

ANORECTAL FUNCTIONAL ASSESSMENT IN CHILDREN WITH REFRACTORY CONSTIPATION: A CROSS-SECTIONAL STUDY AT CHILDREN'S HOSPITAL 2, HO CHI MINH CITY

Lam Thien Kim^{1*}, Tran Quoc Viet², Tran Thi Mi Na²,
Lam Gia Vinh⁴, Ngo Bui Tu Duc³, Luu Thanh Binh², Nguyen Thi Kim Chi²,
Truong Nguyen Uy Linh³, Nguyen Thi Truc Linh³, Tran Dang Khoa², Nguyen Minh Ngoc²

¹Tam Anh General Hospital, Ho Chi Minh City - 2B Pho Quang, Tan Son Hoa Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

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

³University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City - 217 Hong Bang, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

⁴Pham Ngoc Thach University of Medicine - 02 Duong Quang Trung, Hoa Hung Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 11/08/2025

Revised: 28/08/2025; Accepted: 25/09/2025

ABSTRACT

Objectives: This study aims to identify the clinical and functional anorectal characteristics of children with refractory constipation using anorectal manometry and to assess symptom improvement potential based on functional anorectal profiles.

Method: A cross-sectional study was conducted on 46 pediatric patients with refractory constipation symptoms, using parental retrospective interviews and data reviews, at the Anorectal Manometry Unit, Children's Hospital 2, Ho Chi Minh City.

Results: Fecal incontinence was present in 47.8% of pediatric patients with constipation symptoms. Following intensive therapy, 65.2% exhibited symptomatic improvement. The study revealed significant differences in resting anal pressure and cough pressure among fecal incontinence status groups.

Conclusion: Our study results suggest that the primary mechanism of refractory constipation is functional outlet obstruction disorder. Anorectal manometry proves valuable in explaining the pathophysiology of fecal incontinence in children with refractory constipation.

Keywords: Fecal incontinence, refractory constipation, anorectal manometry

*Corresponding author

Email: thienkimy04@gmail.com Phone: (+84) 909338368 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3348>

ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG HẬU MÔN TRỰC TRÀNG TRÊN BỆNH NHI TIÊU BÓN KHÁNG TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Lâm Thiên Kim^{1*}, Trần Quốc Việt², Trần Thị Mi Na²,
Lâm Gia Vinh⁴, Ngô Bùi Tứ Đức³, Lưu Thanh Bình², Nguyễn Thị Kim Chi²,
Trương Nguyễn Uy Linh³, Nguyễn Thị Trúc Linh³, Trần Đăng Khoa², Nguyễn Minh Ngọc²

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh - 2B Phổ Quang, P. Tân Sơn Hòa, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

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

³Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

⁴Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch - 02 Đường Quang Trung, P. Hòa Hưng, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/08/2025

Chỉnh sửa ngày: 28/08/2025; Ngày duyệt đăng: 25/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Xác định các đặc điểm lâm sàng – chức năng hậu môn trực tràng của bệnh nhi tiêu bón kháng trị thông qua phương pháp đo áp lực hậu môn trực tràng và khả năng giải thích triệu chứng dựa trên đặc điểm chức năng hậu môn trực tràng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, thực hiện phỏng vấn và hồi cứu dữ liệu ở 46 trường hợp bệnh nhi có triệu chứng tiêu bón kháng trị đến khám tại phòng Đo áp lực hậu môn trực tràng – Bệnh viện Nhi Đồng 2, Thành Phố Hồ Chí Minh.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhi có triệu chứng tiêu bón kèm són phân là 47,8%, có 65,2% bệnh nhi có cải thiện triệu chứng sau khi được điều trị tích cực sau đo. Nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa áp lực hậu môn trực tràng lúc nghỉ, áp lực hậu môn trực tràng lúc ho và triệu chứng són phân.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu gợi ý cơ chế chính của tiêu bón kháng trị là rối loạn tắc nghẽn đường ra. ALHMTT có ý nghĩa trong việc giải thích triệu chứng són phân ở bệnh nhi tiêu bón kháng trị.

Từ khóa: Són phân, tiêu bón kháng trị, đo áp lực hậu môn trực tràng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêu bón là một chẩn đoán phổ biến ở bệnh nhi, với tần suất ghi nhận từ 0,7% đến 29,6%. Bệnh nhi thường tìm đến can thiệp y tế khi triệu chứng gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, ngay cả khi đã được điều trị, vẫn có đến 30% trẻ em còn xuất hiện triệu chứng sau 1 năm [5]. Tình trạng này không những ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống mà còn là gánh nặng tâm lý cho cả bệnh nhi và gia đình. Việc xác định nguyên nhân nền tảng có thể liên quan đến bất thường chức năng vùng hậu môn trực tràng sẽ giúp cá thể hóa điều trị và nâng cao hiệu quả can thiệp.

Đo áp lực hậu môn trực tràng là một công cụ đang dần được ưu tiên lựa chọn để tìm hiểu thông tin về sinh bệnh học của tiêu bón và đánh giá chức năng sàn chậu, giúp phân biệt tiêu bón liên quan đến rối loạn chức năng cơ thắt, rối loạn cảm giác trực tràng

và rối loạn chức năng sàn chậu[1,2,6].

Tỷ lệ lưu hành các triệu chứng và đặc điểm ALHMTT ở các nhóm sinh bệnh học tiêu bón trẻ em tại Việt Nam vẫn chưa được làm rõ. Nghiên cứu của chúng tôi được đặt ra nhằm mục đích xác định các đặc điểm lâm sàng và kết quả đo áp lực hậu môn trực tràng ở bệnh nhi tiêu bón có triệu chứng kháng trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi có triệu chứng tiêu bón kháng trị.

*Tác giả liên hệ

Email: thienkimy04@gmail.com Điện thoại: (+84) 909338368 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3348>

2.3. Tiêu chí chọn bệnh

Bệnh nhi tiêu bón đến khám và đo áp lực hậu môn trực tràng tại phòng đo chức năng hậu môn trực tràng – Bệnh viện Nhi đồng 2.

2.4. Tiêu chí loại trừ

Những bệnh nhi đã được chẩn đoán tiêu bón do nguyên nhân nội tiết, nguyên nhân dị ứng, bệnh nhi đã được thực hiện phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng hoặc từ chối tham gia sẽ được loại khỏi mẫu nghiên cứu

2.5. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được ước tính dựa trên công thức ước lượng một tỉ lệ

$$n = Z^2 \frac{p(1 - p)}{d^2}$$

Chọn $\alpha = 0,05$ có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $d=0,1$, với tỉ lệ bệnh nhi có triệu chứng tiêu bón kháng trị không cải thiện sau điều trị [5] được ghi nhận là $p=0,3$. Cỡ mẫu tối thiểu được ước tính là 45 bệnh nhi.

2.6. Quá trình nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhi phù hợp với tiêu chuẩn thu nhận và loại trừ của nghiên cứu đều được liên lạc để mời tham gia, cha/mẹ của bệnh nhi sau đó được thực hiện phỏng vấn về quá trình và kết quả điều trị, bằng bộ câu hỏi soạn sẵn thông qua điện thoại. Thông tin về kết quả đo áp lực hậu môn trực tràng sau đó sẽ được thu thập ở những bệnh nhi đã hoàn tất phỏng vấn.

2.7. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu sau thu thập, làm sạch và thống kê bằng phần mềm thống kê STATA 14.0. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn và kiểm định t-student để so sánh, đối với biến định lượng không theo phân phối chuẩn, trung vị và khoảng tứ phân vị cùng với phép kiểm Mann – Whitney được sử dụng để mô tả và xác định sự khác biệt. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm, sử dụng kiểm định chi bình phương. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được chọn là $p < 0,05$.

2.8. Y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, theo giấy chứng nhận số 762/GCN-BVND2 ngày 25/09/2024.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhi có triệu chứng tiêu bón kháng trị

Nghiên cứu thực hiện thu thập số liệu trên 46 bệnh nhi có triệu chứng tiêu bón kháng trị tại Phòng đo chức năng hậu môn trực tràng – Bệnh viện Nhi Đồng 2, bao gồm 34 bé nam (73,9%) và 12 bé nữ (26,1%), với độ tuổi trung vị khi thực hiện đo áp lực hậu môn trực tràng là 76,4 tháng tuổi (KTPV: 48,2 – 108,1) (Bảng 1).

Bảng 1. Những đặc điểm cá nhân của bệnh nhi có triệu chứng tiêu bón kháng trị tại BV Nhi Đồng 2 (n=46)

Đặc điểm			
Trung vị	Khoảng tứ phân vị	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Tuổi lúc đo (tháng tuổi)			
76,4	48,2 – 108,1	4,6	171,7
Cân nặng của trẻ lúc đo (n=44)			
21	15 – 32	5	56
		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	34	73,9
	Nữ	12	26,1

Phần lớn bệnh nhi ghi nhận triệu chứng đầu tiên xuất hiện khi bắt đầu đi nhà trẻ (60,9%) hoặc sau khi thay đổi chế độ ăn (21,7%). Triệu chứng đi kèm phổ biến nhất được ghi nhận là són phân (47,8%). Đa số các bệnh nhi có phân độ III – IV theo thang phân độ Bristol và hơn 2/3 số bệnh nhi có triệu chứng tiêu bón ở mức độ nhẹ theo thang đo CSS (Constipation Score System).

Triệu chứng thường bắt đầu xuất hiện sau khi bệnh nhi được 1 tuổi với tuổi trung vị là 36,5 tháng tuổi. Thời gian từ lúc có triệu chứng đầu tiên đến lúc đo ALHMTT có trung vị là 28 tháng, khoảng thời gian dài nhất lên đến 120 tháng. Sau khi hoàn thành giai đoạn điều trị tấn công, có 65,2% bệnh nhi có ghi nhận cải thiện triệu chứng.

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng của bệnh nhi có triệu chứng tiêu bón kháng trị tại BV Nhi đồng 2(n=46)

Đặc điểm triệu chứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hoàn cảnh xuất hiện tiêu bón		
Khi tập thói quen đại tiện	5	10,9
Khi bắt đầu đi học	28	60,9
Sau khi sử dụng thuốc	3	6,5
Sau khi thay đổi chế độ ăn	10	21,7

Đặc điểm triệu chứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng xuất hiện đầu tiên		
Tiêu bón kèm són phân	22	47,8
Tiêu bón kèm chướng bụng	2	4,3
Phân độ Bristol		
Độ I	2	4,4
Độ II	6	13,0
Độ III	24	52,2
Độ IV	14	30,4
Mức độ nặng của triệu chứng tiêu bón theo CSS		
Nặng	16	34,8
Nhẹ	30	65,2
Kết quả điều trị		
Cải thiện	30	65,2
Không cải thiện	16	34,8
	Trung vị	Khoảng tứ phân vị
Tuổi xuất hiện triệu chứng đầu tiên (tháng tuổi) (n=43)	36,5	16 – 60,8
Thời gian triệu chứng đầu tiên đến lúc đo ALHMTT (tháng)	28	16 – 60

3.2. Đặc điểm áp lực hậu môn trực tràng ở bệnh nhi tiêu bón kháng trị

Kết quả ALHMTT của bệnh nhi tiêu bón kháng trị được thể hiện bởi Bảng 3.

Áp lực hậu môn trực tràng lúc nghỉ, lúc ho và lúc thắt của bệnh nhi tiêu bón kháng trị được ghi nhận lần lượt là 59mmHg, 101mmHg và 124 mmHg. Chiều dài ống hậu môn trung vị của bệnh nhi là 2,2 cm. Cảm giác bóng trực tràng chỉ được ghi nhận ở 5 bệnh nhi với trung vị 130 ml và thể tích bóng tối đa được ghi nhận là 235ml.

Phản xạ ức chế cơ thắt trong (RAIR) dương tính ở 84,4% bệnh nhi, trong khi nghiệm pháp tổng bóng thành công ở 41,3% các trường hợp. Phần lớn bệnh nhi thuộc nhóm giảm cảm giác trực tràng (92,1%).

Bảng 3. Chức năng hậu môn trực tràng của bệnh nhi tiêu bón có triệu chứng kháng trị (n=46)

Kết quả đo áp lực hậu môn trực tràng			
Trung vị	Tứ phân vị	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Áp lực hậu môn trực tràng lúc nghỉ (mmHg)			
59	44 – 69	16	84
Chiều dài ống hậu môn (cm)			
2,2	2,0 – 2,4	1,6	2,6
Áp lực hậu môn trực tràng lúc ho (mmHg) (n=32)			
101,0	74,0 – 120,5	30,0	224,0
Áp lực hậu môn trực tràng lúc thắt hậu môn (mmHg) (n= 31)			
124,5	96,0 – 152,5	51,0	254,0
Cảm giác bóng trực tràng (ml) (n=5)			
130,0	120,0 – 220,0	60,0	220,0
Thể tích bóng tối đa (ml) (n=38)			
235,0	180,0 – 240,0	60,0	300,0
		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Phản xạ ức chế cơ thắt trong (RAIR)			
Âm tính		4	8,7
Dương tính		39	84,8
Không rõ		3	6,5
Nghiệm pháp tổng bóng			
Thành công		19	41,3
Thất bại		14	30,4
Không thực hiện/Không rõ		13	28,3
Cảm giác trực tràng (n=38)			
Giảm cảm giác		35	92,1
Tăng cảm giác		1	2,6
Bình thường		2	5,3

3.3. Đặc điểm ALHMTT của bệnh nhi tiêu bón có kèm triệu chứng són phân

Áp lực hậu môn trực tràng lúc nghỉ và áp lực hậu môn lúc ho của bệnh nhi có kèm triệu chứng són phân được ghi nhận là thấp hơn nhóm bệnh nhi không có, với mỗi đơn vị áp lực lúc nghỉ tăng lên thì số chênh về tỉ lệ són phân giảm tương ứng 0,95 lần (KTC 95%: 0,91 – 0,99). Số chênh về tỉ lệ són phân cũng giảm 0,97 lần (KTC 95%: 0,94 – 1,01) với mỗi mmHg mà áp lực hậu môn lúc ho tăng lên.

Bảng 4. Mối liên quan giữa kết quả đo ALHMTT và tình trạng tiêu bón có số phân (n=46)

Số phân		p	OR (KTC 95%)
Có (n=22)	Không (n=24)		
Áp lực hậu môn trực tràng lúc nghỉ (mmHg)			
49 (40 – 63)	63 (55 -71)	0,016	0,95 (0,91 – 0,99)
Chiều dài ống hậu môn (cm)			
2,1 (2 – 2,4)	2,2 (2 – 2,4)	0,233	0,27 (0,03 – 2,66)
Áp lực hậu môn trực tràng lúc ho (mmHg) (n=31)			
80,0 (69,0 – 106,0)	114,5 (93,0 – 141,5)	0,005	0,97 (0,94 – 0,99)
Áp lực hậu môn trực tràng lúc thất hậu môn(mmHg) (n=31)			
97 (94 – 142)	136 (108,0 – 171,5)	0,133	0,99 (0,97 – 1,01)
Thể tích bóng tối đa			
240 (230 – 300)	230 (140 – 240)	0,098	1,00 (0,99 – 1,00)
Phản xạ ức chế cơ thắt trong (RAIR)			
Âm tính		0,548	1
2 (9,1)	1 (4,3)		
Dương tính			0,43 (0,04 – 5,13)
18 (81,8)	21 (91,4)		
Không rõ			1,00 (0,03 – 29,81)
2 (9,1)	1 (4,3)		
Nghiệm pháp tổng bóng			
Thành công		0,458	0,64 (0,16 – 2,61)
7 (31,8)	7 (30,4)		
Thất bại			1
7 (31,8)	11 (47,8)		
Không thực hiện/ Không rõ			1,60 (0,35 – 7,40)
8 (36,6)	5 (21,8)		

Số phân		p	OR (KTC 95%)
Có (n=22)	Không (n=24)		
Cảm giác trực tràng			
Giảm cảm giác		0,489	-
21 (95,5)	21 (91,3)		
Tăng cảm giác			
1 (4,5)	0		
Bình thường			
0	2 (8,7)		

4. BÀN LUẬN

Triệu chứng tiêu bón có kèm số phân trong nghiên cứu của chúng tôi được báo cáo với tỉ lệ 47,8%. Một nghiên cứu tại Hà Lan, cho thấy tỉ lệ mắc của triệu chứng số phân trong dân số chung là khá thấp, với chỉ 7,9%[3]. Ở một khía cạnh khác, một nghiên cứu theo dõi 418 bệnh nhi cho thấy, tỉ lệ đồng mắc số phân có thể lên đến 90% ở những bệnh nhi có triệu chứng tiêu bón mạn tính [5]. Sự khác biệt trong những con số này, có thể thấy có sự gắn kết đặc biệt giữa triệu chứng số phân và tình trạng tiêu bón kéo dài. Nhận định tương tự cũng được tác giả S. Nurko và S.M. Scott [4] đưa ra, với triệu chứng số phân có thể là hậu quả từ tình trạng phân “ứ đầy” trong ống tiêu hoá.

Về tỉ lệ cải thiện triệu chứng, chúng tôi ghi nhận con số về cải thiện triệu chứng cao hơn đáng kể so với những nghiên cứu khác. Nhìn chung, các y văn trên thế giới báo cáo tỉ lệ bệnh nhân hồi phục. Hiệu quả điều trị khá cao trong nghiên cứu này, có thể đến từ việc Bệnh viện Nhi đồng 2 là bệnh viện tuyến cuối về nhi của khu vực miền nam, nơi có chất lượng dịch vụ y tế cao hơn so với mặt bằng chung cả nước. Ngoài ra, việc đi đến tuyến cao hơn có thể là dấu hiệu cho thấy sự quan tâm đáng kể của cha mẹ đến sức khỏe của con, nhờ đó gia tăng tuân thủ và hiệu quả điều trị.

Nhìn chung, kết quả đo áp lực hậu môn trực tràng trong nghiên cứu của chúng tôi gợi ý cơ chế chính của bệnh lý tiêu bón có triệu chứng kháng trị là tiêu bón có tắc nghẽn đường ra. Nghiệm pháp tổng bóng với tỉ lệ thành công thấp và đa số các bệnh nhi có tình trạng giảm cảm giác cho thấy ở đa số các trường hợp, bệnh nhi có thể tồn tại rối loạn chức năng tổng phân và rối loạn cảm giác trực tràng. Phản xạ ức chế cơ thắt trong (RAIR) bảo tồn gợi ý nguyên nhân có thể đến từ rối loạn phối hợp vận động cơ sàn chậu.

Sự suy giảm về áp lực hậu môn trực tràng lúc nghỉ và áp lực hậu môn trực tràng lúc ho ở nhóm bệnh nhân có số phân thể hiện mối liên quan sinh bệnh

học giữa các nhóm cơ vùng chậu với triệu chứng són phân ở những bệnh nhi tiêu bón kháng trị. Sự suy giảm ALHMTT lúc nghỉ thường gắn với sự suy giảm cảm nhận phân trong ống trực tràng trong khi suy giảm ALHMTT lúc ho cho thấy có sự suy giảm chức năng của cơ thắt ngoài, gây giảm khả năng giữ phân. Các nhận định tương tự cũng được ghi nhận ở cả người lớn và trẻ em, cho rằng nguyên nhân của triệu chứng són phân có thể đến từ sự suy yếu của một trong hai hoặc cả 2 nhóm cơ này.

Trong thực hành, việc quyết định thực hiện đo ALHMTT không phải lúc nào cũng được chỉ định sớm do hạn chế về nhân lực, thiết bị và chi phí. Tuy nhiên, với tỷ lệ bệnh nhi tiêu bón kháng trị ngày càng tăng, vai trò của đo ALHMTT ngày càng rõ rệt trong việc phân nhóm bệnh nhân. Đặc biệt, nghiên cứu này cho thấy mối liên quan rõ ràng giữa giảm áp lực cơ thắt hậu môn và sự hiện diện của són phân. Điều này có thể được giải thích bởi sự suy yếu của cơ thắt ngoài hoặc rối loạn cảm giác vùng trực tràng. Những dữ liệu này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó tại Mỹ và Châu Âu. Ngoài ra, việc ghi nhận bệnh nhi khởi phát triệu chứng sớm có tỷ lệ cải thiện thấp hơn cũng gợi ý về vai trò của yếu tố bẩm sinh, có thể liên quan đến các bất thường thần kinh ruột hoặc cơ học sớm mà chưa được tầm soát. Việc cá nhân hóa điều trị dựa trên kết quả đo ALHMTT có thể là hướng đi trong tương lai. Trong khi đó, những trường hợp giảm áp lực nhưng cảm giác trực tràng còn tốt có thể hưởng lợi từ liệu pháp vật lý trị liệu sàn chậu hoặc huấn luyện đi tiêu. Kết quả nghiên cứu cho thấy đo ALHMTT đóng vai trò quan trọng trong việc phân tầng nguy cơ, giải thích triệu chứng và định hướng xử trí. Do đó, việc sử dụng ALHMTT như một công cụ hỗ trợ sàng lọc và theo dõi tiến trình điều trị là cần thiết, đặc biệt ở nhóm trẻ có triệu chứng kéo dài hoặc kèm theo són phân. Các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn sẽ giúp khẳng định mạnh mẽ hơn vai trò của đo ALHMTT trong điều trị tiêu bón kháng trị ở trẻ em.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nhìn chung, đo áp lực hậu môn trực tràng gợi ý nghiên cứu. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng cho thấy tiềm

năng của đo ALHMTT trong việc giải thích cơ chế và triệu chứng trên bệnh nhân tiêu bón kháng trị nói chung, gợi ý hướng nghiên cứu trong tương lai nơi đo ALHMTT đóng vai trò như một phương tiện hỗ trợ bác sĩ trong việc giải thích triệu chứng và cá nhân hoá liệu trình điều trị cho bệnh nhi.

Đo áp lực hậu môn trực tràng nên được sử dụng trong giai đoạn sớm của điều trị bệnh lý tiêu bón kháng trị nhằm tầm soát các bất thường về cơ thắt và sự thiếu hiệp đồng chức năng vùng hậu môn trực tràng. Các nghiên cứu cứu trong tương lai về đo áp lực hậu môn trực tràng nên được tiến hành với cỡ mẫu lớn hơn nhằm tăng khả năng đánh giá mối liên quan giữa kết quả đo và các triệu chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Vinh NNT (2022). Sàn Chậu Học. Nhà Xuất Bản Y Học.
- [2] Goyal O, Bansal M, Sood A. (2019). Clinical And Anorectal Manometry Profile Of Patients With Functional Constipation And Constipation-Predominant Irritable Bowel Syndrome. *Indian J Gastroenterol*;38(3):211-219.
- [3] Meinds Rj, Van Meegdenburg Mm, Trzpis M, et al. (2017). On The Prevalence Of Constipation And Fecal Incontinence, And Their Co-Occurrence, In The Netherlands. *Int J Colorectal Dis*;32(4):475-483.
- [4] Nurko S, Scott Sm. (2011). Coexistence Of Constipation And Incontinence In Children And Adults. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*;25(1):29-41.
- [5] Van Ginkel R, Reitsma Jb, Büller Ha, et al (2020)3022).. Childhood Constipation: Longitudinal Follow-Up Beyond Puberty. *Gastroenterology*;125(2):357-63.
- [6] Vollebregt Pf, Rasijeff Amp, Pares D, 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. *Neurogastroenterol Motil*;31(3):E13532.