các đặc điểm HRAM ở nhóm rối loạn đồng vận và nhóm bình thường (đã loại 39 bệnh nhân không được phân type rối loạn đồng vận theo phân loại Rao), có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê giữa trung vị chiều

dài ống hậu môn, trương lực của CTHM khi nghỉ, áp lực CTHM khi hít ngắn, hít dài và thời gian duy trì CTHM khi hít. Ở cả 3 ngưỡng cảm nhận trực tràng, nhóm rối loạn đồng vận có trung vị các ngưỡng cao hơn so với nhóm bình thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2: So sánh các ngưỡng cảm nhận trực tràng ở nhóm bình thường và nhóm rối loạn đồng vận (N=165)

Đặc điểm HRAM	Bình thường (n=14)	Rối loạn đồng vận (n=151)	p
Chiều dài ống hậu môn (cm), TV [TPV]	2,7 [2,5, 3,3]	3,1 [2,6, 3,7]	0,121
Trương lực của CTHM khi nghỉ (mmHg), TV [TPV]	63,8 [58,02, 76,28]	60,0 [42,35, 78,2]	0,209
Áp lực của CTHM khi hít trong thời gian ngắn (mmHg), TV [TPV]	159,65 [125,62, 175,12]	141,4 [106,95, 182,8]	0,356
Áp lực của CTHM khi hít trong thời gian dài (mmHg), TV [TPV]	132,95 [114,9, 146,15]	123,8 [94,4, 158,30]	0,401
Thời gian duy trì hít cơ thắt hậu môn trong thời gian dài (giây), TV [TPV]	32,4 [31,55, 33,83]	31,8 [29,7, 32,8]	0,076
FS (ml), TV [TPV]	30,0 [22,5, 30,0]	40,0 [30,0, 60,0]	0,005
ND (ml), TV [TPV]	50,0 [42,5, 57,5]	70,0 [60,0, 90,0]	<0,001
MTV (ml), TV [TPV]	120,0 [100,0, 137,5]	160,0 [120,0, 190,0]	0,003

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nữ/nam là 1,9/1 với độ tuổi trung bình là $51,0 \pm 16,0$ và đặc điểm lâm sàng khiến bệnh nhân đến khám chiếm tỷ lệ lớn nhất là cảm giác đi ngoài không hết phân (78,4%) khá tương đồng với nghiên cứu tác giả Cao Nhật Linh thực hiện năm 2022[3]. Nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ khá cao

bệnh nhân có rối loạn thói quen đại tiện như táo bón (56,4%), tiêu chảy (45,6%) và 14,2% bệnh nhân có són phân. Kết quả này có sự khác biệt với một nghiên cứu phân tích tổng hợp với tỷ lệ táo bón chung của 106 nghiên cứu trên 261,040 đối tượng là 14%[4].

Về đặc điểm HRAM, chiều dài ống hậu môn trung vị có sự khác biệt ở các nhóm, nam là 3,65

cm, nữ chưa sinh 2,90 cm và nữ đã sinh là 2,8 cm. Áp lực CTHM khi thắt ngắn, thắt dài và thời gian duy trì thắt của CTHM đều cao hơn đáng kể ở nam giới so với nữ giới. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu trước tại Việt Nam trên hệ thống máy tương tự của tác giả Đào Việt Hằng và cs (2020)[1], tác giả Bùi Thanh Tùng và cs (2020)[2] và trên hệ thống máy khác (ISOLAB) của tác giả Lê Mạnh Cường và cs (2021)[7]. Sự khác biệt về áp lực CTHM giữa hai giới có thể giải thích do sự khác nhau về khối lượng cơ, áp lực cơ bóp của CTHM, sự tổn thương của thần kinh thẹn khi sinh đẻ của nữ giới và BMI khác biệt giữa hai giới.

Theo phân loại Rao 2016, kết quả của chúng tôi ghi nhận RLĐVPXR type II và type I là chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó RLĐVPXR type II phổ biến hơn ở phụ nữ đã sinh đẻ, RLĐVPXR type I phổ biến hơn ở nam giới và nữ chưa sinh. Có 19,1% bệnh nhân có RLĐVPXR tuy nhiên không đủ đáp ứng các tiêu chuẩn Rao để phân type, các bệnh nhân này có lực đẩy trực tràng yếu nhưng ống hậu môn vẫn giãn đủ hoặc 3 nhịp rặn được phân ba type khác nhau. HRAM là phương pháp giúp định hướng điều trị liệu pháp biofeedback (phản hồi sinh học) để cải thiện chức năng đại tiện cho bệnh nhân. Tuy nhiên, phối hợp HRAM và biofeedback trong chẩn đoán và quản lý nhóm bệnh nhân có rối loạn chức năng hậu môn – trực tràng tại Việt Nam vẫn là hướng nghiên cứu còn thiếu nhiều dữ liệu và cần được triển khai nhiều hơn để chứng minh tính hiệu quả của nó.

V. KẾT LUẬN

RLĐVPXR type II gặp phổ biến nhất. Các ngưỡng cảm nhận trực tràng ở nhóm có rối loạn đồng vận cao hơn nhóm bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Việt Hằng, Lưu Thị Minh Huế, và Đào Văn Long**(2020), "Đánh giá áp lực cơ thắt hậu môn, ngưỡng cảm nhận trực tràng và phản xạ rặn ở những bệnh nhân có rối loạn về đại tiện", Tạp chí Khoa học và Công nghệ Vn. 62(9), pp. 20-25.
2. **Bùi Thanh Tùng, Nguyễn Thị Thanh Hương, và Đào Việt Hằng** (2020), "Đánh giá kết quả đo áp lực hậu môn trực tràng độ phân giải cao ở bệnh nhân hội chứng ruột kích thích thể tiêu chảy", Tạp chí Y học Việt Nam. 495, pp. 235-239.
3. **Cao Nhật Linh, Đào Việt Hằng, và Đào Văn Long** (2022), "Áp lực và tình trạng nhận cảm của cơ thắt hậu môn ở bệnh nhân rối loạn đồng vận phản xạ rặn trên đo áp lực hậu môn trực tràng độ phân giải cao", Tạp chí Nghiên cứu y học. 160 (12V1), pp. 205-211.
4. **Suares, N. C. and Ford, A. C.** (2011), "Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis", Am J Gastroenterol. 106(9), pp. 1582-91; quiz 1581, 1592.
5. **Rao, S. S. and Patcharatkul, T.** (2016), "Diagnosis and Treatment of Dyssynergic Defecation", J Neurogastroenterol Motil. 22(3), pp. 423-35.
6. **Carrington, E. V., et al.** (2020), "The international anorectal physiology working group (IAPWG) recommendations: Standardized testing protocol and the London classification for disorders of anorectal function", Neurogastroenterol Motil. 32(1), p. e13679.
7. **Cuong, L. M., et al.** (2021), "Normal values for high-resolution anorectal manometry in healthy young adults: evidence from Vietnam", BMC Gastroenterol. 21(1), p. 295.

ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI BẰNG THANG ĐIỂM CRAF

Đỗ Minh Phương¹, Nguyễn Văn Hùng^{1,2},
Bùi Hải Bình², Trần Huyền Trang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp bằng thang điểm CRAF.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Phương

Email: bsdminhphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2023

Ngày duyệt bài: 14.9.2023

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 bệnh nhân được chẩn đoán viêm cột sống dính khớp theo tiêu chuẩn của New York cải tiến – 1984, điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ Xương Khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2022 đến tháng 05 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có HCDBTT chiếm 69,1%, trong đó tỷ lệ HCDBTT mức độ nhẹ 33,6%, vừa là 27,3% và nặng 8,2%. Trong 10 tiêu chí của HCDBTT theo thang điểm CRAF: hạn chế hoạt động thể chất, triệu chứng đau và đa thuốc chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là: 97,4%, 86,3%, và 69,1%. Về mối liên quan giữa mức độ HCDBTT và mức độ hoạt động bệnh: Trong nhóm bệnh hoạt động rất mạnh tỷ lệ bệnh nhân chẩn đoán HCDBTT mức độ