

ĐÁNH GIÁ ÁP LỰC HẬU MÔN TRỰC TRÀNG Ở TRẺ EM BỊ TÁO BÓN MẠN TÍNH CHỨC NĂNG

Lương Thị Minh¹, Chu Thị Phương Mai^{1,2} và Nguyễn Thị Việt Hà^{1,2} ✉

¹Bệnh viện Nhi Trung ương, ²Trường Đại học Y Hà Nội

Táo bón thường gặp ở trẻ em, với phần lớn các trường hợp là táo bón chức năng. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Nhi Trung ương trên 41 trẻ ≥ 6 tuổi bị táo bón mạn tính chức năng theo tiêu chuẩn Rome IV. 100% trẻ có phân xạ ức chế hậu môn trực tràng. Áp lực nghỉ trung bình của hậu môn là $66,04 \pm 16,7$ mmHg. Tỷ lệ trẻ có áp lực nghỉ trong khoảng 50 – 70 mmHg chiếm tỷ lệ cao nhất 51,2%. Áp lực hậu môn và trực tràng khi nhúu trung bình là $121,5 \pm 32,9$ mmHg và $43,6 \pm 17$ mmHg. Áp lực hậu môn và trực tràng khi ho trung bình là $103,9 \pm 29,1$ mmHg và $36,35 \pm 13,83$ mmHg. Áp lực hậu môn và trực tràng khi rặn trung bình là $44,1 \pm 20,9$ mmHg và $71 \pm 13,5$ mmHg. 78% trẻ có kiểu đại tiện theo sinh lý. Kết luận đo áp lực hậu môn trực tràng giúp tránh bỏ sót một số bệnh lý có thể phát hiện sớm như bệnh phình đại tràng bẩm sinh và một số bệnh rối loạn cơ thắt hậu môn.

Từ khóa: Táo bón chức năng, mạn tính, áp lực hậu môn trực tràng, trẻ em

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Táo bón là một trong những vấn đề tiêu hóa thường gặp nhất ở trẻ em với tỷ lệ mắc dao động từ 0,7% đến 29,6%.¹ Theo tiêu chuẩn Rome IV, táo bón là đại tiện không thường xuyên và hoặc đau khi đại tiện, với bằng chứng của việc ứ phân quá mức và sự hiện diện khối phân lớn trong trực tràng.² 90–95% các trường hợp táo bón ở trẻ em là táo bón chức năng liên quan với việc huấn luyện hành vi đại tiện không đúng cách, chế độ ăn uống không hợp lý hoặc các vấn đề tâm lý trong đời sống.³ Đo áp lực hậu môn trực tràng là một trong các phương pháp giúp phân biệt táo bón chức năng với táo bón thực thể do phình đại tràng bẩm sinh và một số bệnh rối loạn cơ thắt hậu môn. Ngoài ra, các thông số đo áp lực hậu môn trực tràng còn cung cấp thêm các thông tin hữu ích phục vụ

điều trị những trường hợp táo bón kháng trị. Vai trò của đo áp lực hậu môn trực tràng trong xác định các rối loạn hình thái và chức năng của đại tràng ở các bệnh nhân táo bón đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trên thế giới.⁴ Tại Việt Nam, đo áp lực hậu môn trực tràng bắt đầu được áp dụng trên người lớn trong vài năm trở lại đây. Một số nghiên cứu đã tiến hành đo áp lực hậu môn trực tràng trên trẻ em ở Bệnh viện Nhi Đồng 2 nhưng mới áp dụng để chẩn đoán bệnh phình đại tràng bẩm sinh.⁵ Bệnh viện Nhi Trung ương bắt đầu thiết lập quy trình đo áp lực hậu môn trực tràng, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá sự thay đổi của áp lực hậu môn trực tràng trên trẻ em bị táo bón. Xuất phát từ vấn đề này chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu nhận xét kết quả đo áp lực hậu môn trực tràng ở trẻ em bị táo bón chức năng tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Việt Hà,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 13/12/2019

Ngày được chấp nhận: 05/02/2020

41 trẻ ≥ 6 tuổi được chẩn đoán táo bón chức năng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ 01/8/2017–31/7/2018.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

Trẻ từ ≥ 6 tuổi được chẩn đoán táo bón chức năng được xác định theo tiêu chuẩn ROME IV²:

Không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng ruột kích thích.

Phải bao gồm ≥ 2 tiêu chuẩn sau trong ≥ 1 tháng:

- + Đi ngoài ≤ 2 lần/tuần ở trẻ ≥ 4 tuổi.
- + Ít nhất có 1 lần són phân trong 1 tuần.
- + Tiền sử tư thể giữ phân hoặc ứ phân quá mức một cách tự ý.
- + Tiền sử vận động ruột đau hoặc khó khi đi ngoài.
- + Sự hiện diện khối phân lớn trong trực tràng.
- + Tiền sử đi ngoài khuôn phân lớn có thể gây tắc bồn cầu.

Trẻ và gia đình đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu, hợp tác tham gia đo áp lực hậu môn trực tràng, tuân thủ điều trị và đến khám định kỳ theo hẹn của bác sĩ.

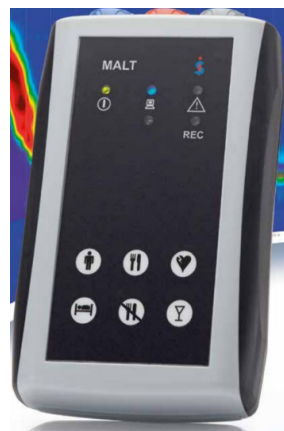
2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu nghiên cứu thuận tiện. Mỗi trẻ được khám, trả lời bộ câu hỏi phỏng vấn đã được thiết kế trước và được đo áp lực hậu môn trực tràng bằng máy đo Model MALT, hãng Standard Instruments – Đức.

Cấu tạo của thiết bị đo áp lực hậu môn trực tràng:

Thiết bị đo áp lực hậu môn trực tràng gồm 4 thành phần: đầu dò, máy ghi áp lực (máy khuếch đại/máy ghi, bơm khí nén thủy lực, máy truyền tín hiệu áp lực), dụng cụ để thể hiện quá trình ghi áp lực (màn hình máy tính, máy in

hoặc bảng ghi) và thiết bị lưu trữ số liệu (máy vi tính, bảng ghi).



Hình 1. Máy đo áp lực hậu môn trực tràng MALT

Một số khái niệm

Phân xạ ức chế hậu môn trực tràng (RAIR): được xác định trong lúc bơm bóng làm đầy lòng trực tràng thay thế khối phân bình thường (< 50 ml không khí). Sau đó thành trực tràng co lại dẫn tới sự giãn của cơ thắt trong và co thụ động của cơ thắt ngoài.

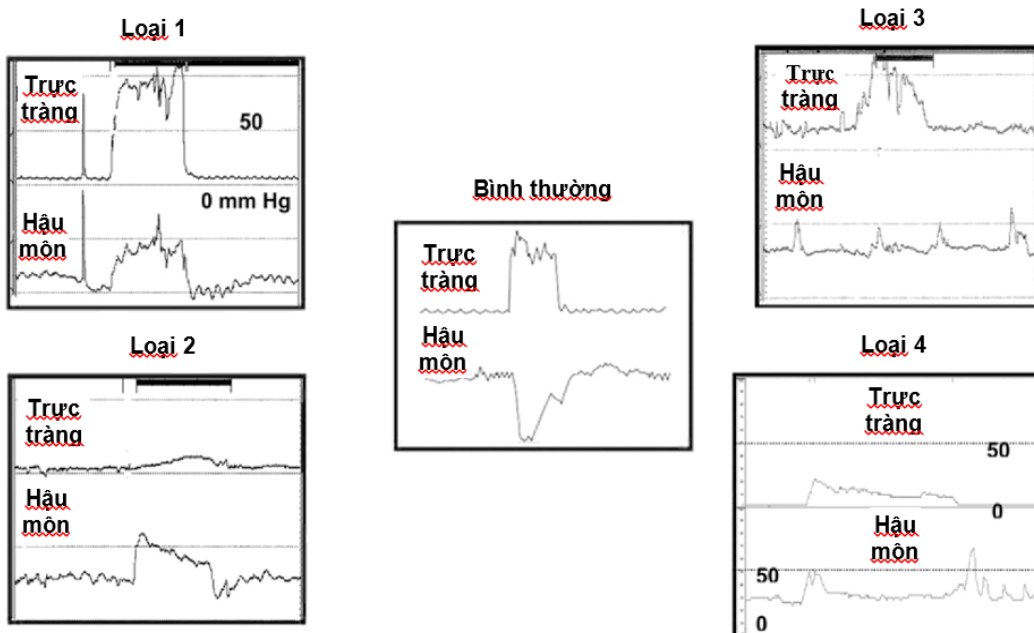
Các kiểu rối loạn đại tiện

+ *Loại I:* tăng tối đa áp lực trong trực tràng (≥ 40 mmHg) đồng thời kèm theo tăng áp lực cơ thắt hậu môn nghịch thường. Liệu pháp điều trị: làm giãn cơ thắt hậu môn tối đa khi đại tiện

+ *Loại II:* tăng áp lực trong trực tràng không đủ (< 40 mmHg) (lực đẩy kém) kèm theo tăng áp lực hậu môn nghịch thường. Liệu pháp điều trị: tăng áp lực trực tràng đồng thời làm giãn cơ thắt hậu môn khi đại tiện.

+ *Loại III:* tăng áp lực trực tràng thích hợp (≥ 40 mmHg) kèm theo giảm áp lực hậu môn ($\leq 20\%$ áp lực cơ bản). Liệu pháp điều trị: làm giãn cơ thắt hậu môn tối đa khi đại tiện.

+ *Loại IV:* tăng áp lực trực tràng không đủ (< 40 mmHg) (lực đẩy kém) đi kèm theo giảm áp lực hậu môn ($\leq 20\%$ đường cơ sở sức ép).



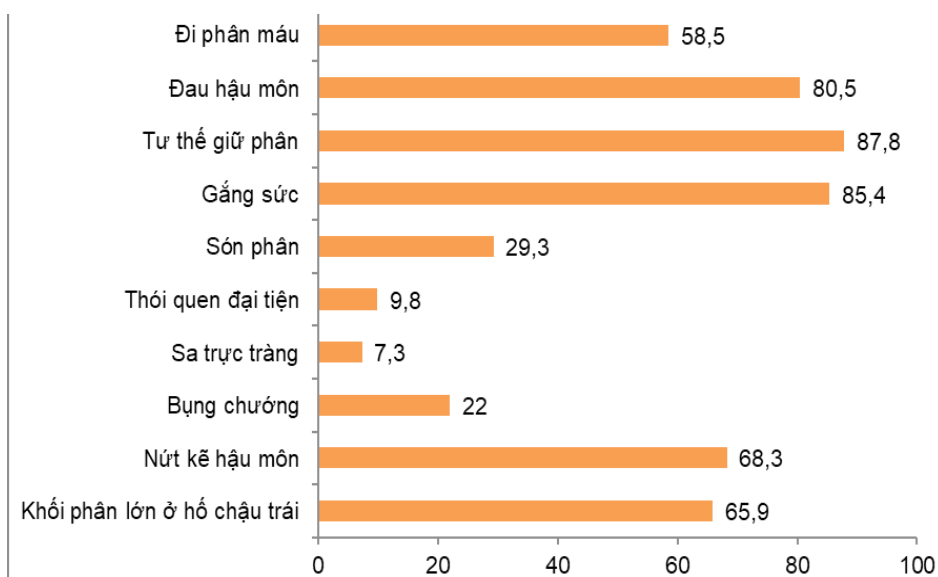
Hình 2. Các kiểu rối loạn đồng vận⁶

3. Đạo đức nghiên cứu

Cha mẹ hoặc người giám hộ của trẻ được giải thích đầy đủ về quy trình nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Trẻ được khám bệnh toàn diện, điều trị đúng phác đồ quy định. Các thông tin liên quan đến trẻ đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Kết quả được phân tích trên 41 bệnh nhân, tuổi trung bình trong nghiên cứu là $7,5 \pm 1,3$ tuổi; thời gian mắc táo bón trung bình là $25,3 \pm 5,4$ tháng.



Biểu đồ 1. Các biểu hiện kèm theo của táo bón chức năng

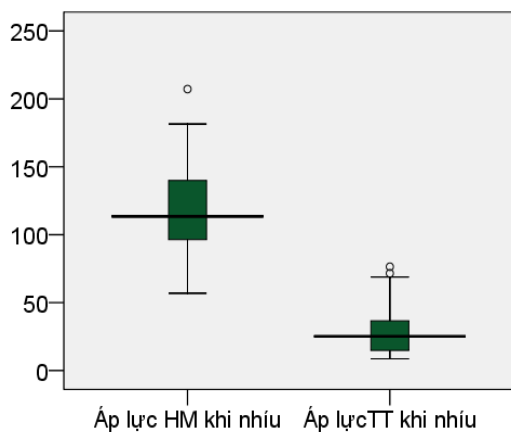
Tỷ lệ trẻ có biểu hiện gắng sức, đau hậu môn và có tư thế giữ phân khi đại tiện chiếm tỷ lệ cao nhất và đều trên 80%.

100% bệnh nhân có phản xạ ức chế hậu môn trực tràng. Như vậy toàn bộ nhóm trẻ mắc táo bón trong nghiên cứu của chúng tôi là táo bón mạn tính chức năng.

Bảng 1. Phân bố thông số áp lực nghỉ của hậu môn

Áp lực nghỉ của hậu môn (mmHg)	n	Tỷ lệ (%)
≤ 50	5	12,2
50 – 70	21	51,2
≥ 70	15	36,6

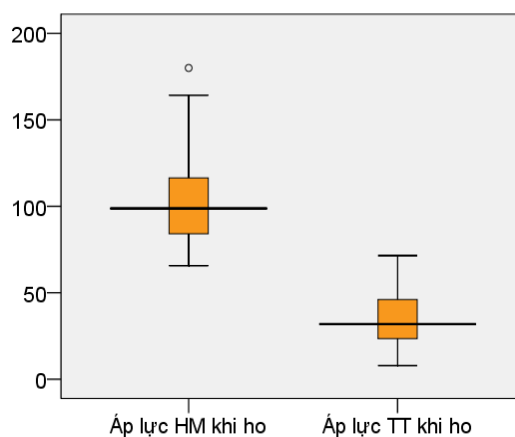
Thông số áp lực nghỉ trung bình của hậu môn là $66,1 \pm 16,7$ mmHg (30,1 – 100 mmHg). Tỷ lệ trẻ có thông số áp lực nghỉ trong khoảng 50 – 70 mmHg chiếm tỷ lệ cao nhất 51,2%, còn khoảng giá trị ≤ 50 mmHg chiếm tỷ lệ thấp nhất là 12,2%.



Biểu đồ 2. Giá trị áp lực hậu môn và trực tràng khi nhú

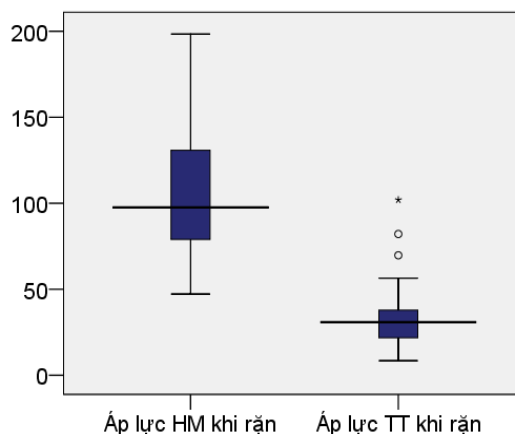
Áp lực hậu môn khi nhú trung bình là $121,5 \pm 32,9$ mmHg (56,9 – 207,2 mmHg). Áp lực trực tràng khi nhú trung bình là $43,6 \pm 17$ mmHg

(13,1 – 85 mmHg).



Biểu đồ 3. Giá trị áp lực hậu môn và trực tràng khi ho

Áp lực hậu môn khi ho trung bình là $103,9 \pm 29,1$ mmHg (64,1 – 180 mmHg). Áp lực trực tràng khi ho trung bình là $36,4 \pm 13,9$ mmHg (7,9 – 71,5 mmHg)



Biểu đồ 4. Giá trị áp lực hậu môn và trực tràng khi rặn

Áp lực hậu môn khi rặn trung bình là $44,1 \pm 20,9$ mmHg (18,2 – 110 mmHg). Áp lực trực tràng khi rặn trung bình là $71 \pm 13,5$ mmHg (45 – 100 mmHg).

Từ sự kết hợp áp lực trực tràng và áp lực hậu môn trong quá trình đại tiện. Chúng tôi có bảng các kiểu đại tiện.

Bảng 2. Các kiểu đại tiện

Các kiểu đại tiện (*)		n	Tỷ lệ %
Rối loạn đại tiện	Loại I	3	7,3
	Loại II	5	12,2
	Loại III	1	2,4
	Loại IV	0	0
Bình thường		32	78

78% trẻ trong nghiên cứu có kiểu đại tiện theo sinh lý tức là áp lực trực tràng (≥ 40 mmHg) tăng tối đa đồng thời với sự giảm áp lực hậu môn. 22% trẻ có rối loạn đại tiện. Trong đó, rối loạn đại tiện loại II hay gặp nhất (12,2%).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $7,5 \pm 1,3$ tuổi và thời gian mắc táo bón trước khi đi khám trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $25,3 \pm 5,4$ tháng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Nga (2015–2016).⁷ Từ biểu đồ 1 cho thấy biểu hiện tư thế giữ phân, gắng sức khi đi ngoài và đau hậu môn chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 87,8%, 85,4% và 80,5%. Động tác gắng sức, đau hậu môn và tư thế giữ phân thường đi kèm với nhau. Kết quả này của chúng tôi tương tự như kết quả của Đỗ Thị Minh Phương.⁸

Phản xạ ức chế hậu môn trực tràng (RAIR) là một test để kiểm tra mức độ toàn vẹn của đám rối thần kinh cơ ruột trực tràng và ống hậu môn. Kết quả chúng tôi thu được 100% bệnh nhân có phản xạ hậu môn trực tràng, do số bệnh nhân chúng tôi lựa chọn nghiên cứu được chẩn đoán táo bón chức năng theo tiêu chuẩn Rome IV. Vì vậy đánh giá RAIR là một thủ thuật rất cần thiết khi đánh giá một bệnh nhân táo bón mạn tính chức năng với bệnh phình đại tràng bẩm sinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thông số áp lực nghỉ trung bình của hậu môn là $66,1 \pm 16,7$ mmHg (30,1 – 100 mmHg). Tỷ lệ trẻ có thông số áp lực nghỉ trong khoảng 50 – 70 mmHg chiếm tỷ lệ cao nhất 51,2%, còn khoảng giá trị ≤ 50 mmHg chiếm tỷ lệ thấp nhất là 12,2%.

Thông số áp lực nghỉ của chúng tôi chủ yếu ở khoảng 50 – 70 mmHg cao so với các nghiên cứu khác thể hiện tình trạng tăng trương lực cơ thắt hậu môn. Với những bệnh nhân có giá trị áp lực nghỉ hậu môn quá thấp dễ dẫn đến hiện tượng són phân liên tục hay gọi là rối loạn đại tiện. Thông qua giá trị áp lực hậu môn nghỉ chúng ta dễ phát hiện ra hiện tượng tăng hoặc giảm trương lực cơ thắt hậu môn để đưa ra các can thiệp đúng phù hợp với sinh lý đại tiện bình thường.

Áp lực hậu môn khi nhúu trung bình là $121,5 \pm 32,9$ mmHg (56,9 – 207,2 mmHg). Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của một số tác giả khác trên thế giới. Trong một nghiên cứu khác trên 31 bệnh nhân táo bón chức năng mạn tính kháng trị, Cruz và cộng sự ghi nhận thấy áp lực hậu môn lúc nhúu trung bình lại thấp hơn kết quả chúng tôi (82 ± 38 mmHg).⁹ Banasiuk và cộng sự đánh giá áp lực hậu môn trực tràng trên 61 trẻ bình thường, tuổi trung bình là 8,3 tuổi công bố chỉ số áp lực nhúu hậu môn trung bình là $134,1 \pm 35,2$ mmHg.¹⁰ Chỉ số này được xem như giá trị tham khảo cho các nghiên cứu trong đánh giá áp lực hậu môn trực tràng ở trẻ em ở cùng độ tuổi. Áp lực nhúu hậu môn của các trẻ em bị táo bón trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn giá trị bình thường và cao hơn so với kết quả của Cruz trên các trẻ em

táo bón khó điều trị. Sự khác biệt này có thể lý giải do có sự dao động lớn trong độ tuổi thực hiện đo áp lực hậu môn trực tràng trong nghiên cứu của Banasiuk (2 – 17 tuổi) dẫn đến kết quả thu được khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 56,8% trẻ táo bón nằm trong độ tuổi 6 – 7 tuổi. Những trẻ này thường khó hợp tác để làm động tác nhúu hiệu quả vì thời gian mỗi lần nhúu kéo dài từ 30 – 60 giây lặp lại 3 – 5 lần. Ở trẻ lớn và người lớn việc lặp đi lặp lại động tác này dễ hơn cho kết quả đo chính xác hơn. Ở các bệnh nhân táo bón mạn tính khó điều trị, áp lực cơ thắt ngoài thường thấp hơn so với bình thường. Việc đo áp lực nhúu hậu môn là cần thiết đặc biệt ở các bệnh nhân táo bón khó điều trị vì chỉ số này có vai trò quan trọng trong đánh giá cơ thắt ngoài và cơ mu trực tràng. Áp lực nhúu tốt chứng tỏ cơ thắt ngoài tốt nên bệnh nhân ít bị són phân và không bị tổn thương thần kinh chi phối cơ thắt ngoài.

Việc đo áp lực nhúu hậu môn là cần thiết đặc biệt ở các bệnh nhân táo bón khó điều trị vì chỉ số này có vai trò quan trọng trong đánh giá cơ thắt ngoài và cơ mu trực tràng. Áp lực nhúu tốt chứng tỏ cơ thắt ngoài tốt nên bệnh nhân ít bị són phân và không bị tổn thương thần kinh chi phối cơ thắt ngoài. Áp lực trực tràng khi nhúu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $43,6 \pm 17$ mmHg (13,05 – 85 mmHg). Giá trị này ít được quan tâm hơn trong các thông số khi đo áp lực hậu môn trực tràng thì nhúu đặc biệt là trẻ nhỏ.

Từ kết quả biểu đồ 3 cho thấy áp lực hậu môn khi ho trung bình là $103,9 \pm 29,1$ mmHg (64,1 – 180 mmHg) và áp lực trực tràng khi ho trung bình là $36,4 \pm 13,8$ mmHg (7,9 – 1,5 mmHg). Cũng giống như trong động tác nhúu, phản xạ ho cũng dùng để đánh giá chức năng cơ thắt ngoài. Khi bệnh nhân ho, áp lực ổ bụng và trực tràng tăng đột ngột, kích thích cơ mu trực tràng và cơ thắt ngoài co lại theo cung

phản xạ trực tràng xương cụt, ngửa phân và hơi thoát qua hậu môn.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi áp lực rặn (đại tiện gắng sức) trung bình của hậu môn là $44,1 \pm 20,9$ mmHg (18,2 – 110 mmHg) và trực tràng là $71 \pm 13,5$ mmHg (45 – 100 mmHg). So sánh với một vài nghiên cứu trên thế giới có kết quả tương tự. Khi áp lực rặn của trực tràng tăng thẳng được áp lực cơ thắt hậu môn khi đó động tác đại tiện được cho là có hiệu quả. Có 4 kiểu đại tiện như sau: tăng tối đa áp lực trong trực tràng (≥ 40 mmHg) đồng thời kèm theo tăng áp lực cơ thắt hậu môn nghịch thường (Loại I). Tăng áp lực trong trực tràng không đủ (< 40 mmHg) (lực đẩy kém) kèm theo tăng áp lực hậu môn nghịch thường (Loại II). Tăng áp lực trực tràng thích hợp (≥ 40 mmHg) kèm theo giảm áp lực hậu môn ($\leq 20\%$ áp lực cơ bản) (Loại III) và loại IV: tăng áp lực trực tràng không đủ (< 40 mmHg) (lực đẩy kém) đi kèm theo giảm áp lực hậu môn ($\leq 20\%$ đường cơ sở sức ép).

Kết quả của chúng tôi bệnh nhân táo bón gặp loại 2 nhiều nhất chiếm 12,2%, loại 4 không gặp bệnh nhân nào. Trong một nghiên cứu của Grossi và cộng sự (2016) chia các bệnh nhân này ra thành hai nhóm: nhóm chứng và nhóm táo bón chức năng, nhận thấy gặp các rối loạn đồng vận gặp ở cả hai nhóm. Ở nhóm chứng, 87% có bất thường về rối loạn đại tiện trong đó 37% là rối loạn đồng vận loại 1 trong khi đó ở nhóm táo bón chức năng 94% bệnh nhân bị rối loạn đại tiện và loại 4 gặp với tỷ lệ cao nhất (46%)¹¹. Theo một số báo cáo trên thế giới nhận thấy có đến 36–78% gặp cơ thắt nghịch thường hậu môn–trực tràng ở trẻ táo bón¹². Có thể lý giải do sự sợ hãi và đau khi có cảm giác mót đại tiện làm cho bệnh nhân đặc biệt là trẻ em có tư thế chống đau bằng hiện tượng giữ phân dẫn đến cơ thắt hậu môn co thắt một cách bất thường gây ảnh hưởng đến việc đi ngoài hiệu

quả của trẻ. Vấn đề này tồn tại kéo dài theo thời gian làm cho tình trạng táo bón ngày càng nặng.

V. KẾT LUẬN

Đo áp lực hậu môn trực tràng giúp tránh bỏ sót một số bệnh lý có thể phát hiện sớm như bệnh phình đại tràng bẩm sinh và một số bệnh rối loạn cơ thắt hậu môn.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn bệnh nhi và gia đình trẻ đã tham gia và hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Xin cảm ơn Khoa Tiêu hóa Bệnh viện Nhi Trung Ương đã tạo điều kiện thuận lợi để nhóm nghiên cứu có thể thu thập số liệu và hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2006; 101 (10), 2401-2409.
2. Hyams JS, Lorenzo CD, Saps M, et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology*. 2016; 150 (6), 1456-1468.e1452.
3. Benninga MA, Voskuil WP, Taminiau JA. Childhood constipation: is there new light in the tunnel? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2004; 39 (5), 448-464.
4. Bustorff-Silva JM, Costa-Pinto EA, Fukushima E. Role of anorectal manometry in the differential diagnosis of chronic constipation in children. *J Pediatr (Rio J)*. 2000; 76 (3), 227-232.
5. Trần Quốc Việt, Lâm Thiên Kim, Trường Đại Học Y Dược Hồ Chí Minh. Đánh giá kết quả

ứng dụng đo áp lực hậu môn trực tràng trong chẩn đoán bệnh Hirschsprung tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2015;19(5):81-86.

6. Rao SS. Dyssynergic defecation. *Gastroenterol Clin North Am*. 2001; 30 (1), 97-114.

7. Phạm Thị Thanh Nga, Trường Đại Học Hà Nội. Đánh giá hiệu quả điều trị táo bón chức năng ở trẻ em lứa tuổi tiểu học tại bệnh viện Nhi Trung ương. *Luận văn thạc sĩ Y học*. Hà Nội, Việt Nam: Trường Đại học Y Hà Nội; 2016

8. Đỗ Thị Minh Phương, Trường Đại Học Hà Nội. Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và đánh giá hiệu quả điều trị táo bón chức năng ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương. *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú*. Hà Nội, Việt Nam: Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.

9. Noviello C, Cobellis G, Papparella A, et al. Role of anorectal manometry in children with severe constipation. *Colorectal Dis*, 2009; 11 (5), 480-484.

10. Van Ginkel G, Buller HA, Boeckxstaens GE, et al. The effect of anorectal manometry on the outcome of treatment in severe childhood constipation: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2001; 108 (1), E9.

11. Grossi U, Carrington EV, Bharucha AE, et al. Diagnostic accuracy study of anorectal manometry for diagnosis of dyssynergic defecation. *Gut*. 2016; 65 (3), 447-455.

12. Keren S, Wagner Y, Heldenberg D, et al. Studies of manometric abnormalities of the rectoanal region during defecation in constipated and soiling children: modification through biofeedback therapy. *Am J Gastroenterol*. 1988; 83 (8), 827-831.

Summary

EVALUATION OF ANORECTAL MANOMETRY IN CHILDREN WITH CHRONIC FUNCTIONAL CONSTIPATION

Constipation is a common disorder in children, with the majority of cases being functional constipation. The study was conducted at Vietnam National Children's Hospital on 41 children ≥ 6 years old with chronic functional constipation according to Rome IV criteria. 100% of children had rectoanal inhibitory reflex. The average resting pressure of anus was $66,04 \pm 16,7$ mmHg. The percentage of children with resting pressure in the range from 50 to 70 mmHg accounted for the highest rate of 51.2%. Average anal and rectal pressure during squeezing were $121,5 \pm 32,9$ mmHg and $43,6 \pm 17$ mmHg, respectively. The anus and rectal pressure during coughing on average were $103,9 \pm 29,1$ mmHg and $36,35 \pm 13,83$ mmHg. The anus and rectal pressure on average during defecation were $44,1 \pm 20,9$ mmHg and $71 \pm 13,5$ mmHg. 78% of children have physiological defecation. In conclusion, anorectal manometry is useful to detect early some conditions such as Hirschsprung's disease and some anal sphincter disorders.

Key words: Chronic, functional constipation, anorectal manometry, children.