

# ĐAU BỤNG MẠN TÍNH DO RỐI LOẠN CHỨC NĂNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA Ở TRẺ EM TUỔI HỌC ĐƯỜNG

Lê Sỹ Hùng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tần suất đau bụng mạn tính (ĐBMT) do rối loạn chức năng (RLCN) đường tiêu hóa. Phân loại ĐBMT theo Rome III và giá trị của 1 số các thăm dò chức năng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang với 351 bệnh nhi từ 6 – 15 tuổi đến khám tại phòng khám (PK) Nhi – Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ bị ĐBMT chiếm 2,2% trong tổng số bệnh nhi đến khám và trong đó có 27,1% có dấu hiệu chỉ điểm (nhóm I). 72,9% ĐBMT do RLCN (nhóm II). Theo phân loại Rome III ở nhóm II: Đau bụng khó tiêu chiếm 24%, hội chứng ruột kích thích 37%, đau bụng tâm lý 33% và Migraine bụng chiếm 6%. Tiến hành nội soi đường tiêu hóa trên và siêu âm bụng ở nhóm I và nhóm II thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với chẩn đoán xác định. Có rối loạn điện não đồ ở nhóm Migraine. **Kết luận:** Phân loại ĐBMT theo Rome III và các chỉ định xét nghiệm như siêu âm ổ bụng, nội soi đường tiêu hóa trên không có nhiều giá trị cho chẩn đoán và chỉ nên áp dụng cho nhóm ĐBMT có dấu hiệu báo động đỏ, chỉ định điện não đồ ở nhóm Migraine có ý nghĩa gợi ý cho chẩn đoán.

**Từ khóa:** Đau bụng mạn tính, Migraine bụng, hội chứng ruột kích thích, đau bụng chức năng.

## ABSTRACT:

### CHRONIC ABDOMINAL PAIN DUE TO GASTROINTESTINAL DYSFUNCTION IN CHILDREN AT THE SCHOOL

**Objectives:** To determine the frequency of chronic abdominal pain (CAP) due to gastrointestinal dysfunction. Classification of CAP according to Rome III and the value of a number of functional diagnosis. **Subjects and methods:** Cross - sectional survey with 351 pediatric patients from 6 - 15 years old to visit the pediatric clinic (PC) of Bach Mai Hospital from July 2012 to August 2013. **Results:** The rate of CAP was 2.2% and 27,1% of them had indicative signs (group I). 72,9% CAP due to dyspepsia (Group II). Rome III classification: Dyspepsia was 24%, Irritable bowel syndrome (IBS) was 37%, psychological abdominal pain was 33%, and migraine abdominal pain

was 6%. Upper GI endoscopy and abdominal ultrasound in group I and II showed that significant difference for diagnosis. There were disturbances of EEG in migraine group. **Conclusions:** Rome III classification for CAP and tests indication such as abdominal ultrasound, upper GI endoscopy do not have much value for diagnosis and that should only be applied to group of patients with indication signs. EEG indication in the Migraine group have implications for diagnosis.

**Keywords:** Chronic abdominal pain, migraine abdominal pain, IBS, dyspepsia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐBMT là khi có ít nhất 1 cơn đau trong 1 tuần và kéo dài ít nhất trong khoảng thời gian 2 tháng, đủ làm ảnh hưởng đến sinh hoạt, học tập và sức khỏe của bệnh nhân (BN) [3], [4]. ĐBMT là một hội chứng thường gặp ở trẻ em, ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống. ĐBMT chiếm 2 - 4% số bệnh nhi tới khám tại phòng khám chuyên khoa Nhi [1], [2], [5],[6]. Trên thế giới và Việt Nam đã có 1 số nghiên cứu về ĐBMT nhưng chưa đi sâu về phân loại các thể lâm sàng cũng như giá trị của một số phương pháp thăm dò chức năng cho ĐBMT.

### Mục tiêu nghiên cứu:

1. Khảo sát tần suất ĐBMT do rối loạn chức năng tiêu hóa ở trẻ em lứa tuổi học đường.
2. Phân loại, mô tả dịch tễ học lâm sàng và giá trị một số các thăm dò chức năng ở bệnh nhi đau bụng mạn tính theo phân loại Rome III.

## II. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhi từ 06 - 15 tuổi có ĐBMT đủ theo tiêu chuẩn RomeIII, đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ **Tiêu chuẩn đánh giá** (tiêu chuẩn RomeIII): ĐB tái diễn là khi có ít nhất 1 cơn đau trong 1 tuần và ít nhất trong khoảng thời gian 2 tháng, đủ làm ảnh hưởng đến sinh hoạt, học tập và sức khỏe của BN.

## 1. Khoa Nhi - Bệnh viện Bạch Mai

» Ngày nhận bài: 08/08/2019 |

» Ngày phản biện: 16/08/2019 |

Ngày duyệt đăng: 22/08/2019

**- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:** Bệnh nhi < 06 tuổi và > 15 tuổi; bệnh nhi và người nhà bệnh nhi không đồng ý tham gia nghiên cứu; bệnh nhi đau bụng do bệnh lý khác.

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 07/2012 đến tháng 08/2013

**Nhập và sử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm theo chương trình EPIINFO (6.04) và SPSS.

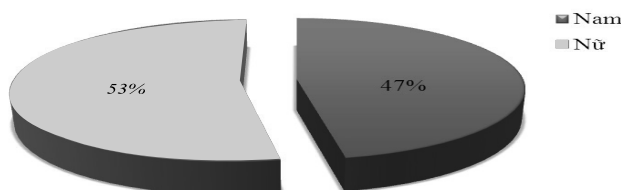
**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** Tất cả BN ĐBMT đủ tiêu chuẩn theo Rome III trong thời gian nghiên cứu (531 bệnh nhi từ 06 – 15 tuổi đến khám tại phòng khám Nhi BVBM).

### III. KẾT QUẢ

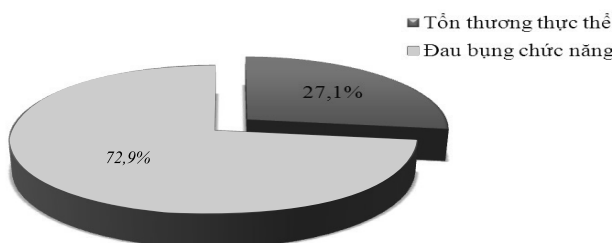
#### 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1.1 : Phân bố tỷ lệ nam, nữ của nhóm nghiên cứu (n = 531)**



Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ trong nhóm nghiên cứu là 47%/53%

**Bảng 1.2. Theo thể lâm sàng**



Nhận xét: Trong số 531 bệnh nhi bị ĐBMT có 144 bệnh nhi (27,1%) có dấu hiệu báo động đỏ và 387 bệnh nhi (72,9%) là ĐBMT do rối loạn chức năng.

#### 2. ĐBMT có dấu hiệu báo động đỏ (nhóm I) theo Rome III. [2], [3], [4], [9]

**Bảng 2.1. Các thể lâm sàng của ĐBMT có dấu hiệu báo động đỏ**

STT	Các dấu hiệu báo động đỏ của ĐBMT theo Rome III	Lê Sỹ Hùng (%)	Phạm Thị Ngọc Tuyết (%)
1	Tiền sử gia đình có bệnh dạ dày	40,2	41
2	Đau đánh thức nửa đêm	34,7	35
3	Sút cân	16,7	2
4	Xuất huyết tiêu hóa	13,1	6
5	Đau bụng khu trú	5,6	1
6	Nôn tái diễn	4,9	5
7	Sốt kéo dài	2,1	0
8	Viêm khớp	1,4	41
9	Ban xuất huyết dưới da	1,4	1
10	Tiêu chảy kéo dài	0,7	1

Nhận xét: Ở trẻ ĐBMT các dấu hiệu báo động do bệnh lý dạ dày; đau bụng đánh thức lúc nửa đêm; sút cân được ghi nhận nhiều nhất là tiền sử gia đình có người bị hay xuất huyết tiêu hóa.

**Bảng 2.2. Kết quả NSDD – Siêu âm – ĐNB của nhóm I**

Kết quả	Bệnh lý		Bình thường		P
	n	%	n	%	
<b>Nội soi DD - TT(n = 127)</b>	96	75,6	31	24,4	< 0,001
<b>Siêu âm (n = 127)</b>	4	3,1	123	96,9	< 0,001
<b>Điện não đồ (n = 122)</b>	4	3,3	118	96,7	< 0,001

Nhận xét: Nội soi dạ dày và siêu âm ổ bụng tổng quát cho nhóm I ( có dấu hiệu báo động đỏ), thấy có giá trị cho việc chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh.

**3. Lâm sàng của ĐBMT do rối loạn chức năng (nhóm II). [2], [6]; [7]; [8]; [9]**

**Bảng 3.1. Các thể lâm sàng của ĐBMT chức năng**

STT	Các thể lâm sàng của ĐBMT chức năng	Lê Sỹ Hùng	Phạm T. Ngọc Tuyết
1	Đầy bụng khó tiêu	23,8	20
2	HC ruột kích thích	36,7	54
3	ĐBMT chức năng	32,8	29
4	Migraine bụng	6,7	02
	Tổng	100%	100%

Nhận xét: Trong số 387 bệnh nhi ĐBMT chức năng, áp dụng phân loại Rome III, chúng tôi thu được tỷ lệ các thể lâm sàng là: đau bụng khó tiêu (23,8%); hội chứng ruột

kích thích (36,7%); đau bụng tâm lý (32,8%) và Migraine bụng là 6,7%.

**Bảng 3.2. Kết quả nội soi dạ dày của nhóm II (ĐBMT chức năng)**

Nhóm	KQ nội soi	Bình thường		Có tổn thương		Tổng	P
		n	%	n	%		
<b>1. Đầy bụng, khó tiêu</b>		67	87,0	10	13,0	77	< 0,001
<b>2. HCRKT</b>		76	96,2	3	3,8	79	< 0,001
<b>3. ĐB tâm lý</b>		119	96,0	5	4,0	124	< 0,001
<b>4. Migraine bụng</b>		24	96,0	1	4,0	25	< 0,001
<b>Tổng</b>		<b>286</b>	<b>93,8</b>	<b>19</b>	<b>6,2</b>	<b>305</b>	<b>&lt; 0,001</b>

Nhận xét: Kết quả nội soi dạ dày cho nhóm ĐBMT chức năng ít có giá trị cho chẩn đoán nguyên nhân đau bụng.



**Bảng 3.3. Kết quả siêu âm nhóm II**

Nhóm \ KQ siêu âm	Bình thường		Bệnh lý		Tổng	P
	n	%	n	%	n	
1. Đầy bụng, khó tiêu	84	98,8	1	1,2	85	< 0,001
2. HCRKT	120	99,2	1	0,8	121	< 0,001
3. ĐB tâm lý	121	99,2	1	0,8	122	< 0,001
4. Migraine bụng	25	100	0	0	25	< 0,001
Tổng	350	99,16	3	0,84	353	< 0,001

Nhận xét: Kết quả siêu âm bụng cho nhóm này cũng không có nhiều giá trị cho chẩn đoán nguyên nhân.

**Bảng 3.4. Kết quả điện não đồ ở nhóm II**

Nhóm \ KQ ĐND	Bình thường		Bệnh lý		Tổng	P
	n	%	n	%	n	
1. Đầy bụng, khó tiêu	80	98,8	1	1,2	81	< 0,001
2. HCRKT	101	98,1	2	1,9	103	
3. ĐB tâm lý	113	99,1	1	0,9	114	
4. Migraine bụng	3	13,6	23	88,4	26	
Tổng	297	91,7	27	8,3	324	

Nhận xét: Ghi ĐND cho nhóm Migraine bụng có giá trị gợi ý cho chẩn đoán thể này.

#### 4. So sánh kết quả TDCN giữa 2 nhóm

**Bảng 4.1. So sánh kết quả nội soi dạ dày giữa Nhóm I và nhóm II**

Kết quả \ Nhóm	Nhóm có dấu hiệu BDD (Nhóm I)		Nhóm ĐBMCN (Nhóm II)		P
	n	%	n	%	
Bình thường	31	24,4	286	93,8	< 0,05
Bệnh lý	96	75,6	19	6,2	< 0,01
Tổng	127	100	305	100	< 0,01
p	< 0,001				

Nhận xét: Có sự khác biệt rõ giữa kết quả nội soi dạ dày của nhóm I và II để tìm nguyên nhân cho đau bụng mạn tính.

**Bảng 4.2. So sánh kết quả siêu âm giữa nhóm I và nhóm II**

Kết quả	Nhóm I		Nhóm II	
	n	%	n	%
Bình thường	120	95	350	99,2
Bệnh lý	6	5	3	0,8
Tổng	126	100	353	100
p	< 0,05			

Nhận xét: Có sự khác biệt rõ giữa kết quả siêu âm bụng ở nhóm I và nhóm II để tìm nguyên nhân ĐBMT.

#### IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi thu được 531 bệnh nhi bị ĐBMT đến khám tại PK Nhi Bệnh viện Bạch Mai, chiếm 2,2% trong số bệnh nhi đến khám. Trong đó tỷ lệ nam/nữ là 47/53%.

Dựa vào phân loại RomeIII, chúng tôi có: 144 bệnh nhi ĐBMT có dấu hiệu báo động đỏ chiếm 27,1% , trong đó thường gặp là: Tiền sử gia đình có bệnh lý về DD – TT: 40%; đau đánh thức lúc nửa đêm: 34,7%; sút cân: 16,7%; xuất huyết tiêu hóa: 13,1%; đau bụng khu trú: 5,6%; nôn tái diễn: 4,9% và một số triệu chứng ít gặp khác như: sốt kéo dài, viêm khớp, ban xuất huyết dưới da... Tiến hành nội soi DD –TT cho nhóm bệnh nhi này, chúng tôi thu được kết quả: với 75,6% bệnh nhi có tổn thương và siêu âm ổ bụng tổng quát thu được 3,1% có biểu hiện bệnh lý và ghi ĐNĐ, thấy có 96,7% cho kết quả bình thường. Đối với nhóm bệnh nhi có DHBĐ đỏ là XHTH thì có tới 94,1% tổn thương dạ dày qua nội soi dạ dày - tá tràng. Và tiền sử gia đình có bệnh lý dạ dày tá tràng qua nội soi DD – TT có 71% bị tổn thương.

Trong số 387 bệnh nhi ĐBMT do rối loạn chức năng, áp dụng phân loại theo Rome III chúng tôi có các thể lâm sàng như sau: Đau bụng, khó tiêu: 23,8%; hội chứng ruột kích thích: 36,7%; đau bụng tâm lý: 32,8%; migrain bụng: 6,7%. (Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Phùng Thị Ngọc Tuyết) [2].

Tiến hành nội soi dạ dày và siêu âm bụng cho nhóm II, chúng tôi nhận thấy giá trị để chẩn đoán không có ý nghĩa thống kê so với nhóm I.

Riêng nhóm Migraine bụng thì việc ghi điện não đồ giúp ích cho việc chẩn đoán

Qua kết quả trên chúng tôi nhận thấy, giá trị của NSDD, siêu âm ổ bụng nên chỉ định ở những bệnh nhi ĐBMT có dấu hiệu báo động đỏ, còn nhóm ĐBMCN không nhất thiết phải chỉ định các thăm dò chức năng này. Cần khám lâm sàng, hỏi kỹ tiền sử để tìm kiếm và loại trừ các dấu hiệu báo động đỏ. Khi định hướng trẻ bị Migraine bụng thì ĐNĐ có giá trị gợi ý cho chẩn đoán bệnh.

#### V. KẾT LUẬN

Tần suất ĐBMT ở trẻ em lứa tuổi học đường đến khám tại phòng khám Nhi BVBM là 2,2%. Trong 531 bệnh nhi ĐBMT: 27,1% (ĐBMT có dấu hiệu báo động đỏ) và 72,9% (387 bệnh nhi ĐBMT do rối loạn chức năng), với 4 thể lâm sàng: Đau bụng, khó tiêu: 23,8%; hội chứng ruột kích thích: 36,7%; đau bụng tâm lý: 32,8%; migrain bụng: 6,7%.

Kết quả CLS thu được trong nhóm ĐBMT: Chỉ định NSDD, SẢ ở nhóm có dấu hiệu báo động đỏ hết sức cần thiết; nhóm ĐBMT do RLCN không nhất thiết phải chỉ định siêu âm, NSDD; chỉ định ĐNĐ giúp ích chẩn đoán HC Migraine bụng nhưng không đặc hiệu.

#### VI. KIẾN NGHỊ

Bác sỹ nhi khoa: Trước BN đau bụng tái diễn, nên dựa vào tiêu chuẩn Rome III để tiếp cận chẩn đoán, thăm khám lâm sàng kỹ tìm kiếm các dấu hiệu báo động đỏ để chỉ định cận lâm sàng. Không nên lạm dụng các xét nghiệm để tìm nguyên nhân của ĐBMT do rối loạn chức năng. Giá trị hàng đầu là: Nội soi dạ dày, siêu âm bụng tổng quát. Trường hợp nghi ngờ đến hội chứng Migraine nên chỉ định ĐNĐ giúp ích thêm cho chẩn đoán. Cần nghiên cứu thêm các biện pháp điều trị: Phối hợp dùng thuốc và tâm lý liệu pháp đối với ĐBMCN.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chu Văn Tường và Nguyễn Gia Khánh (1991), “Đau bụng”, Bài giảng nhi khoa tập I, Bộ môn Nhi Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 158-162.
2. Phạm Thị Ngọc Tuyết (2011), Đau bụng mạn ở học sinh trung học cơ sở tại Quận 1, TP HCM: tỷ lệ mắc và mối liên quan với các yếu tố sang chấn tâm lý, Luận án tiến sỹ Y học, Đại học Y dược TP. HCM.
3. Caplan A, Walker LS (2006), “Rome III diagnostic questionnaire for the pediatric functional GI disorders”, *Rome III - The functional gastrointestinal disorders*, Degnon associates, Inc, Mc, Virginia; 3: 961-986.
4. Drossman D.A. (2006), “The functional gastrointestinal disorders and the Rome III Proces”, *Gastroenterology*, 130: 1377-1390.
5. American Academy of Pediatrics (2005), “Chronic Abdominal Pain in Children”, *Pediatrics*, 115: 812 - 815.
6. Scholl J., Allen PJ. (2007), “A Primary Care Approach to Functional Abdominal Pain”, *Pediatr Nurs*, 33(3): 247-259.
7. Mortimer MJ, Kay J (1993), “Clinical epidemiology of childhood abdominal Migraine in an urban general practice”, *Dev Med Child Neurol*, 35: 243-248.
8. Nelson Tex book of Pediatrics, 18<sup>th</sup> edition 2007
9. Thampson WG (2006), “The Road to Rome”, *Gastroenterology*, 130: 1552-1556.