

EFFECTIVENESS OF A BOWEL MANAGEMENT PROGRAM (BMP) IN CHILDREN WITH DEFECATION DISORDERS AFTER ANORECTAL MALFORMATION SURGERY

Tran Quoc Viet^{1,3*}, Trinh Huu Tung^{1,4}, Vu Hiep Phat¹,
Tran Thi Kim Ngan¹, Ngo Thi Thanh Thuy^{1,2}, Mai Thi Tron¹, Hoang Dang Hoai Linh¹,
Vo Tran Thanh Truc¹, Tran Thi Mi Na¹, Van Thi Thuy Linh¹, Pham Ngoc Thach¹

¹Children's Hospital 2 -14 Ly Tu Trong, Sai Gon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City - 217 Hong Bang, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

³Cuu Long University - National Highway 1A, Phu Quoi Commune, Vinh Long Province, Vietnam

⁴Nguyen Tat Thanh University - 298A Nguyen Tat Thanh, Xom Chieu Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 11/08/2025

Revised: 25/08/2025; Accepted: 24/09/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of a bowel management program (BMP) in children with defecation disorders (DD) following surgery for anorectal malformation (ARM), based on changes in clinical symptoms, anorectal manometry (ARM) parameters, and quality of life.

Subjects and Methods: A prospective interventional study was conducted on 44 pediatric patients with DD after ARM surgery, who received BMP intervention for 6 months. Key outcome measures included clinical symptoms, ARM findings, and quality of life scores assessed using the Bai Y scale.

Results: After BMP intervention, the proportion of patients achieving “good” or “very good” fecal continence increased to 59%, compared to 0% before the intervention ($p < 0.001$). Anorectal resting pressure and squeeze pressure both showed statistically significant improvements ($p < 0.001$), indicating enhanced sphincter function. Quality of life scores improved markedly, with the total score increasing from 7.2 to 9.5 ($p < 0.001$). Logistic regression analysis revealed that reduced rectal perception (increased Vmax) was significantly associated with non-response to BMP (OR = 18.0; $p < 0.05$).

Conclusion: The BMP is an effective intervention for improving bowel function and enhancing quality of life in children with DD after ARM surgery.

Keywords: Anorectal malformation; Bowel management program; Defecation disorder; Anorectal manometry; Fecal continence; Quality of life

*Corresponding author

Email: dr.tranquocviet@gmail.com Phone: (+84) 909490527 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3343>

HIỆU QUẢ CỦA CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ RUỘT (BOWEL MANAGEMENT PROGRAM – BMP) Ở BỆNH NHI RỐI LOẠN ĐẠI TIỆN SAU PHẪU THUẬT DỊ DẠNG HẬU MÔN TRỰC TRÀNG

Trần Quốc Việt^{1,3*}, Trịnh Hữu Tùng^{1,4}, Vũ Hiệp Phát¹,
Trần Thị Kim Ngân¹, Ngô Thị Thanh Thủy^{1,2}, Mai Thị Trọn¹, Hoàng Đặng Hoài Linh¹,
Võ Trần Thanh Trúc¹, Trần Thị Mi Na¹, Văn Thị Thùy Linh¹, Phạm Ngọc Thạch¹

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2 -14 Lý Tự Trọng, P. Sài Gòn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Trường Đại học Cửu Long - Quốc lộ 1A, Xã Phú Quới, Tỉnh Vĩnh Long, Việt Nam

⁴Trường Đại học Nguyễn Tất Thành - Số 298A Nguyễn Tất Thành, P. Xóm Chiếu, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/08/2025

Chỉnh sửa ngày: 25/08/2025; Ngày duyệt đăng: 24/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của chương trình quản lý ruột (BMP) ở bệnh nhi rối loạn đại tiện (RLĐT) sau phẫu thuật dị dạng hậu môn-trực tràng (HMTT) dựa trên các thay đổi về lâm sàng, chỉ số áp lực hậu môn-trực tràng (ALHMTT) và chất lượng cuộc sống.

Đối tượng – phương pháp: Nghiên cứu can thiệp tiến cứu, đánh giá trước và sau can thiệp trên 44 bệnh nhi RLĐT sau phẫu thuật HMTT, được áp dụng chương trình BMP trong thời gian 6 tháng. Các chỉ số đánh giá bao gồm triệu chứng lâm sàng, kết quả đo ALHMTT và điểm chất lượng cuộc sống.

Kết quả: Sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhi đạt mức kiểm soát phân “tốt” và “rất tốt” tăng lên 59%, so với 0% trước BMP ($p < 0,001$). Các chỉ số áp lực ống hậu môn khi nghỉ và khi ho đều tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), cho thấy cải thiện về chức năng cơ thắt. Chất lượng cuộc sống cũng cải thiện rõ rệt, với tổng điểm tăng từ 7,2 lên 9,5 ($p < 0,001$). Phân tích hồi quy logistic cho thấy “giảm cảm nhận trực tràng” (tăng Vmax) là yếu tố liên quan đến không đáp ứng với BMP (OR = 18,0; $p < 0,05$).

Kết luận: BMP là phương pháp can thiệp hiệu quả giúp cải thiện chức năng đại tiện và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhi RLĐT sau phẫu thuật HMTT.

Từ khóa: Dị dạng hậu môn trực tràng, rối loạn đại tiện, quản lý ruột, áp lực hậu môn, chất lượng cuộc sống.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng hậu môn-trực tràng (HMTT) là dị tật bẩm sinh phổ biến ở trẻ em, thường đi kèm các bất thường tim mạch, tiết niệu – sinh dục hoặc cột sống, ảnh hưởng xấu đến tiên lượng lâu dài[2]. Mặc dù phẫu thuật chỉnh sửa (như phương pháp PSARP) giúp tái lập đường tiêu hóa, nhiều trẻ sau mổ vẫn gặp phải rối loạn đại tiện kéo dài (táo bón hoặc són phân). Thống kê cho thấy tới 79% trẻ HMTT sau PSARP có táo bón và/hoặc són phân, cần tham gia chương trình quản lý ruột chuyên biệt để kiểm soát triệu chứng[2].

Chương trình quản lý ruột (BMP) là liệu pháp toàn diện (kết hợp dùng thuốc nhuận tràng, thụt tháo trực tràng hay rửa ruột theo hướng ống Malone...)

nhằm tối ưu hóa tình trạng rỗng ruột hàng ngày và đạt sự đại tiện tự chủ ở trẻ bị RLĐT sau HMTT[5]. BMP được thiết kế cá thể hóa theo mức độ bệnh lý và đặc điểm giải phẫu của từng bệnh nhi, đặc biệt tránh dùng các thuốc làm phân mềm ở trẻ són phân do HMTT (vì có thể làm trầm trọng tình trạng són) [2]. Đồng thời, kỹ thuật đo áp lực hậu môn-trực tràng (ALHMTT) là một xét nghiệm sinh lý chức năng không xâm lấn quan trọng, giúp đánh giá chức năng cơ thắt hậu môn và cảm giác trực tràng. Theo đồng thuận NASPGHAN-ANMS (2016), ALHMTT hiện được sử dụng rộng rãi tại các trung tâm nhi lớn như công cụ chẩn đoán và định hướng điều trị ở những bệnh nhi

*Tác giả liên hệ

Email:dr.tranquocviet@gmail.com Điện thoại: (+84) 909490527 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3343>

táo bón nặng hoặc són phân mãn tính, đặc biệt khi xét can thiệp phẫu thuật[3]. Tuy nhiên, các quy trình thực hiện ALHMTT ở trẻ em vẫn còn đa dạng, chưa thống nhất chuẩn mực, làm hạn chế khả năng so sánh kết quả giữa các trung tâm[6]. Trong bối cảnh còn thiếu hụt nghiên cứu tại Việt Nam về hiệu quả BMP và vai trò ALHMTT ở bệnh nhi hậu HMTT, việc tổng hợp bằng chứng quốc tế sẽ giúp định hướng can thiệp lâm sàng phù hợp cho nhóm bệnh đặc biệt này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp kết hợp can thiệp thí điểm, nhằm đánh giá hiệu quả của chương trình quản lý ruột (BMP) ở bệnh nhi rối loạn đại tiện (RLĐT) sau phẫu thuật dị dạng hậu môn trực tràng (HMTT). Đối tượng nghiên cứu là 44 bệnh nhi từ 4 đến dưới 16 tuổi, đã phẫu thuật HMTT tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong giai đoạn 2015–2020, có triệu chứng RLĐT kéo dài trên 3 tháng và kết quả đo áp lực hậu môn-trực tràng (ALHMTT) bất thường. Các bệnh nhân đủ điều kiện được tham gia chương trình BMP tối thiểu 6 tháng và được đánh giá trước – sau can thiệp.

Chương trình BMP được cá thể hóa dựa trên kết quả ALHMTT, gồm hai giai đoạn: tấn công (tháo phân) và duy trì. Tùy theo mức độ tổn thương cơ thắt và cảm nhận trực tràng, bệnh nhân được chỉ định thực tháo, dùng thuốc nhuận tràng hoặc kết hợp các biện pháp hỗ trợ khác. Hiệu quả được đánh giá qua thay đổi triệu chứng lâm sàng, kết quả đo ALHMTT và chất lượng cuộc sống (thang điểm Bai Y và cộng sự)[1] tại hai thời điểm: trước can thiệp và sau 6 tháng.

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phiếu khảo sát, sau đó xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các phép kiểm thống kê được lựa chọn phù hợp với loại biến số, bao gồm paired t-test, Wilcoxon signed-rank test, Chi-square và hồi quy logistic. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$. Nghiên cứu tuân thủ quy định đạo đức y sinh, được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Nhi Đồng 2 phê duyệt và đảm bảo bảo mật thông tin người bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

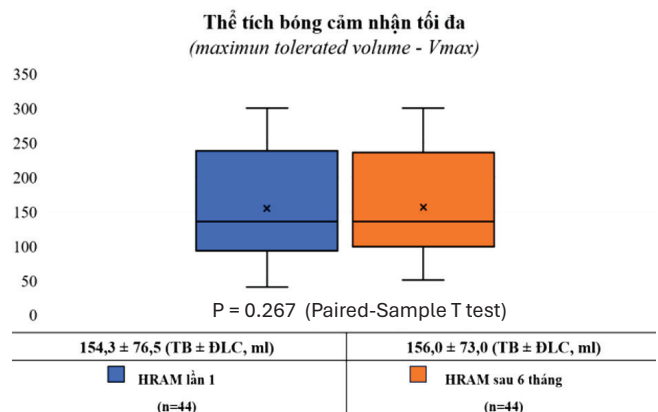
Nghiên cứu bao gồm 44 bệnh nhi sau phẫu thuật dị dạng hậu môn-trực tràng (HMTT), trong đó tỷ lệ nam chiếm ưu thế (65,9%). Tuổi trung bình tại thời điểm tham gia là $6,8 \pm 2,9$ tuổi. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm RLĐT kiểu són phân (54,5%) và có tổn thương ALHMTT biểu hiện giảm áp lực cơ vòng hoặc rối loạn cảm nhận trực tràng. Kết quả mô tả trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu (n=44)

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi (TB $\pm$ ĐLC, năm)		$6,5 \pm 2,5$
Nhóm tuổi, n (n/N %)	Dưới 6 tuổi	16 (36,4)
	Từ 6 tuổi trở lên	28 (63,6)
Giới, n (n/N %)	Nam	29 (65,9)
	Nữ	15 (34,1)
Địa chỉ, n (n/N %)	TP.HCM	17 (38,6)
	Tỉnh khác	27 (61,4)
Trình độ học vấn của thân nhân bệnh nhi, n (n/N %)	Cấp I – II	15 (34,1)
	Cấp III - Cao đẳng Đại học trở lên	29 (65,9)
Tình trạng hôn nhân gia đình của thân nhân bệnh nhi, n (n/N %)	Bố mẹ sống chung	40 (90,9)
	Ly dị, sống với bố hoặc mẹ, hoặc người khác	4 (9,1)
Nghề nghiệp của thân nhân bệnh nhi, n (n/N %)	Nhân viên - viên chức nhà nước	20 (45,5)
	Các nghề khác	24 (54,5)

3.2. So sánh kết quả đo áp lực hậu môn-trực tràng trước và sau BMP

Sau can thiệp bằng chương trình BMP, các chỉ số ALHMTT cải thiện rõ rệt. Áp lực ống hậu môn khi nghỉ tăng từ $30,8 \pm 7,2$ mmHg lên $39,1 \pm 6,8$ mmHg ($p < 0,001$), khi ho tăng từ $35,6 \pm 6,9$ lên $44,3 \pm 7,5$ mmHg ($p < 0,001$), và khi co thắt chủ động tăng từ $74,5 \pm 13,6$ lên $92,3 \pm 15,1$ mmHg ($p < 0,001$). Tuy nhiên, chỉ số cảm nhận trực tràng tối đa (Vmax) không thay đổi đáng kể ($p > 0,05$) (Hình 1).



Hình 1. Biểu đồ mô tả thể tích bóng cảm nhận tối đa (Vmax) tại 02 thời điểm đo HRAM

3.3. So sánh triệu chứng lâm sàng trước và sau can thiệp BMP

Kết quả phân tích các yếu tố liên quan đến không đáp ứng với BMP được mô tả trong Bảng 2. Trước can thiệp, tỷ lệ bệnh nhi có khả năng kiểm soát phân “kém” và “trung bình” lần lượt là 86,4% và 13,6%. Sau 6 tháng BMP, tỷ lệ này giảm còn 11,4% và 29,5%;

đồng thời, tỷ lệ kiểm soát “tốt” và “rất tốt” tăng lên 54,5% và 4,5% ($p < 0,001$). Tỷ lệ đáp ứng điều trị đạt 79,5%, với nhóm số phân cải thiện cao hơn nhóm táo bón (88% so với 68,4%). Phân tích hồi quy logistic xác định yếu tố “giảm cảm nhận trực tràng” (V_{max} tăng) là yếu tố liên quan đến không đáp ứng BMP (OR = 18,0; $p < 0,05$).

Bảng 2. Bảng mô tả kết quả phân tích các yếu tố liên quan đến không đáp ứng với BMP

Đặc điểm	Không đáp ứng với BMP		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	n	(n/N, %)	OR [KTC 95%]	p	OR hiệu chỉnh* [KTC 95%]	p
Nhóm tuổi						
Dưới 6 tuổi	3	18,8	0.85 [0,2 – 4,0]	>0,99	0,3 [0,02 – 3,2]	0,294
Từ 6 tuổi trở lên	6	21,4	1		1	
Giới						
Nam	5	17,2	0,6 [0,1 – 2,6]	0,464	0,1 [0,01 – 2,2]	0,159
Nữ	4	26,7	1		1	
Địa chỉ						
Tp.HCM	7	25,9	1	0,445	1	0,108
Tỉnh khác	2	11,8	0,4 [0,1 – 2,1]		0,1 [0,01 – 1,7]	
Trình độ học vấn của người nuôi dưỡng trực tiếp						
Cấp I-II; Không biết chữ	4	26,7	1,7 [0,4 -7,8]	0,464	3,3 [0,4 – 30,8]	0,290
Từ cấp III trở lên	5	17,2	1		1	
Tình trạng gia đình của bệnh nhi						
Bố mẹ sống chung	8	20,0	1	>0,99	1	0,699
Ly dị, sống với bố hoặc mẹ, hoặc với người khác	1	25,0	1,3 [0,1 – 14,6]		0,5 [0,01 – 23,8]	
Nghề nghiệp của người nuôi dưỡng trực tiếp						
Nhân viên - Viên chức nhà nước	4	20,0	1	>0,99	1	0,964
Khác	5	20,8	1,1 [0,2 – 4,6]		1,1 [0,1 – 9,9]	
Thể dị dạng HMTT						
Cao - Trung gian	6	21,4	1,2 [0,3 – 5,5]	>0,99	6,4 [0,2 - 233,6]	0,310
Thấp	3	18,8	1		1	
Giảm cảm nhận trực tràng (tăng V_{max} quá mức)						
Có	6	42,9	6,8 [1,4 – 33,3]	0,019	18,0 [1,3 -246,2]	0,030
Không	3	10,0	1		1	
Tăng cảm nhận trực tràng (giảm V_{max} quá mức)						
Có	3	20,0	1,0 [0,2 – 4,5]	>0,99	-	-
Không	6	20,7	1		-	

Đặc điểm	Không đáp ứng với BMP		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	n	(n/N, %)	OR [KTC 95%]	p	OR hiệu chỉnh* [KTC 95%]	p
Giảm áp lực ống hậu môn						
Có	6	26,1	2,1 [0,5 – 9,8]	0,462	3,6 [0,2 – 54,4]	0,354
Không	3	14,3	1		1	
Són phân						
Có	3	12,0	1	0,144	1	0,052
Không	6	31,6	0,7 [0,4 – 1,4]		0,29 [0,001 – 1,0]	
Tiêu bón						
Có	6	31,6	1	0,144	-	-
Không	3	12,0	0,3 [0,1 – 1,4]		-	

3.4. So sánh chất lượng cuộc sống trước và sau can thiệp BMP

Điểm chất lượng cuộc sống với phân tích dưới nhóm của các trường hợp dân số nghiên cứu tại 2 thời điểm khảo sát được mô tả trong bảng 3. Chất lượng cuộc sống cải thiện rõ rệt sau BMP, với tổng điểm trung bình theo thang Bai Y tăng từ $7,2 \pm 1,4$ lên $9,5 \pm 1,5$ ($p < 0,001$) (Biểu đồ 2). Các khía cạnh cải thiện có ý nghĩa gồm khả năng kiểm soát phân (tăng từ 1,1 lên 2,5 điểm), giảm tỷ lệ phải nghỉ học, cải thiện chế độ ăn và giao tiếp xã hội ($p < 0,05$). Tuy nhiên, yếu tố cảm xúc như lo lắng hoặc buồn bã không thay đổi đáng kể ($p > 0,05$), cho thấy nhu cầu hỗ trợ tâm lý vẫn còn cần thiết.

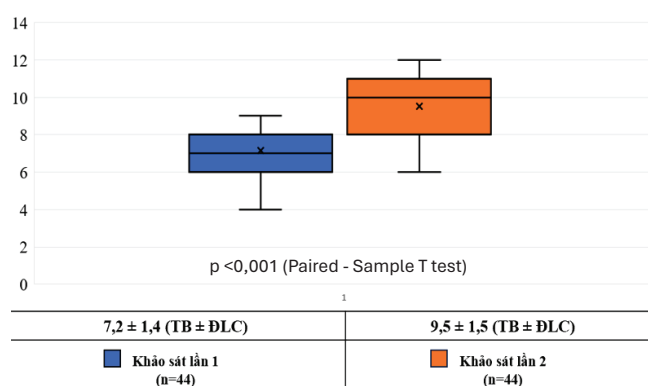
Bảng 3. Điểm chất lượng cuộc sống với phân tích dưới nhóm của các trường hợp dân số nghiên cứu tại 2 thời điểm khảo sát

Đặc điểm	Khảo sát lần 1 (N=44) n (%)	Khảo sát lần 2 (N=44) n (%)	p*
Khả năng kiểm soát phân (TB ± ĐLC)/ Fecal continence (thang điểm 0-4)	$1,1 \pm 0,3$	$2,5 \pm 0,8$	$< 0,001$
Không són phân/ Absent soiling (4)	0	0	
Thỉnh thoảng són phân/ Accidental soiling (3)	0	2 (4,5)	
Thường xuyên són phân/ Frequent soiling (2)	0	24 (54,5)	

Đặc điểm	Khảo sát lần 1 (N=44) n (%)	Khảo sát lần 2 (N=44) n (%)	p*
Thỉnh thoảng không khả năng tự chủ đi tiêu/Accidental incontinence (1)	6 (13,6)	13 (29,5)	
Thường xuyên không tự chủ đi tiêu/ Frequent incontinence (0)	38 (86,4)	5 (11,4)	
Phải nghỉ học (TB ± ĐLC)/ School absenteeism (thang điểm 0-2)	$1,2 \pm 0,6$	$1,8 \pm 0,4$	$< 0,001$
Không bao giờ/ Never (2)	14 (31,8)	34 (77,3)	
Thỉnh thoảng/ Accidental (1)	26 (59,1)	10 (22,7)	
Thường xuyên/ Frequently (0)	4 (9,1)	0	
Cảm giác không vui và lo lắng (TB ± ĐLC)/ Unhappiness or anxiety (thang điểm 0-2)	$1,5 \pm 0,6$	$1,6 \pm 0,5$	0,377
Không bao giờ/ Never (2)	24 (54,5)	26 (59,1)	
Thỉnh thoảng/ Accidental (1)	18 (40,9)	18 (40,9)	
Thường xuyên/ Frequently (0)	2 (4,5)	0	

Đặc điểm	Khảo sát lần 1 (N=44) n (%)	Khảo sát lần 2 (N=44) n (%)	p*
Chế độ ăn hạn chế (TB ± ĐLC)/ Food restriction (thang điểm 0-2)	1,6 ± 0,5	1,8 ± 0,4	0,007
Không/ Never (2)	27 (61,4)	34 (77,3)	
Một vài loại thức ăn/ Somewhat (1)	17 (38,6)	10 (22,7)	
Nhiều loại/ Much (0)	0	0	
Hạn chế giao tiếp với bạn bè xung quanh (TB ± ĐLC)/ Peer rejection (thang điểm 0-2)	1,7 ± 0,5	1,8 ± 0,4	0,013
Không/ Never (2)	29 (65,9)	35 (79,5)	
Thỉnh thoảng/ Accidental (1)	15 (34,1)	9 (20,5)	
Thường xuyên/ Frequently (0)	0	0	
Tổng điểm (thang điểm 0-12)	7,2 ± 1,4	9,5 ± 1,5	< 0,001

*: Paired samples T test



Hình 2. Kết quả khảo sát chất lượng cuộc sống của các trường hợp bệnh nhân so sánh tại 2 thời điểm.

4. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu cho thấy BMP mang lại cải thiện rõ rệt trong vấn đề đại tiện cho bệnh nhi sau HMTT. Ví dụ, Wood và cộng sự (2021) báo cáo ở nhóm 222 bệnh nhi HMTT tham gia BMP, tỉ lệ bệnh nhi đạt trạng thái “sạch phân” tăng lên 70,4% sau một năm theo

dõi. Đồng thời, điểm số đánh giá đại tiện (Baylor Continence Scale) và chất lượng sống (PedsQL) cải thiện đáng kể so với ban đầu[5]. Kết quả tương tự được tổng hợp từ các nghiên cứu khác: Bokova và cộng sự (2023) cho biết BMP đạt được tỷ lệ đại tiện tự chủ xã hội 70–72% sau 1 năm và 78% sau 2 năm theo dõi ở các bệnh nhi rối loạn đại tiện nặng[7]. Các kết quả này khẳng định BMP là can thiệp hiệu quả, giúp giảm phụ thuộc vào enema và nâng cao chất lượng cuộc sống cho trẻ sau HMTT.

Song song, ALHMTT đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và đánh giá chức năng đại tiện. Rodriguez và cộng sự (2017) ghi nhận ALHMTT được sử dụng phổ biến ở các trung tâm nhi đầu ngành, hỗ trợ quản lý trẻ táo bón khó trị và són phân[3]. Wheeler và cộng sự (2024) thực hiện AR manometry ở 297 bệnh nhi với RLĐT (bao gồm HMTT) và thấy kỹ thuật này dung nạp tốt, không có biến chứng nghiêm trọng[4]. Điều thú vị, trong nghiên cứu này, 79,5% bệnh nhi có són phân ban đầu và đã điều trị kết hợp phục hồi chức năng vùng chậu và BMP trở nên tự chủ đại tiện sau khi hoàn thành liệu trình[4]. Điều này cho thấy ALHMTT không chỉ giúp chẩn đoán rối loạn ở mức độ chi tiết (điều tiết bất thường của các cơ thắt, phản xạ hậu môn trực tràng...), mà còn góp phần định hướng phác đồ điều trị BMP hiệu quả.

Tổng quan hệ thống gần đây cũng ghi nhận đặc điểm manometry đặc trưng ở bệnh nhi HMTT sau mổ: thường thấy áp lực nghỉ hậu môn giảm, đặc biệt ở các loại dị dạng phức tạp hoặc bệnh nhi vẫn són phân[8]. Thực tế, các nghiên cứu còn cho thấy tính thiếu chuẩn hóa trong quy trình ALHMTT (thiết bị, giao thức, phân tích) dẫn đến khó so sánh kết quả giữa các trung tâm[6, 8]. Do vậy, khi áp dụng ALHMTT để đánh giá kết quả BMP, cần lưu ý lựa chọn giao thức tham khảo và kết hợp phân tích tổng quát với lâm sàng. Tóm lại, bằng chứng quốc tế cho thấy BMP có hiệu quả cải thiện đại tiện lâu dài ở bệnh nhi sau HMTT (tỷ lệ đại tiện tự chủ cao, cải thiện điểm số đại tiện và chất lượng sống)[5, 7], và ALHMTT là công cụ giá trị để khảo sát chức năng hậu môn – trực tràng, hỗ trợ tối ưu hóa phác đồ BMP[3, 8]. Các kết quả này gợi ý cần thúc đẩy triển khai BMP quy trình và ALHMTT đầy đủ cho trẻ em sau HMTT tại Việt Nam, đồng thời nghiên cứu thêm để chuẩn hóa kỹ thuật và theo dõi hiệu quả dài hạn.

5. KẾT LUẬN

BMP mang lại cải thiện rõ rệt về chức năng đại tiện, chỉ số ALHMTT và chất lượng sống ở bệnh nhi RLĐT sau phẫu thuật HMTT. Khuyến nghị mở rộng triển khai BMP tại các bệnh viện Nhi, kết hợp đo ALHMTT để cá thể hóa điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bai, Y., et al. (2002), "Long-term outcome and quality of life after the Swenson procedure for Hirschsprung's disease", *J Pediatr Surg.* 37(4), pp. 639-42.
- [2] Bokova, E., et al. (2023), "State of the Art Bowel Management for Pediatric Colorectal Problems: Anorectal Malformations", *Children (Basel)*. 10(5).
- [3] Rodriguez, L., et al. (2017), "An ANMS-NASPGHAN consensus document on anorectal and colonic manometry in children", *Neurogastroenterol Motil.* 29(1).
- [4] Wheeler, J. C., Short, S. S., and Rollins, M. D. (2024), "Anorectal Manometry in Pediatric Colorectal Surgical Care", *Children (Basel)*. 11(6).
- [5] Wood, R. J., et al. (2021), "One-year impact of a bowel management program in treating fecal incontinence in patients with anorectal malformations", *J Pediatr Surg.* 56(10), pp. 1689-1693.
- [6] Yates, G., et al. (2021), "Anorectal manometry in pediatric settings: A systematic review of 227 studies", *Neurogastroenterol Motil.* 33(4), p. e14006.
- [7] Bokova, Elizaveta, et al. (2023), "Pediatric Bowel Management Options and Organizational Aspects", *Children*. 10(4), p. 633.
- [8] Evans-Barns, Hannah M. E., et al. (2023), "Post-Operative Anorectal Manometry in Children following Anorectal Malformation Repair: A Systematic Review", *Journal of Clinical Medicine*. 12(7), p. 2543.