

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

Đào Việt Hằng^{1, 2, 3*}, Lưu Thị Minh Huệ¹, Đào Văn Long^{1, 2, 3}

¹Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Ngày nhận bài 2/7/2020; ngày chuyển phản biện 6/7/2020; ngày nhận phản biện 3/8/2020; ngày chấp nhận đăng 18/8/2020

Tóm tắt:

Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá áp lực cơ thắt hậu môn, các ngưỡng cảm nhận trực tràng và phản xạ rặn bằng kỹ thuật đo áp lực hậu môn - trực tràng độ phân giải cao (HRAM) trên những bệnh nhân có các rối loạn về đại tiện. Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu hồi cứu trên 73 đối tượng ≥ 18 tuổi có rối loạn thói quen, phản xạ đại tiện, rối loạn tính chất phân được tiến hành kỹ thuật HRAM từ tháng 7/2018 đến tháng 7/2019. Kết quả: đối tượng nghiên cứu bao gồm 28 nam và 45 nữ, tuổi trung bình là $46,2 \pm 15,5$. Các triệu chứng liên quan đến rối loạn thói quen đại tiện chiếm 74%, rối loạn tính chất phân chiếm 26%, són phân chiếm 9,6%. Áp lực cơ thắt hậu môn cả khi nghỉ cao hơn ở nam giới, và tương quan nghịch với tuổi. Không có sự khác biệt về các ngưỡng cảm nhận trực tràng giữa hai giới. 77,9% bệnh nhân có rối loạn đồng vận phản xạ rặn, trong đó phổ biến nhất là type I (45,6%). Không có sự khác biệt về các giá trị trên đo HRAM giữa hai nhóm có phản xạ rặn bình thường và rối loạn đồng vận. Kết luận: tuổi có liên quan đến áp lực cơ thắt hậu môn; rối loạn đồng vận phản xạ rặn có tỷ lệ cao, trong đó type I chiếm đa số.

Từ khóa: cơ thắt hậu môn, đo áp lực hậu môn - trực tràng độ phân giải cao (HRAM), rối loạn đại tiện.

Chỉ số phân loại: 3.2

Đặt vấn đề

Rối loạn thói quen đại tiện và tính chất phân là một trong những biểu hiện lâm sàng thường gặp của người bệnh đến khám tại chuyên khoa tiêu hóa, bao gồm các triệu chứng như táo bón, tiêu chảy, són phân, phân nhầy, phân sống... Các rối loạn này ở tần suất thường xuyên, kéo dài hoặc mức độ nặng có thể ảnh hưởng đến đời sống tâm sinh lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh [1, 2]. Khi tiếp cận nhóm đối tượng này cần tìm các triệu chứng báo động và loại trừ tổn thương thực thể. Nội soi đại trực tràng toàn bộ là một trong những thăm dò phổ biến trong thực hành lâm sàng trên những bệnh nhân có rối loạn thói quen đại tiện, rối loạn phân dai dẳng. Bên cạnh đó, hiện nay trên thế giới ngày càng có nhiều phương pháp thăm dò chức năng hậu môn - trực tràng được phát triển và ứng dụng, như chụp X-quang baryt hay cộng hưởng từ động học quá trình tổng phân (defecography), test sủ bóng (balloon expulsive test), điện cơ vùng cơ thắt hậu môn hay đo áp lực hậu môn - trực tràng... HRAM là kỹ thuật đánh giá khả năng co bóp, phối hợp trong các phản xạ của nhóm cơ thắt hậu môn trong và ngoài cũng như các ngưỡng cảm nhận của vùng trực tràng thông qua catheter có các thụ cảm áp lực được đặt trực tiếp vào ống hậu môn. Một số nghiên cứu trước đây tại Việt Nam

đã áp dụng phương pháp đo truyền thống sử dụng catheter có 6 thụ thể áp lực để đánh giá một số rối loạn chức năng và bệnh lý thần kinh tại hậu môn - trực tràng trên đối tượng ở trẻ em. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào sử dụng phương pháp đo HRAM trên đối tượng người trưởng thành có các triệu chứng rối loạn thói quen đại tiện và rối loạn phân kéo dài. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá áp lực cơ thắt hậu môn, các ngưỡng cảm nhận trực tràng và phản xạ rặn bằng kỹ thuật HRAM trên những bệnh nhân có các rối loạn về thói quen đại tiện và tính chất phân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Đối tượng nghiên cứu

Có 73 bệnh nhân được thu tuyển vào nghiên cứu với các tiêu chuẩn lựa chọn: từ 18 tuổi trở lên; có các triệu chứng rối loạn thói quen đại tiện và tính chất phân bao gồm táo bón, tiêu chảy, phân sống, phân nhầy/nát, són phân và được tiến hành kỹ thuật HRAM từ tháng 7/2018 đến tháng 7/2019 tại Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật. Nghiên cứu

* Tác giả liên hệ: Email: hangdao.fsh@gmail.com

Evaluating anal canal pressure, rectal sensations, and push maneuvers in patients with defecatory disorders

Viet Hang Dao^{1,2,3*}, Thi Minh Hue Luu³,
Van Long Dao^{1,2,3}

¹Institute of Gastroenterology and Hepatology

¹Hanoi Medical University

²Hanoi Medical University Hospital

Received 2 July 2020; accepted 18 August 2020

Abstract:

Objectives: to evaluate anal canal pressure, rectal sensation levels, and push maneuvers on high-resolution anorectal manometry (HRAM) in patients with defecation disorders. **Methods:** a retrospective study was conducted in 73 patients who were ≥ 18 years old, had bowel habit disorders, stool appearance changes, and performed HRAM from July 2018 to July 2019. **Results:** the study included 28 males and 45 females. The mean age was 46.2 ± 15.5 (years old). The proportions of patients having symptoms related to bowel habit disorders, stool appearance changes and fecal incontinence were 74, 26 and 9.6%, respectively. Men had higher anal canal resting and squeeze pressure. There was no significant difference in rectal sensation levels between the two genders. 77.9% of patients had dyssynergic defecation, mostly type I (45.6%). The HRAM values were not different between the two groups (normal pushing maneuver and dyssynergic defecation). **Conclusions:** age relates to anal sphincter pressure. There is a high proportion of patients having dyssynergic defecation, in which type I is predominant.

Keywords: anal canal sphincter, defecation disorders, high-resolution anorectal manometry (HRAM).

Classification number: 3.2

loại trừ các trường hợp bệnh nhân có khối u và/hoặc polyp vùng hậu môn - trực tràng, nứt kẽ hậu môn, bệnh nhân có các tổn thương đang chảy máu, trĩ nội độ IV, trĩ ngoại, trĩ đang có biến chứng kèm theo, các bệnh nhân giảm thính lực, có các rối loạn về tâm thần kinh, không hợp tác trong quá trình thực hiện kỹ thuật.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập các thông tin về triệu chứng lâm sàng, kết quả nội soi đại trực tràng và kết quả đo HRAM của người bệnh.

Tiến hành kỹ thuật: kỹ thuật sử dụng hệ thống máy MMS với catheter bơm nước (water-perfused) 20 kênh. Quy trình kỹ thuật đo HRAM được thực hiện theo hướng dẫn của Hội Sinh lý hậu môn - trực tràng quốc tế (IAPWG) năm 2019 [3]. Các bước được tiến hành lần lượt như sau:

- 1) Đo áp lực hậu môn - trực tràng khi nghỉ trong 60 giây.
- 2) Đo áp lực hậu môn - trực tràng khi co thắt trong thời gian ngắn (5 giây).
- 3) Đo áp lực hậu môn - trực tràng khi co thắt dài trong thời gian dài (30 giây).
- 4) Đánh giá phản xạ ho: bệnh nhân thực hiện ho 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: động tác rặn được thực hiện 3 lần. Các phân nhóm rối loạn đồng vận phản xạ rặn trên đo HRAM được xác định dựa theo phân loại của Rao và cs (2016) [1] bao gồm: type I: áp lực trực tràng tăng ≥ 40 mmHg kèm tăng áp lực ống hậu môn; type II: áp lực trực tràng tăng yếu < 40 mmHg kèm tăng áp lực ống hậu môn; type III: áp lực trực tràng tăng ≥ 40 mmHg kèm không giãn hoặc giãn kém ($\leq 20\%$); type IV: áp lực trực tràng tăng yếu < 40 mmHg kèm không giãn hoặc giãn kém ($\leq 20\%$).
- (6) Đo các ngưỡng cảm nhận trực tràng: các ngưỡng cảm nhận trực tràng được 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, bắt đầu có nhu cầu đi đại tiện và cảm giác không thể nhịn được đại tiện, tương đương với các ngưỡng: ngưỡng cảm nhận đầu tiên (FS)- ngưỡng bắt đầu buồn đi ngoài (ND) - ngưỡng dung nạp tối đa (MTV).

Đánh giá phản xạ ức chế hậu môn - trực tràng (RAIR): phản xạ RAIR bình thường khi có sự giảm áp lực đột ngột

của trực tràng - ống hậu môn khi bóng catheter được bơm nhanh 60 ml khí.

Xử lý số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS version 22.0. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ (phần trăm), các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình±độ lệch chuẩn hoặc trung vị (tứ phân vị). Sự khác biệt giữa hai nhóm độc lập kiểm định t-test, Mann-Whitney, kiểm định ANOVA và ANOVA Krustal-Wallis đối với 3 nhóm.

Kết quả

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

73 bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Tuổi trung bình là 46,2±15,5, tỷ lệ nữ/nam là 45/28. Tỷ lệ nhóm bệnh nữ đã qua sinh đẻ là 84,4% tổng số bệnh nhân nữ. Các nhóm triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân bao gồm nhóm liên quan đến thay đổi thói quen đại tiện (táo bón đơn thuần, tiêu chảy đơn thuần và táo bón - tiêu chảy hỗn hợp), liên quan đến rối loạn phân (phân nát, phân nhầy, phân sống), và nhóm liên quan đến rối loạn phân xạ đi ngoài (són phân). Bệnh nhân có thể biểu hiện nhiều hơn một nhóm triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng liên quan đến thay đổi thói quen đại tiện phổ biến nhất, gặp ở 74% bệnh nhân, các nhóm liên quan đến rối loạn phân và rối loạn phân xạ đi ngoài gặp lần lượt là 26% và 9,6% bệnh nhân.

Có 45 bệnh nhân ghi nhận được kết quả nội soi đại trực tràng. Bệnh nhân có thể có các tổn thương kết hợp của trĩ, polyp và viêm trên kết quả nội soi. Tỷ lệ bệnh nhân viêm đại - trực tràng, trĩ và polyp đại - trực tràng lần lượt là 35,5; 51,1 và 17,8%.

Đặc điểm trên đo HRAM

Nam giới có chiều dài ống hậu môn dài hơn nữ giới (2,93±0,41 so với 2,59±0,43 cm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,002). Các giá trị áp lực cơ thắt hậu môn khi nghỉ, khi co thắt trong thời gian ngắn và dài ở nhóm bệnh nhân nam đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân nữ (p<0,05). Kết quả này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nữ đã sinh đẻ và nữ chưa sinh đẻ (p>0,05). Các ngưỡng cảm nhận trực tràng không có sự khác biệt giữa giới tính và tiền sử sinh đẻ (bảng 1).

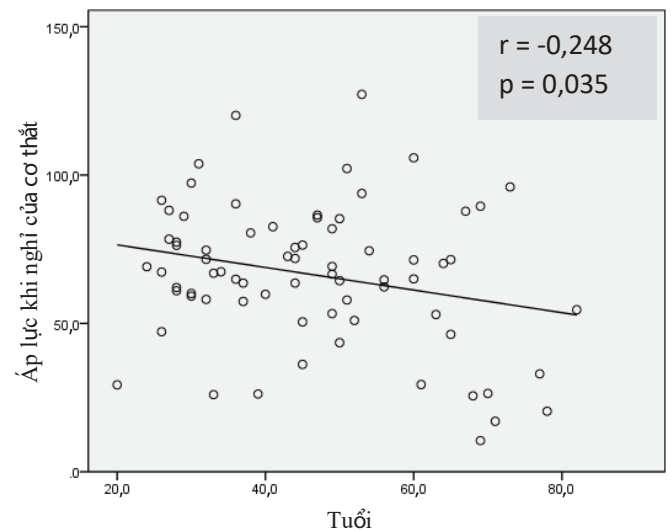
Khi phân tích phân xạ ức chế hậu môn - trực tràng (RAIR) và phân xạ ho, 100% bệnh nhân không có RAIR bình thường, 1 bệnh nhân được ghi nhận có phân xạ ho bất thường.

Bảng 1. Đặc điểm HRAM theo giới tính và tiền sử sinh đẻ.

	Tổng (n=73)	Nữ		Tổng (n=45)	Nam (n=28)	p	
		Nữ chưa sinh (n=7)	Nữ đã sinh (n=38)			(*)	(**)
Chiều dài ống hậu môn (cm)	2,72±0,45	2,35±0,39	2,64±0,43	2,59±0,43	2,93±0,41	0,016	0,002
Áp lực nghỉ của CTHM (mmHg)	66,5±23,8	58,5±23,0	61,2±23,8	60,8±23,5	75,7±21,7	0,781	0,008
Áp lực của CTHM khi co thắt ngắn (mmHg)	151,7±49,8	128,6±55,5	143,0±40,1	140,8±42,4	169,1±53,4	0,413	0,017
Áp lực của CTHM khi co thắt dài (mmHg)	144,1±55,6	120,5±62,4	126,7±47,4	125,7±49,2	173,7±53,2	0,762	0,000
Thời gian duy trì co thắt CTHM (giây)	30,9 (22,6-32,3)	26,7 (21-29)	31 (19-32)	30 (20-32)	31,4 (28-32)	0,347	0,103
Thể tích bắt đầu cảm nhận - FS (ml)	30 (30-42,5)	30 (20-50)	30 (30-40)	30 (27,5-40)	30 (30-48,75)	0,818	0,275
Thể tích bắt đầu buồn đi ngoài - ND (ml)	80 (60-95)	60 (45-90)	72,5 (60-90)	70 (60-90)	85 (60-117,5)	0,489	0,055
Thể tích dung nạp tối đa - MTV (ml)	120 (100-172,5)	120 (80-150)	120 (100-170)	120 (100-165)	140 (112-180)	0,613	0,140

CTHM: cơ thắt hậu môn. Các giá trị được thể hiện dưới dạng giá trị trung bình±độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị). (*) so sánh giữa nhóm nữ chưa sinh và nhóm nữ đã sinh, (**) so sánh giữa nhóm nam và nữ.

Khi phân tích tương quan cho thấy, giá trị tuổi và giá trị áp lực cơ thắt hậu môn khi nghỉ có mối tương quan nghịch (hệ số tương quan Pearson r=-0,248, với p=0,035<0,05 có ý nghĩa thống kê) (hình 1).



Hình 1. Biểu diễn tương quan giữa tuổi và áp lực cơ thắt hậu môn khi nghỉ.

Bảng 2 mô tả một số đặc điểm đo HRAM ở một số nhóm triệu chứng lâm sàng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các giá trị áp lực cơ thắt hậu môn khi co thắt giữa nhóm có triệu chứng táo bón đơn thuần và tiêu chảy đơn thuần. MTV cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm táo bón đơn thuần so với tiêu chảy đơn thuần ($p=0,029$). Tỷ lệ rối loạn đồng vận phản xạ rặn ở hai nhóm táo bón - tiêu chảy đơn thuần cũng không có sự khác biệt ($p=0,106$).

Các giá trị áp lực cơ thắt hậu môn và ngưỡng cảm nhận trực tràng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có són phân ($n=7$) và nhóm không có són phân ($n=66$). Tỷ lệ rối loạn đồng vận phản xạ rặn cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm này ($p=0,119$).

Bảng 2. Đặc điểm đo HRAM ở một số nhóm triệu chứng lâm sàng.

Đặc điểm đo HRAM	Táo bón đơn thuần (n=24)	Tiêu chảy đơn thuần (n=13)	p	Són phân (n=7)	Không són phân (n=66)	p
Áp lực CTHM khi nghỉ (mmHg)	55,9±23,4	73,0±24,3	0,043	55,5±27,0	67,7±23,4	0,202
Áp lực của CTHM khi co thắt ngắn (mmHg)	137,8± 46,4	164,1±55,8	0,134	148,9±75,4	152,0±47,2	0,878
Áp lực của CTHM khi co thắt dài (mmHg)	128,7±55,6	148,4±69,5	0,361	138,0±71,7	144,8±54,3	0,761
FS (ml)	35 (30-48,75)	30 (30-45)	0,769	30 (20-60)	30 (30-40)	0,884
ND (ml)	82,5 (60-97,5)	80 (50-112,5)	0,949	80 (50-120)	80 (60-90)	0,887
MTV (ml)	155 (120-180)	120 (100-165)	0,029	115 (80-140)	122,5 (107,5-176,3)	0,225
Tỷ lệ rối loạn đồng vận (%)	83,3	53,8	0,106	57,1	74,2	0,119

Trong phản xạ rặn, 68 bệnh nhân được ghi nhận thực hiện chính xác trong 3 lần, kết quả cho thấy 22,1% ($n=15$) bệnh nhân có kết quả bình thường, 77,9% ($n=53$) bệnh nhân ghi nhận có rối loạn đồng vận. Rối loạn đồng vận phản xạ rặn gặp chủ yếu là type I ($n=31$, chiếm 45,6%), type II ($n=8$), III ($n=13$) và IV ($n=1$) lần lượt chiếm 11,8; 19,1 và 1,4%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chiều dài ống hậu môn, áp lực cơ thắt hậu môn và các ngưỡng cảm nhận trực tràng (ngoại trừ ngưỡng bắt đầu cảm nhận) giữa nhóm có phản xạ rặn bình thường và nhóm có rối loạn đồng vận ($p>0,05$) (bảng 3).

Bảng 3. Đặc điểm HRAM ở nhóm phản xạ rặn bình thường và nhóm rối loạn đồng vận.

Đặc điểm đo HRAM	Bình thường (n=15)	Rối loạn đồng vận (n=53)	p
Chiều dài ống hậu môn (cm)	2,65±0,37	2,74±0,48	0,490
Áp lực CTHM khi nghỉ (mmHg)	65,7±23,8	66,4±24,0	0,917
Áp lực của CTHM khi co thắt trong thời gian ngắn (mmHg)	165,0±49,9	146,6±50,1	0,214
Áp lực của CTHM khi co thắt trong thời gian dài (mmHg)	150,6±66,9	140,0±53,4	0,522
Thời gian duy trì co thắt của CTHM (giây)	30,5 (21-32)	30,5 (21-32)	0,478
FS (ml)	30 (20-40)	30 (30-47,5)	0,049
ND (ml)	60 (50-90)	80 (60-100)	0,076
MTV (ml)	120 (110-180)	120 (105-172,5)	0,761

Bàn luận

Nghiên cứu đã được tiến hành trên nhóm đối tượng 73 bệnh nhân có các triệu chứng rối loạn về thói quen đại tiện và tính chất phân bằng kỹ thuật HRAM, trong đó có 45 nữ và 28 nam, tuổi trung bình là 46,2±15,5.

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân đến khám chủ yếu về các rối loạn thói quen đại tiện (74%), trong đó triệu chứng táo bón đơn thuần chiếm ưu thế ($n=24$), són phân gặp ở 9,6%. Trong một số nghiên cứu sử dụng các bộ câu hỏi đánh giá tại cộng đồng ở một số khu vực tại Úc, Mỹ, châu Âu, tỷ lệ có triệu chứng táo bón mạn tính gặp ở 11-18%, són phân gặp ở 7-15% [4, 5]. Trong nghiên cứu của Whitehead và cs (2009), tỷ lệ chung của són phân gia tăng theo độ tuổi, khoảng 2,6% ở độ tuổi 20-28 đến 15,3% ở người cao tuổi (>70 tuổi)... Mặc dù, triệu chứng són phân có nhiều tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống và đời sống tinh thần (sự xấu hổ, cô lập với xã hội, mất khả năng lao động...) của người bệnh, nhưng tình trạng rối loạn này ít được người bệnh thông báo với nhân viên y tế [2], dẫn đến việc tiếp cận chẩn đoán và điều trị còn hạn chế. HRAM là một công cụ hữu ích để thăm dò trước khi chỉ định liệu pháp biofeedback (phản hồi sinh học) điều trị són phân chức năng. Một nghiên cứu tổng quan cho thấy, khoảng 2/3 bệnh nhân giảm được tần suất són phân và khoảng 50% bệnh nhân hết biểu hiện són phân sau biofeedback [6]. Tuy nhiên, dữ liệu về HRAM ở Việt Nam còn hạn chế, do đó phối hợp HRAM và biofeedback trong chẩn đoán và quản lý nhóm bệnh nhân có các rối loạn chức năng vùng hậu môn - trực tràng là một hướng nghiên cứu mới cần được tập trung phát triển trong tương lai.

Chiều dài ống hậu môn chức năng trung bình của nhóm bệnh nhân là 2,72±0,45 (cm). Kết quả của chúng tôi có giá trị thấp hơn so với nghiên cứu của Y. Li và cs (2013) trên 110 đối tượng khỏe mạnh người Trung Quốc: 3,5±0,1 cm

(nữ <50 tuổi) và 3,6±0,1 cm (nữ >50 tuổi) [7]. Khi sử dụng giá trị tham chiếu các ngưỡng bình thường trong nghiên cứu của Carrington và cs (2014) [8] trên 115 đối tượng khỏe mạnh tại Anh, nghiên cứu có 16,7% bệnh nhân (n=12) có chiều dài ống hậu môn chức năng ngắn (giá trị tham chiếu: nữ <2,3 cm, nam <2,4 cm). Hiện nay, sự tương quan giữa chiều dài ống hậu môn chức năng và các triệu chứng rối loạn hậu môn - trực tràng còn chưa rõ ràng. Nghiên cứu của Vollebregt và cs (2019) [9] chỉ ra chiều dài ống hậu môn ngắn gặp ở 20% bệnh nhân nữ và 13% bệnh nhân nam có rối loạn són phân, có liên quan với tuổi cao, trương lực và áp lực cơ thắt hậu môn yếu.

Các giá trị áp lực cơ thắt hậu môn khi nghỉ, khi co thắt trong thời gian ngắn và dài đều có giá trị cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nam giới. Điều này phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trước của Carrington và cs (2014); Lee và cs (2014) [8, 10]. Sự khác biệt về áp lực cơ thắt hậu môn giữa hai giới được giải thích do sự khác nhau về khối lượng cơ, lực co bóp của cơ thắt hậu môn, sự tổn thương của thần kinh thẹn trong quá trình chuyển dạ ở nữ giới, cũng như sự khác biệt về chỉ số khối cơ thể (BMI) giữa nam và nữ [10]. Nghiên cứu của Carrington cũng chỉ ra áp lực của cơ thắt hậu môn khi co thắt của phụ nữ đã sinh thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm nữ chưa sinh đẻ. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt giữa hai nhóm, có thể do số lượng nhóm nữ chưa sinh đẻ trong nghiên cứu còn ít (n=7). Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra mối tương quan nghịch giữa tuổi và các giá trị áp lực của cơ thắt hậu môn khi nghỉ và khi co thắt [7, 11, 12]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy mối tương quan nghịch giữa tuổi và áp lực cơ thắt hậu môn khi nghỉ ($r=-0,248$, $p=0,035$). Khi phân tích tương quan giữa tuổi và áp lực cơ thắt hậu môn khi nghỉ ở riêng giới nam và nữ cho kết quả không có sự tương quan ở cả hai giới với $r=-0,365$ ($p=0,056$) và $r=-0,092$ ($p=0,051$), [11]. Áp lực khi nghỉ của cơ thắt hậu môn giảm theo tuổi được giải thích do quá trình thoái hóa cơ trơn, thay thế bằng mô xơ mỡ, sự sắp xếp các sợi cơ lỏng lẻo hơn [13]. Áp lực cơ thắt hậu môn khi nghỉ thấp gặp tỷ lệ cao hơn ở nhóm có triệu chứng són phân trong các nghiên cứu trước đây [14], tuy nhiên không có sự khác biệt giữa nhóm có triệu chứng són phân và không có són phân trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do số lượng bệnh nhân són phân trong nghiên cứu này còn thấp (n=7).

Các ngưỡng cảm nhận trực tràng (FS, ND, MTV) của các đối tượng nghiên cứu có giá trị trung vị lần lượt là 30, 70 và 120 (ml) ở nữ, và 30, 85 và 140 (ml) ở nam, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới. Ngưỡng dung nạp tối đa ở nhóm có triệu chứng táo bón đơn thuần (155 ml) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tiêu chảy

đơn thuần (120 ml). Một số nghiên cứu đã ghi nhận sự tăng ngưỡng cảm nhận trực tràng gặp tỷ lệ cao ở nhóm bệnh nhân có táo bón mạn tính (16-68%), và nhóm hội chứng ruột kích thích táo bón ưu thế (17%) [15, 16].

Trong 68 bệnh nhân được đánh giá phản xạ rặn trên đo HRAM, 77,9% bệnh nhân được ghi nhận có rối loạn đồng vận phản xạ rặn, trong đó type I chiếm tỷ lệ 45,6%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng, chiều dài ống hậu môn, các giá trị áp lực cơ thắt hậu môn và các ngưỡng cảm nhận trực tràng giữa hai nhóm phản xạ rặn bình thường và nhóm có rối loạn đồng vận. Trong nghiên cứu trước đây của T. Yu và cs (2017) [17], Y. Zhao và cs (2019) [12], type I cũng là rối loạn đồng vận thường gặp nhất. Tỷ lệ cao bệnh nhân có rối loạn đồng vận trên đo HRAM trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Vidlock và cs (2013) [18], Y. Zhao và cs (2019) [12], với tỷ lệ rối loạn đồng vận ở đối tượng táo bón mạn tính là 47,7-73,2%, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Grossi và cs (2016) [19] ở đối tượng táo bón chức năng là 93,7% và ở nhóm chứng khỏe mạnh là 86,1%. Mặc dù HRAM là phương pháp rất hữu ích trong việc dễ dàng quan sát và phân loại được các phân nhóm rối loạn đồng vận phản xạ rặn khác nhau, tuy nhiên trong một nghiên cứu áp dụng kỹ thuật HRAM trên nhóm đối tượng có táo bón chức năng và nhóm chứng khỏe mạnh thì tỷ lệ rối loạn đồng vận chung giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [19]. Do đó, để tiếp cận và đánh giá sự phối hợp hậu môn - trực tràng trong phản xạ rặn hiệu quả, việc kết hợp HRAM với các kỹ thuật thăm dò chẩn đoán khác là rất cần thiết.

Kết luận

Tuổi và giới có mối liên quan với áp lực cơ thắt hậu môn. Ngưỡng cảm nhận dung nạp tối đa ở trực tràng cao hơn ở nhóm táo bón đơn thuần so với tiêu chảy đơn thuần. Rối loạn đồng vận phản xạ rặn type I gặp phổ biến nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] S.S. Rao, T. Patcharatrakul (2016), "Diagnosis and treatment of dyssynergic defecation", *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, **22**(3), pp.423-435.
- [2] W.E. Whitehead, L. Borrud, P.S. Goode, et al. (2009), "Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors", *Gastroenterology*, **137**(2), pp.512-517.
- [3] E.V. Carrington, H. Heinrich, C.H. Knowles, 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), DOI: 10.1111/nmo.13679.
- [4] A.E. Bharucha, A.R. Zinsmeister, G.R. Locke, et al. (2005),

- “Prevalence and burden of fecal incontinence: a population-based study in women”, *Gastroenterology*, **129(1)**, pp.42-49.
- [5] N.C. Soares, A.C. Ford (2011), “Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis”, *The American Journal of Gastroenterology*, **106(9)**, pp.1582-1591.
- [6] G. Chiarioni, B. Ferri, A. Morelli, et al. (2005), “Bio-feedback treatment of fecal incontinence: where are we, and where are we going?”, *World Journal of Gastroenterology*, **11(31)**, pp.4771-4775.
- [7] Y. Li, X. Yang, C. Xu, et al. (2013), “Normal values and pressure morphology for three-dimensional high-resolution anorectal manometry of asymptomatic adults: a study in 110 subjects”, *International Journal of Colorectal Disease*, **28(8)**, pp.1161-1168.
- [8] E.V. Carrington, A. Brokjaer, H. Craven, et al. (2014), “Traditional measures of normal anal sphincter function using high-resolution anorectal manometry (HRAM) in 115 healthy volunteers”, *Neurogastroenterology and Motility*, **26(5)**, pp.625-635.
- [9] P.F. Vollebregt, A.M.P. Rasijeff, D. Pares, et al. (2019), “Functional anal canal length measurement using high-resolution anorectal manometry to investigate anal sphincter dysfunction in patients with fecal incontinence or constipation”, *Neurogastroenterology and Motility*, **31(3)**, DOI: 10.1111/nmo.13532.
- [10] H.J. Lee, K.W. Jung, S. Han, et al. (2014), “Normal values for high-resolution anorectal manometry/topography in a healthy Korean population and the effects of gender and body mass index”, *Neurogastroenterology and Motility*, **26(4)**, pp.529-537.
- [11] F. Gundling, H. Seidl, N. Scalercio, et al. (2010), “Influence of gender and age on anorectal function: normal values from anorectal manometry in a large caucasian population”, *Digestion*, **81(4)**, pp.207-213.
- [12] Y. Zhao, X. Ren, W. Qiao, et al. (2019), “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*, **25(2)**, pp.250-257.
- [13] C.T. Speakman, C.H. Hoyle, M.A. Kamm, et al. (1995), “Abnormal internal anal sphincter fibrosis and elasticity in fecal incontinence”, *Dis. Colon Rectum.*, **38(4)**, pp.407-410.
- [14] S.S. Rao (2010), “Advances in diagnostic assessment of fecal incontinence and dyssynergic defecation”, *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, **8(11)**, pp.910-919.
- [15] R.E. Burgell, S.M. Scott (2012), “Rectal hyposensitivity”, *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, **18(4)**, pp.373-384.
- [16] T. Yu, D. Qian, Y. Zheng, et al. (2016), “Rectal hyposensitivity is associated with a defecatory disorder but not delayed colon transit time in a functional constipation population”, *Medicine*, **95(19)**, DOI: 10.1097/MD.0000000000003667.
- [17] T. Yu, X. Shen, M. Li, et al. (2017), “Efficacy and predictors for biofeedback therapeutic outcome in patients with dyssynergic defecation”, *Gastroenterology Research and Practice*, DOI: 10.1155/2017/1019652.
- [18] E.J. Videlock, A. Lembo, F. Cremonini (2013), “Diagnostic testing for dyssynergic defecation in chronic constipation: meta-analysis”, *Neurogastroenterology and Motility*, **25(6)**, pp.509-520.
- [19] U. Grossi, E.V. Carrington, A.E. Bharucha, et al. (2016), “Diagnostic accuracy study of anorectal manometry for diagnosis of dyssynergic defecation”, *Gut.*, **65(3)**, pp.447-455.