ĐẶC ĐIỂM TRẺ TÁO BÓN MẠN CHỨC NĂNG VÀ KIẾN THỨC CỦA BÀ MẸ TRONG CHĂM SÓC TRẺ TÁO BÓN Ở BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Lương Hồng Vân, Phạm Đức Lễ**, Nguyễn Anh Tuấn**

TÓM TẮT

***Mục tiêu**: Xác định tỷ lệ các đặc điểm của trẻ bị táo bón và kiến thức của bà mẹ có con bị táo bón trên các trẻ mắc táo bón mạn chức năng đến khám tại phòng khám tiêu hóa bệnh viện Nhi đồng 1 từ tháng 1/2015 đến hết tháng 4/2015.*

***Phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, có phân tích.*

***Kết quả:** Qua nghiên cứu trên 184 trẻ bị táo bón mạn chức năng và tìm hiểu kiến thức của bà mẹ trong chăm sóc trẻ táo bón, chúng tôi rút ra một số kết luận: Các trẻ tập trung trong lứa tuổi 24-60 tháng (chiếm 50%). Tỷ lệ nam:nữ = 1,39:1. Tỷ lệ trẻ uống không đủ nhu cầu dịch hằng ngày là 56,5%. Đổi chế độ ăn và thời điểm đi học là yếu tố khởi phát táo bón thường gặp nhất, chiếm 40,2%. Các triệu chứng lâm sàng của trẻ táo bón thường gặp là phân cứng (95,7%), phân kích thước lớn (92,4%), rặn lâu (90,2%), tiêu đau (84,8%), tiêu máu (78,8%). Khám thấy nứt hậu môn trong 51,6% trường hợp, có khối phân to trong trực tràng 35,9%. Ở trẻ ≥ 12 tháng: hành vi nín nhịn phân chiếm 66,5%, són phân 19,7%. Giới nam và hành vi nín nhịn phân là hai yếu tố có liên quan với triệu chứng són phân. Các bà mẹ có con bị táo bón đã có kiến thức tốt về nhận biết tính chất đi tiêu, chất xơ và dịch nhập. Tuy nhiên kiến thức về xử trí, hậu quả và yếu tố thúc đẩy táo bón của các bà mẹ còn nhiều sai lầm. Các bà mẹ học từ cấp III trở lên có tỷ lệ kiến thức đúng về xử trí táo bón, chất xơ và dịch nhập cao hơn nhóm còn lại, p = 0,01; < 0,01 và < 0,01.*

***Kết luận**: Cần nâng cao kiến thức cho các bà mẹ có con bị táo bón và quan tâm đến hành vi nín nhịn phân của trẻ táo bón.*

***Từ khóa**: táo bón, táo bón mạn chức năng, són phân, trẻ em, NICE, kiến thức táo bón.*

ABSTRACT

CHRONIC FUNCTIONAL CONSTIPATION AND MATERNAL KNOWLEDGE AT CHILDREN HOSPITAL N°1

Luong Hong Van, Pham Duc Le, Nguyen Anh Tuan

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 20 - No 1 - 2016: 97 - 106

***Objective**: to determine the epidemiology, clinical characteristics of chronic functional constipation and maternal knowledge at pediatric gastroenterology clinics of Children Hospital N°1.*

***Study design**: cross-sectional study.*

***Results:** There were 184 chronic functional constipated children and their mother enrolled in the study. Half of them were between 24 and 60 months (M:F= 1.39:1), insufficient fluid intake proportion is 56.5%. Changes in usual diet and schooling are the most common causes of constipation (40.2%). The most frequent clinical symptoms are: hard stools (95.7%) or large stools (92.4%), straining (90.2%), anal pain (84.8%) and bleeding associated with hard stools (78.8%), current anal fissures (51.6%), fecal impaction (35.9%). In 12 years old children and older: the prevalence of straining is 66.5%, encopresis is 19.7%. Male patient that have retentive*

* Bộ môn Nhi, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh ** Bệnh Viện Nhi Đồng 1, TP. Hồ Chí Minh
Tác giả liên lạc: BS. Lương Hồng Vân *ĐT*: 01693969235 *Email*: luonghongvan1612@gmail.com

posturing in the past are associated with encopresis. In our study, patient's mothers have decent amount of knowledge about bowel characteristics, fiber and fluid intake. However, their knowledge about management, consequence and risk factor seems misunderstood a lot. Mothers had completed high school have better knowledge about constipation management, fiber and fluid intake than those had not, p = 0.01; < 0.01 và < 0.01.

Conclusion: *Our study recommends improving maternal knowledge and noticing of chronic functional constipated children with retentive posturing.*

Key words: *constipation, chronic functional constipation, encopresis, children,NICE, knowledge of constipation.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Táo bón là vấn đề thường gặp ở trẻ em, ước tính khoảng 5-30% trẻ trên toàn thế giới hiện mắc táo bón[11,12]. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy táo bón chiếm 3-5% trẻ đến khám bác sỹ nhi và 6-25% trẻ khám tiêu hoá nhi[1,12]. Khoảng 95% các trường hợp táo bón không có nguyên nhân thực thể, còn gọi là táo bón chức năng. Y văn cho thấy táo bón mạn tính chiếm 1/3 các trường hợp, khó điều trị triệt để, dễ tái phát[12]. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ đề cập đến các trường hợp bị táo bón mạn chức năng, từ đây gọi tắt là táo bón. Việc chẩn đoán táo bón hiện còn nhiều khó khăn, chủ yếu làdo người nhà quan sát và mô tả lại cho nhân viên y tế. Vì vậy sự hiểu biết của các bà mẹ về biểu hiện và hậu quả táo bón rất quan trọng, giúpchẩn đoán và điều trị kịp thời, tránh tiến triển thành són phân, sa trực tràng. Nghiên cứu của Lê Thị Hồng Minh (L.T.H.Minh) về đặc điểm táo bón ở trẻ mẫu giáo quận Gò Vấp cho thấy tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về táo bón còn chưa cao, quan niệm xử trí còn nhiều sai lầm[8]. Cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội thì tỷ lệ kiến thức đúng của bà mẹ trong chăm sóc trẻ táo bón có thể đã tăng lên nhiều so với trước đây. Tuy nhiên táo bón vẫn là vấn đề thường gặp tại phòng khám nhi. Tại bệnh viện Nhi đồng 1, trung bình một ngày có khoảng 120 trẻ đến khám tại phòng khám tiêu hoá B6, trong đó có 10-16 trẻ bị táo bón. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu đặc điểm của trẻ bị táo bón mạn chức năng tại phòng khám tiêu hoá bệnh viện Nhi đồng 1và kiến thức của bà mẹ trong chăm sóc trẻ đó, nhằm hỗ trợ các bác sỹ trong quá trình tư vấn và điều trị bệnh.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Dân số chọn mẫu

Trẻ táo bón từ 2 tháng trở lên được mẹ đưa đến khám và bà mẹ đưa các trẻ trên đến khám tại phòng khám tiêu hoá B6 từ tháng 1/2015 đến tháng 4/2015.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ của một dân số với α là xác suất sai lầm loại 1 (0,05); Z là trị số phân phối chuẩn (1,96):

$$n = Z^2_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}\frac{p(1-p)}{d^2}$$

Cỡ mẫu nhóm trẻ cần khảo sát: Với p là tỷ lệ trẻ táo bón đến khám tại phòng khám tiêu hóa nhi là 6,4% (nghiên cứu Chang[1]), d là 5% thì cỡ mẫu trẻ tính được là n = 93.

Cỡ mẫu bà mẹ cần khảo sát: Với p là tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng khi trả lời câu hỏi trắc nghiệm là 34,5% (nghiên cứu L.T.H.Minh[8]), d là 7% thì cỡ mẫu bà mẹ là n = 178.

Vậy cỡ mẫu được chọn là 180 trẻ và bà mẹ.

Tiêu chí chọn mẫu

Chẩn đoán táo bón chức năng theo tiêu chuẩn Viện quốc gia về sức khỏe và lâm sàng Anh, gọi tắt là NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), công bố năm 2010. Theo NICE, táo bón chức năng là trẻ táo bón và không có dấu hiệu cảnh báo táo bón thực thể.

Tiêu chí đưa vào

Theo NICE, táo bón là khi có ≥ 2 dấu hiệu trong Bảng 1.

Bảng 1: *Tiêu chuẩn chẩn đoán táo bón theo NICE*

Dấu hiệu	Trẻ dưới 1 tuổi	Trẻ từ 1 tuổi trở lên
Tính chất phân	< 3 lần/tuần type 3, 4 [B] (trừ trẻ bú mẹ hoàn toàn sau 6 tuần tuổi)	< 3 lần/tuần type 3, 4 [B]
		Són phân
	Phân cứng (Type 1 [B])	Phân cứng (Type 1 [B])
		Kích thước lớn, cứng tắc bồn cầu
Triệu chứng đi kèm	Quấy khóc khi đi tiêu	Chán ăn, giảm khi tiêu
	Chảy máu do phân cứng	Đau bụng, giảm khi tiêu
	Rặn lâu	Hành vi nín nhịn phân [*]
		Rặn lâu
		Đau hậu môn
Tiền sử	Táo bón trước đây	Táo bón trước đây
	Nứt hậu môn	Nứt hậu môn
		Tiêu đau và chảy máu do phân cứng

Nguồn: NICE, 2010, "Constipation in children and young people"[11]

[B]: Độ cứng phân được xác định theo sơ đồ hình dạng phân Bristol (Hình 1);[*] Hành vi nín nhịn phân: Ngồi xổm, bắt chéo 2 chân, gồng cứng người, đỏ mặt, đổ mồ hôi, khóc, bấu vào mẹ, vật dụng và trốn.

Type 1: Những cục cứng tách rời, giống như hạt dẻ (có đi ra ngoài)

Type 2: Dạng như xúc xích nhưng thành cục

Type 3: Giống như xúc xích nhưng có những đường nứt trên bề mặt

Type 4: Giống như xúc xích hoặc con rắn, trơn láng và mềm

Type 5: Những viên mềm với những bờ cắt rõ ràng (dễ đi ra ngoài)

Type 6: Những mảnh mịn với bờ không đều, loại phân mềm xốp

Type 7: Nước, không có những mảnh cứng, lỏng hoàn toàn

Hình 1: *Sơ đồ hình dạng phân Bristol. Nguồn: NICE, 2010, "Constipation in children and young people"[11]*

Tiêu chí loại ra

Trẻ có 1 trong các dấu hiệu cảnh báo táo bón thực thể theo NICE (Bảng 2) được làm các xét nghiệm tìm nguyên nhân, nếu chẩn đoán xác định được nguyên nhân gây táo bón sẽ loại khỏi lô nghiên cứu. Trẻ có bất thường giải phẫu hay chức năng gây táo bón. Mẹ từ chối tham gia hoặc không trả lời đầy đủ bảng phỏng vấn.

Bảng 2: *Dấu hiệu cảnh báo táo bón thực thể theo NICE*

Hỏi bệnh	
Khởi phát táo bón	- Ngay sau sanh hoặc trong tuần lễ đầu tiên
Tiêu phân su	- Sau 48 giờ hoặc không tiêu phân su
Tính chất phân	- Phân cứng (type 1)
Có vấn đề về sức khoẻ hoặc phát triển của trẻ	- Chậm tăng trưởng [*]
Triệu chứng đi kèm	- Chướng bụng và ói [**]

Khám bệnh	
Khám vùng quanh hậu môn: vị trí, hình dạng, tính chất...	- Dò, bầm tím, nhiều vết nứt, hậu môn chật hoặc bít, hậu môn đóng phía trước, niêm mạc hậu môn không hồng như bình thường
Khám bụng	- Bụng chướng
Khám cột sống/ cùng cụt/ cơ mông	- Bất thường vùng cùng cụt: Cơ mông teo hoặc không đối xứng, thoái hoá xương cùng, vùng da thay đổi màu, vết bớt, túi dịch, chùm lông, u mỡ, hố lõm xuống. - Vẹo cột sống
Khám thần kinh cơ chi dưới: sức cơ và trương lực cơ.	- Biến dạng chi (chân khèo) - Bất thường thần kinh cơ không giải thích được (như bại não)
Khám phản xạ chi dưới (chỉ thực hiện nếu có bất thường thần kinh cơ)	- Bất thường phản xạ chi dưới

*Nguồn: NICE, 2010, "Constipation in children and young people"[11] *Chậm tăng trưởng: cần tầm soát suy giáp và celiac.*
*** Chậm tiêu phân su sau 48 giờ, ói kèm chướng bụng gợi ý Hirschsprung.*

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ trẻ táo bón và các yếu tố liên quan

Đặc điểm dịch tễ trẻ táo bón

Trẻ táo bón tập trung trong khoảng từ 24 đến 60 tháng (khoảng 50%).Tỷ lệ nam:nữ=1,39:1. Phân bố tỉnh:thành phố=1,9:1, rải rác khắp 26 tỉnh từ Quảng Ngãi đến Cà Mau. Tỷ lệ trẻ có BMI > + 2 SD trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,7%. Tỷ lệ trẻ có chế độ ăn cân bằng, đủ 4 nhóm chất là 67,4%. Tỷ lệ trẻ uống không đủ nhu cầu dịch hàng ngày là 56,5%. Lượng dịch nhập trung bình là 1012,38 ± 502,412 ml/ngày. Lượng sữa chiếm gần 50% tổng dịch nhập mỗi ngày, trẻ uống sữa bò chiếm 91,8% các trường hợp. Khoảng 50% trẻ có thời gian táo bón từ 3 đến 22 tháng, thường gặp nhất là bón kéo dài 11 tháng. Táo bón thường khởi phát ở trẻ 12 tháng tuổi. Hơn 2/3 trẻ trong nghiên cứu khởi phát táo bón ≤ 24 tháng tuổi.

***Bảng 3**: Yếu tố khởi phát táo bón ở trẻ < 12 tháng và trẻ >= 12 tháng*

Yếu tố khởi phát bón	< 12 tháng n = 11		≥ 12 tháng n = 173		Tổng cộng n = 184	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Không rõ	6	54,5	68	39,3	74	40,2
Đổi chế độ ăn*	4	36,4	35	20,2	39	21,2
Đi học**	0	0	35	20,2	35	19,0
Cai sữa mẹ, đổi sữa	1	9,1	13	7,5	14	7,6
Tập ngồi bô	0	0	10	5,8	10	5,4
Bệnh, sốt, thuốc	0	0	6	3,5	6	3,3
Chế độ ăn***	0	0	6	3,5	6	3,3

** Đổi chế độ ăn: cho trẻ ăn từ lỏng sang đặc, bắt đầu ăn cơm hoặc làm quen với thức ăn mới*
*** Đi học: giai đoạn trẻ bắt đầu đi học, trẻ không có điều kiện hoặc không muốn đi vệ sinh trong trường, do trẻ sợ dơ…*
**** Chế độ ăn: không cân bằng, ăn thức ăn chiên xào, mỳ ăn liền, ăn ít, kén ăn*

Đổi chế độ ăn và thời điểm trẻ đi học là yếu tố khởi phát táo bón thường gặp nhất, chiếm 40,2%. Đa phần bà mẹ không rõ yếu tố khởi phát táo bón ở trẻ, chiếm 40,2%. Ở trẻ < 12 tháng thì chỉ ghi nhận được 2 yếu tố là bắt đầu ăn dặm và chuyển từ sữa mẹ sang sữa công thức hoặc đổi sữa khác gây táo bón.

Đặc điểm lâm sàng của trẻ táo bón

***Bảng 4:** Tình trạng đi tiêu chung của trẻ táo bón tại phòng khám*

	Toàn bộ trẻ		< 12 tháng n = 11		≥ 12 tháng n = 173		p**
Tính chất đi tiêu	n = 184	(%)	n	(%)	n	(%)	
Phân cứng (type 1,2,3)	176	95,7	9	81,8	167	96,5	0,08
Phân kích thước lớn	170	92,4	8	72,7	162	93,6	0,04

	Toàn bộ trẻ		< 12 tháng n = 11		≥ 12 tháng n = 173		p**
Tiêu đau	156	84.8	7	63,6	149	86,1	0,07
Rặn lâu	166	90,2	9	81,8	157	90,8	0,29
Tiêu máu / Tiền căn tiêu máu	145	78,8	6	54,5	139	80,3	0,06
Tiêu < 3 lần/ tuần	138	75,0	6	54,5	92	53,2	0,93
Hành vi nín nhịn phân					115	66,5	
Són phân					34	19,7	
Tiền căn							
Tiền căn táo bón	100	54,3	3	27,3	97	56,1	0,06
Tiền căn nứt hậu môn	69	37,5	6	54,5	63	36,4	0,19
Khám hậu môn							
Nứt hậu môn	95	51,6	5	45,5	90	87,4	0,67
Khối phân lớn	66	35,9	5	45,5	61	35,3	0,35
Sa trực tràng	9	4,9	0		9	5,2	0,57

*: *trẻ ≥ 1 tuổi*; ** *Phép kiểm Chi bình phương*

Bảng 5: *Liên quan giữa các yếu tố dịch tễ, lâm sàng của trẻ và són phân*

	Són phân (n =34)				
	n	(%)	OR	95% CI	p**
Khởi phát sau 24 tháng	10	29,4	0,885	0,392 – 1,997	0,77
Kéo dài trên 30 tuần	9	26,5	2,095	0,864 – 5,080	0,09
Giới nam	27	79,4	3,375	1,385 – 8,227	<0,01
Tư thế nín nhịn	27	79,4	2,718	1,113 – 6,635	0,02
Khối phân lớn trong trực tràng	13	38,2	1,133	0,525 – 2,443	0,75

** *Phép kiểm Chi bình phương*

Hai yếu tố giới nam và hành vi nín nhịn phân có liên quan với són phân, p < 0,01 và 0,02. Són phân không liên quan với táo bón khởi phát sau 24 tháng, táo bón kéo dài trên 30 tuần và khám thấy khối phân lớn trong trực tràng.

Đặc điểm dịch tễ bà mẹ

Các bà mẹ tham gia nghiên cứu trung bình khoảng 32 tuổi. Khoảng 2/3 các bà mẹ ở tỉnh. Tỷ lệ bà mẹ có trình độ học vấn từ cấp III trở lên là 42,9%. Tỷ lệ các bà mẹ là công nhân viên là 33,2%. Tỷ lệ bà mẹ quan tâm chăm sóc bé là 75%. Các bà mẹ này quyết định thành phần bữa ăn và tự nấu ăn cho trẻ. Tỷ lệ bà mẹ bị bón trong nghiên cứu là 34,7%.

Đặc điểm kiến thức của bà mẹ trong chăm sóc trẻ táo bón

Bảng 6*: Đặc điểm kiến thức của bà mẹ trong chăm sóc trẻ táo bón*

Kiến thức đúng của bà mẹ		Tần số n = 184	Tỷ lệ (%)
Về tính chất đi tiêu chung		132	71,7
Xử trí khi trẻ bị táo bón	Bổ sung chất xơ, uống đủ nước	141	76,6
	Bơm hậu môn	65	35,3
	Đưa trẻ đi khám	37	20,1
	Không làm gì	8	4,3
	Tập ngồi bô	8	4,3
	Xoa bụng	7	3,8
	Khác	2	1,1
	Tập thể dục	1	0,5
	Kiến thức về xử trí táo bón đúng	70	38,0
	Không đồng ý việc bơm thuốc vào hậu môn	34	18,5
Kiến thức hậu quả táo bón	Trĩ	70	38,0
	Không biết	61	33,1

Kiến thức đúng của bà mẹ		Tần số n = 184	Tỷ lệ (%)
	Đường ruột viêm/ung thư/tắc/dãn	21	11,4
	Sa trực tràng	10	5,4
	Suy dinh dưỡng/ chậm phát triển	10	5,4
	Ảnh hưởng học tập	9	4,9
	Nứt hậu môn/ tiêu máu	8	4,3
	Ảnh hưởng tâm lý	2	1,1
	Són phân	1	0,5
	Kiến thức về hậu quả táo bón đúng	4	2,2
Yếu tố thúc đẩy táo bón	Không biết	73	39,7
	Chế độ ăn: ít rau, trái cây, không cân bằng	71	38,6
	Uống ít nước	61	33,2
	Ăn đồ nóng	14	7,6
	Thói quen đi tiêu không thường xuyên	7	3,8
	Ít vận động	6	3,3
	Hệ tiêu hoá: đại tràng dài, cơ địa	5	2,7
	Uống sữa	5	2,7
	Thuốc tây	2	1,1
	Kiến thức về yếu tố thúc đẩyđúng	54	29,3
Kiến thức về chất xơ	Rau quả	139	75,5
	Trái cây	120	65,2
	Không biết về chất xơ	28	15,2
	Ngũ cốc	5	2,7
	Thịt, cá	4	2,2
	Nghệ, bột sắn, sữa chua	3	1,6
	Thực phẩm nguyên cám	3	1,6
	Kiến thức về chất xơ đúng	113	61,4
Kiến thức về dịch nhập đúng		62	33,7
Kiến thức đúng của bà mẹ	Về tính chất đi tiêu	132	71,7
	Về chất xơ	113	61,4
	Về xử trí táo bón	70	38,0
	Về dịch nhập	62	33,7
	Về yếu tố thúc đẩy táo bón	54	29,3
	Về hậu quả táo bón	4	2,2
Kiến thức chung về táo bón		23	12,5

Các bà mẹ đã có kiến thức đúng về nhận biết táo bón (71,7%). Tuy nhiên, nhìn chung kiến thức của bà mẹ còn thấp: kiến thức về xử trí, yếu tố thúc đẩy và hậu quả của táo bón chưa đúng lần lượt là 62%, 70,7% và 97,8%. Mặc dù 71,8% bà mẹ biết ăn ít chất xơ, uống ít nước gây táo bón, nhưng kiến thức đúng về chất xơ và dịch nhu cầu của trẻ chưa cao (61,4% và 33,7%).

Các bà mẹ học từ cấp III trở lên có tỷ lệ kiến thức đúng về xử trí táo bón, chất xơ và dịch nhập cao hơn nhóm còn lại, p = 0,01; < 0,01 và < 0,01. Không có sự khác biệt về kiến thức của bà mẹ trong chăm sóc trẻ táo bón về nơi cư ngụ và lần đưa trẻ đến khám.

Bảng 7: *Liên quan giữa yếu tố dịch tễ với kiến thức của bà mẹ*

KIẾN THỨC	p			
	TP - TỈNH	< / > CẤP III	CNV - Ko	Khám l/ Tái khám
Tính chất đi tiêu	0,93	0,09	0,04	0,17
Hậu quả	0,47	0,76	0,74	0,81
Xử trí	0,30	0,01	0,04	0,12
Nguyên nhân	0,29	0,72	0,41	0,61
Chất xơ	0,26	< 0,01	< 0,01	0,24
Dịch nhập	0,86	<0,01	0,36	0,19
Chung	0,77	0,06	0,24	0,63

BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ trẻ táo bón

Chế độ ăn và dịch nhập

Tỷ lệ trẻ có chế độ ăn cân bằng trong nghiên cứu là 67,4%, tương tự nghiên cứu của Chang là 55%(1). Tỷ lệ trẻ uống thiếu dịch theo nhu cầu là 56,5% các trường hợp. Vì vậy khi tư vấn cho các bà mẹ chăm sóc trẻ tại nhà phải đánh giá trẻ đã uống đủ nước hay chưa và thông tin về lượng dịch nhu cầu của trẻ theo tuổi.

Uống sữa bò

Trẻ uống sữa bò chiếm 50% tổng lượng dịch mỗi ngày, trẻ táo bón uống sữa bò hoàn toàn là 91,8%, cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ 18% trẻ trong nghiên cứu của Chang[1]. Có thể là do những tiến bộ trong việc chẩn đoán bệnh ở Hàn Quốc nên đã loại được các trường hợp táo bón do bất dung nạp protein sữa bò ra khỏi nghiên cứu.

Các yếu tố khởi phát táo bón

Iacono và Yong cho thấy táo bón có thể xảy ra khi trẻ chuyển từ sữa mẹ sang sữa công thức[3,13]. Irastorza cũng cho thấy trẻ dường như có cải thiện triệu chứng khi chuyển từ sữa bò sang sữa đậu nành[5]. Chang (Hàn Quốc năm 2008) ghi nhận các nguyên nhân có thểdẫn đến táobón chủ yếu là do trẻ nín nhịn phân, uống ít nước, ăn kém và thói quen không đi tiêu ngoài nhà[1]. Inan cho thấy nhóm táo bón có tỷ lệ không sử dụng nhà vệ sinh trong trường học cao hơn so với nhóm không táo bón (23% so với 6,5%, $p < 0,001$)[4].Các bà mẹ ở Việt Nam không ghi nhận việc nín nhịn phân và ít vận động là yếu tố khởi phát táo bón. Điều này có thể do bà mẹ không biết các vấn đề này có thể gây táo bón.

Nhìn chung ở cả 2 nhóm tuổi, thay đổi chế độ ăn và khi đi học là yếu tố khởi phát táo bón thường gặp nhất. Đến 40,2% bà mẹ không rõ yếu tố nào làm trẻ bị bón. Đây là các trường hợp cần tư vấn thêm cho bà mẹ về yếu tố khởi phát táo bón, giúp bà mẹ nhận biết và xử trí ngay, giúp dự phòng táo bón mạn.

Đặc điểm lâm sàng của trẻ táo bón

Nghiên cứu của L.T.H.Minh khảo sát trên 695 trẻ mẫu giáo quận Gò Vấp năm học 2007-2008, có 35 trẻ táo bón mạn, thường gặp các triệu chứng như phân cứng (51%), tiêu đau (51%) và rặn lâu (50%). Các trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi bị táo bón mạn ≥ 8 tuần nên các triệu chứng trầm trọng hơn nghiên cứu của L.T.H.Minh có thời gian bón ≥ 2 tuần. L.T.H.Minh nhận xét các bà mẹ trong nghiên cứu chưa có kiến thức về biểu hiện táo bón, tỷ lệ trả lời đúng câu hỏi mở thấp hơn nhiều so với câu hỏi trắc nghiệm[8]. Việc thiếu kiến thức nhận biết biểu hiện táo bón dẫn đến các bà mẹ không ghi nhận được triệu chứng bệnh, góp phần làm giảm tỷ lệ triệu chứng táo bón. Khi so sánh với nghiên cứu của Chang, các triệu chứng táo bón của chúng tôi như phân cứng, tiêu đau, són phân, hành vi nín nhịn phân đều có tỷ lệ cao hơn[1]. Điều này có thể do các bà mẹ Việt Nam chưa hiểu rõ về hậu quả của táo bón nên đưa con đi khám trễ, khi táo bón đã diễn tiến nặng với nhiều triệu chứng.

Són phân và các yếu tố liên quan

Nghiên cứu của chúng tôi tại phòng khám tiêu hoá có 18,5% trẻ són phân, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Chang là 16% và của L.T.H.Minh là 5,9%[1,8]. Nghiên cứu hồi cứu của Mélissa cho thấy trẻ có hành vi nín nhịn phân và khối phân lớn trong trực tràng liên quan với són phân nhưng không có liên quan với đau khi đi tiêu và nứt hậu môn. Tác giả lý giải rằng có thể trẻ bị đau khi đi tiêu và nứt hậu môn sẽ đến khám và điều trị sớm hơn, giúp tránh bị són phân. Ngoài ra nghiên cứu này cũng cho thấy táo bón mạn tính khởi phát sau 24 tháng hoặc triệu chứng kéo dài trên 30 tháng, giới nam là yếu tố nguy cơ són phân[6].

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có giới nam là yếu tố nguy cơ của són phân, còn các yếu tố như khởi phát sau 24 tháng và thời gian bón trên 30 tháng thì không phải yếu tố nguy cơ són phân. Bên cạnh đó, trẻ són phân có liên quan hành vi

nín nhịn phân, nhưng không liên quan khám có khối phân lớn trong trực tràng (xem Bảng 5).

Tóm lại, chúng tôi thấy đa phần trẻ táo bón đều biểu hiện các triệu chứng như phân cứng, phân kích thước lớn, rặn lâu, tiêu đau và tiêu máu. Cần lưu ý trẻ táo bón mạn có hành vi nín nhịn phân và són phân, vì đây chính là yếu tố nguy cơ gây són phân về sau.

Đặc điểm dịch tễ của bà mẹ

Các bà mẹ có trẻ bị táo bón tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là 32,3± 5,5 tuổi. Trong đó có 2/3 các bà mẹ đến từ các tỉnh, có trình độ từ cấp III trở lên là 42,9%, học vấn thấp từ cấp I trở xuống chiếm đến 16,3%. Các bà mẹ là công nhân viên chiếm 33,2%. Hầu hết các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy táo bón có liên quan với tình trạng kinh tế xã hội và trình độ giáo dục của cha mẹ[10]. Nghiên cứu của Chung (Hàn Quốc) và Ludvigsson (Thụy Điển) cho thấy tần suất táo bón tăng có ý nghĩa ở nhóm có trình độ giáo dục của cha hoặc mẹ thấp, gia đình cha mẹ đều đi làm, sống nơi đông đúc, thu nhập thấp[5,9].

Đặc điểm kiến thức của bà mẹ

Kiến thức về tính chất đi tiêu

Các bà mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi trả lời đúng câu hỏi mở về kiến thức đi tiêu là 71,7% - 78,3%, tương tự với nhóm bà mẹ của L.T.H. Minh là 83% khi phỏng vấn câu hỏi trắc nghiệm. Tuy nhiên, tỷ lệ nhận biết táo bón đúng với câu hỏi mở trong nghiên cứu của L.T.H.Minh là 28,2%, với biểu hiện bón như tiêu ít (14,4%), tiêu đau (28,6%), tiêu khó (48,2%), tiêu phân cứng, lớn hoặc vón cục (25,3%). Tác giả nhận xét các bà mẹ chỉ cảm nhận câu trả lời đúng trong bảng câu hỏi trắc nghiệm chứ chưa thật sự có kiến thức đúng về vấn đề này[8].

Kiến thức về xử trí táo bón

Tỷ lệ bà mẹ biết bổ sung chất xơ – nước và bơm hậu môn cao hơn so với nghiên cứu của L.T.H.Minh. Tuy nhiên chỉ có 20,1% bà mẹ nghĩ nên đưa trẻ đi khám khi bị bón. Kim (1998 - 2007) cho biết có 25% trẻ táo bón không muốn đi khám mà tự dùng các phương thuốc dân gian tại nhà[7]. Chang cho thấy sự khác biệt trong chẩn đoán và điều trị của các bác sỹ tiêu hóa nhi tại Hàn Quốc vào thời điểm đó, cụ thể là thăm trực tràng, tống phân và dùng thuốc[1]. Chang nhận xét những hiểu lầm về nguyên nhân dẫn đến điều trị không triệt để là trở ngại rất lớn cho việc điều trị táo bón, và những hiểu lầm này là của cả bác sỹ lẫn người nhà[1,7]. Theo L.T.H.Minh, nhóm bà mẹ có con bị táo bón trả lời đúng ít hơn nhóm không bón (52,2% và 67,8%; p = 0,03)(8). Có thể là do các bà mẹ có kiến thức tốt về xử trí táo bón đã can thiệp ngay khi trẻ vừa bón, không để diễn tiến thành táo bón mạn. Vì vậy, cần hướng dẫn bà mẹ về xử trí táo bón, đặc biệt lưu ý cho trẻ đi tiêu thường xuyên, tập ngồi bô, tăng cường vận động.

Kiến thức về hậu quả táo bón

L.T.H.Minh phỏng vấn bà mẹ bằng câu hỏi trắc nghiệm,có đến 89,8% bà mẹ biết trĩ là hậu quả của bón, nhưng ít bà mẹ biết về các hậu quả khác như són phân. Do bộ câu hỏi của chúng tôi là câu hỏi mở nên có tỷ lệ trả lời câu hỏi thấp hơn nghiên cứu của L.T.H.Minh. Nhìn chung thì đa phần các bà mẹ chỉ biết táo bón gây trĩ mà ít biết các hậu quả khác, đặc biệt là són phân. Sự thiếu kiến thức về hậu quả của bón sẽ dẫn đến thái độ chủ quan của các bà mẹ khi chăm sóc trẻ bón.

Kiến thức về yếu tố thúc đẩy táo bón

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần bà mẹ đều biết yếu tốthúc đẩytáo bón là do chế độ ăn thiếu rau, trái cây (38,6%), uống ít nước (33,2%).Tuy nhiên, khoảng 96% bà mẹ không biết ít vận động và thói quen đi tiêu không thường xuyên có thể gây táo bón và 39,7% bà mẹ không biết yếu tố thúc đẩy táo bón. So sánh với các bà mẹ trong nghiên cứu của L.T.H.Minh khi trả lời câu hỏi trắc nghiệm, đa phần đều biết ăn thiếu rau, trái cây và uống ít nước làm trẻ bị bón. Tuy nhiên, hơn 70% bà mẹ không biết các yếu tốthúc đẩy táo bón như ít vận động, tâm lý... [8].

Điều đó chứng tỏ kiến thức về yếu tố thúc đẩy táo bón của các bà mẹ không cải thiện.

Kiến thức về chất xơ và dịch nhập

Y văn khuyến cáo nên cho trẻ táo bón ăn các loại thực phẩm có nhiều chất xơ như trái cây, rau quả, bánh mì đen, đậu nguyên hạt, ngũ cốc ăn sáng nguyên cám[11]. Kiến thức của bà mẹ về thành phần chất xơ còn thấp, chỉ có 61,4% bà mẹ kể được ≥ 2 nhóm thực phẩm. Có 33,7% bà mẹ trả lời lượng nước trẻ cần lớn hơn ngưỡng khuyến cáo của NICE về lượng nước nhu cầu của trẻ theo tuổi[11]. Có 23,9% bà mẹ có kiến thức đúng cả về chất xơ lẫn dịch nhập. Nhìn chung, các bà mẹ đã có quan tâm đến chất xơ và dịch nhập nhưng chưa thực sự hiểu rõ về vấn đề này.

Kiến thức chung về táo bón

L.T.H.Minh kết luận bà mẹ có kiến thức chung về táo bón là ≥ 3 kiến thức đúng về nhận biết, yếu tố thúc đẩy, hậu quả, xử trí, phòng ngừa, chiếm 48,1%, kết quả thu được từ câu hỏi trắc nghiệm. Khi so sánh với câu hỏi mở, tác giả nhận xét tỷ lệ trả lời đúng câu hỏi mở thấp hơn rất nhiều so với trắc nghiệm về cùng vấn đề, phản ánh việc nhiều bà mẹ chưa có kiến thức thật sự mà chỉ cảm nhận đó là đúng và đoán câu trả lời đúng trong trắc nghiệm. Nhìn chung, các bà mẹ của hai nghiên cứu đều có kiến thức tốt về nhận biết và xử trí táo bón. Các bà mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi đã có kiến thức về chất xơ và dịch nhập, phản ánh kiến thức phòng ngừa tốt. Tuy nhiên kiến thức về yếu tố thúc đẩy và hậu quả táo bón còn rất thấp.

Liên quan giữa yếu tố dịch tễ với kiến thức của bà mẹ về táo bón

Yếu tố trình độ và nghề nghiệp của bà mẹ

L.T.H.Minh cho thấy không có sự khác biệt giữa trình độ và nghề nghiệp của bà mẹ với tỷ lệ kiến thức đúng về táo bón. Do các bà mẹ trong nghiên cứu của L.T.H.Minh cư ngụ tại thành phố Hồ Chí Minh đa phần có mức độ dân trí khá cao, học từ cấp III trở lên (79,3%), chủ yếu là công nhân viên (61,7%). Nghiên cứu của L.T.H.Minh chưa đánh giá kiến thức của bà mẹ về chất xơ và lượng dịch nhu cầu của trẻ. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ kiến thức đúng về thành phần chất xơ và dịch nhập ở nhóm có trình độ từ cấp III trở lên lớn hơn nhóm học < cấp III, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và $p = 0,006$). Tương tự, nhóm công nhân viên có tỷ lệ kiến thức đúng về chất xơ lớn hơn nhóm còn lại, $p<0,001$. Nhìn chung, kiến thức về nhận biết, xử trí và phòng ngừa táo bón của các bà mẹ có sự phân hóa theo nghề nghiệp và trình độ văn hóa.

Yếu tố nơi cư ngụ và lần khám

Không có mối liên quan giữa nơi cư ngụ cũng như lần đến khám bệnh với kiến thức đúng của bà mẹ về táo bón. Mặc dù không có ý nghĩa thống kê nhưng các bà mẹ đến tái khám có xu hướng trả lời đúng kiến thức về nhận biết, xử trí táo bón và thành phần chất xơ cao hơn nhóm không táo bón. Điều đó phần nào cho thấy vai trò của bác sỹ đã tư vấn tốt cho người nhà về vấn đề điều trị. Tuy nhiên các vấn đề như yếu tố thúc đẩy, hậu quả táo bón và lượng nước nhu cầu của trẻ đến khám lần đầu có xu hướng cao hơn nhóm đến tái khám, không có ý nghĩa thống kê.

KẾT LUẬN

Cần nâng cao kiến thức cho các bà mẹ có con bị táo bón và quan tâm đến hành vi nín nhịn phân của trẻ táo bón.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chang SH, Park KY, et al (2013), "Prevalence, clinical characteristics, and management of functional constipation at pediatric gastroenterology clinics", *J Korean Med Sci*. 28(9),pp.1356-1361.
2. Chung JM, Lee SD, et al (2010), "An epidemiologic study of voiding and bowel habits in Korean children: a nationwide multicenter study", *Urology*. 76(1),pp.215-219.
3. Iacono G, Merolla R, et al (2005), "Gastrointestinal symptoms in infancy: a population-based prospective study", *Digestive and liver disease*. 37(6),pp.432-438.
4. Inan M, Aydiner CY, et al (2007), "Factors associated with childhood constipation", *J Paediatr Child Health*. 43(10),pp.700-706.
5. Irastorza I, Ibañez B , Delgado-Sanzonetti L (2010), "Cow's-milk-free diet as a therapeutic option in childhood chronic constipation", *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 51,pp.171.
6. Kammacher GM, Bettinville A , Herzog D (2014), "Fecal overflow often affects children with chronic constipation that appears after the age of 2 years", *Clin Pediatr (Phila)*. 53(9),pp.885-889.

7. Kim HS, Hong YR, et al (2010), "Factors contributing to treatment outcome of functional constipation in children", *Korean Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 13(1),pp.36-43.
8. Lê Thị Hồng Minh (2008), "Đặc điểm táo bón ở trẻ mẫu giáo quận Gò Vấp và kiến thức thái độ của bà mẹ trong chăm sóc trẻ táo bón", *Luận văn chuyên khoa II*, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
9. Ludvigsson JF (2006), "Epidemiological study of constipation and other gastrointestinal symptoms in 8000 children", Acta Paediatrica. 95(5),pp.573-580.
10. Mugie MS, Benninga Marc A , Di Lorenzo C (2011), "Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review", *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 25(1),pp.3-18.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence (2010), "Constipation in children and young people: diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care", *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*,pp.3-171.
12. Riad Rahhal , Aliye Uc (2008), "Functional Constipation", *Walker's Pediatric Gastrointestinal Disease*, People's Medical Publishing House, USA, pp. 675-680.
13. Yong D, Beattie RM (1998), "Normal bowel habit and prevalence of constipation in primary-school children", *Ambulatory Child Health*. 4,pp.277-277.

Ngày nhận bài báo: *20/11/2015*
Ngày phản biện nhận xét bài báo: *22/11/2015*
Ngày bài báo được đăng: *20/01/2016*