

TÁO BÓN CHỨC NĂNG

I. GIỚI THIỆU

- Táo bón là bệnh rất thường gặp ở trẻ em, chiếm 3-5% tổng số trẻ khám ngoại trú
- Tỷ lệ mắc bệnh: 1-30%
- Tuổi thường gặp: trước khi đi học
- Tần suất mắc bệnh ngang nhau giữa nam và nữ

II. NGUYÊN NHÂN cần phân biệt hai thể táo bón: chức năng và táo bón thực thể.

1. Táo bón chức năng > 90% trường hợp táo bón ở trẻ em là táo bón chức năng

❖ Định nghĩa

- Là tình trạng đi tiêu không hết, tiêu không thường xuyên, khó khăn khi đi tiêu kéo dài không kèm theo bất thường giải phẫu học hoặc sinh hóa.
- Đây là thể táo bón thường gặp nhất ở trẻ em.
- Ba giai đoạn trẻ dễ bị táo bón: giai đoạn ăn dặm, giai đoạn trẻ tập đi toilet, giai đoạn trẻ bắt đầu đi học.

❖ Các yếu tố gây táo bón chức năng

- Trẻ từ chối đi tiêu:
 - + Do đau: rò hậu môn, kích thích quanh hậu môn, lạm dụng tình dục, trĩ.
 - + Cố ý từ chối đi tiêu: thay đổi môi trường sống: chuyển trường, đi du lịch
 - + Đi tiêu không đúng cách
 - + Mất cân bằng cảm xúc
 - + Chậm phát triển trí tuệ
- Trẻ không được tập thói quen đi tiêu đúng cách.
- Chế độ ăn không hợp lý: thiếu nước, trái cây, rau củ, chất xơ,...
- Tiền sử gia đình bị táo bón.

2. Táo bón thực thể chiếm < 5% tổng số trẻ táo bón

❖ Trẻ chậm tiêu phân su (> 48 giờ sau sinh)

- Tắc ruột, tắc ruột phân su
 - Hirschprung
 - Tắc ruột cơ năng: non tháng, nhiễm trùng huyết, suy hô hấp, viêm phổi, rối loạn điện giải.
 - Đại tràng trái nhỏ: thường gặp ở trẻ có mẹ bị tiểu đường thai kỳ.
 - Mẹ dùng thuốc trước sanh: $MgSO_4$, thuốc phiện, ...
 - Suy giáp: trẻ vàng da kéo dài, co giật, hạ thân nhiệt.
- #### ❖ Rối loạn nội tiết, rối loạn chuyển hóa
- Hạ kali máu
 - Hạ hoặc tăng calci máu

- Suy giáp
- Tiểu đường
- Pheochromocytoma
- Đa niệu
- Amyloidosis
- Rối loạn chuyển hóa porphyrin
- Rối loạn tích tụ lipid
- ❖ Nguyên nhân thần kinh
- Liệt não
- Thoát vị tủy, màng tủy
- Chấn thương tủy
- Không có xương cùng
- Chứng cắt ngang tủy
- U xơ thần kinh
- Chứng yếu cơ
- Hội chứng Guillaine - Barre
- Loạn sản thần kinh
- Rối loạn thần kinh thực vật có tính gia đình
- Rối loạn hệ phó giao cảm mắc phải

III. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN Multinational Working Teams to Develop Criteria for Functional Disorders (Rome III)

1. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ có ít nhất hai trong các tiêu chuẩn sau kéo dài ít nhất 1 tháng:
 - Đi tiêu ≤ 2 lần/tuần
 - Ít nhất 1 lần đi tiêu không tự chủ sau giai đoạn trẻ tập đi toilet
 - Tiền sử ứ đọng phân quá mức
 - Tiền sử đau hoặc khó khăn khi đi tiêu do phân cứng
 - Hiện diện khối phân to trong trực tràng
 - Tiền sử có khối phân to gây tắc nghẽn toilet
2. Trẻ từ 4-18 tuổi ít nhất hai trong các tiêu chuẩn sau kéo dài ít nhất 2 tháng:
 - Đi tiêu ≤ 2 lần/tuần
 - Ít nhất 1 lần đi tiêu không tự chủ/tuần
 - Tiền sử ứ đọng phân quá mức
 - Tiền sử đau hoặc khó khăn khi đi tiêu do phân cứng
 - Hiện diện khối phân to trong trực tràng
 - Tiền sử có khối phân to gây tắc nghẽn toilet

IV. LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng

- Tìm triệu chứng bất thường tủy sống: giảm cảm giác và vận động, lỗ hậu môn rộng, tiểu không tự chủ, mất phản xạ cơ bẹn, tăng sắc tố da, búi tóc vùng cùng cụt.

- + Mineral oil enema : 2.25 ounces cho trẻ 2-12 tuổi; 4.5 ounces cho trẻ ≥ 12 tuổi.
- + Không khuyến cáo thụt tháo bằng: bột xà phòng, nước máy, thảo dược.
- + Có thể đặt hậu môn với: glycerin ở trẻ nhỏ, bisacodyl ở trẻ lớn.
- Phối hợp thuốc uống và bơm hậu môn:
 - + Polyethylene glycol không điện giải phối hợp với bơm hậu môn bằng Phosphate sodium.
 - + Phối hợp khác: N1: bơm hậu môn bằng phosphate sodium, N2: bicosadyl đặt hậu môn, N3: bicosadyl uống.
- b. Thuốc nhuận trường: giúp trẻ duy trì thói quen đi tiêu hằng ngày
 - Polyethylene glycol không điện giải: hiệu quả hơn lactulose và magnesium hydroxide, liều 0,4-0,8 g/kg/ngày (tối đa 17 g/ngày). Thường dùng liều khởi đầu 4 muỗng cà phê (17g = 3,5 muỗng), sau đó tăng hoặc giảm $\frac{1}{2}$ -1 muỗng mỗi ngày cho đến khi đạt được mục tiêu (phân mềm).
 - Mineral oil: ảnh hưởng đến sự hấp thu vitamine tan trong mỡ, vì vậy nên dùng thuốc lúc xế chiều hoặc buổi tối lúc đi ngủ.
 - Sữa có hàm lượng magne cao, magnesium hydroxide, lactulose: thuốc nhuận trường thẩm thấu cũng đã được sử dụng có hiệu quả.
 - Thuốc nhuận trường kích thích (Senna, Bicosadyl): không có bằng chứng hiệu quả ở trẻ em. Thường được dùng phối hợp với 1 loại làm mềm phân hoặc làm trơn (Mineral oil).
- ❖ Tập thói quen đi tiêu:
 - Đi toilet trong vòng 30 phút sau bữa ăn (trong 5-10 phút, 2-3 lần/ngày). Nên đi đều đặn vào giờ nhất định mỗi ngày (kể cả khi đi du lịch, nghỉ cuối tuần, nghỉ hè,...). Có ghế kê chân nếu chân trẻ không chạm sàn toilet.
 - Thỏa mãn nhu cầu của trẻ trong thời gian trẻ đi toilet:
 - + Trẻ chưa đi học: hình dán, đọc sách, kể chuyện, đồ chơi.
 - + Trẻ đã đi học: cho trẻ đọc sách, chơi game,...
- ❖ Thay đổi chế độ ăn:
 - Tăng cường ăn trái cây, rau sống, gạo nguyên cám, ngũ cốc
 - Uống nhiều nước (960-1920 ml/ngày)
 - Chất xơ: tăng lượng trong khẩu phần tỏ ra có hiệu quả trong giai đoạn ngừng thuốc nhuận trường (chú ý bổ sung nhiều nước khi dùng nhiều chất xơ).

VII. PHẪU THUẬT

1. Giải áp cơ thắt hậu môn trực tràng

- Phẫu thuật cắt cơ
- Chích độc tố botulinum
- Chưa có bằng chứng hiệu quả

2. **Phẫu thuật khác**

- Táo bón cứng đầu và áp lực cơ thắt hậu môn bình thường, thất bại với chích độc tố botulinum:
 - + Mở đại tràng ra da thụt tháo xuôi dòng: trẻ thoát vị tửy màng tửy, rối loạn đại tràng cơ năng
 - + Mở hồi tràng ra da
 - + Cắt đoạn hồi tràng
- Không được khuyến cáo áp dụng.

VIII. **THEO DÕI**

- Mục đích: tránh tái phát
- Trong những ngày đầu điều trị, có thể theo dõi diễn tiến qua điện thoại, đặc biệt là những trường hợp đi tiêu khó khăn.
- Tái khám lại ngay nếu trẻ vẫn còn tiêu phân cứng.
- Trẻ cần phải thụt tháo lúc đầu: nên tái khám sớm và lên kế hoạch chi tiết cho điều trị duy trì.
- Trẻ không cần làm trống trực tràng kể từ lần đầu tiên:
 - + Tái khám mỗi tháng hoặc thưa hơn (3-4 tháng)
 - + Nội dung tái khám:
 - Kiểm tra bằng ghi chú
 - Thăm khám lại tình trạng bụng và trực tràng
 - Hướng dẫn chế độ ăn
 - Đánh giá tiên lượng
- Giảm dần và ngưng thuốc nhuận trường:
 - + Có thể cần dùng thuốc từ nhiều tháng đến nhiều năm để đạt mục tiêu tiêu phân mềm đều đặn hằng ngày
 - + Sau khi trẻ đã có thói quen đi tiêu đều đặn trong 6 tháng
- Sau khi ngưng thuốc nhuận trường là vai trò quan trọng của chế độ ăn và củng cố thói quen đi tiêu đúng
- Nếu trẻ không đi tiêu trong 3 ngày hoặc tiêu phân cứng, đau bụng tái phát:
 - + Cần phải giúp trẻ (bơm hậu môn, thụt tháo, dùng lại thuốc nhuận trường)
 - + Thông báo cho trẻ và gia đình kế hoạch điều trị lại
- Điều trị thất bại: cần tầm soát: T4, TSH, calci/máu, bệnh Celiac, ngộ độc chì.

Bảng phân loại thuốc nhuận trường

| Thuốc nhuận trường thẩm thấu | |
|---|--|
| Thuốc | Liều lượng |
| Polyethylene glycol 3350 powder (Miralax®) | |
| Trẻ em | 0,4-0,8 gm/kg/ngày (tối đa 1,5 gm/kg /ngày) |
| Người lớn | 17 gm of powder per day in 8 ounces of water |
| Liều khuyến cáo hiện dùng | |
| < 18 tháng | 2,5-5 ml 1 lần/ngày |

| | |
|--|--|
| 18 tháng - 3 tuổi | 10-15 ml 1 lần/ngày |
| > 3 tuổi | 10-20 ml 1 lần/ngày |
| Lactulose | |
| Trẻ em | 1 ml/kg/lần 1-2 lần/ngày (tối đa 60 ml/ngày) |
| Người lớn | 15-30 ml/ngày (tối đa 60 ml/ngày) |
| Sorbitol (dung dịch 70%) | |
| 1-11 tuổi | 1 ml/kg/lần 1-2 lần/ngày |
| > 11 tuổi | 15-30 ml/lần 1-2 lần/ngày |
| Mineral oil | 1-3 ml/kg 1 lần/ngày |
| Magnesium hydroxide | 1-2 ml/kg/ngày |
| Thuốc nhuận trường kích thích | |
| Thuốc | Liều lượng |
| Senna (syrup, 8.8 mg sennosides/5 mL hay viên 8,6 mg sennosides/viên) | |
| 1-2 tuổi | 1,25-2,5 ml/lần 1-2 lần/ngày |
| 2-6 tuổi | 2,5-3,75 ml/lần 1-2 lần/ngày |
| 6-12 tuổi | 5-7,5 ml/lần (hay 1-2 viên/lần) 1-2 lần/ngày |
| > 12 tuổi | 1-2 viên/lần 1-2 lần/ngày |
| Bisacodyl (10 mg đặt hậu môn hay 5 mg / viên) | |
| 2-12 tuổi | 1/2-1 viên đặt hậu môn (hay 1-2 viên) 1 lần/ngày |
| > 12 tuổi | 1-3 viên (hay 1 viên đặt hậu môn) 1 lần/ngày |

Y học chứng cứ

| Vấn đề | Mức độ chứng cứ |
|---|-----------------|
| 1. Trẻ nhỏ: không sử dụng Mineral oil, thụt tháo, thuốc nhuận trường kích thích | 1C |
| 2. Trẻ lớn: | 2B |
| 2.1. Phối hợp thuốc nhuận trường mỗi ngày và thay đổi hành vi sẽ hiệu quả hơn điều trị đơn độc | 2C |
| 2.2. Thăm dò và xác định liều lượng thuốc nhuận trường (quan trọng hơn chọn loại thuốc) nhằm đạt mục tiêu phân mềm mỗi ngày | 2C |
| 2.3. Polyethylene glycol (PEG) là thuốc lựa chọn ban đầu cho điều trị duy trì | |

HỘI CHỨNG LY (A03.9)

I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng ly là tất cả các trường hợp tiêu chảy phân có nhầy máu.

II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân đa phần là do *Shigella* (60%), ngoài ra còn có thể do vi trùng khác hoặc ký sinh trùng

- *Shigella* là trực trùng gram âm. Có bốn loại *Shigella*:

- + *S. dysenteriae* (serogroup A)
- + *S. flexneri* (serogroup B) (thường gặp nhất).
- + *S. boydii* (serogroup C)
- + *S. sonnei* (serogroup D)

- Vi trùng khác: EHEC, *Campylobacter jejuni*,...

- Ký sinh trùng: *Entamoeba histolytica*.

III. LÂM SÀNG

- Thời gian ủ bệnh trung bình 1-7 ngày.
- Khởi đầu đi tiêu phân nước, sau đó mới tiêu đờm, máu, mót rặn.
- Số lần đi tiêu thường 8-10 lần/ngày, lượng phân ít (khoảng 30 ml/kg/ngày).
- Các triệu chứng thường gặp như sốt, đau bụng, tiêu nhầy, tiêu máu, phân nước, ói.

IV. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu
- Soi phân: có bạch cầu trong phân 70-100% trường hợp
- Cây phân
- Cây máu trong trường hợp nặng
- Ion đồ khi có rối loạn tri giác, triệu chứng thần kinh, chướng bụng, giảm trương lực cơ
- Đường huyết khi nghi ngờ hạ đường huyết
- Siêu âm bụng, X-quang bụng khi có chướng bụng cần loại trừ lồng ruột.
- Phết máu, đếm tiểu cầu, chức năng thận khi nghi ngờ có hội chứng tán huyết urê huyết cao.

V. CHẨN ĐOÁN

1. **Chẩn đoán xác định:** hội chứng ly + cây phân (+)

2. **Chẩn đoán có thể**

- Sốt, tiêu chảy kèm triệu chứng thần kinh: co giật, li bì, hôn mê, hội chứng màng não
- Sốt, tiêu chảy, soi phân có hồng cầu, bạch cầu

3. **Chẩn đoán phân biệt**

- Lồng ruột
- Ly amip
- Tiêu máu do nứt hậu môn, polyp đại trực tràng