

# TIẾP CẬN TRẺ TÁO BÓN

ThS. Vũ Thị Mai Uyên  
PGS. TS. Nguyễn Anh Tuấn

## ❖ MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Định nghĩa được táo bón cơ năng ở trẻ em
2. Trình bày các nguyên nhân gây táo bón
3. Chẩn đoán và lên kế hoạch điều trị các trường hợp táo bón cơ năng ở trẻ em

### 1. Định nghĩa táo bón và táo bón chức năng

Các định nghĩa về táo bón đều dựa vào tính chất phân, tần suất đi tiêu, sự khó khăn khi đi tiêu và chỉ mang tính tương đối. Một trẻ bình thường có thể đi tiêu phân mềm dễ dàng, không đau mỗi 2 đến 3 ngày, đây không phải là táo bón. Nhưng nếu trẻ đi tiêu mỗi 3 ngày nhưng phân cứng, tiêu khó khăn thì cần phải được điều trị như là táo bón.

Táo bón chức năng: là táo bón không phải do bệnh lý thực thể. Tiêu chuẩn chẩn đoán táo bón chức năng theo Rome IV: phải có ít nhất 2 trong các tiêu chuẩn sau và xảy ra ít nhất một lần mỗi tuần trong ít nhất 1 tháng và không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng ruột kích thích:

1. Đi tiêu  $\leq 2$  lần/tuần ở trẻ có mức độ phát triển  $\geq 4$  tuổi
2. Số phân ít nhất 1 lần mỗi tuần
3. Tiền sử có tư thế nín giữ phân hoặc số phân
4. Tiền sử có đi tiêu đau hoặc khó khăn
5. Có hiện diện của khối phân lớn trong trực tràng
6. Tiền sử có đi tiêu ra khối phân to đến mức có thể làm tắc nghẽn toilet

Sau khi được đánh giá đầy đủ, các triệu chứng trên không thể giải thích được bằng nguyên nhân bệnh lý nào khác.

### 2. Sinh lý bệnh

Yếu tố khởi phát táo bón là những sự kiện khiến trẻ phải tránh né đi tiêu, có thể do đau hoặc do các nguyên nhân về xã hội (ví dụ như trường học, du lịch). Khi trẻ nín giữ phân, niêm mạc trực tràng hấp thu nước trong phân và khối phân còn lại sẽ càng càng khó rặn ra. Điều này tạo thành vòng xoắn luẩn quẩn khiến khối phân ứ lại, trực tràng bị giãn ra, gây nên sốn phân, mất cảm giác ở trực tràng và cuối cùng là mất cảm giác mắc rặn. Ứ phân ở trực tràng còn làm giảm nhu động ruột, dẫn đến chán ăn, chướng bụng và đau bụng.

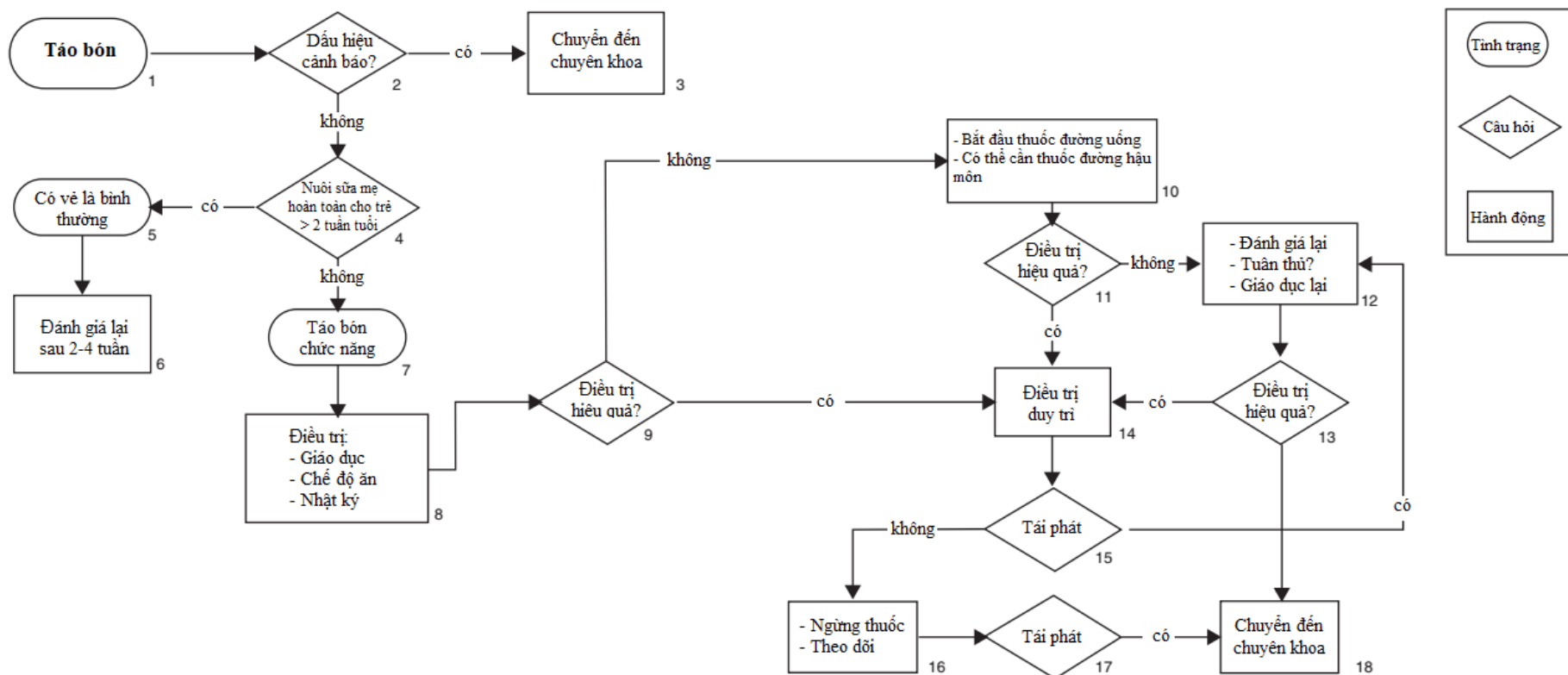
### 3. Tiếp cận chẩn đoán

Việc chẩn đoán táo bón cần dựa vào bệnh sử và thăm khám lâm sàng, nhưng lời khai chủ quan của trẻ  $< 8$  tuổi thường không đủ độ tin cậy và không đặc hiệu. Vai trò chính của hỏi và thăm khám trong táo bón là để loại trừ các rối loạn khác cũng có biểu hiện khó đi tiêu và tìm các biến chứng (Hình 1 và 2). Nếu trẻ chỉ có 1 tiêu chuẩn của Rome IV và chẩn đoán táo bón chức năng còn chưa được chắc chắn, cần thăm khám hậu môn trực tràng bằng ngón tay. Nếu trẻ có dấu hiệu báo động hoặc bị táo bón kháng trị, cũng nên thăm khám hậu môn trực tràng bằng ngón tay để tìm nguyên nhân bệnh lý. Các chẩn đoán phân biệt với táo bón được liệt kê trong bảng 1. Các điểm chính cần hỏi và thăm khám trên trẻ bị táo bón

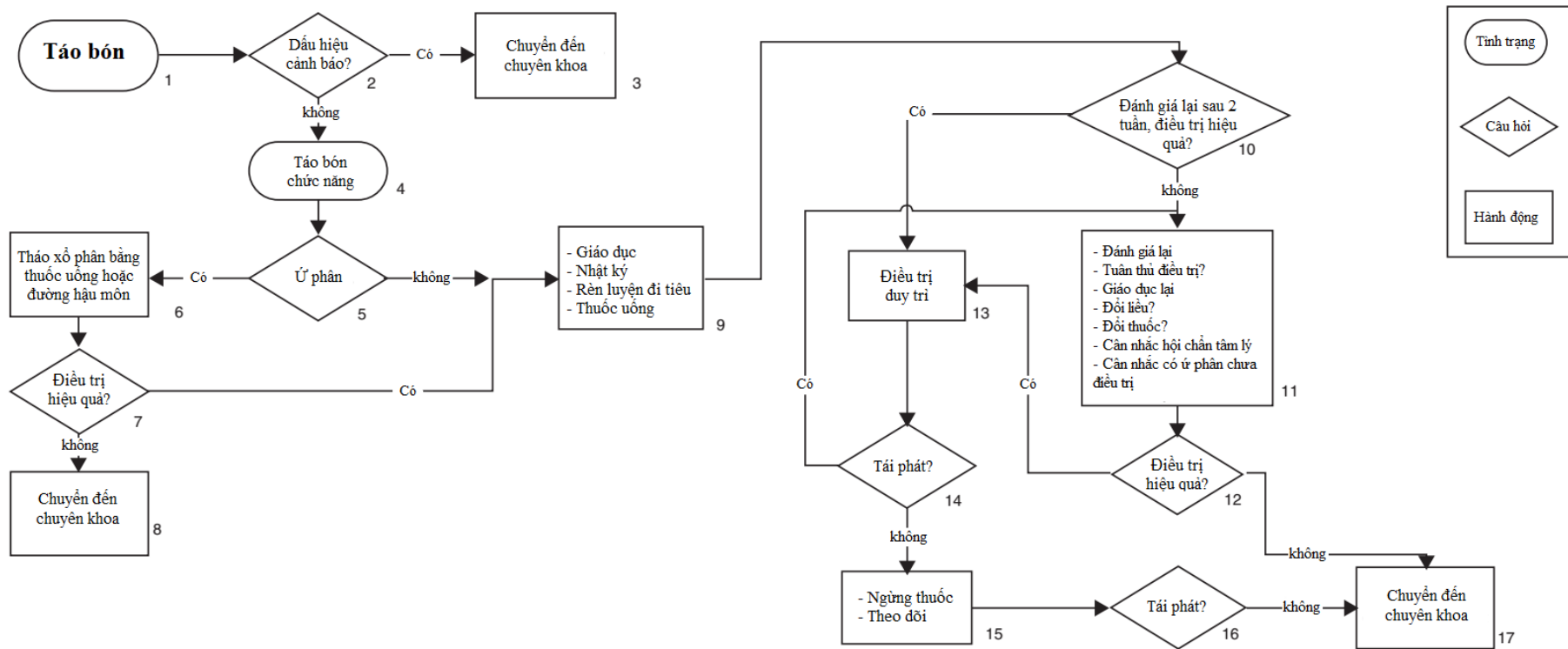
nằm trong bảng 2. Các dấu hiệu báo động khiến bác sĩ phải nghĩ đến có nguyên nhân nên gây ra táo bón nằm trong bảng 3.

**Bảng 1. Các chẩn đoán phân biệt với táo bón ở trẻ nhũ nhi/trẻ nhỏ và trẻ lớn/thiếu niên**

Bệnh celiac* Suy giáp, tăng canxi máu, hạ kali máu* Đái tháo đường † Dị ứng đạm trong thức ăn* Thuốc, độc chất Opiates, anticholinergics Chống trầm cảm* Hóa trị Nhiễm kim loại nặng (chì) Ngộ độc vitamin D* Botulism Bệnh xơ nang* Bệnh Hirschsprung* Co thắt hậu môn (anal achalasia) * Đờ đại tràng (colonic inertia) † Bất thường giải phẫu Không có hậu môn* Hẹp hậu môn* Khối vùng chậu (u quái xương cùng) Cột sống bất thường, chấn thương, tủy sống bám thấp (tethered cord) * Bất thường cơ vùng bụng (prune belly, hở thành bụng, hội chứng Down) * Giả tắc ruột Đa bướu nội tiết type 2B†
*Thường gặp ở trẻ nhỏ †Thường gặp ở trẻ lớn



Hình 1. Lưu đồ đánh giá và điều trị táo bón cho trẻ < 6 tháng tuổi



Hình 2. Lưu đồ đánh giá và điều trị táo bón cho trẻ > 6 tuổi

**Bảng 2. Các điểm chính cần hỏi và thăm khám để đánh giá táo bón ở trẻ nhũ nhi/trẻ nhỏ và trẻ lớn/thiếu niên**

Trẻ nhũ nhi/trẻ nhỏ	Trẻ lớn/thiếu niên
Táo bón chức năng	Táo bón chức năng
Bệnh sử	Bệnh sử
Bắt đầu sau vài tuần đến vài tháng tuổi (không phải ngay sau sinh)	Bắt đầu sau vài tuần đến vài tháng tuổi (không phải ngay sau sinh)
Có yếu tố thuận lợi kèm theo rõ ràng lúc khởi phát triệu chứng: nứt hậu môn, thay đổi chế độ ăn, lúc huấn luyện đi tiêu, nhiễm trùng, chuyển nhà, bắt đầu gửi trẻ	Có thể có yếu tố thuận lợi kèm theo lúc khởi phát triệu chứng: nứt hậu môn, thay đổi chế độ ăn, nhiễm trùng, chuyển nhà, bắt đầu đi học, sợ hãi và ám ảnh, xáo trộn lớn trong gia đình, thuốc mới, du lịch
Tiêu phân su bình thường	Tiêu phân su bình thường
Thăm khám	Thăm khám
Về khỏe khoắn, cân nặng và chiều cao trong giới hạn bình thường	Về khỏe khoắn, cân nặng và chiều cao trong giới hạn bình thường, về gọn gàng, năng động
Phát triển bình thường	Phát triển bình thường
Hậu môn và vùng lân cận bình thường	Hậu môn và vùng lân cận bình thường
Bụng mềm	Bụng mềm (có thể sờ thấy khối phân)
Da và cấu trúc giải phẫu vùng cụt/mông bình thường	Da và cấu trúc giải phẫu vùng cụt/mông bình thường
Phản xạ, trương lực cơ, dáng chi dưới bình thường	Phản xạ, trương lực cơ, dáng chi dưới bình thường
Sợ toilet	Lạm dụng tình dục
Bệnh xơ nang	Tiền căn xã hội
Có vấn đề về hô hấp	Sợ hãi khủng khiếp khi được thăm khám hậu môn trực tràng, sẹo hậu môn, nứt hậu môn, hematome hậu môn
Chậm tăng trưởng	Trầm cảm
Bệnh celiac, suy giáp	Tiền căn bản thân và gia đình
Tiền căn gia đình	Chán ăn
Chậm phát triển thể chất, tâm vận	Bệnh xơ nang
Dị ứng đạm thức ăn	Có vấn đề về hô hấp
Tiền căn bản thân và gia đình (dị ứng)	Khó tăng cân
Chàm	Bệnh celiac
Bệnh Hirschsprung	Tiền căn gia đình
Khởi phát lúc < 1 tháng	Chậm tăng trưởng
Tiêu phân su lúc >48 giờ	Bệnh Hirschsprung
Tiêu chảy phân có máu, ói dịch vàng	Có triệu chứng từ khi sinh hoặc trong vòng vài tuần sau sinh
Chậm tăng trưởng	Tiêu phân su lúc >48 giờ
Chướng bụng	Chậm tăng trưởng, chướng bụng, ói dịch mật
Có khối phân ở bụng nhưng trực tràng trống	Bụng chướng căng

<p>Khi rút căng khỏi trực tràng thấy tháo ra nhiều phân và hơi</p> <p>Bất thường giải phẫu</p> <p>Hẹp hậu môn: phân dạng ruy băng (ribbons stools), thăm khám trực tràng thấy hậu môn hẹp</p> <p>Vị trí hậu môn bất thường</p> <p>U quái vùng cụt</p> <p>Bất sản xương cùng</p> <p>Bất thường cột sống</p> <p>Yếu chân, chậm phát triển vận động</p> <p>Lúm nang lông có lông bên trên</p> <p>Rãnh gian mông bị lệch</p> <p>Mất phản xạ da bịt và hậu môn</p> <p>Giảm sức cơ và/hoặc trương lực cơ chi dưới</p> <p>Bất thường phản xạ gân xương sâu chi dưới</p> <p>Prune belly, hở thành bụng, hội chứng Down</p> <p>Bất thường cơ thành bụng</p> <p>Giả tắc ruột</p> <p>Có triệu chứng ngay sau sinh hoặc từ vài tuần tuổi sau sinh</p> <p>Chậm tăng trưởng</p> <p>Chướng bụng và ói dịch mật</p> <p>Giãn bàng quang</p>	<p>Có khối phân ở bụng nhưng trực tràng trống</p> <p>Khi rút căng khỏi trực tràng thấy tháo ra nhiều phân và hơi</p> <p>U quái vùng cụt</p> <p>Bất sản xương cùng</p> <p>Bất thường cột sống, chấn thương</p> <p>Yếu chân, cử động bất thường</p> <p>Lúm nang lông có lông bên trên</p> <p>Rãnh gian mông bị lệch</p> <p>Mất phản xạ da bịt và hậu môn</p> <p>Giảm sức cơ và/hoặc trương lực cơ chi dưới</p> <p>Bất thường phản xạ gân xương sâu chi dưới</p> <p>Prune belly, hở thành bụng, hội chứng Down</p> <p>Bất thường cơ thành bụng</p> <p>Giả tắc ruột, đa bướu nội tiết type 2b</p> <p>Tiền căn gia đình</p> <p>Có triệu chứng ngay sau sinh hoặc từ vài tuần tuổi sau sinh</p> <p>Chậm tăng trưởng</p> <p>Chướng bụng và ói dịch mật</p> <p>Giãn bàng quang</p>
--	--

#### 4. Cận lâm sàng

- Không có vai trò của chụp XQ bụng thường quy trong chẩn đoán táo bón chức năng.
- Có thể chỉ định XQ bụng đứng không sữa soạn ở trẻ nghi ngờ có ứ phân nhưng không thể thăm khám hay thăm khám không đáng tin cậy.
- Không khuyến cáo chỉ định các khảo sát về hoạt động đại tràng (colonic transit studies) để chẩn đoán táo bón chức năng.
- Không khuyến cáo chỉ định siêu âm qua ngà trực tràng để chẩn đoán táo bón chức năng.
- Nếu không có dấu hiệu báo động, không khuyến cáo test tìm dị ứng đạm sữa bò, tầm soát suy giáp, bệnh celiac, tăng canxi máu một cách thường quy ở trẻ táo bón.

**Bảng 3. Triệu chứng báo động trong táo bón**

<p>Táo bón xuất hiện cực sớm (&lt;1 tháng)</p> <p>Tiêu phân su sau 48 giờ tuổi</p> <p>Tiền căn gia đình bị bệnh Hirschsprung</p> <p>Phân dạng ruy băng</p> <p>Phân có máu mà không có nứt hậu môn</p>
---

Chậm tăng trưởng  
 Sốt  
 Ói dịch mật  
 Bất thường tuyến giáp  
 Bụng chướng căng  
 Dò quanh hậu môn  
 Vị trí hậu môn bất thường  
 Mất phản xạ da bìu và hậu môn  
 Giảm sức cơ/trương lực/phản xạ chi dưới  
 Có nhúm lông ở cột sống  
 Có lúm trên cột sống  
 Rãnh gian mông lệch  
 Sợ hãi khủng khiếp khi khám hậu môn  
 Sẹo hậu môn

## 5. Điều trị

- Chế độ ăn đủ chất xơ và đủ nước.
- Hoạt động thể lực bình thường.
- Không khuyến cáo sử dụng prebiotics hay probiotics để điều trị táo bón.
- Việc giáo dục thân nhân đóng vai trò quan trọng tương đương với dùng thuốc. Giáo dục này bao gồm hướng dẫn gia đình nhận ra hành vi nín giữ phân, huấn luyện đi tiêu cho trẻ (ở trẻ lớn hơn 4 tuổi), sử dụng nhật kí để theo dõi việc đi tiêu và khen thưởng nếu trẻ đi tiêu tốt.
- Điều trị bằng thuốc gồm 2 bước: tháo xổ phân nếu có ứ phân và điều trị duy trì để phòng ngừa ứ phân trở lại.
- Nếu trẻ có ứ phân, lựa chọn đầu tay là PEG (có hoặc không có điện giải) 1-1.5 g/kg/ngày đường uống trong 3 đến 6 ngày. Nếu không có PEG, có thể thực tháo 1 lần/ngày trong 3 đến 6 ngày.
- Khi điều trị duy trì, lựa chọn đầu tay là PEG (có hoặc không có điện giải). Liều khởi đầu là 0.4 g/kg/ngày và điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng. Nếu không có PEG, có thể dùng lactulose để điều trị duy trì. Lựa chọn hàng hai là sữa magie (milk of magnesia), dầu khoáng (mineral oil) và nhuận trường kích thích. Nên điều trị duy trì kéo dài ít nhất 2 tháng. Có thể ngưng điều trị khi các triệu chứng của táo bón không còn trong suốt 1 tháng. Cần điều trị giảm dần trước khi ngưng.
- Xem bảng 4 về liều các thuốc thường dùng trong điều trị táo bón ở trẻ em.
- Nếu trẻ đang trong giai đoạn huấn luyện đi tiêu, chỉ nên ngưng thuốc nếu trẻ đã được huấn luyện thành công.

**Bảng 4. Liều các thuốc thường dùng (đường uống và đường hậu môn) trong điều trị táo bón ở trẻ em**

<b>Thuốc</b>	<b>Liều</b>
Nhuận trường đường uống	
Lactulose	1-2g/kg, 1 hoặc 2 lần/ngày
PEG 3350	Duy trì: 0.2-0.8 g/kg/ngày
PEG 4000	Tháo xổ phân: 1-1.5 g/kg/ngày (tối đa 6 ngày liên tục)
Thụt tháo	Sơ sinh <1kg: 5ml, >1kg: 10ml
NaCl	>1 tuổi: 6ml/kg 1 hoặc 2 lần/ngày
	2-11 tuổi: 30-60ml 1 lần/ngày
	>11 tuổi: 60-150ml 1 lần/ngày

❖ **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Tabbers M. M., et al.: Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition 58.2 (2014): 258-274.
2. Jeffrey S. Hyams, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology 150.6 (2016): 1456-1468.
3. Raman Sreedharan, Chris A. Liacouras: Major Symptoms and Signs of Digestive Tract Disorders. Nelson Textbook of Pediatrics, 20th ed. Elsevier Saunders, Philadelphia, PA.