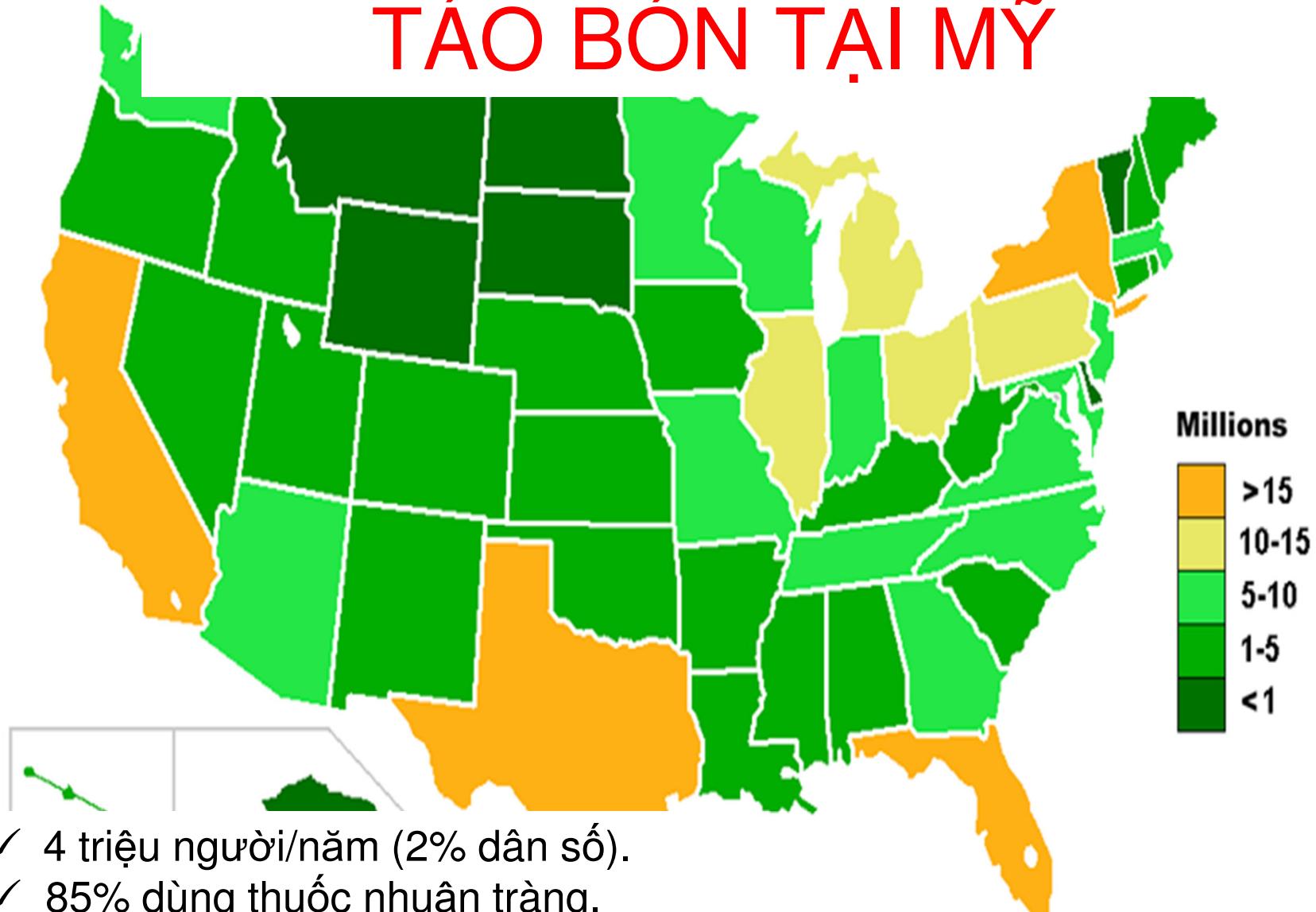


TÁO BÓN



BS Dương Phước Hưng
KHOA HMTT BVĐHYD TPHCM

TÁO BÓN TẠI MỸ



- ✓ 4 triệu người/năm (2% dân số).
- ✓ 85% dùng thuốc nhuận tràng.
- ✓ Tiền thuốc: 800 triệu USD/năm.
- ✓ Chi phí chẩn đoán: 3000 USD/BN

Eoff JC et al. J. Manag. Care Pharm.
2008; 14 (9- Suppl S-a), S1-S17

Self-treatment of constipation is common



OTC, over-the-counter

In the UK:

- In 1990:
 - Prescription laxatives £20 million¹
 - OTC laxatives £17 million²
- In England, the cost to the NHS of prescription laxative use in the elderly is £43 million/year³

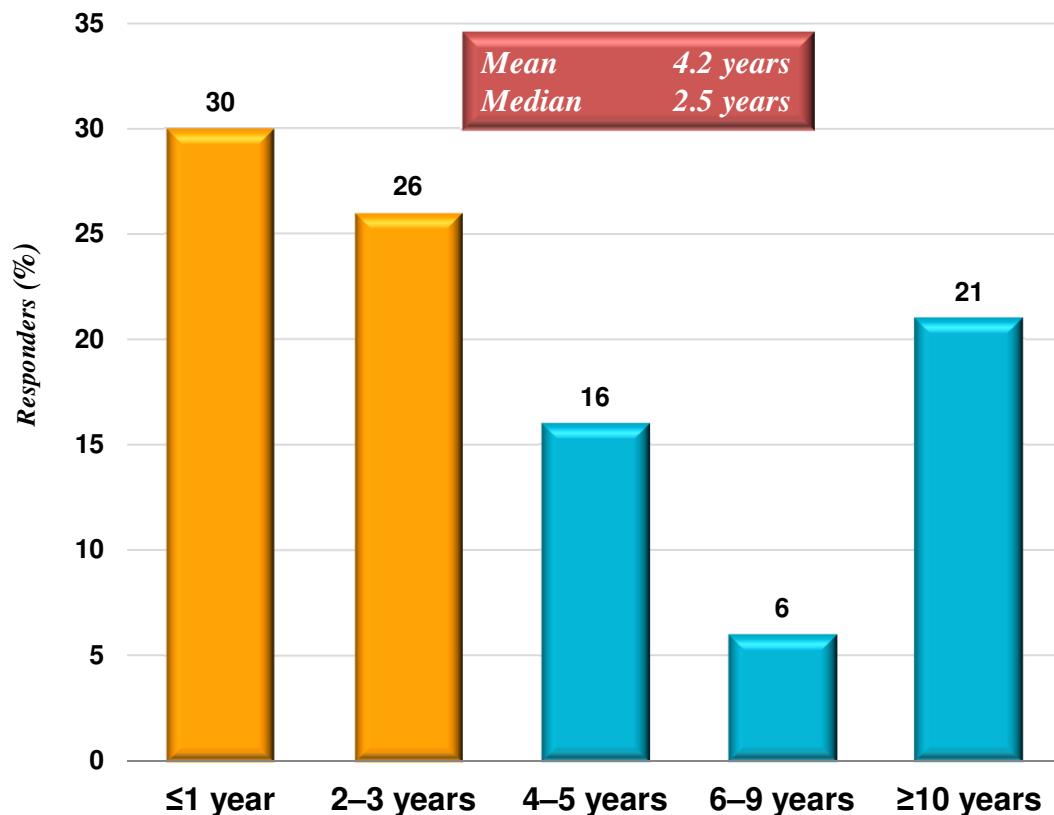
In a US survey⁴:

- Overall, 80% had tried OTC products and 35% had tried prescription medications
- In 2004, Americans spent > US\$800 million on laxatives alone⁵

¹Spicer, & Cripps. *Dig Dis Sci* 1993;38(6):1004-08
²Spicer, & Cripps. *Health Technol Assess* 1997;1(13):i-iv,1-52
³Johanson & Krause. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;25(5):599-608
⁴Spicer, & Cripps. *Health Technol Assess* 1997;1(13):i-iv,1-52
⁵Spicer, & Cripps. *Health Technol Assess* 1997;1(13):i-iv,1-52

Táo bón thường kéo dài

*Number of years respondents experienced constipation
(self-reported)¹*



- 43% báo cáo có tiền sử ≥ 4 năm
- 1 nghiên cứu rộng hơn có 45% bệnh nhân táo bón kéo dài ≥ 5 năm

1557 eligible participants: 243 men and 314 women, ≥ 18 years old; Rome II criteria; 45-question survey

²US survey: 10,018 eligible participants; *14.7%³ diagnosed with constipation

Yếu tố ảnh hưởng táo bón

- Các yếu tố nguy cơ độc lập bao gồm hoạt động thể chất thấp, chủng tộc / sắc tộc và các triệu chứng trầm cảm

Bằng chứng mâu thuẫn liên quan đến giáo dục:

- Trình độ học vấn thấp có liên quan đến táo bón
- Không có sự khác biệt đáng kể theo trình độ học vấn:

Cơ bản 15,0%; sơ cấp 13,0%; thứ cấp / cao hơn 14,1%

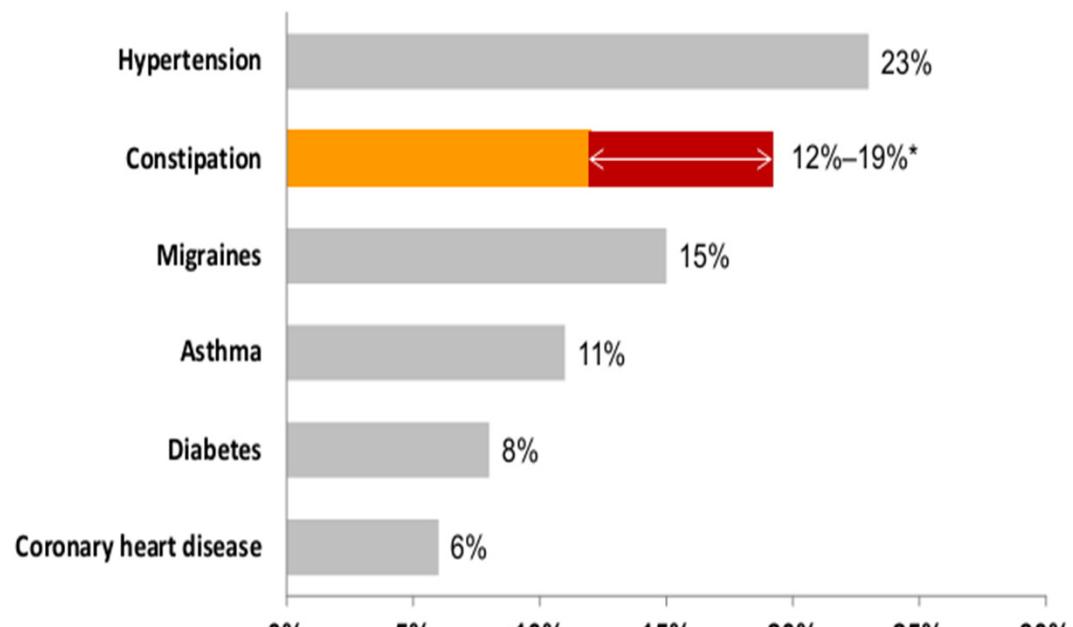
¹A longitudinal survey of 14,407 adults in the US National Health and Nutrition Examination Survey (1971---1975)

²Garrigues et al. Am J Epidemiol 2004;159(5):520-6

²A cross-sectional Spanish epidemiological survey of 506 individuals

So sánh tần suất táo bón với các bệnh lý thường gặp khác tại Mỹ¹

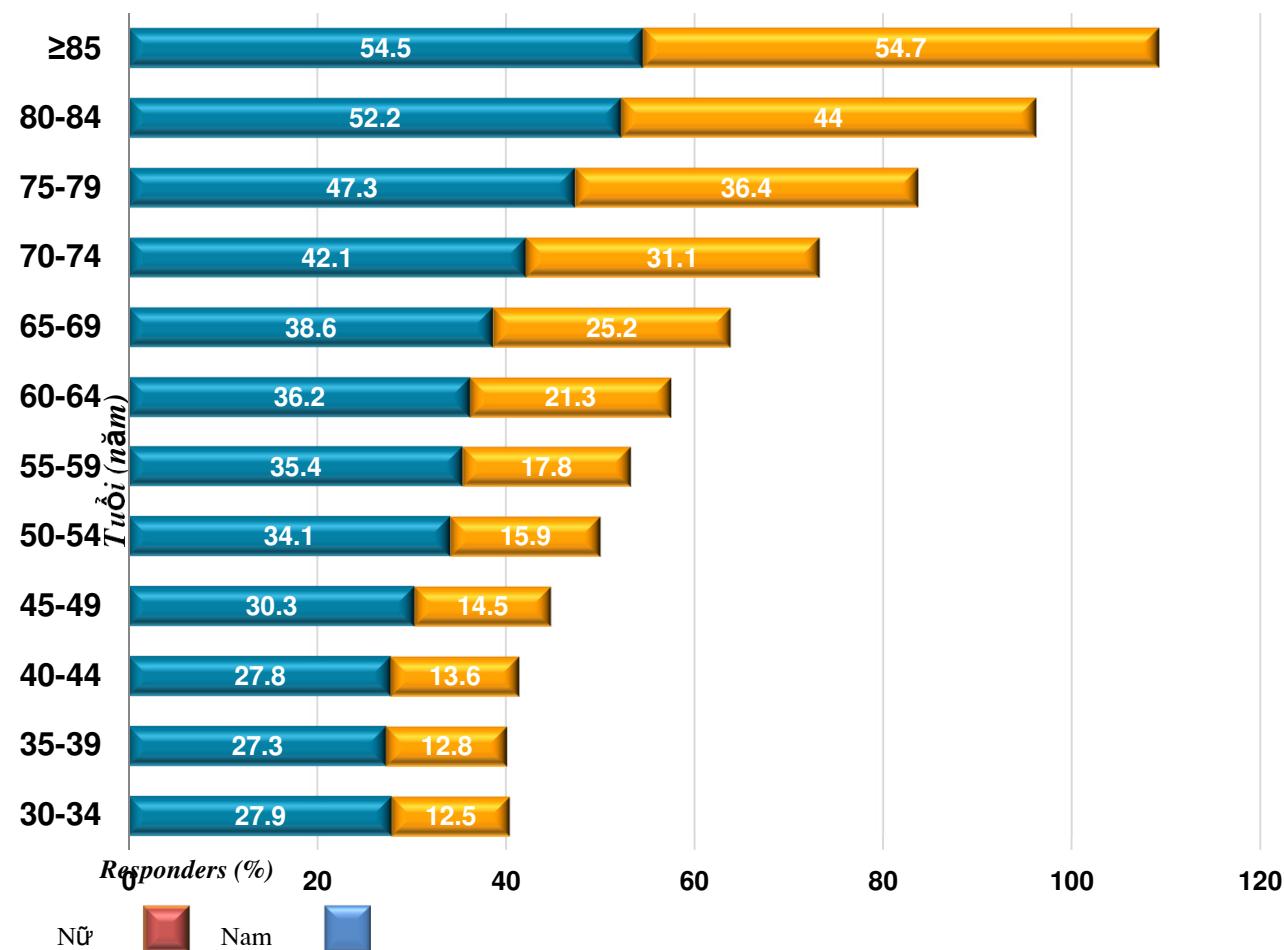
- Không được chú trọng và không nguy hiểm / bệnh khác
- Tuy nhiên, chi phí tăng hơn so với thực tế



* Average reported prevalence rate of constipation is estimated between 12% and 19%
(total range from 2% to 27%)

Eoff JC et al. J. Manag. Care Pharm. 2008;
14 (9- Suppl S-a), S1-S17

Tần suất táo bón gia tăng theo tuổi



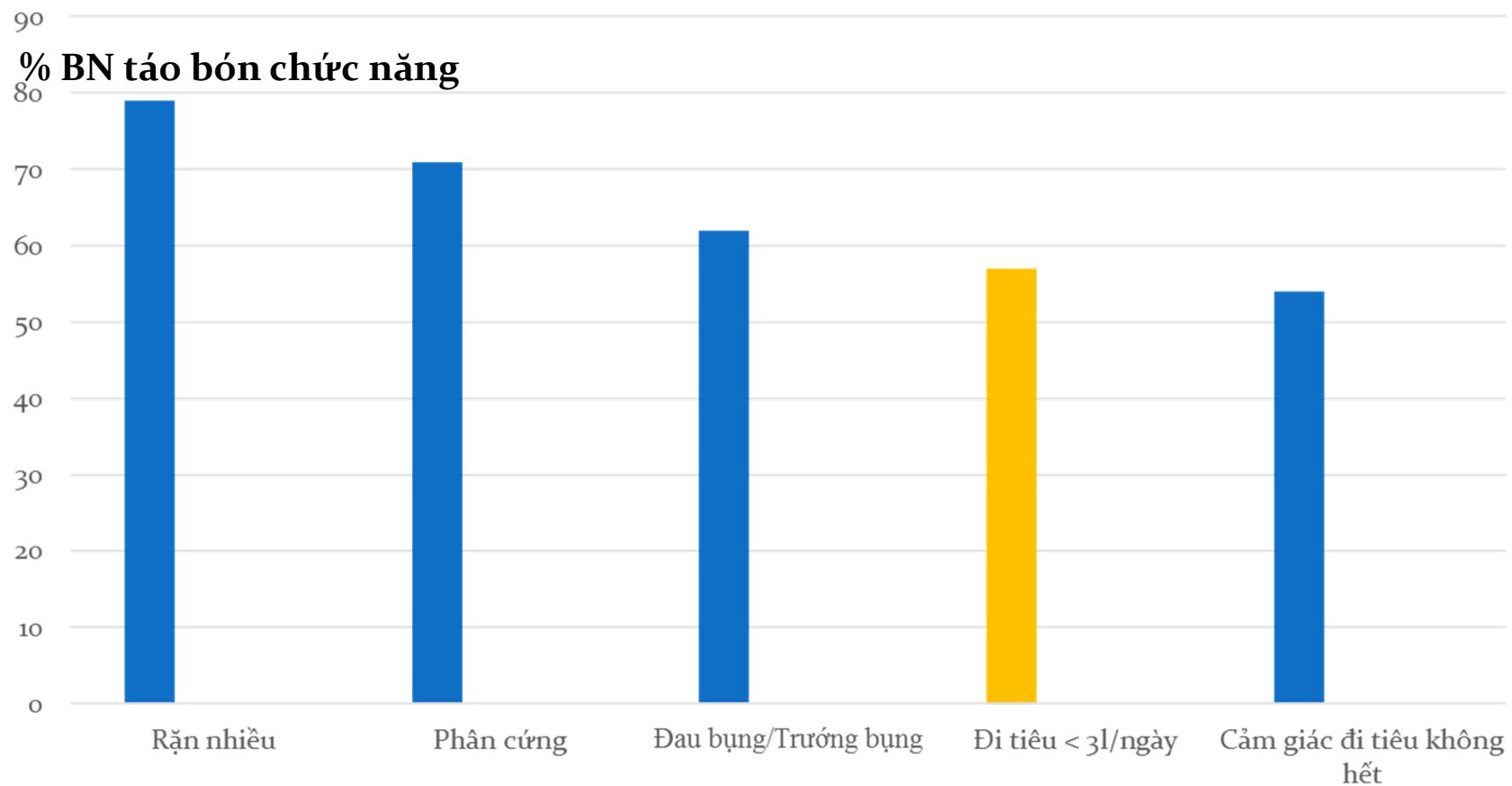
¹US Survey of 877,645 subjects

1.Hammond. *Am J Pub Health* 1964 2.Harari et al. *Arch Intern Med* 1996 ;3,Everhart et al. *Dig Dis Sci* 1989 4.Wald et al. *Aliment Pharmacol Ther* 2008 5.Sonnenberg & Koch. *Dig Dis Sci* 1989

Thách thức quan niệm cũ

- Táo bón là đi tiêu không thường xuyên ?
- Táo bón là vấn đề ngoại khoa ?
- Táo bón là do chế độ ăn không đúng ?
- Có hay không nên dùng thuốc nhuận tràng hằng ngày ?

Đi tiêu không thường xuyên KHÔNG là triệu chứng thường gặp nhất trong Táo bón mạn tính



TÁO BÓN LÀ VÂN ĐỀ NGOẠI KHOA ?

- ✓ Răn gắt sức và thời gian đi cầu kéo dài là t/c tắc nghẽn đường ra (pelvic outlet obstruction) / b/n có rối loạn sàn chậu (pelvic floor dyssynergia)
- ✓ Pelvic floor function testing and colonic transit measurement là những test được chọn để tìm nguyên nhân táo bón

Pemberton JH. Phillips SF.

Association medical position statements:

Guidelines on constipation.

Gastroenterology. 2000;119:1761-1766

Táo bón là do chế độ ăn không đúng

Táo bón thường xảy ra ở bệnh nhân
có rối loạn về vấn đề ăn uống

Bệnh nhân ăn không đầy đủ sẽ
không thể tạo ra phân được

Pemberton JH. Phillips SF.
Association medical position statements:
Guidelines on constipation.
Gastroenterology. 2000;119:1761-1766

Bệnh nhân táo bón cần chăm sóc y
khoa chiếm tỷ lệ nhỏ.

Táo bón thực ra không ảnh hưởng
nhiều đến chất lượng sống.

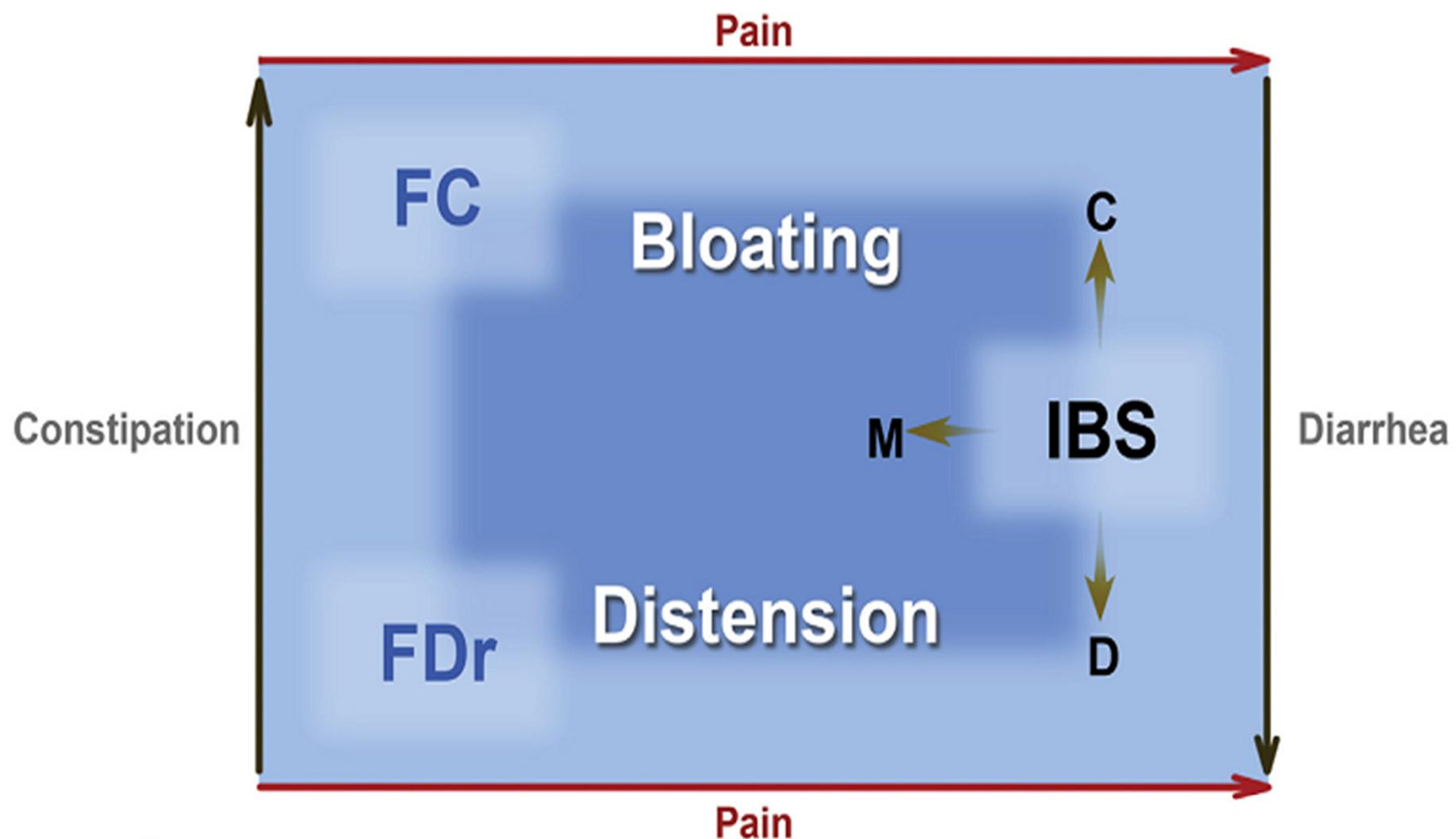
Irvine EJ. Health related quality of life in
functional constipation and resource utilization.
Am.J.Gastroentero 2002;97:1986-1993

C-IBS ≠ FC

IBS có tình trạng đau bụng và khó
chịu ở bụng.

FC không có triệu chứng đau bụng,
khó chịu ở bụng liên quan đến tình
trạng thoát phân

Thompson W. Drossman D .
Functional bowel disorders
and functional abdominal pain.
Gut.1999;45:43-47



FC: Functional constipation

FDr: Functional diarrhea

IBS-C: Irritable bowel syndrome with predominant constipation

IBS-D: Irritable bowel syndrome with predominant diarrhea

IBS-M: Irritable bowel syndrome with predominant irregular bowel habits (mixed D/C)

CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN TÁO BÓN

Theo Tiêu chuẩn quốc tế (Rome IV- 2016)

1- *Phải có ≥ 2 triệu chứng dưới đây*

Rặn, gắng sức $\geq \frac{1}{4}$ số lần đại tiện

Phân vón cục lỏn nhỗn và/hoặc cứng tối thiểu $\frac{1}{4}$ số lần đại tiện

Cảm giác đi tiêu không hết phân

Cảm giác tắc nghẽn ở hậu môn trực tràng

Cần trợ giúp để đi tiêu (dùng tay móc phân)

Đại tiện < 3 lần / tuần

2- *Các tiêu chuẩn chẩn đoán trên đã có trong 3 tháng qua và khởi phát ít nhất 6 tháng trước khi chẩn đoán.*

Brian E. Lacy,, Gastroenterology 2016

Bảng Phân Loại Phân Bristol

Loại 1		Từng cục rời rạc, cứng và rất khó ra
Loại 2		Giống như xúc-xích khô và lợn cợn
Loại 3		Giống như xúc-xích khô và núc nác
Loại 4		Giống như xúc-xích hay con rắn, trơn tru và mềm
Loại 5		Từng cục nhầy và mềm (rất dễ ra)
Loại 6		Lợn cợn lầy nhầy
Loại 7		Phân lỏng hoàn toàn <u>(tiêu chảy)</u>

- 7 loại phân được mô tả như sau:
- Type 1: phân cứng, dạng cục và rời rạc, giống các hạt đậu (khó đi ngoài);
- Type 2: dạng phân giống xúc xích nhưng nhiều dạng cục dính;
- Type 3: giống xúc xích nhưng có nhiều vết nứt trên bề mặt;
- Type 4: cũng giống xúc xích hoặc dạng con rắn, trơn và mềm;
- Type 5: dạng viên tròn mềm với các góc cạnh rõ (dễ đại tiện);
- Type 6: các mẫu phân nhuyễn mịn, đường rìa rách nhiều chỗ, phân mềm xốp;
- Type 7: dạng lỏng hoàn toàn

Loại 1 và 2 chỉ ra tình trạng táo bón, loại 3 và 4 là phân lý tưởng (ideal stools), dễ đại tiện và loại 5, 6, 7 có xu hướng phân đi lỏng hoặc đi nhanh.

Park JM. J Neurogastroenterol Motil 2011

Gwee KA. J Gastroenterol Hepatol 2010

THANG ĐIỂM WEXNER

Dựa trên 8 thang điểm :

1. Số lần đi cầu
2. Đi cầu lâu , khó khăn
3. Cảm giác đi cầu không hết phân
4. Đau bụng khi đi cầu
5. Thời gian ngồi trong cầu
6. Cần dùng thuốc nhuận tràng kích thích –
thụt tháo , móc phân
7. Mọi cố gắng giúp đi cầu trong vòng 24 giờ
đều không thành công
8. Tiền sử táo bón (năm)

THANG ĐIỂM WEXNER

Số lần đi cầu	điểm
✓ 1-2 lần trong 1-2 ngày	0
✓ 2 lần trong tuần	1
✓ 1 lần trong tuần	2
✓ Ít hơn 1 lần trong tuần	3
✓ Ít hơn một lần trong tháng	4

THANG ĐIỂM WEXNER

Đi cầu đau, khó khăn

- | | |
|-------------|---|
| ✓ Không có | 0 |
| ✓ Hiếm | 1 |
| ✓ Đôi khi | 2 |
| ✓ Thường | 3 |
| ✓ Luôn luôn | 4 |

THANG ĐIỂM WEXNER

Cảm giác đi cầu

không hết phân

Không có	0
Hiếm	1
Đôi khi	2
Thường	3
Luôn luôn	4

THANG ĐIỂM WEXNER

Đau bụng khi đi cầu

Không có	0
Hiếm	1
Đôi khi	2
Thường	3
Luôn luôn	4

THANG ĐIỂM WEXNER

Thời gian ngồi trong cầu

Nhỏ hơn 5 phút	0
5 - 10 phút	1
10 – 20 phút	2
20 – 30 phút	3
Hơn 30 phút	4

THANG ĐIỂM WEXNER

Cần dùng thuốc nhuận trường
kích thích , thụt tháo , móc phân

Không cần 0

Cần nhuận trường KT 1

Cần thụt tháo , móc phân 2

THANG ĐIỂM WEXNER

Mọi cố gắng giúp đi cầu trong
vòng 24 giờ đều không thành công

Không	0
1 – 3 lần	1
3 – 6	2
6 – 9	3
Hơn 9 lần	4

THANG ĐIỂM WEXNER

Tiền sử táo bón (năm)

0	0
1 – 5	1
5 – 10	2
10 – 20	3
Hơn 20	4

CHẨN ĐOÁN

- ✓ Tiền sử , bệnh sử .
- ✓ Khám lâm sàng
- ✓ Xét nghiệm huyết học , sinh học , miễn dịch
- ✓ Chẩn đoán hình ảnh

TIỀN SỮ & BỆNH SỮ

- ✓ Tiểu đường
- ✓ Chấn thương cột sống
- ✓ Tai biến mạch máu não
- ✓ Nhược giáp
- ✓ Cường phó giáp
- ✓ Xơ cứng bì
- ✓ Ung thư đại – trực tràng
- ✓ Phình đại tràng (Megacolon)
- ✓ Ăn ít chất xơ (< 30 gram / ngày)
- ✓ Ít uống nước(< 3 lít / ngày)

TIỀN SỮ & BỆNH SỮ

Dùng thuốc gây táo bón :

- ✓ Bismuth , Aluminium ,
- ✓ Úc chế kênh calcit, Sữa bù calcium
- ✓ Thuốc điều trị Parkinson, thuốc chống co giật
- ✓ Thuốc kháng Cholinergics ,
- ✓ Thuốc lợi tiểu mất Kali .
- ✓ Thuốc chống trầm cảm ,
- ✓ Thuốc ức chế 5 HT3 trong điều trị

Khám lâm sàng

- ✓ Khám bụng
- ✓ Khám âm đạo và hậu môn
- ✓ Khám toàn thể
- ✓ Làm xét nghiệm huyết học,
sinh hóa , miễn dịch

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

- ✓ Siêu âm bụng (U tiểu khung)
- ✓ Nội soi đại tràng (K đại - trực tràng)
- ✓ Chụp Đại Tràng cản quang
(Megarectum , Megacolon)
- ✓ Sinh thiết trực tràng (Megacolon)

Để loại trừ những bệnh lý thực thể

PHƯƠNG TIỆN CHẨN ĐOÁN TÁO BÓN

- ❖ Colonic transit time (Sitzmarks)
- ❖ Defecography - MRI Defecography
- ❖ Đo áp lực cơ vòng hậu môn
- ❖ Siêu âm hậu môn (TAUS)
- ❖ Đo điện cơ (EMG)
- ❖ Nghiệm pháp tổng bóng
- ❖ Đo dẫn truyền thần kinh thận
- ❖ Scintigraphic assessment of slow transit constipation

COLONIC TRANSIT SITZMARKS

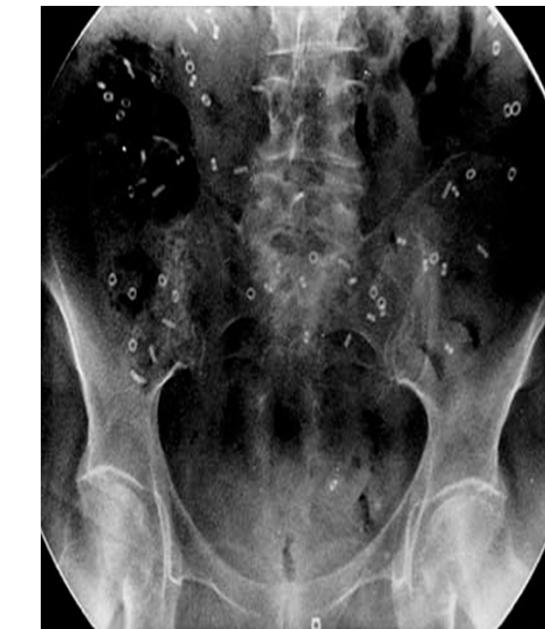
1. Ngày I: uống SITZMARKS , có 24 vòng cản quang
2. Ngày IV : chụp phim bụng , yếu tố và tư thế giống chụp KUB , Không thông khoan (BT còn $\leq 20\%$ số vòng cản quang : 4 vòng)
3. Từ ngày I đến ngày IV , không uống nhuận tràng , thông khoan



COLONIC TRANSIT SITZMARKS



Bình thường



Giảm lưu thông của đại tràng



Tắc nghẽn đường ra

COLONIC TRANSIT SITZMARKS

- ❖ 10% slow colonic transit : C-IBS
- ❖ 90% normal colonic transit : FC

Rao SS. Dyssynergia defecation.

Gastroenterol Clin North Am. 2001;30:97-114

Original article

Scintigraphic assessment of slow transit constipation with special reference to right- or left-sided colonic delay

E. Lundin*, U. Karlbom*, J. E. Westlin†, K. Kairemo†, B. Jung†, S. Husin†, L. Pahlman*
and W. Graf*

Departments of Surgery† and Nuclear Medicine*, University Hospital, Uppsala, Sweden

Received 25 October 2003; accepted 12 March 2004

Abstract

Objective Subtotal colectomy and ileorectal anastomosis for slow transit constipation has several side-effects. The motor abnormality in some patients may be segmental which could motivate a limited resection of the colon. Therefore a diagnostic tool to identify a segmental colonic motor dysfunction is needed. The aim of this study was to evaluate a scintigraphic method to assess colonic transit with special reference to right- or left-sided delay.

Methods Twenty-three constipated patients (19 women, mean age 50 years) with slow colonic transit on radio-opaque marker studies and 13 healthy individuals (11 women, mean age 46 years) were studied. All subjects were examined with oral ^{111}In -DTPA scintigraphy. The scintigraphic results for patients and controls were presented as geometric centre of radioactivity and percent activity over time in the right, the left and the recto-

sigmoid colon. The inter-observer variation in the interpretation of the scans was also evaluated.

Results There was no difference in transit time between the groups of patients and controls in the right colon whereas the patients had a significant delay in the left colon ($P < 0.05$). Two patients had a marked delay in the right colon followed by relatively rapid transit in the left colon. The inter-observer correlation was good comparing the right, the left and the recto-sigmoid colon ($r = 0.58\text{--}0.98$, $P < 0.01\text{--}0.001$).

Conclusion The results indicate that colonic scintigraphy with oral ^{111}In -DTPA may help to select patients for a left or, in a few cases, a right hemicolectomy for slow transit constipation.

Keywords Colectomy, colonic transit time, constipation, scintigraphy

SCINTIGRAPHY

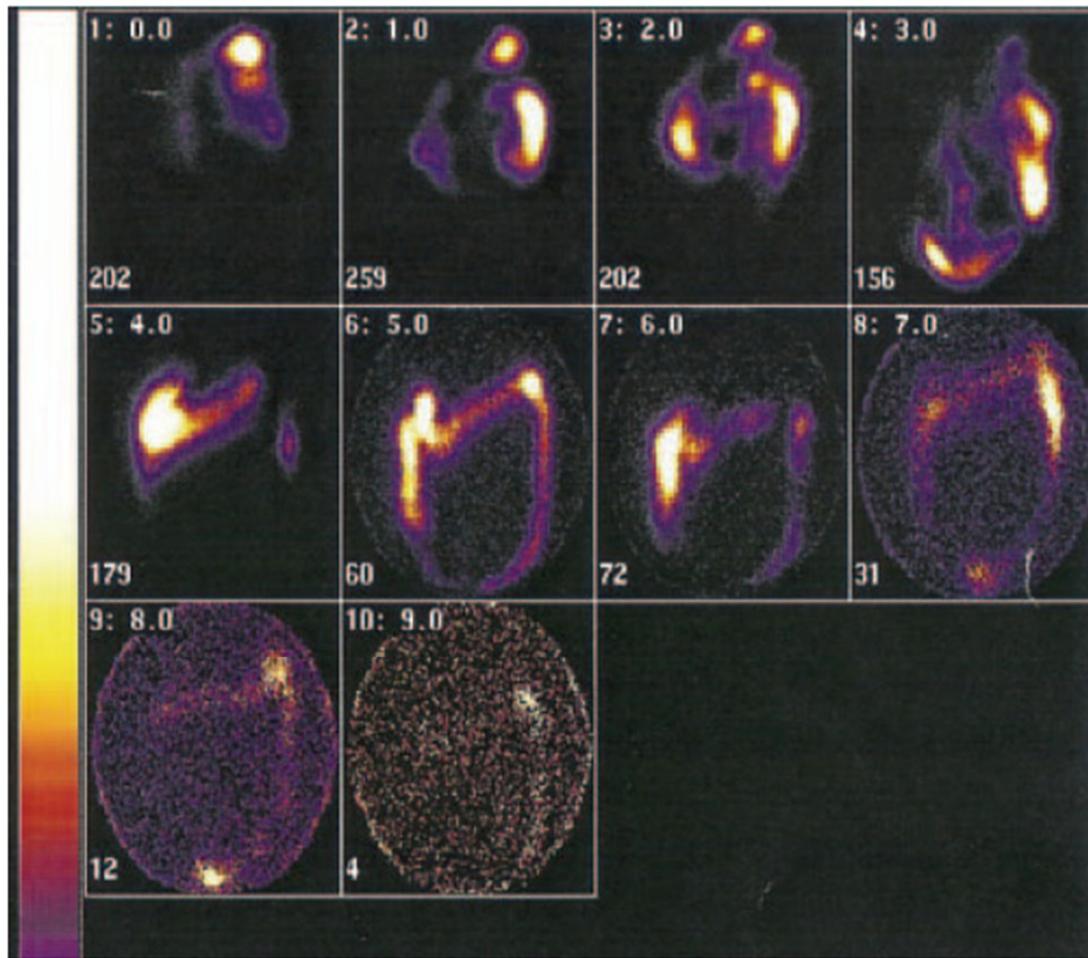


Figure 6 Geometric mean images for a patient demonstrating right-sided colonic delay (patient A in Figs 3–5). Numbers in the upper left corner indicate study number and the respective time points are 1: 1 h; 2: 2 h; 3: 3 h; 4: 6 h; 5: 24 h; 6: 48 h; 7: 72 h; 8: 96 h; 9: 120 h; 10: 144 h. Numbers in the lower left corner indicate maximum number of counts per pixel in an image.

SCINTIGRAPHY

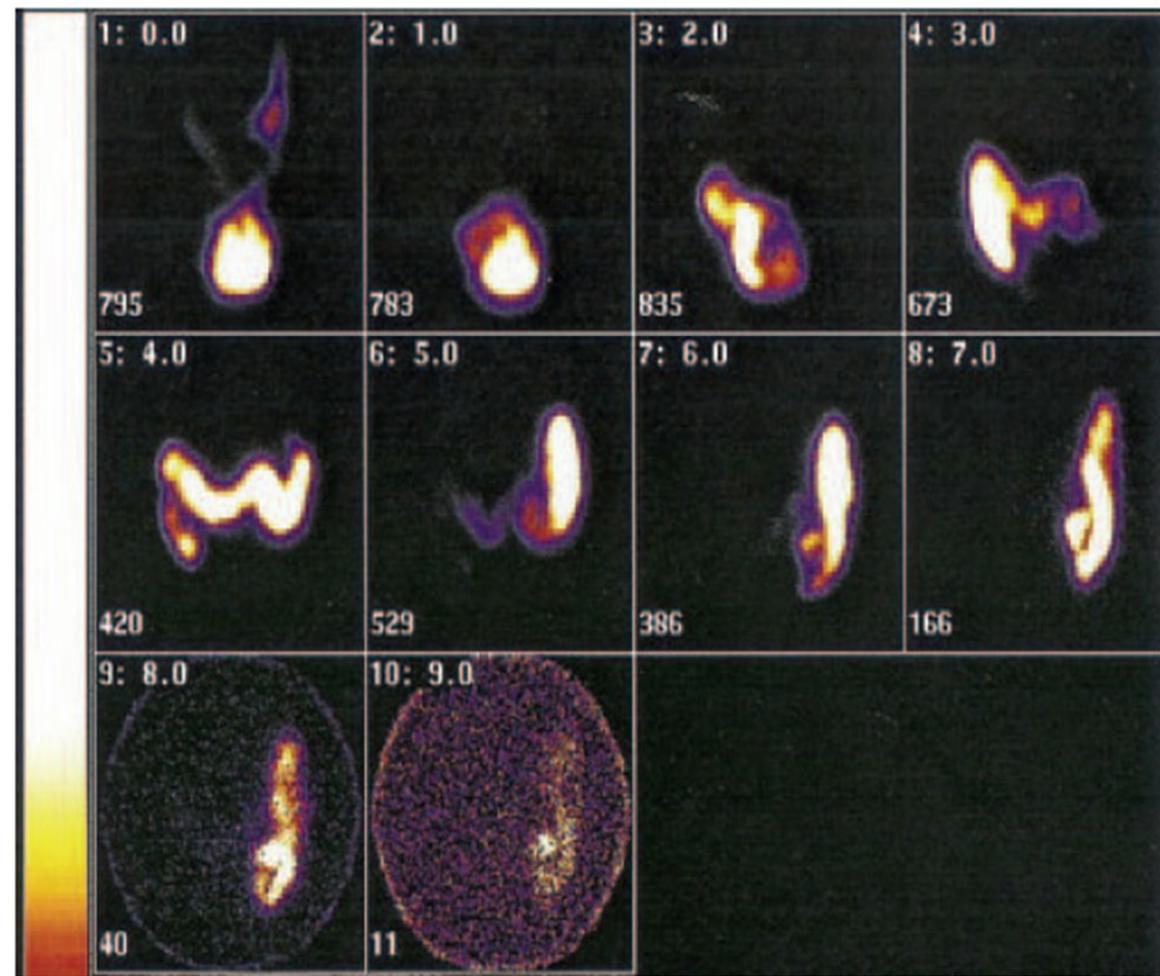


Figure 7 Geometric mean images for a patient demonstrating left-sided colonic delay. Numbers in the upper and lower left corners as in Figure 6.

MRI DEFECOGRAPHY

- Clive Bartram “radiologic evaluation of anorectal disorder” 2001 : defecography chỉ áp dụng trong nghiên cứu về cơ học của sự làm trống trực tràng nhưng đó không phải là hoạt động sinh lý bình thường của sự thoát phân. Sự thoát phân là động tác kết hợp của sự co thắt trực tràng lẫn co thắt của đại tràng.

Clive Bartram.: Radiologic evaluation of anorectal disorder.
Gastroentero Clinics. Vol 30 Mar 2001,

MRI DEFECOGRAPHY

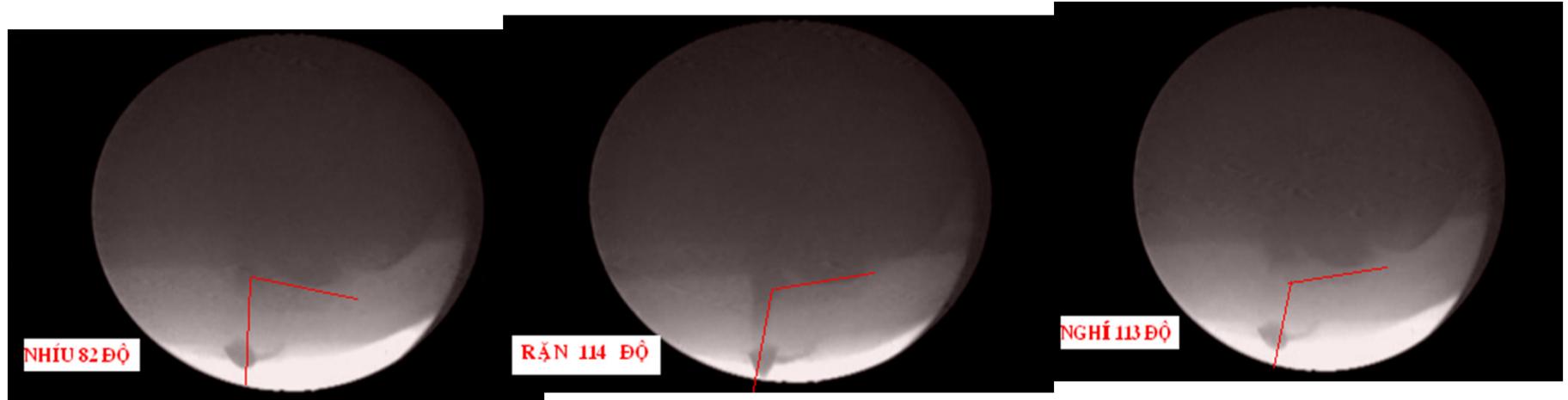
- Defecography đánh giá về mặt hình thể học chứ không đánh giá được chức năng cơ học của sự thóat phân.
- 1990, để đánh giá hình thể học và chức năng cơ học của sự thóat phân, sử dụng phương pháp chụp cộng hưởng từ MRI để khảo sát các bệnh lý về rối loạn sự thóat phân.

Clive Bartram.: Radiologic evaluation of anorectal disorder.
Gastroentero Clinics. Vol 30 Mar 2001,

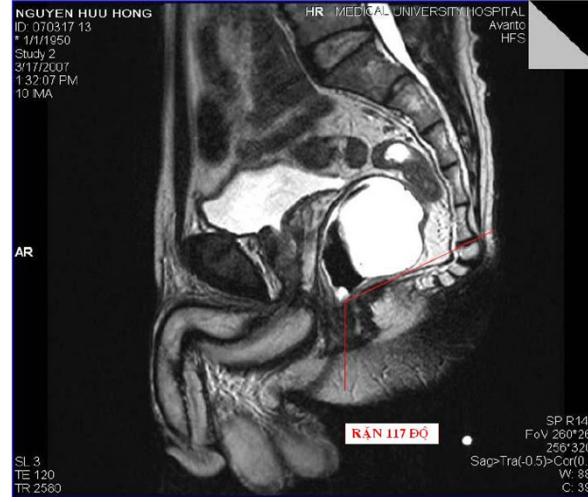
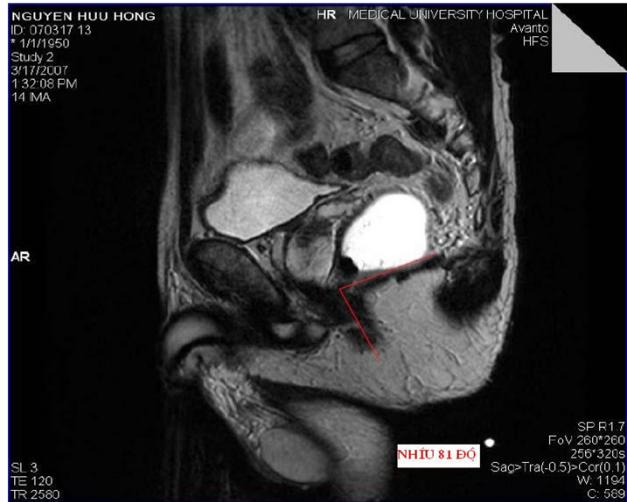
A Comparison Between Dynamic Pelvic Magnetic Resonance Imaging and Videoproctography in Patients with Constipation

Hiroyoshi Matsuoka, M.D.,* Steven D. Wexner, M.D.,* Mehul B. Desai, M.D.,†
Tetsuro Nakamura, M.D.,* Juan J. Nogueras, M.D.,* Eric G. Weiss, M.D.,*
Carol Adami, M.D.,† V. Lee Billotti, L.P.N.*

*From the Departments of *Colorectal Surgery and †Radiology, Cleveland Clinic Florida,
Fort Lauderdale, Florida*



X Quang Defecography : Nhú – Rặn - Nghỉ



MRI Defecography : Nhú – Rặn - Nghỉ

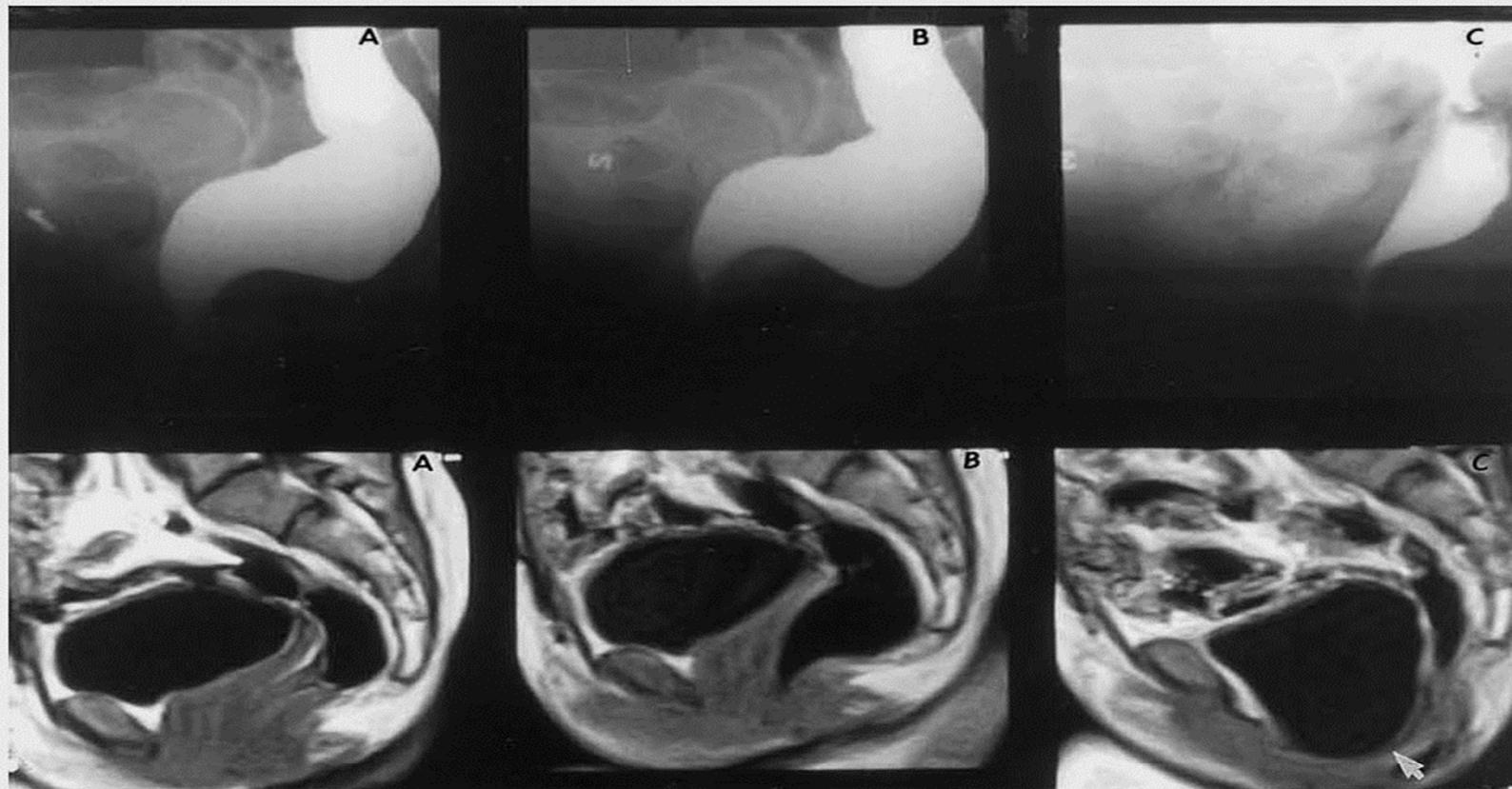
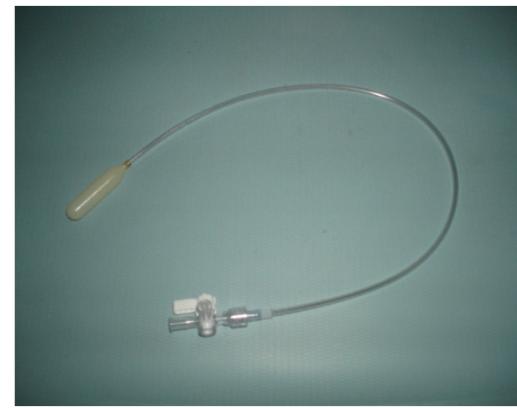


Figure 5. A. At rest. B. At squeeze. C. At push. This patient had a cystocele (arrow) that was not seen by videoproctography (top row) but that was quite apparent by dynamic pelvic magnetic resonance imaging (bottom row).

CONCLUSIONS

Occasionally, the increased cost of new technology can be justified by the enhanced diagnostic yield. The ability to avoid unnecessary surgery or, conversely, to continue to search for otherwise occult pathology that can be surgically corrected justifies routine application of these new tools. However, this study has shown that, despite a cost of approximately ten times more for DPMRI than for VP, no clinical changes were made. Thus, on the basis of this study, we cannot endorse the routine application of DPMRI to the evaluation of constipated patients. In certain selected individuals, it may play a role, but further study is necessary to clarify any such role.

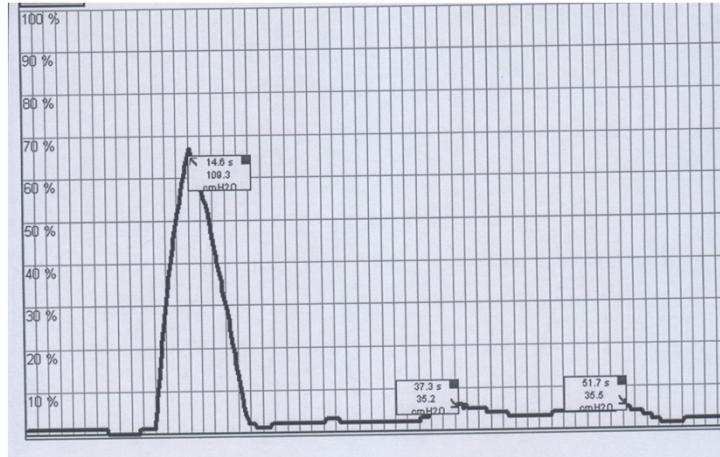
Máy PHENIX USB 2



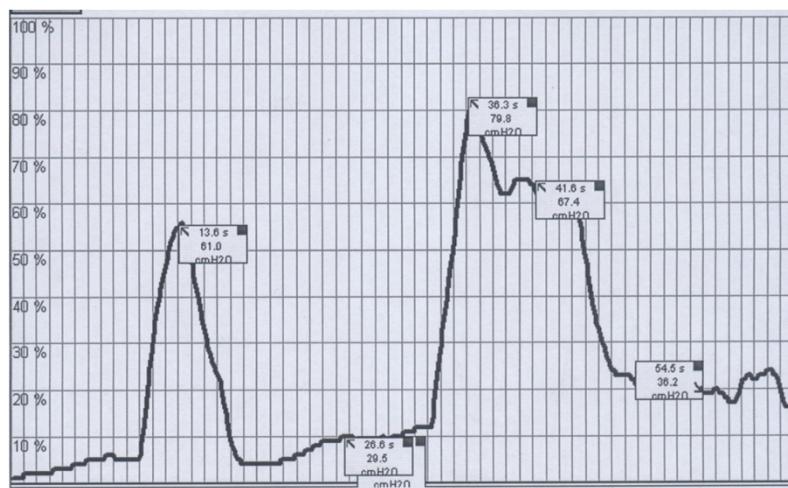
Dụng cụ kích điện

Balloon đo áp lực trực tràng Balloon đo áp lực HM

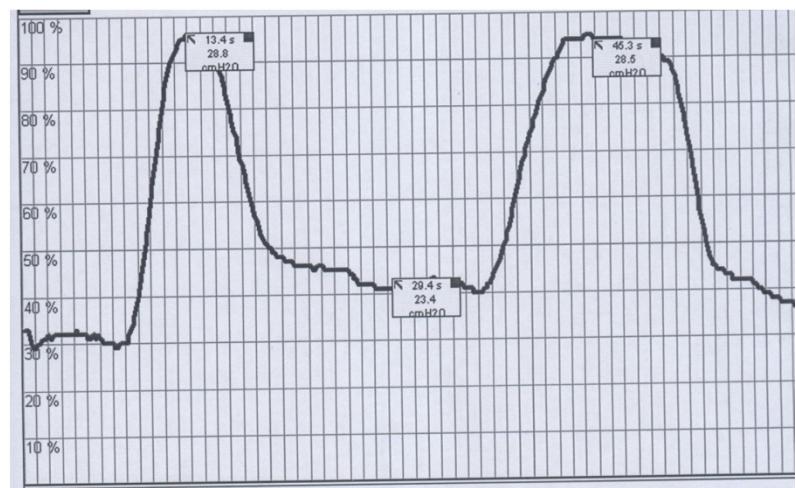
Biểu đồ analmetry



BÌNH THƯỜNG



ANISMUS



Reeducation report

06/12/2007

Name : TRANG TU

First name : TRINH 28

Date of birth : 07/01/1979

Patient no :

Address :

Tel No :

Protocol : ANAL MANOMETRY

Date : 03/12/2007

Time : 16:22

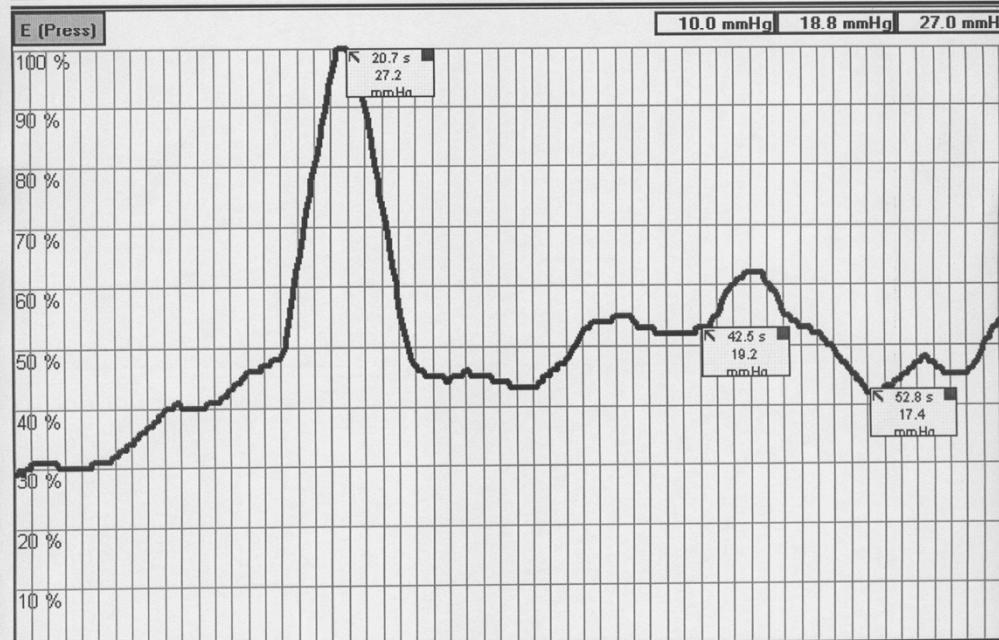
Duration : 00:02

Phase : 1

Duration : 60s

Reg.No. : 1

Channel E : Manometer



NGHIỆM PHÁP TỐNG BÓNG

- Đặt sonde Foley vào hậu môn trực tràng bơm 50cc hơi vào bóng.
- Cho bệnh nhân ngồi trên ghế đại tiện, rặn trong thời gian 3 phút
- Tống được bóng ra (+)
- Không tống được bóng (-)



*Balloon Expulsion Test Facilitates Diagnosis of Pelvic Floor Outlet Obstruction
Due to Nonrelaxing Puborectalis Muscle*
*James W. Fleshman, M.D., Zeev Drezner, M.D., Edward Cohen, M.D., Robert D. Fry,
M.D., Ira J. Kodner, M.D.*
The Colon Rectum 1007-25-1010-1025

SIÊU ÂM HẬU MÔN

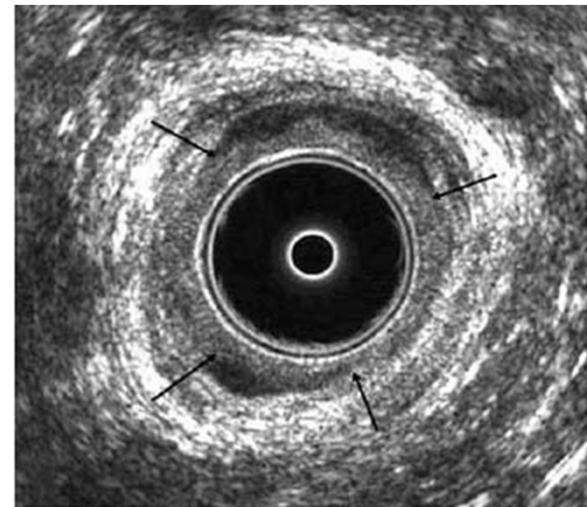
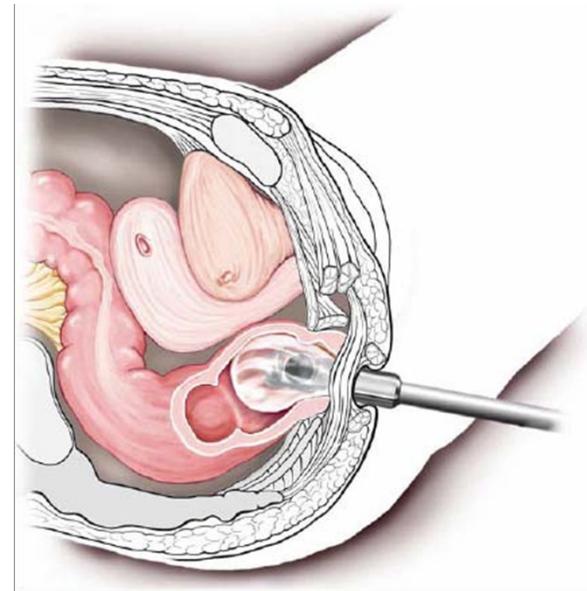
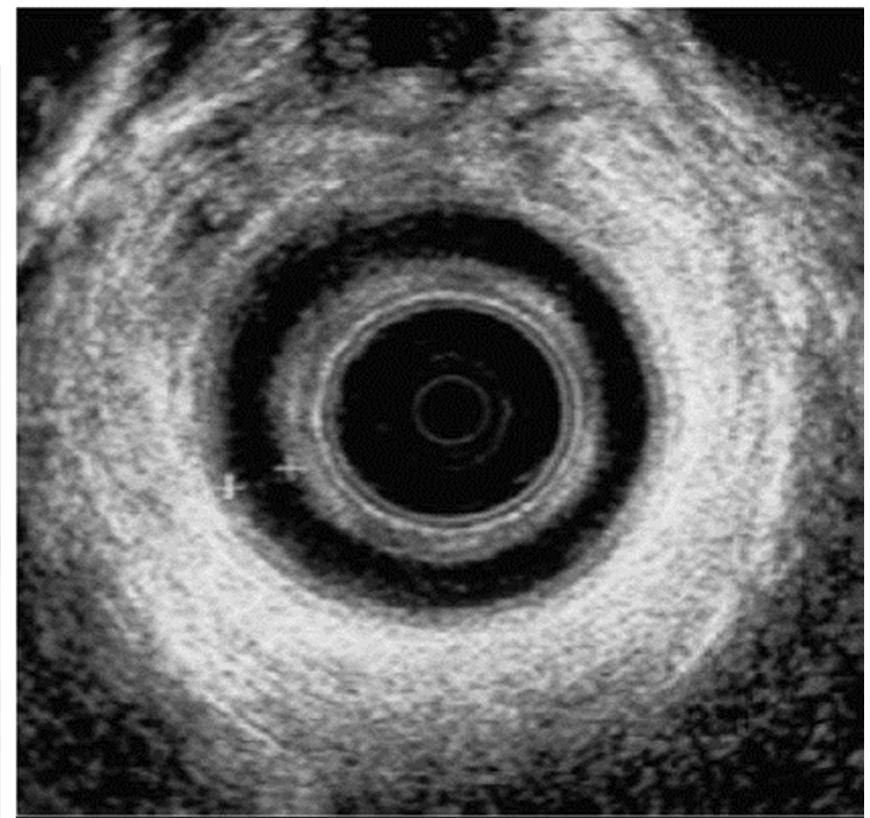


Fig. IV.4. Two complete defects of the internal anal sphincter between 2 and 6 o'clock (120°) and between 7 and 10 o'clock (90°) (black arrows) following hemorrhoidectomy

SIÊU ÂM 3 D - HẬU MÔN

DÀY CƠ THẮT TRONG (Achalasia cơ vòng trong)



NGUYÊN NHÂN TÁO BÓN

Anthony Lembo : 1.000 BN Táo Bón - 10/2003

- Đại tràng co bóp BT : **59%** (TB chức năng)
- Giảm động ĐT : **13 %** (Slow Transit Colonic)
- HC Tắc nghẽn đường ra:**25 %** (Obstructed defecation)
- HC Tắc nghẽn đường ra + Đờ ĐT : **3%**

Anthony Lembo, M.D .
& Michael Camilleri, M.D
Current concepts Chronic Constipation.
N Engl J Med 2003 ;349:1360-8. October 2, 2003

NGUYÊN NHÂN TÁO BÓN

GIẢM ĐỘNG ĐẠI TRÀNG SLOW TRANSIT COLONIC (13%)

- Hirschsprung
- Thiếu Interstitial cells of Cajal (ICC)
- Không rõ NN

G L Lyford et al .
Pan-colonic decrease in interstitial cells of Cajal in patients with slow transit constipation .
Gut 2002;51:496–501

NGUYÊN NHÂN TÁO BÓN

HỘI CHỨNG TẮC NGHẼN ĐƯỜNG RA OBSTRUCTED DEFECATION SYNDROME(25%)

- Rectocele (Người lớn)
- Intussusception recto-anal (Người lớn – Trẻ em)
- Enterocele (Người lớn)
- Sigmoidocele (Ñaïi træøng daøi – Ngöôøi lôùn)
- Anismus (Co thắt cơ mu trực tràng nghịch lý – Người lớn – Trẻ em)
- Achalasia cơ vòng trong -> MEGARECTUM (Trẻ em)
- Encopresis (Trẻ em – tuổi học đường)

Triệu chứng báo động ở người cao tuổi

- * Triệu chứng mới khởi phát ở BN > 50 tuổi
- * Chán ăn, sụt cân
- * Thiếu máu thiếu sắt
- * Sốt, tăng VS, tăng bạch cầu
- * Đi tiêu phân dẹt nhỏ
- * Tiền sử gia đình bị ung thư đại tràng

ĐIỀU TRỊ

Các giải pháp điều trị (không dùng thuốc)

ĐIỀU CHỈNH CÁCH SỐNG

- Loại bỏ các thuốc gây táo bón
- Uống đủ nước
- Ăn đủ lượng chất xơ
- Tập thể dục
- Tạo thói quen đại tiện đúng giờ vào khoảng thời gian nhất định



KIÊNG ĂN (DIET)

- 1-Uống nước đầy đủ.
- 2-Giảm uống trà và cà phê (cafein gây táo bón).
- 3-Tránh thức ăn nhiều tinh bột và ngọt (Chocolate, mứt...)
- 4- Hạn chế dùng các thuốc NSAIDs, thuốc an thần.
- 5- Tăng dùng trái cây thực phẩm có chất xơ (Táo, nho, chà là, rau, các loại đậu, bắp cải ...)

Các giải pháp điều trị (nhóm thuốc nhuận tràng)

NT KÍCH THÍCH Bisacodyl

Độ tuổi:
Người trưởng thành
Cơ chế:
kích thích đầu mút thần kinh thành đại tràng gây tăng nhu động và tiết nhầy
Tác dụng phụ:
đau thắt bụng, phụ thuộc thuốc, tiêu chảy...

TAO TRƠN Glycerin (Rectiofar)

Độ tuổi:
Mọi độ tuổi
Cơ chế:
Làm trơn
Tác dụng phụ:
viêm phổi do Lipid, viêm nhiễm niêm mạc hậu môn

NT THẨM THẤU

Độ tuổi:
Mọi độ tuổi
Cơ chế:
Hút nước vào lòng ruột, kích thích nhu động ruột



Thực phẩm CN (Chất xơ bổ sung)

Độ tuổi:
Mọi độ tuổi
Cơ chế: Háo nước, Hút nước mạnh, kích thích ruột
Tác dụng phụ:
trưởng bụng, nguy cơ tắt ruột nếu không uống đủ nước

AN TOÀN & HIỆU QUẢ

ĐIỀU TRỊ

Giảm động đại tràng

- ✓ Kích thích thụ thể 5-HT₄ : RESOLOR (PRUCALORIDE) / 2 lần / ngày trong 4 đến 6 tuần ?
- ✓ Kích thích rễ thần kinh S3 (Sacral Nerve Stimulation _ Interstim)
- ✓ Đặt Điện cực trong lòng Đại tràng kích thích (Colonic Pacing)

ĐIỀU TRỊ THỦ THUẬT

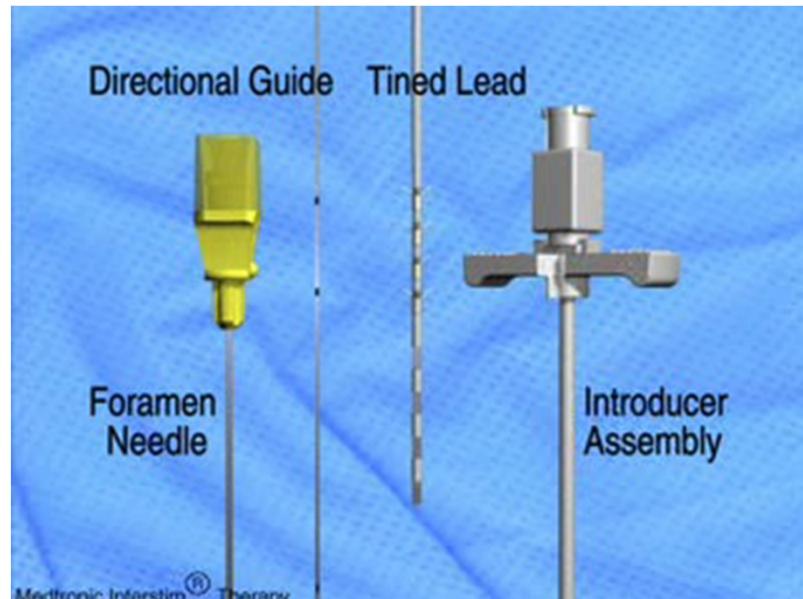
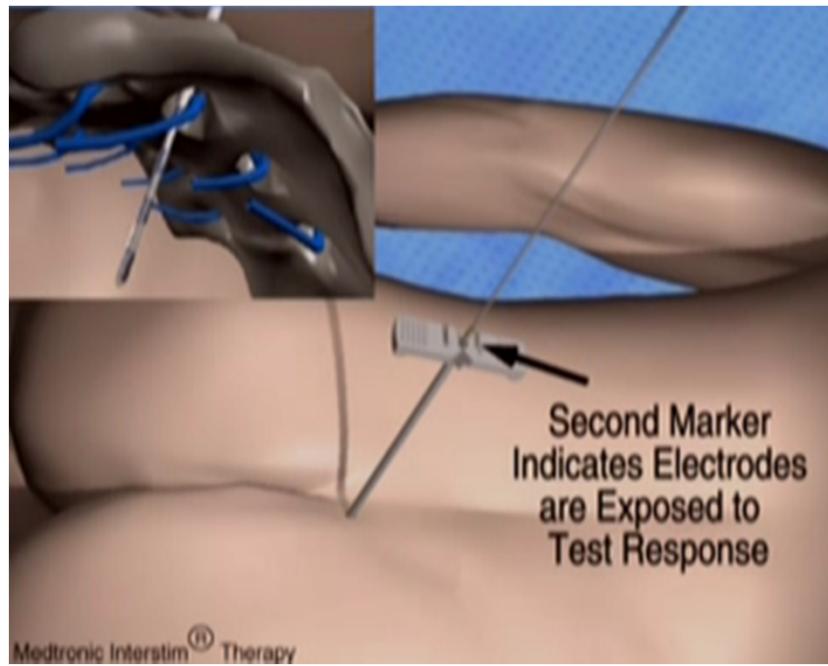
GĐ Đại tràng - ĐIỀU TRỊ NỘI THẤT BẠI

- Kích thích rễ thần kinh S₃
(Sacral Nerve Stimulation _ Interstim)
- Đặt Điện cực trong lòng Đại tràng kích thích
(Colonic Pacing)

M. El-Salhy*

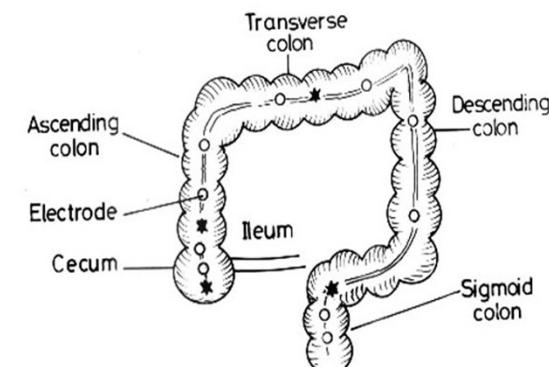
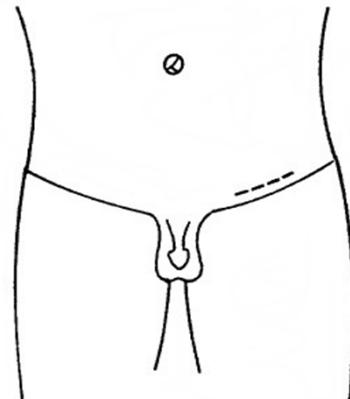
Chronic idiopathic slow transit constipation: pathophysiology and management
Colorectal Disease, 5, 288–296 2003

ĐIỀU TRỊ THỦ THUẬT INTERSTIM (Kích thích rẽ thần kinh S3)

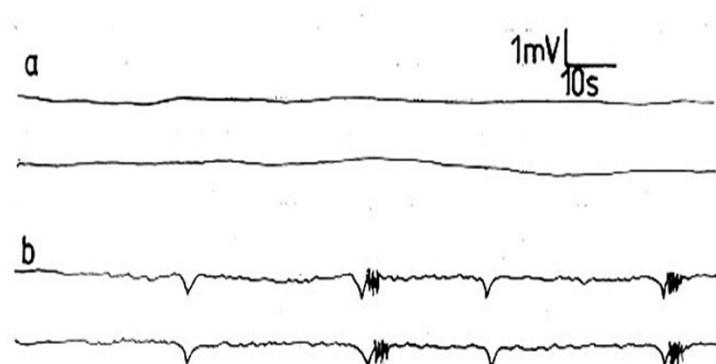


ĐIỀU TRỊ THỦ THUẬT

COLONIC PACING (Đặt điện cực kích thích ĐT co bóp)



Sóng nhu động Người BT



Sóng nhu động BN Đờ ĐT – trước và sau kích điện

Ahmed Shafik, MD, PhD; Ali A. Shafik, MD; Olfat El-Sibai, MD, PhD; I. Ahmed, MB, BCh, MCh
Colonic Pacing A Therapeutic Option for the Treatment of Constipation Due to Total Colonic Inertia
Arch Surg. 2004;139:775-779

DẠNG LÂM SÀNG

- Không có cảm giác mắc cầu
(Impaired rectal sensation)
- Có cảm giác mắc cầu nhưng không đi được
(Disorder of defecation)

functional constipation. The aim of this study was to evaluate the effect of ESt on functionally constipated patients, especially those with impaired rectal sensation.

Hye-Sook Chang
Seung-Jae Myung
Suk-Kyun Yang
Hwoon-Yong Jung
Tae-Hoon Kim
In Ja Yoon
Oh Ryoun Kwon
Weon-Seon Hong
Jin-Ho Kim
Young Il Min

Table 1 Demographic data for the two patient groups

	EST (n=12)	BFT (n=10)
Mean age (years)	46.2	46.5
Male/female	6/6	7/3
Mean rectal tone (cm H ₂ O)	6.9	7.7
Mean rectal capacity (ml)	62	18.7
Mean rectal sensation (cm)	13.1	19.8

Effect of electrical stimulation in constipated patients with impaired rectal sensation

consecutive patients referred to the Constipation Medical Center between March 2000 and April 2001. All patients met the Rome II diagnostic criteria for functional constipation. None had been diagnosed by colonoscopy as having organic disease such as dietary modification or laxatives for at least 6 months. Patients who had no history of diabetes or hypertension, or those taking drugs that affect the rectum, psychotropic agents, or oral contraceptives were excluded.

Assessment of objective parameters

Abstract *Background and aims:* A subgroup of constipated patients complain of absent or diminished sense of wanting to defecate, suggesting that one of the causes of constipation is impaired rectal sensation. Electrical stimulation therapy (EST) has recently been used to treat patients with urinary and/or fecal incontinence. This study evaluated the efficacy of EST in constipated patients, especially those with impaired rectal sensation. *Patients and methods:* Of the 130 patients with functional constipation as defined by Rome II criteria, 22 patients who had impaired rectal sensation (rectal desire threshold volume ≥ 90 ml) on an anorectal manometry were selected. We treated 12 with EST and 10 with biofeedback therapy (BFT) according to a randomized order. *Results:* Overall symptoms of patients significantly improved after each therapy

in both groups. Interestingly, frequency of sense of wanting to defecate improved only after EST. On objective findings there was significant improvement in anal residual pressures on attempted defecation only after BFT solely. On the other hand, rectal sensory threshold volumes for desire and urge to defecate and maximal tolerated volume improved significantly only in the EST group. *Conclusion:* Our findings show that the efficacy of EST can be comparable to BFT in a subgroup of constipated patients, especially those with impaired rectal sensation. EST might be considered as an adjunctive therapeutic modality for the management of functional constipation with impaired rectal sensation.

Keywords Constipation · Electrical stimulation therapy · Impaired rectal sensation

Original article

Scintigraphic assessment of slow transit constipation with special reference to right- or left-sided colonic delay

E. Lundin*, U. Karlbom*, J. E. Westlin†, K. Kairemo†, B. Jung†, S. Husin†, L. Pahlman*
and W. Graf*

Departments of Surgery† and Nuclear Medicine*, University Hospital, Uppsala, Sweden

Received 25 October 2003; accepted 12 March 2004

Abstract

Objective Subtotal colectomy and ileorectal anastomosis for slow transit constipation has several side-effects. The motor abnormality in some patients may be segmental which could motivate a limited resection of the colon. Therefore a diagnostic tool to identify a segmental colonic motor dysfunction is needed. The aim of this study was to evaluate a scintigraphic method to assess colonic transit with special reference to right- or left-sided delay.

Methods Twenty-three constipated patients (19 women, mean age 50 years) with slow colonic transit on radio-opaque marker studies and 13 healthy individuals (11 women, mean age 46 years) were studied. All subjects were examined with oral ^{111}In -DTPA scintigraphy. The scintigraphic results for patients and controls were presented as geometric centre of radioactivity and percent activity over time in the right, the left and the recto-

sigmoid colon. The inter-observer variation in the interpretation of the scans was also evaluated.

Results There was no difference in transit time between the groups of patients and controls in the right colon whereas the patients had a significant delay in the left colon ($P < 0.05$). Two patients had a marked delay in the right colon followed by relatively rapid transit in the left colon. The inter-observer correlation was good comparing the right, the left and the recto-sigmoid colon ($r = 0.58\text{--}0.98$, $P < 0.01\text{--}0.001$).

Conclusion The results indicate that colonic scintigraphy with oral ^{111}In -DTPA may help to select patients for a left or, in a few cases, a right hemicolectomy for slow transit constipation.

Keywords Colectomy, colonic transit time, constipation, scintigraphy

Original article

Outcome of segmental colonic resection for slow-transit constipation

E. Lundin, U. Karlbom, L. Pahlman and W. Graf

Department of Surgery, University Hospital, S-751 85 Uppsala, Sweden

Correspondence to: Dr E. Lundin (e-mail: erik.lundin@kirurgi.uu.se)

Background: The standard surgical treatment for slow-transit constipation (STC) is subtotal colectomy and ileorectal anastomosis. A segmental resection may serve the same purpose, but with a reduced risk of side-effects such as diarrhoea or incontinence. The aim of this study was to evaluate the functional results following segmental resection in a consecutive series of patients with STC.

Methods: Selection criteria included prolonged segmental transit on oral ^{111}In -labelled diethylene-triamine penta-acetic acid scintigraphic transit study, and disabling symptoms resistant to medical therapy and treatment of outlet obstruction. Twenty-eight patients (26 women, median age 52 years) were treated with segmental resection and followed prospectively with a validated questionnaire.

Results: After a median of 50 (range 16–78) months, 23 patients were pleased with the outcome. The median (range) stool frequency increased from 1 (0–7) to 7 (0–63) per week ($P < 0.001$). The number of patients passing hard stools and straining excessively decreased ($P = 0.016$ and $P = 0.041$, respectively). The median incontinence score was unchanged. Rectal sensory thresholds were higher in patients in whom the treatment failed ($P < 0.001$).

Conclusion: With a symptomatic relief comparable to that after ileorectal anastomosis and less severe side-effects, segmental colectomy may be a better alternative for selected patients with STC. Thorough preoperative evaluation is important and impaired rectal sensation may predict a poor outcome.

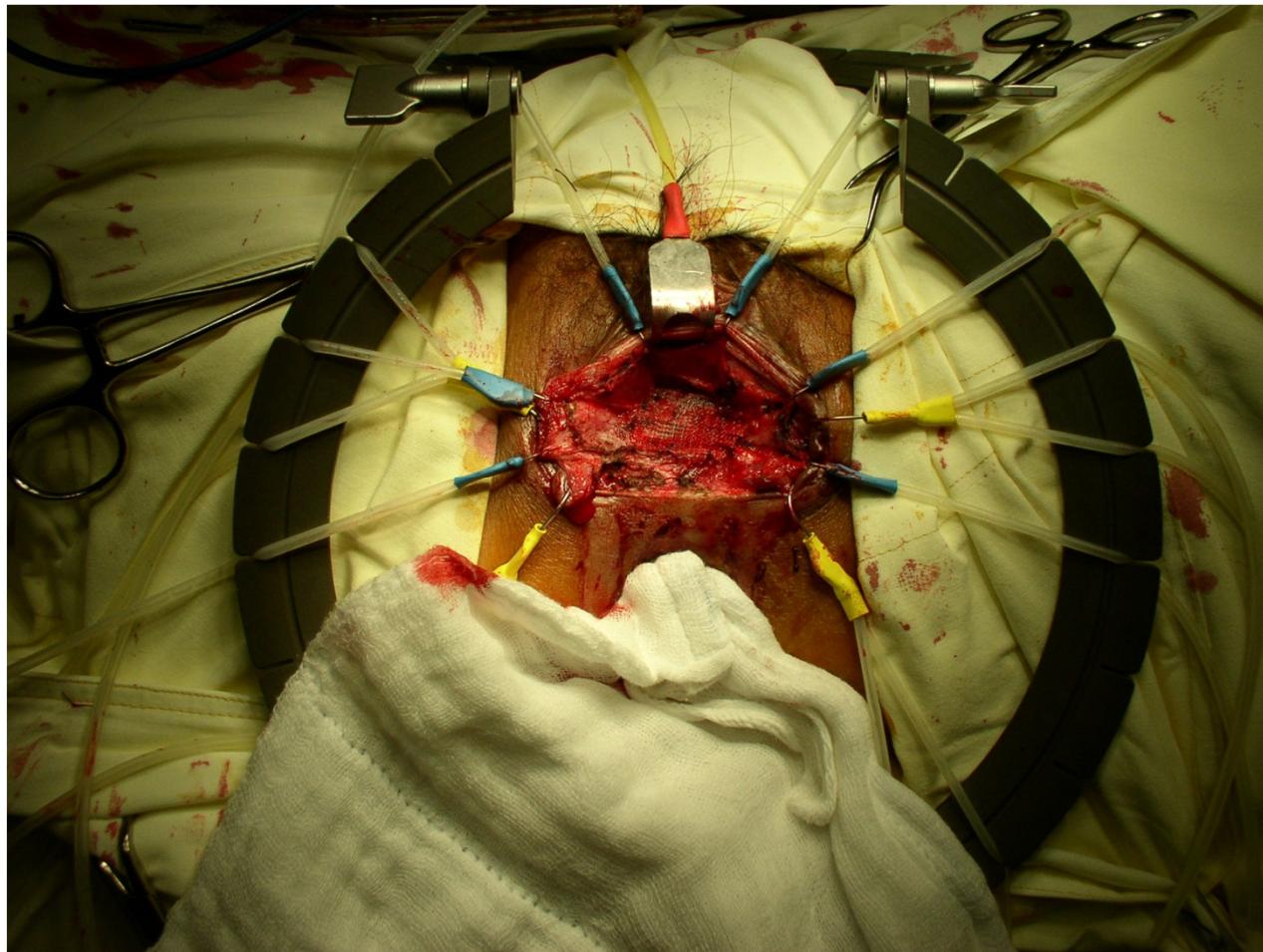
Presented in part to the annual meeting of the Swedish Surgical Society, Strömstad, Sweden, August 1998

Paper accepted 11 June 2002

British Journal of Surgery 2002, 89, 1270–1274

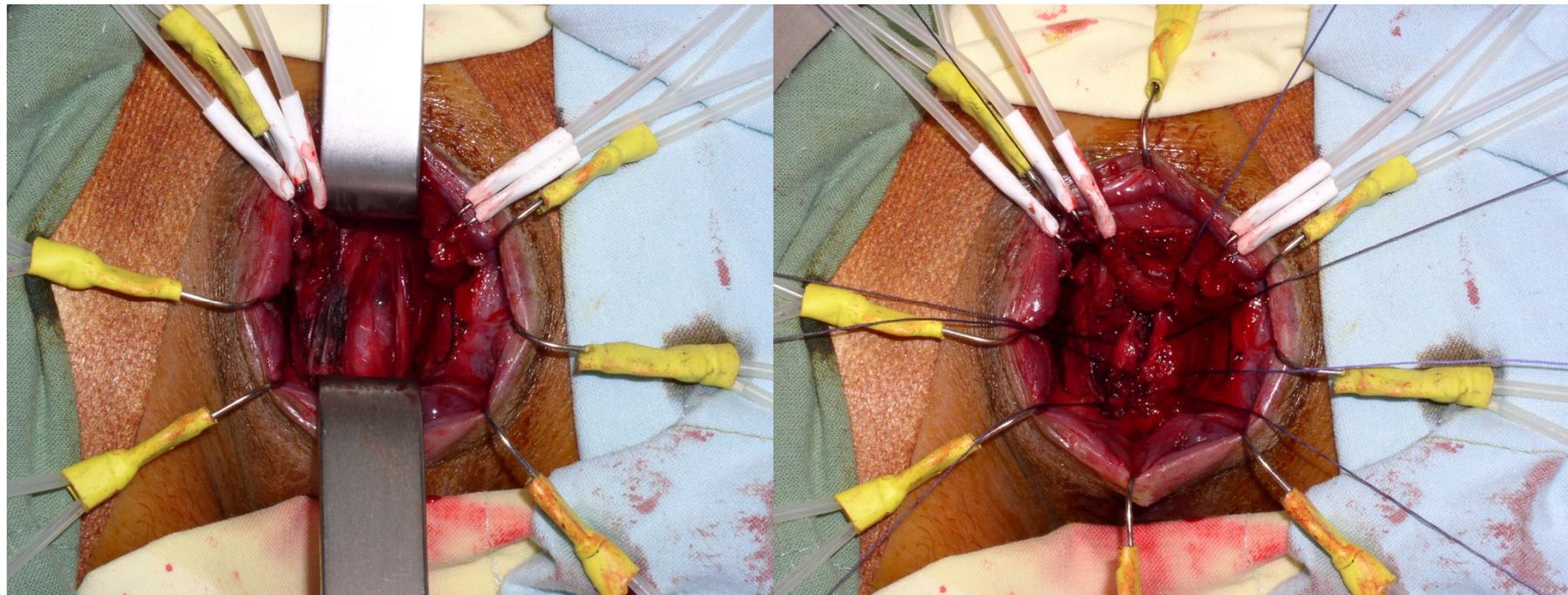
ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Rectocele Marti I , II : PT Mesh Vicryl Levatorplasty



ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Rectocele Marti I , II – chưa có gia đình : Khâu cơ nâng ngõ hậu môn



ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Rectocele Marti III (Rectocele + Lồng trực tràng hậu môn)

CHỌN LỰA

1. Mesh Vicryl Levatoplasty âm đạo + khâu xếp nếp cố định niêm mạc trực tràng sa bán phần sau vào cơ vòng trong (từ 3 đến 9 giờ)
2. PT Delorme + Khâu cơ nâng ngõ hậu môn

A photograph of a man with short brown hair, wearing a dark blue suit jacket, a light blue shirt, and a blue patterned tie. He is standing in front of a whiteboard that has some handwritten text and a diagram. The whiteboard includes the words "meas Circle" and features a circular diagram with concentric lines and a small star-like shape at the top. The background shows a plain wall with some vertical lines.

Phương pháp phẫu thuật :

STARR

(Stapled transanal rectal resection)

Consensus conference on the stapled transanal rectal resection (STARR) for disordered defaecation

16-17 June, 2005

M.L.Corman, A.Carriero, T.Hager, A.Herold, D.G.Jayne, P.-A.Lehur, D.Lomanto, A.Longo, A.F.Mellgren, J.Nicholls, P.-O.Nystro m, A.J.Senagore, A.Stuto and S.D.Wexner

Hội nghị quốc tế Rome 16,17 June, 2005

Mục đích áp dụng dụng cụ khâu bấm
vòng (circular stapling instrument) điều
trị hội chứng bế tắc sự thoát phân (ODS :
obstructed defecation syndrome) do
internal prolapse và rectocele

A. Ommer
K. Albrecht
F. Wenger
M. K. Walz

Stapled transanal rectal resection (STARR): a new option in the treatment of obstructive defecation syndrome

Abstract *Background:* Rectocele and distal intussusception are organic causes of outlet obstruction. A new surgical option called the stapled transanal rectal resection (STARR) is described within a prospective study.

Patients and methods: Fourteen patients with symptomatic rectocele (four females), rectocele with coexistent intussusception (eight females), and intussusception (two males) underwent STARR procedure. The symptoms were measured by means of a defecation score (0–20 points).

Results: Complications included local bleeding postoperatively in two cases, and temporary *ischuria* in four cases. The subjective sense of pain was low; from day 1 postoperatively five patients did not need any analgetics. Only one female patient had

prolonged pelvic pain, without any organic reason. All patients showed improvement in rectal evacuation. The mean score of defecation (0–20 points) decreased from 13 ± 3 to 4 ± 3 after 1 month ($p < 0.05$) and remained low. The overall follow-up was 19 ± 9 months. Only one male patient with intussusception had defecation disorder again 6 months after surgery. Three patients had temporary urge incontinence. *Conclusion:* STARR is an effective therapy for obstructive defecation disorder due to a symptomatic rectocele and/or a distal intussusception.

Keywords Stapled transanal-rectal resection (STARR) · Rectocele · Intussusception · Obstructive defecation disorder

Anismus in Chronic Constipation

D.M. PRESTON, MRCP, and J.E. LENNARD-JONES, FRCP

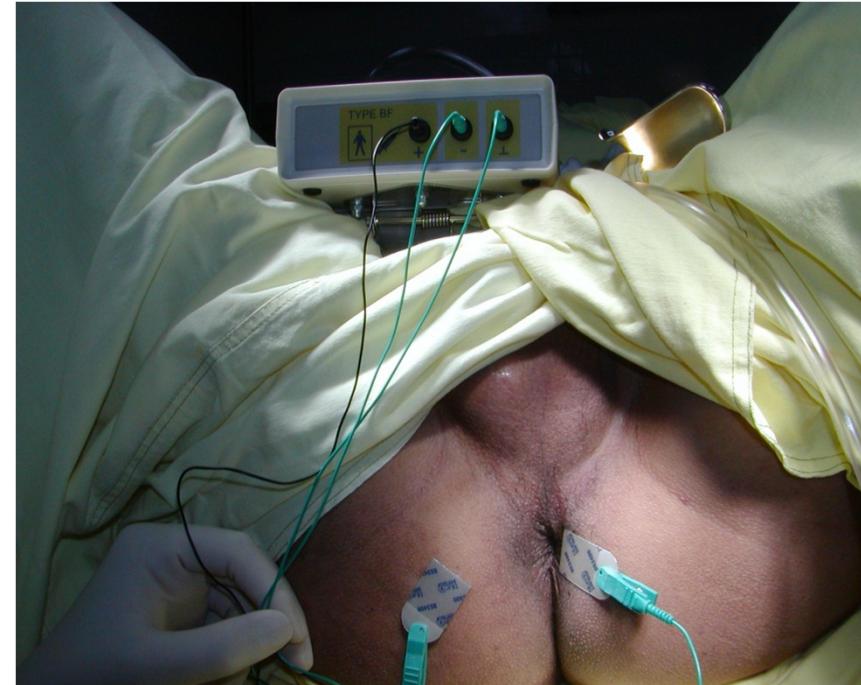
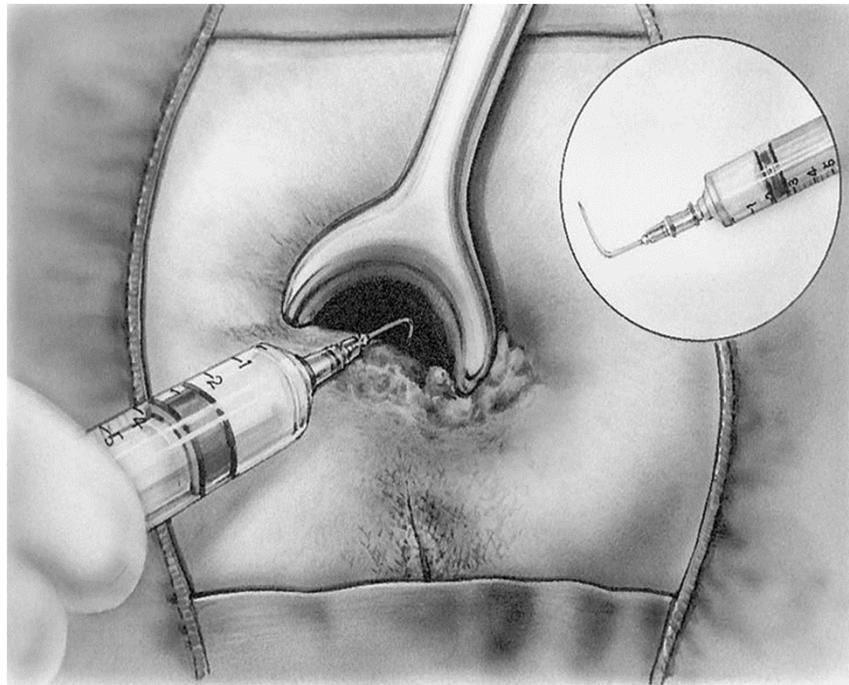
Anismus in Chronic Constipation

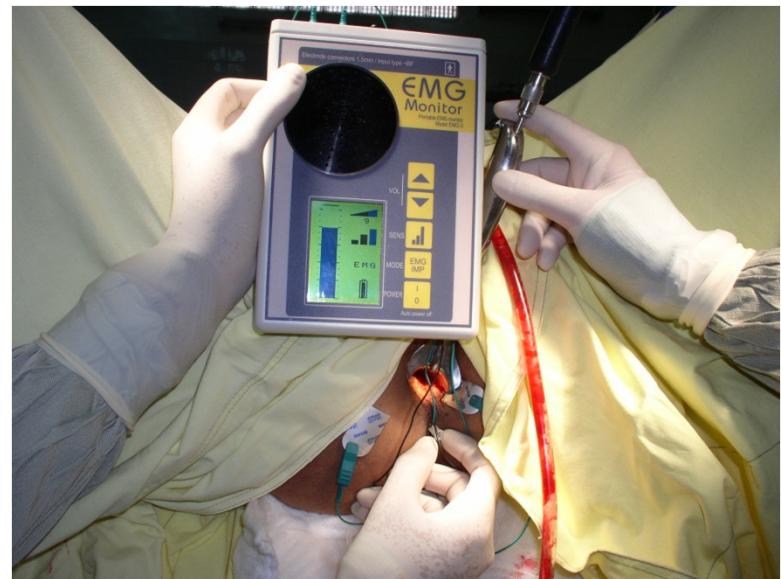
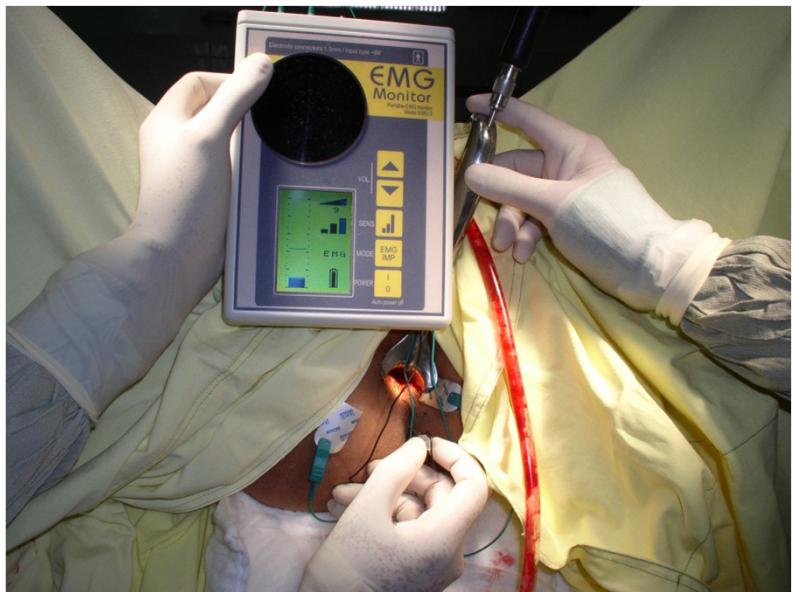
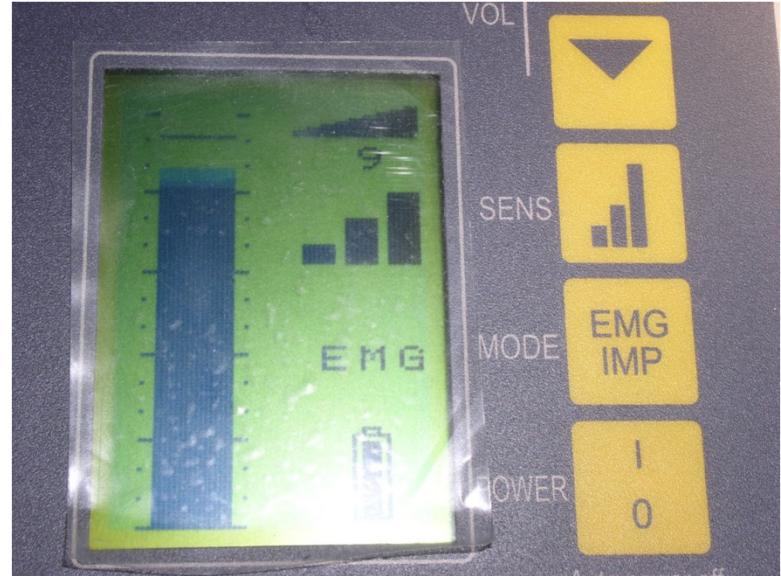
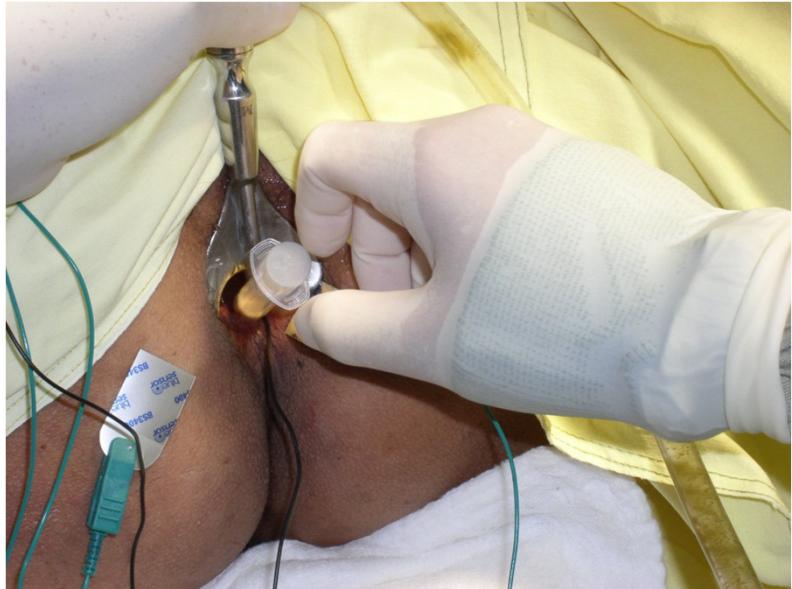
D.M. PRESTON, MRCP, and J.E. LENNARD-JONES, FRCP

Among patients complaining of constipation, a group can be defined in which there is slow whole gut transit shown by retention of radiopaque markers but a rectum and colon of normal width judged by measurements of barium enema radiographs compared with control observations. It is not known whether their symptoms are due to an abnormality of colonic motility or to a failure of the defecatory mechanism. Defecation was simulated experimentally in a group of these patients by asking them to expel a water-filled rectal balloon. The constipated patients were not able to expel the balloon, whereas normal subjects could do so. Electromyography of the striated pelvic floor muscles during attempts at expulsion of the balloon in the constipated patients showed failure of the normal inhibition of resting activity. Failure of external anal sphincter relaxation on attempted defecation may contribute to the symptoms of some patients who complain of constipation.

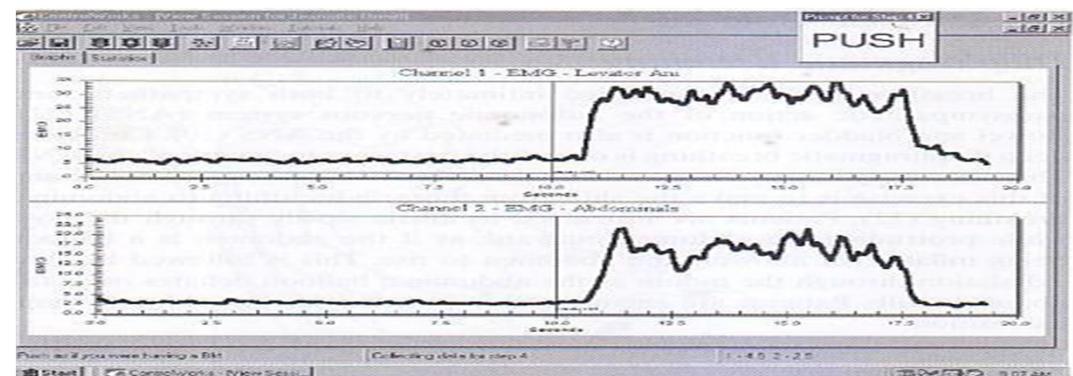
ĐIỀU TRỊ ANISMUS

Chích Dysport (Botulinum Toxin A) vào cơ Mu Trực tràng , EMG
hướng dẫn

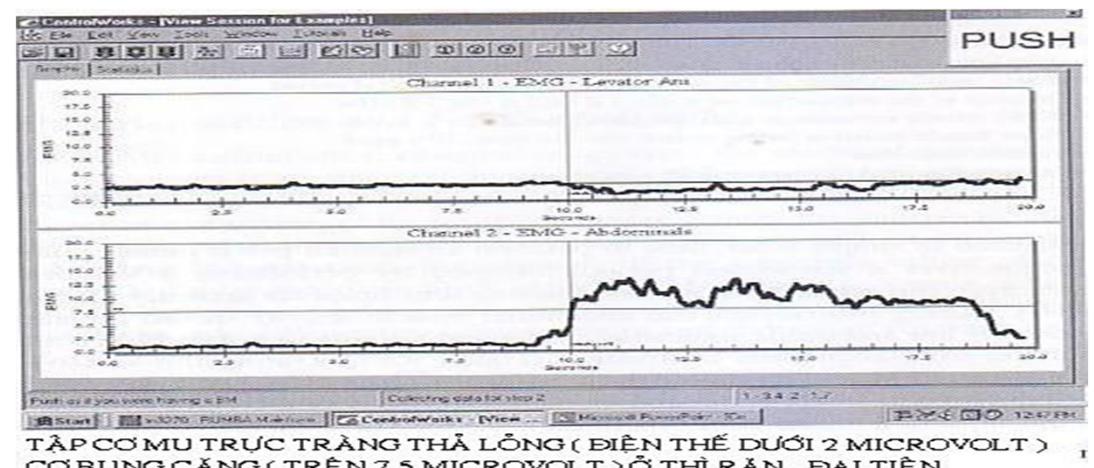




ĐIỀU TRỊ ANISMUS BIOFEED-BACK



CƠ MU TRỰC TRÀNG CO BÓP Ở THÌ RĂN - ĐIỆN THẾ 30 MICRO-VOLT (BÌNH THƯỜNG < 2 MICRO-VOLT)



TẬP CƠ MU TRỰC TRÀNG THẢ LỎNG (ĐIỆN THẾ DƯỚI 2 MICROVOLT)
CƠ BỤNG CĂNG (TRÊN 7.5 MICROVOLT) Ở THÌ RĂN - ĐẠI TIỀN

Dawn E. Vickers . Biofeedback for constipation and Fecal Incontinence
Complex Anorectal Disorder , Springer 2005

KẾT LUẬN

- Chẩn đoán và điều trị có thể thực hiện ở Việt Nam .
- Pelvic floor function testing and colonic transit measurement là những test được chọn để tìm nguyên nhân táo bón



CÁM ƠN SỰ THEO DÕI CỦA CÁC BẠN



CÁM ƠN SỰ THEO DÕI
CỦA QUÝ VỊ