

Kết quả đo áp lực hậu môn trực tràng độ phân giải cao ở người bệnh đại tiện không tự chủ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức 2020 - 2021

Nguyễn Ngọc Ánh, Nguyễn Hữu Trí, Nguyễn Xuân Hùng

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Từ khóa:

Đại tiện không tự chủ, mất tự chủ đại tiện, đo áp lực hậu môn trực tràng, cơ thắt hậu môn.

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Ngọc Ánh,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội
Điện thoại: 0981 602 251
Email: nngocanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13/10/2021

Ngày duyệt: 30/10/2021

**Ngày chấp nhận đăng:
23/11/2021**

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đại tiện không tự chủ (ĐTKTC) làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của người bệnh. Đo áp lực hậu môn trực tràng (ALHMTT) độ phân giải cao hỗ trợ chẩn đoán và điều trị ĐTKTC.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh, hồi cứu trên các người bệnh ĐTKTC ≥ 18 tuổi từ 01/2020 đến 08/2021.

Kết quả: 20 người bệnh với tỉ lệ nữ 45%, tuổi trung bình: 49,8 $\pm$ 18,2. Kết quả đo ALHMTT giữa 2 nhóm ĐTKTC cấp kì (9/20) và thụ động (11/20) không có sự khác biệt trừ thể tích duy trì cảm giác muốn đại tiện và thể tích bơm bóng tối đa thấp hơn ở nhóm cấp kì ($48,8 \pm 11,3$ so với $70,0 \pm 21,8$ ml và $90,0 \pm 28,3$ so với $127,5 \pm 26,7$ ml; $p < 0,05$). Áp lực trung bình của hậu môn thì nghỉ, nhú, rắn, ho lần lượt là 48,4 mmHg, 99,6 mmHg, 60,3 mmHg và 63,1 mmHg. Ngưỡng nhận cảm của trực tràng và khả năng chịu đựng tối đa của trực tràng lần lượt là 27,5 ml và 112,5 ml. Có sự tương quan rõ ràng giữa sự giảm áp lực nhú của hậu môn và ngưỡng nhận cảm của trực tràng với mức độ nặng của bệnh ($r = -0,46, -0,49$; $p < 0,05$).

Kết luận: Đo ALHMTT độ phân giải cao có giá trị trong chẩn đoán, đánh giá mức độ tổn thương, lên kế hoạch điều trị và tiên lượng với người bệnh ĐTKTC.

Resultats of high-resolution anorectal manometry (HRAM) for fecal incontinence in Viet Duc University Hospital during period 2020 - 2021

Nguyen Ngoc Anh, Nguyen Huu Tri, Nguyen Xuan Hung

Viet Duc University Hospital

Abstracts

Introduction: Fecal incontinence significantly reduces the patients quality of life. High resolution anorectal manometry is a new effective way for fecal incontinences assessment and treatment planning.

Patients and methods: A case series study of 20 patients diagnosed with fecal incontinence (FI) in Viet Duc University Hospital.

Results: 20 patients with FI include 9 women (45%), 11 men (55%), mean age: 49.8. There was no difference between the two groups of urge FI (9/20) and passive FI (11/20) except the balloon volume that give constant sensation to defecate and the max tolerable volume which was lower in the urge FI group (48.8 ± 11.3 vs 70.0 ± 21.8 ml and 90.0 ± 28.3 vs 127.5 ± 26.7 ml; $p < 0.05$). The mean anal pressure at rest, squeezing, straining, and coughing was 48.4 mmHg, 99.6 mmHg, 60.3 mmHg and 63.1 mmHg, respectively. The rectal first sensation threshold and max tolerance volume were 27.5 ml and 112.5 ml, respectively. Maximum anal squeeze pressure, first sensation volume decreased significantly with increasing FI severity ($r = -0.46, -0.49, p < 0.05$).

Conclusion: High-resolution anorectal manometry is valuable in diagnosis, assessment, treatment and prognosis in patients with fecal incontinence.

Keywords: Fecal incontinence, high-resolution anorectal manometry, anal sphincters

Đặt vấn đề

Đại tiện không tự chủ (ĐTKTC) là tình trạng mất khả năng kiểm soát đại tiện, làm phân trong trực tràng són ra ngoài một cách không kiểm soát. Đây là một bệnh phổ biến với tỷ lệ mắc trung bình từ 7% - 15% trong cộng đồng [1]. Nghiên cứu của Whitehead đánh giá trên 4773 người trưởng thành cho thấy tỉ lệ mắc ĐTKTC tăng lên theo tuổi, tăng từ 2,6% ở người 20 - 30 tuổi lên 15,3% ở người ≥ 70 tuổi [2]. Dù không ảnh hưởng đến tính mạng nhưng ĐTKTC gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe thể chất - tinh thần và giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của người bệnh. Được giới thiệu lần đầu tiên vào năm 2008, đo áp lực trực tràng hậu môn độ phân giải cao là một trong những phương pháp chính giúp chẩn đoán và điều trị ĐTKTC với độ nhạy và độ đặc hiệu có thể đạt lần lượt 80% và 80% [3]. Dựa trên các chỉ số về áp lực hậu môn trực tràng (ALHMTT) và phản xạ, nhận cảm với thể tích bóng của trực tràng, phương pháp này cung cấp nhiều thông tin hữu ích bao gồm mức độ tổn thương của cơ thắt hậu

môn, khả năng giữ phân của trực tràng và đáp ứng thần kinh vùng hậu môn - trực tràng. Nghiên cứu của Mion với 37 người bệnh nữ bị ĐTKTC cho thấy có sự giảm đáng kể áp lực hậu môn khi nghỉ, nhúu và rặn so với bình thường với giá trị lần lượt là 54 mmHg, 111 mmHg và 49 mmHg [4]. Tại Việt Nam, nghiên cứu về ứng dụng phương pháp đo áp lực hậu môn trực tràng trong bệnh ĐTKTC còn hạn chế, do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá các đặc điểm lâm sàng và kết quả đo ALHMTT ở người bệnh ĐTKTC tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh ĐTKTC ≥ 18 tuổi đến khám vì đại tiện không tự chủ tại bệnh viện Việt Đức trong thời gian 01/2020 - 08/2021.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh, hồi cứu.

Thời gian nghiên cứu: từ 01/2020 đến 08/2021.

Thu thập mẫu nghiên cứu.

Khai thác nguyên nhân, các yếu tố nguy cơ của người bệnh, tần suất són phân, tính chất phân, đánh giá mức độ nặng theo thang điểm Wexner [5].

Đo áp lực hậu môn trực tràng.

Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Cỡ mẫu	N = 20
Nam	11 (55%)
Nữ	9 (45%)
Tuổi trung bình	49,8 ± 18,2
≥ 40 tuổi	15 (75%)
< 40 tuổi	5 (25%)
Loại ĐTKTC	
Cấp kì	8 (40,0%)
Thụ động	12 (60,0%)

20 người bệnh ĐTKTC tham gia vào nghiên cứu, trong đó tỉ lệ người bệnh nam (55%) nhiều hơn người bệnh nữ (45%). Phần lớn người bệnh ở độ tuổi trung niên với tuổi trung bình là 49,8 ± 18,2. 60% người bệnh bị ĐTKTC thụ động, 40% bị ĐTKTC cấp kì.

Bảng 3. Kết quả đo áp lực hậu môn trực tràng

Giá trị	ĐTKTC cấp kì	ĐTKTC thụ động	Tổng	p*
Áp lực hậu môn nghỉ (mmHg)	43,9 ± 25,7	51,4 ± 22,0	48,4 ± 23,2	> 0,05
Áp lực hậu môn khi nhú (mmhg)	90,7 ± 41,7	105,9 ± 80,9	99,6 ± 66,1	> 0,05
Áp lực hậu môn khi rặn (mmhg)	57,9 ± 44,5	61,9 ± 31,5	60,3 ± 36,2	> 0,05
Áp lực trực tràng khi rặn (mmhg)	49,9 ± 35,6	56,7 ± 31,3	54,1 ± 32,4	> 0,05
Áp lực hậu môn khi ho (mmhg)	59,9 ± 47,6	65,3 ± 32,4	63,1 ± 38,0	> 0,05
Áp lực trực tràng khi ho (mmhg)	57,5 ± 28,1	80,1 ± 55,0	71,1 ± 46,6	> 0,05
Vùng áp lực cao	2,3 ± 1,1	2,7 ± 0,8	2,6 ± 1,0	> 0,05

Bảng 2. Nguyên nhân đại tiện không tự chủ

Nguyên nhân	Nam n (%)	Nữ n (%)	Tổng n (%)	p*
Đứt cơ thắt sau đẻ		2 (22,2)	2 (22,2)	
Vết thương tầng sinh môn	2 (18,2)	1 (11,1)	3 (15,0)	> 0,05
Phẫu thuật hậu môn trực tràng	8 (90,9)	0 (0)	8 (40,0)	< 0,05
Sa tạng chậu	0 (0,0)	5 (55,6)	5 (25,0)	< 0,05
Yếu tố tâm lý	1 (9,1)	1 (11,1)	2 (10,0)	> 0,05

Chú thích: *Fishers test

Về nguyên nhân: ở nữ: sa tạng chậu chiếm 5/9, đứt cơ thắt sau đẻ: 2/9, vết thương tầng sinh môn: 1/9, tâm lý: 1/9; ở nam, tiền sử phẫu thuật hậu môn trực tràng chiếm 8/11 trong đó 3/11 mổ u trực tràng nổi thấp, 3/11 mổ bệnh lý bẩm sinh (2 Hirschprung và 1 rò trực tràng niệu đạo, 1/11 sau mổ trĩ, 1/11 sau mổ rò hậu môn), 2/11 vết thương tầng sinh môn, có sự khác biệt rõ ràng về tỉ lệ giới ở 2 nhóm nguyên nhân do phẫu thuật hậu môn trực tràng và sa tạng chậu.

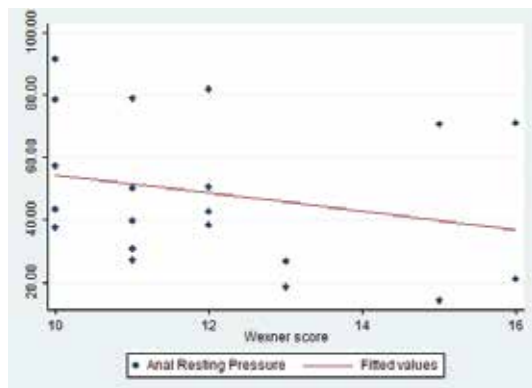
Kết quả đo ALHMTT và mối tương quan với mức độ nặng của bệnh

Phản xạ ức chế hậu môn trực tràng (RAIR)	100%	91,7%	95%	> 0,05
Ngưỡng xuất hiện RAIR (ml)	26,2 ± 5,2	24,5 ± 6,9	25,3 ± 6,1	> 0,05
Ngưỡng nhận cảm của trực tràng (ml)	25,0 ± 5,3	29,2 ± 9,0	27,5 ± 7,9	> 0,05
Thể tích duy trì cảm giác muốn đại tiện (ml)	48,8 ± 11,3	70,0 ± 21,8	60,1 ± 20,8	< 0,05
Khả năng chịu đựng tối đa của trực tràng (ml)	90,0 ± 28,3	127,5 ± 26,7	112,5 ± 32,6	< 0,05

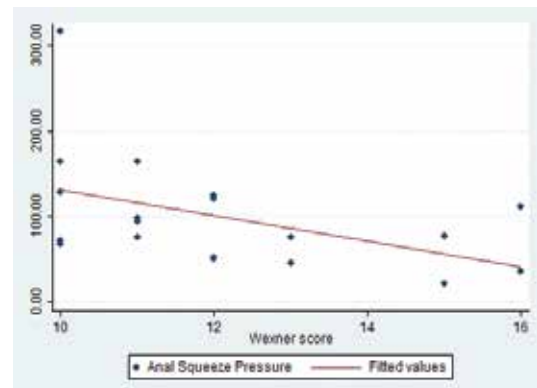
Chú thích: * Mann-Whitney U test/ Fishers test.

Kết quả đo ALHMTT giữa 2 nhóm ĐTKTC cấp kỳ (9/20) và thụ động (11/20) không có sự khác biệt trừ thể tích duy trì cảm giác muốn đại tiện và thể tích bơm bóng tối đa thấp hơn ở nhóm cấp kỳ (48,8 ± 11,3 so với 70,0 ± 21,8 ml và 90,0 ± 28,3 so với 127,5 ± 26,7 ml; $p < 0,05$). Áp lực trung bình của hậu môn thì nghỉ, nhú, rặn, ho lần lượt là 48,4 mmHg,

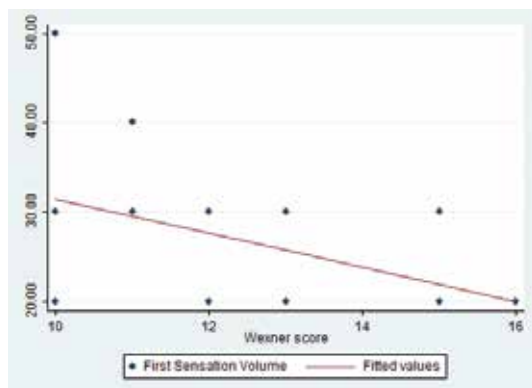
99,6 mmHg, 60,3 mmHg và 63,1 mmHg. Áp lực trung bình của trực tràng khi rặn, ho lần lượt là 54,1 mmHg và 71,1 mmHg. Chiều dài trung bình vùng áp lực cao là 2,6 cm. 95% người bệnh có phản xạ ức chế hậu môn trực tràng, với ngưỡng để xuất hiện phản xạ là 25,3 ml. Ngưỡng nhận cảm của trực tràng và khả năng chịu đựng tối đa của trực tràng lần lượt là 27,5 ml và 112,5 ml.



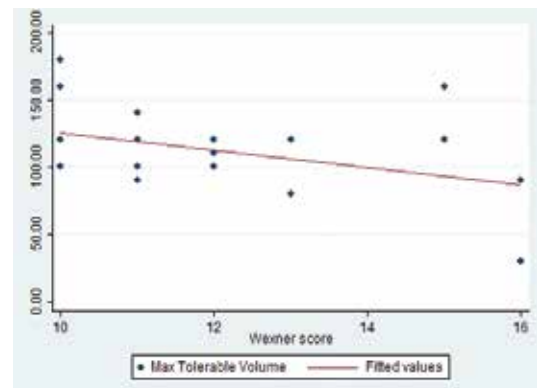
(a): $r = -0,26$; $p = 0,283$



(b): $r = -0,46$; $p = 0,047$



(c): $r = -0,49$; $p = 0,028$



(d): $r = -0,40$; $p = 0,084$

Đồ thị 1. Mối tương quan giữa mức độ nặng của bệnh và kết quả đo áp lực HMTT. Trục hoành: điểm Wexner; trục tung: áp lực hậu môn khi nghỉ (a), áp lực hậu môn khi nhú (b), ngưỡng nhận cảm của trực tràng (c), khả năng chịu đựng tối đa của trực tràng (d)

Có sự tương quan rõ ràng giữa sự giảm áp lực nhú của hậu môn và ngưỡng nhận cảm của trực tràng với mức độ nặng của bệnh ($r = -0,46, -0,49; p < 0,05$). Tuy nhiên, không thấy sự tương quan này giữa áp lực nghỉ của hậu môn, khả năng chịu đựng tối đa của trực tràng với mức độ nặng của bệnh.

Bàn luận

Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình là 49,8, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới. Năm 2004, nghiên cứu của Mimura trên 206 người bệnh ĐTKTC có tuổi trung bình là 54 [6]. Năm 2020, nghiên cứu khác của Hoke trên 404 người bệnh ĐTKTC có tuổi trung bình là 58 [7]. Về tỉ lệ giới tính, trong nhiều nghiên cứu trước đây, nữ giới thường được cho là chiếm tỉ lệ chủ yếu trong các người bệnh ĐTKTC. Nghiên cứu của Pehl trên 559 người bệnh cho tỉ lệ nữ là 72,8%, trong nghiên cứu của Mimura, tỉ lệ này lên đến 84,5% [8]. Điều này được cho là do ảnh hưởng của chấn thương sản khoa - một trong các nguyên nhân chính gây ĐTKTC. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam và nữ không có sự khác biệt đáng kể, trong đó nữ chỉ chiếm 45%, kết quả này là tương đồng với nghiên cứu của Whitehead trên 4308 người bệnh với tỉ lệ nữ chiếm 51,3% [2].

So sánh với giá trị đo ALHMTT bình thường của người Việt Nam trưởng thành trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Ánh và cộng sự cho thấy các giá trị đo ALHMTT ở người bệnh ĐTKTC giảm, đạt bằng 59% - 89% giá trị bình thường [9]. Cụ thể, các áp lực hậu môn khi nghỉ, rặn, ho, nhú của người bệnh so với bình thường lần lượt là 48,4 mmHg so với 71,5 mmHg, 62,5 mmHg so với 74,7 mmHg, 63,1 mmHg so với 99,5 mmHg và 99,6 mmHg so với 163,3 mmHg. Áp lực trực tràng khi ho, rặn của người bệnh so với bình thường lần lượt là 71,1 mmHg so với 89,9 mmHg và 54,1 mmHg so với 63,1 mmHg. Trong đó, áp lực hậu môn khi nghỉ và nhú giảm rõ nhất (59% - 63% giá trị bình thường). Tương tự, so với giá trị đo bình thường, chúng tôi cũng nhận thấy sự giảm trong các giá trị chiều dài vùng áp lực cao (2,6 cm so với 3,4 cm), ngưỡng nhận cảm trực tràng (27,5 ml so với 32,4 ml), thể tích duy trì cảm giác muốn đại

tiện (60,1 ml so với 81,6 ml), khả năng chịu đựng tối đa của trực tràng (112,5 ml so với 159,9 ml). Sự giảm của áp lực hậu môn và các thể tích bơm bóng trực tràng trong nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với kết quả trong các nghiên cứu của Mion và Rasmussen cũng như phù hợp với đặc điểm sinh lý bệnh của ĐTKTC [4], [10].

Các nghiên cứu về đo ALHMTT ở người bệnh ĐTKTC cho kết quả khác nhau đáng kể, điều này có thể giải thích do sự khác nhau về cách chọn người bệnh cũng như phương pháp, thiết bị đo. 2 nhóm thông số được các tác giả quan tâm nhiều là áp lực hậu môn và thể tích bơm bóng trực tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, áp lực hậu môn khi nghỉ và nhú lần lượt là 48,4 mmHg và 99,6 mmHg, các giá trị này nhỏ hơn so với nghiên cứu của Mion (55 mmHg, 111 mmHg) nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Rasmussen (40 mmHg, 82 mmHg) và Hoke (29 mmHg, 72 mmHg) [10]. Ngưỡng nhận cảm của trực tràng và khả năng chịu đựng tối đa của trực tràng trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 27,5 ml và 112,5 ml, các giá trị này là khác biệt so với nghiên cứu của Mion (10 ml, 150 ml) và Rasmussen (48 ml, 185 ml).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự tương quan rõ ràng giữa mức độ nặng của bệnh với áp lực hậu môn khi nhú và ngưỡng nhận cảm của trực tràng. Trong nghiên cứu trên 559 người bệnh ĐTKTC của Pehl và cộng sự, sự tương quan được nhận thấy ở áp lực hậu môn khi nghỉ, áp lực hậu môn khi nhú và khả năng chịu đựng tối đa của trực tràng [8]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu trên 538 người bệnh ĐTKTC của Heitmann, sự tương quan chỉ được nhận thấy ở áp lực hậu môn khi nghỉ và khi nhú [11].

Kết luận

Đo áp lực hậu môn trực tràng độ phân giải cao có giá trị trong chẩn đoán, đánh giá mức độ tổn thương, lên kế hoạch điều trị và tiên lượng với người bệnh đại tiện không tự chủ. Kết quả đo cho thấy các áp lực hậu môn, trực tràng và thể tích bơm bóng trực tràng giảm so với bình thường. Có sự tương quan rõ ràng giữa sự giảm áp lực nhú của hậu môn, ngưỡng nhận cảm của trực tràng với mức độ nặng của bệnh.

Lời cảm ơn

Tác giả và nhóm nghiên cứu gửi lời cảm ơn trân trọng đến Ban lãnh đạo Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, các quý đồng nghiệp đã ủng hộ và góp ý. Chúng tôi cam kết không xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

Tài liệu tham khảo

1. Bharucha, Adil E, Gena Dunivan, Patricia S Goode, et al, Epidemiology, pathophysiology, and classification of fecal incontinence: state of the science summary for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) workshop, (2015), 110(1): 127.
2. Whitehead, William E, Lori Borrud, Patricia S Goode, et al, Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors, (2009), 137(2): 512-517, e512.
3. Yeap, Zhu Hui, Constantinos Simillis, Shengyang Qiu, et al, Diagnostic accuracy of anorectal manometry for fecal incontinence: a meta-analysis, (2017), 117(6): 347-355.
4. Mion, F, A Garros, C Brochard, et al, 3D High-definition anorectal manometry: Values obtained in asymptomatic volunteers, fecal incontinence and chronic constipation, Results of a prospective multicenter study (NOMAD), (2017), 29(8): e13049.
5. Jorge, J Marcio N, Steven D %J Diseases of the colon Wexner and rectum, Etiology and management of fecal incontinence, (1993), 36(1): 77-97.
6. Mimura, Toshiki, Michio Kaminishi and Michael A %J Digestive surgery Kamm, Diagnostic evaluation of patients with faecal incontinence at a specialist institution, (2004), 21(3): 235-241.
7. Hoke, Tanya P, Isuzu Meyer, Christina T Blanchard, et al, Characterization of symptom severity and impact on four fecal incontinence phenotypes in women presenting for evaluation, (2021), 40(1): 237-244.
8. Pehl, C, H Seidl, N Scalcio, et al, Accuracy of anorectal manometry in patients with fecal incontinence, (2012), 86(2): 78-85.
9. Anh, Nguyen Ngoc, Ngo Xuan Khoa, Nguyen Xuan Hung, et al, Normal values and associated factors in high-resolution anorectal manometry in healthy Vietnamese adults, (2021), 41(01): 070-078.
10. Rasmussen, OØ, C Rønholdt, N Alstrup, et al, Anorectal pressure gradient and rectal compliance in fecal incontinence, (1998), 13(4): 157-159.
11. Heitmann, PT, PRabbitt, A Schloithe, et al, Relationships between the results of anorectal investigations and symptom severity in patients with faecal incontinence, (2019), 34(8): 1445-1454.