

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em

Phạm Võ Phương Thảo^{1*}, Phan Thị Minh Tuyền², Mai Thế Dũng³

(1) Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Sinh viên Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(3) Trung tâm vận chuyển cấp cứu 115 tỉnh Thừa Thiên Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là biến chứng của nhiều loại bệnh, do tổn thương tại đường tiêu hóa hay ngoài đường tiêu hóa gây chảy máu từ mức độ nhẹ đến mức độ nặng thậm chí có thể gây sốc và tử vong. Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa thay đổi tùy theo lứa tuổi. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân XHTH không do nhiễm trùng thường gặp ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi nhập viện tại khoa Nhi tổng hợp I, Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 02/2020 đến tháng 02/2021 với chẩn đoán XHTH. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Mẫu nghiên cứu gồm 116 bệnh nhân, 7 trẻ thuộc nhóm 2 tháng - < 1 tuổi (chiếm 6,0%), 36 trẻ thuộc nhóm 1 - < 6 tuổi (31%), 36 trẻ thuộc nhóm 6 - < 11 tuổi (31,1%), 37 trẻ thuộc nhóm 11 - 15 tuổi (31,9%). Độ tuổi trung bình là $7,6 \pm 4,6$. Viêm loét dạ dày tá tràng là nguyên nhân XHTH thường gặp nhất chiếm 37%, có 12,9% trường hợp không rõ nguyên nhân. Đa số các bệnh nhi XHTH mức độ nhẹ và vừa với tỷ lệ lần lượt là 60,3% và 23,3%, xuất huyết mức độ nặng 8,6% và rất nặng 7,8%. Nguyên nhân XHTH thường gặp ở nhóm tuổi 2 tháng - < 1 tuổi là hội chứng Mallory-Weiss và dị ứng đạm sữa (22,2%), ở nhóm 1 - 5 tuổi là nứt kẽ hậu môn (41,6%), ở trẻ trên 6 tuổi là viêm loét dạ dày tá tràng. **Kết luận:** Nguyên nhân XHTH hay gặp phụ thuộc vào nhóm tuổi và có đặc điểm lâm sàng khác nhau tùy nhóm nguyên nhân.

Từ khóa: xuất huyết tiêu hóa trẻ em, đại tiện phân đen, nôn ra máu, đi cầu ra máu.

Abstract

Clinical characteristics and causes of gastrointestinal bleeding in children

Pham Vo Phuong Thao^{1*}, Phan Thi Minh Tuyen², Mai The Dung³

(1) Dept. of Pediatrics, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Student of Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(3) Thua Thien Hue province 115 Emergency Center

Background: Gastrointestinal bleeding (GI) is a complication of many diseases, caused by injury at the gastrointestinal tract or outside the gastrointestinal tract, causing bleeding from mild to severe severity, which can even cause shock and death. The causes of gastrointestinal bleeding vary by age. **Objectives:** To describe the clinical, subclinical and common causes of non-infectious gastrointestinal bleeding in children. **Subjects and methods:** Patients from 2 months to 15 years old admitted to Pediatrics Department I, Pediatric Center, Hue Central Hospital from February 2020 to February 2021 with a diagnosis of gastrointestinal bleeding. The study was carried out by cross-sectional descriptive research method. **Results:** The study included 116 patients, 7 children in the group of 2 months - < 1 year old (6.0%), 36 children in the group 1 - < 6 years old (31%), 36 children in the group 6 - < 11 years old (31.1%) and 37 children in the group of 11-15 years old (31.9%). The mean age was 7.6 ± 4.6 . Peptic ulcer disease is the most common cause of GI bleeding, accounting for 37%; 12.9% cases unknown cause. Most of the patients had mild and moderate GI bleeding, about 60.3% and 23.3%; severe bleeding 8.6% and very severe 7.8%. The most common cause of GI bleeding in the group of 2 months - < 1 year old is Mallory-Weiss syndrome and milk protein allergy (22.2%), in the group of 1-5 years old is anal fissure (41.6%) and in children over 6 years old is peptic ulcer disease. **Conclusion:** The most common causes of gastrointestinal bleeding depend on the age and have different clinical features depending on the cause.

Key words: gastrointestinal bleeding in children, melena, hematemesis, hematochezia.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là biến chứng của nhiều loại bệnh, do tổn thương tại đường tiêu hóa hay ngoài đường tiêu hóa gây chảy máu từ mức độ nhẹ đến mức độ nặng thậm chí có thể gây sốc và tử vong [1]. XHTH có thể xảy ra tại bất kì vị trí nào trong lòng ống tiêu hóa nhưng không phải lúc nào cũng xác định được điểm chảy máu. Nguyên nhân XHTH thay đổi tùy theo lứa tuổi. XHTH trên ở trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ thường do viêm hoặc loét dạ dày do stress, nhưng ở trẻ lớn hơn thường do loét tá tràng, viêm thực quản và giãn tĩnh mạch thực quản. XHTH dưới xảy ra do một số nguyên nhân như nứt kẽ hậu môn, polyp đại – trực tràng, dị ứng đạm sữa, viêm đại tràng nhiễm khuẩn, viêm túi thừa Meckel, chảy máu đại tràng và khối u ác tính [2], [3]. Trong khuôn khổ nghiên cứu, chúng tôi tìm hiểu về lâm sàng một số nguyên nhân gây xuất huyết không do nhiễm trùng thường gặp tại khoa Nhi Tổng hợp 1, bệnh viện Trung Ương Huế, với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa không do nhiễm trùng thường gặp ở trẻ em.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi nhập viện tại khoa Nhi tổng hợp I, Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 02/2020 đến tháng 02/2021 với chẩn đoán XHTH.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các bệnh nhi (2 tháng – 15 tuổi) được chẩn

đoán xác định là XHTH dựa vào: Lâm sàng: Nôn ra máu (máu đỏ tươi, đỏ sẫm hay máu màu đen) và/ hoặc đại tiện phân máu (phân đen như bã cà phê, mùi thối khắm, phân có máu đỏ tươi hoặc thẫm trực tràng có máu dính găng). Cận lâm sàng (có thể có): Nội soi: Có hình ảnh của xuất huyết tiêu hóa do tổn thương thực quản, viêm, loét dạ dày tá tràng (DDTT), các tổn thương đại – trực tràng.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhi có chảy máu mũi, răng, miệng, họng, hoặc ho ra máu rồi nuốt xuống.
- Bệnh nhi ăn thức ăn có huyết hoặc giống màu máu hoặc uống thuốc có màu như sắt, bismuth,...
- Bệnh nhi xuất huyết tiêu hóa nhưng sau đó xác định nguyên nhân là do các bệnh về máu, rối loạn đông cầm máu như: xuất huyết giảm tiểu cầu, xuất huyết giảm tỷ prothrombin, bạch cầu cấp, suy tủy xương,...
- Bệnh nhi xuất huyết tiêu hóa xác định là bệnh lý ngoại khoa cấp cứu như lồng ruột cấp, viêm ruột hoại tử,...
- Bệnh nhi xuất huyết tiêu hóa do tác nhân nhiễm trùng như các bệnh nhi được chẩn đoán lý, viêm ruột nhiễm khuẩn,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Địa điểm: khoa Nhi tổng hợp I, Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế.
- Thời gian: từ tháng 02/2020 đến tháng 02/2021.

2.3. Một số định nghĩa

- Tần số thở nhanh, mạch nhanh

Bảng 1. Tần số thở, mạch bình thường và thở nhanh, mạch nhanh theo tuổi [4]

Tuổi (năm)	TST bình thường (lần/phút)	Thở nhanh (lần/phút)	Mạch bình thường (lần/phút)	Mạch nhanh (lần/phút)
< 1	30 – 40	≥ 50	120 – 160	> 180
1 – 5	25 – 30	≥ 40	100 – 120	> 140
6 – 12	20 – 25	≥ 30	80 – 90	> 130
> 12	15 – 20	≥ 30	60 – 100	> 120

- Tiêu chuẩn xác định mức độ xuất huyết

Bảng 2. Phân mức độ xuất huyết [4]

Mức độ	Vừa	Nặng	Rất nặng	Sốc mất máu
Mạch	Tăng 10-20%	Mạch nhanh	Mạch nhanh, nhỏ, khó bắt	Không bắt được
Huyết áp	Bình thường	Giảm nhẹ ** Huyết áp giảm 10mmHg khi thay đổi tư thế	Huyết áp hạ cả huyết áp tối đa và tối thiểu	Không đo được

Thời gian đổ đầy mao mạch	≤ 2 giây	> 2 giây	> 2 giây
Tần số thở	Bình thường	35-40 lần/phút	
Ước lượng khối lượng máu mất so với khối lượng tuần hoàn*	< 15%	15-30%	30-35% 35-50%
Hb (g/L)	≥ 70	<70	
HCT (%)	≥ 20	< 20	
Nước tiểu		>1ml/kg/giờ	< 1ml/kg/1 giờ Vô niệu
Tổng trạng		Trẻ lo âu, kích thích.	Trẻ lịm, li bì Đầu chi lạnh Trẻ hôn mê, li bì, da lạnh, ẩm

* (khối lượng tuần hoàn theo tuổi), ** (có thể bình thường do co mạch)

* Bệnh nhi XHTH không thuộc các mức độ trên được xếp vào XHTH mức độ nhẹ.

- **Thời gian làm đầy mao mạch (Refill):** Ấn ngón tay lên đầu ngón tay hoặc vùng giữa xương ức của bệnh nhi trong vòng 5 giây, khi thời gian đầy mao mạch (da hồng lại) hơn 2 giây là kéo dài.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi gồm 116 bệnh nhân, 7 trẻ thuộc nhóm 2 tháng - < 1 tuổi (chiếm 6,0 %), 36 trẻ thuộc nhóm 1 - < 6 tuổi (31%), 36 trẻ thuộc nhóm 6 - < 11 tuổi (31,1%), 37 trẻ thuộc nhóm 11 - 15 tuổi (31,9%), độ tuổi trung bình là $7,6 \pm 4,6$. Có 71 trẻ nam (chiếm 61,2%), và 45 trẻ nữ (chiếm 38,8%).

3.2. Biểu hiện toàn thân và tình trạng huyết động lúc vào viện

Bảng 3. Biểu hiện toàn thân và tình trạng huyết động lúc vào viện

	Biểu hiện	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
Biểu hiện toàn thân	Tỉnh táo	105	90,5
	Kích thích	7	6,0
	Li bì	4	3,4
	Hôn mê	0	0,0
	Da, niêm mạc hồng	88	75,9
	Da xanh, niêm mạc nhợt	28	24,1
	Hoa mắt, chóng mặt*	10	13,7
	Chi lạnh	3	2,6
	Tần số thở nhanh	3	2,6
	Chi lạnh ẩm	1	0,8
	Vô niệu	1	0,8
Tình trạng huyết động	Bình thường	75	64,7
	Mạch nhanh	9	7,8
	Thời gian làm đầy mao mạch kéo dài	8	6,8
	Hạ huyết áp	6	5,2
	Huyết áp kẹt	3	2,6

*:Chúng tôi chỉ khảo sát triệu chứng này ở trẻ từ 6 tuổi trở lên

Nhận xét: Phần lớn trẻ lúc nhập viện tỉnh táo, có 6,0% số trẻ biểu hiện kích thích, 3,4% li bì, 13,7% trẻ có hoa mắt – chóng mặt, biểu hiện da xanh – niêm mạc nhạt với tỷ lệ 24,1%, chi lạnh và lạnh – ẩm lần lượt là 2,6% và 0,9%, tỷ lệ trẻ biểu hiện thở nhanh và vô niệu thấp. Về thay đổi huyết động: 35,3% trẻ có huyết động thay đổi lúc vào viện, 7,8% trẻ có mạch nhanh, 5,2% có hạ huyết áp, huyết áp kẹt ở 2,6% trẻ và Refill kéo dài ở 6,8% trẻ.

3.3. Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa

Bảng 4. Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa

Nguyên nhân XHTH	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
Viêm loét dạ dày tá tràng	43	37,0
Hội chứng Mallorrry-Weiss	7	6,1
Vỡ giãn tĩnh mạch thực quản	1	0,9
Nứt kẽ hậu môn	26	22,4
Polyp đại trực tràng	17	14,7
Loét trực tràng	3	2,6
Dị ứng đạm sữa bò	2	1,7
Trĩ	2	1,7
Không rõ nguyên nhân	15	12,9
Tổng	116	100

Nhận xét: Viêm loét dạ dày tá tràng là nguyên nhân XHTH thường gặp nhất chiếm 37%, sau đó là nứt kẽ hậu môn chiếm 22,4%, polyp đại – trực tràng chiếm 14,7% và có 12,9% trường hợp không rõ nguyên nhân.

3.4. Mức độ xuất huyết tiêu hóa

Bảng 5. Phân bố mức độ xuất huyết tiêu hóa

Mức độ	Số bệnh nhi	Tỷ lệ %
Nhẹ	70	60,3
Vừa	27	23,3
Nặng	10	8,6
Rất nặng	9	7,8
Tổng	116	100

Nhận xét: Đa số các bệnh nhi XHTH mức độ nhẹ và vừa với tỷ lệ lần lượt là 60,3% và 23,3%, xuất huyết mức độ nặng 8,6% và rất nặng 7,8%.

3.5. Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa theo nhóm tuổi

Bảng 6. Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa theo nhóm tuổi

Nguyên nhân \ Nhóm tuổi	2 tháng - < 1 tuổi		1 - < 6 tuổi		6 - < 11 tuổi		11 - 15 tuổi	
	n	tỷ lệ %	n	tỷ lệ %	n	tỷ lệ %	n	tỷ lệ %
Vỡ giãn TMTQ	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7
HC Mallorrry-Weiss	2	22,2	3	8,3	1	2,7	1	2,7
Viêm loét dạ dày tá tràng	0	0,0	3	8,4	15	41,7	25	67,6
Polyp đại trực tràng	0	0,0	9	25	6	16,7	2	5,4
Nứt kẽ hậu môn (NKHM)	1	11,1	15	41,6	7	19,5	3	8,1
Loét trực tràng	1	11,1	1	2,8	1	2,7	0	0,0
Dị ứng đạm sữa bò	2	22,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trĩ	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,4
Không rõ nguyên nhân	1	11,1	5	13,9	6	16,7	3	8,1
Tổng	7	100	36	100	36	100	37	100

Nhận xét: Nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm 2 tháng-1 tuổi là hội chứng Mallory-Weiss và dị ứng đạm sữa (22,2%), nhóm 1 – 6 tuổi là nứt kẽ hậu môn (41,6%), ở trẻ trên 6 tuổi là viêm loét dạ dày tá tràng (67,6%).

3.6. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng theo các nguyên nhân XHTH thường gặp

3.6.1. Viêm - loét dạ dày tá tràng

Bảng 7. Đặc điểm lâm sàng xuất huyết tiêu hóa do viêm loét dạ dày tá tràng

Đặc điểm	Viêm- loét dạ dày tá tràng	
	Số bệnh nhi (n=43)	Tỷ lệ %
Nôn ra máu	16	37,2
Đại tiện phân đen	36	83,7
Đau bụng	34	79,1
Nôn	6	13,9
Ợ hơi, ợ chua	21	48,8
Hoa mắt, chóng mặt*	10	25,0
Da xanh, niêm mạc nhợt	21	48,9
Thăm trực tràng có máu dính găng	14	32,5
Không thiếu máu	25	58,1
Mức độ thiếu máu	Nhẹ	7
	Vừa	8
	Nặng	3
Mức độ xuất huyết	Nhẹ	18
	Vừa	11
	Nặng	8
	Rất nặng	6
Tuổi nhỏ nhất: 5. Tuổi lớn nhất: 15. Tuổi trung bình 12,1 ±2,9		

*: Chúng tôi chỉ khảo sát triệu chứng này ở trẻ từ 6 tuổi trở lên

Nhận xét: Trong nhóm viêm loét dạ dày tá tràng, tuổi nhỏ nhất là 5, tuổi lớn nhất là 15, tuổi trung bình 12,1 ±2,9 tuổi; triệu chứng hay gặp nhất là đi cầu phân đen (83,7%). 6,9% trường hợp thiếu máu nặng còn đa phần là bệnh nhân không thiếu máu (80%). Mức độ xuất huyết rất nặng chiếm 13,9%.

3.6.2. Polyp đại - trực tràng

Bảng 8. Đặc điểm lâm sàng của polyp đại – trực tràng

Triệu chứng	Polyp đại - trực tràng	
	Số bệnh nhi (n=17)	Tỷ lệ %
Đại tiện phân máu tươi	16	94,1
Đại tiện phân đen	2	11,8
Đau bụng	1	5,9
Táo bón	2	11,8
Tiêu chảy	1	5,9
Thăm trực tràng có polyp	1	5,9
Thăm trực tràng có máu dính găng	3	17,6
Không thiếu máu	13	76,5
Mức độ thiếu máu	Nhẹ	3
	Vừa	1
	Nặng	0

Mức độ xuất huyết	Nhẹ	15	88,2
	Vừa	1	5,9
	Nặng	1	5,9
	Rất nặng	0	0,0
Tuổi nhỏ nhất: 4. Tuổi lớn nhất: 14. Tuổi trung bình: $6,4 \pm 2,4$			

Nhận xét: Nhóm nguyên nhân polyp đại trực tràng tuổi nhỏ nhất là 4, tuổi lớn nhất là 14, trung bình $6,4 \pm 2,4$; triệu chứng hay gặp là đại tiện phân máu tươi (94,1%); đa phần không thiếu máu (76,5%) và xuất huyết mức độ nhẹ (88,2%).

3.6.3. Nứt kẽ hậu môn

Bảng 9. Đặc điểm lâm sàng xuất huyết tiêu hóa do nứt kẽ hậu môn

Triệu chứng	Số bệnh nhi (n = 26)	Tỷ lệ %
Đại tiện phân máu tươi	26	100
Táo bón	18	69,2
Thăm trực tràng có máu dính găng	10	38,5
Thăm trực tràng có nứt kẽ hậu môn	26	100
Tuổi nhỏ nhất: 1. Tuổi lớn nhất: 12. Tuổi trung bình = $4,7 \pm 1,3$		

Nhận xét: Nhóm nứt kẽ hậu môn có tuổi nhỏ nhất là 1, tuổi lớn nhất là 12, tuổi trung bình = $4,7 \pm 1,3$. 100% trẻ nứt kẽ hậu môn có biểu hiện đại tiện phân máu tươi và thăm trực tràng có NKHM, táo bón là một triệu chứng thường gặp với tỷ lệ 69,2%.

4. BÀN LUẬN

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi gồm 116 bệnh nhân, 7 trẻ thuộc nhóm 2 tháng - < 1 tuổi (chiếm 6,0 %), 36 trẻ thuộc nhóm 1 - < 6 tuổi (31%), 36 trẻ thuộc nhóm 6 - < 11 tuổi (31,1%), 37 trẻ thuộc nhóm 11 -15 tuổi (31,9%). Độ tuổi trung bình là $7,6 \pm 4,6$, tương tự nghiên cứu của Dehgnani, tuổi trung bình là $7,7 \pm 4,7$ [5]. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam (61,2%) nhiều hơn so với trẻ nữ (38,8%), Kết quả này tương đồng với kết quả các nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoàng Hà, tỷ lệ nam 67,4% so với nữ 32,6% [6]; nghiên cứu của Đinh Văn Thức tỷ lệ trẻ nam và nữ lần lượt là 61,4% và 38,6% [7].

Về biểu hiện toàn thân, phần lớn trẻ lúc nhập viện tỉnh táo, có 6,0% số trẻ biểu hiện kích thích, 3,4% trẻ li bì, 13,7% trẻ có hoa mắt – chóng mặt, biểu hiện da xanh – niêm mạc nhạt với tỷ lệ 24,1%, chi lạnh và lạnh – ẩm lần lượt là 2,6% và 0,9%, tỷ lệ trẻ biểu hiện thở nhanh và vô niệu thấp. Theo Nguyễn Thị Việt Hà, biểu hiện thiếu máu cấp trên lâm sàng biểu hiện bằng da xanh và niêm mạc nhạt chiếm tỷ lệ khá cao (89,0%) [8]. Theo Đinh Văn Thức, tỷ lệ trẻ có biểu hiện da xanh – niêm mạc nhạt chiếm 34,2% [7]. Tỷ lệ da xanh– niêm mạc nhạt trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác có thể giải thích là do tỷ lệ bệnh nhi XHTH dưới của chúng tôi cao hơn, thường những trẻ này vào viện sớm vì triệu chứng đại tiện phân có máu tươi dễ nhận thấy, nên

mức độ mất máu chưa ảnh hưởng đến da niêm mạc. Về thay đổi huyết động: 64,7% trẻ có huyết động ổn định lúc vào viện, 7,8% trẻ có mạch nhanh, 5,2% có hạ huyết áp, huyết áp kẹt ở 2,6% trẻ và Refill kéo dài ở 6,8% trẻ. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Thị Ý Thơ và Nguyễn Diệu Vinh, đa số bệnh nhi có huyết động bình thường (66,7% và 69,2%) [9], [10]. Theo Nguyễn Văn Thao, nhịp tim nhanh biểu hiện ở 89,1% trẻ, hạ HA chiếm 41,8%, Refill kéo dài với tỷ lệ 12,7% [11]. Theo Hồ Phi Hồ, bệnh nhi có huyết động bình thường chiếm 26,6%, mạch nhanh 50,6%, sốc là 22,8% [12].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, viêm loét dạ dày tá tràng là nguyên nhân XHTH thường gặp nhất chiếm 37%, sau đó là nứt kẽ hậu môn chiếm 22,4%, polyp đại – trực tràng chiếm 14,7% và có 12,9% trường hợp không rõ nguyên nhân. Đa số các bệnh nhi XHTH mức độ nhẹ và vừa với tỷ lệ lần lượt là 60,3% và 23,3%, xuất huyết mức độ nặng 8,6% và rất nặng 7,8%. Ở nhóm tuổi 2 tháng – < 1 tuổi, nguyên nhân XHTH thường gặp là hội chứng Mallory-Weiss và dị ứng đạm sữa bò. Nghiên cứu của Dehghani cũng cho thấy nguyên nhân thường gặp nhất ở lứa tuổi này là viêm loét dạ dày xuất huyết và HC Mallory-Weiss [5]. Theo Nguyễn Diệu Vinh, viêm thực quản do trào ngược DDTQ là nguyên nhân thường gặp nhất (53,3%) [10]. Ở nhóm 1 – 5 tuổi, chúng tôi ghi nhận nứt kẽ hậu môn là nguyên

nhân thường gặp nhất (41,6%), trong khi ở trẻ trên 5 tuổi, nguyên nhân gây XHTH chủ yếu là viêm loét DDTT, tương tự kết quả của Nguyễn Diệu Vinh, viêm loét DDTT là nguyên nhân hàng đầu ở nhóm trên 5 tuổi (94,8%).

Trong nhóm viêm loét dạ dày tá tràng, tuổi nhỏ nhất là 5, tuổi lớn nhất là 15, tuổi trung bình $12,1 \pm 2,9$ tuổi; triệu chứng hay gặp nhất là đi cầu phân đen (83,7%). 6,9% trường hợp thiếu máu nặng còn đa phần là bệnh nhân không thiếu máu (80%). Mức độ xuất huyết rất nặng chiếm 13,9%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hằng ghi nhận ở trẻ viêm loét dạ dày tá tràng, tuổi trung bình $11 \pm 2,9$, nhỏ nhất là 4 tuổi, lớn nhất 15 tuổi, gặp chủ yếu nhóm trẻ lớn 10 – 15 tuổi (76,4%). Kết quả nghiên cứu của Đinh Thị Ý Thơ ghi nhận nôn ra máu 66,7%, đại tiện phân đen 44,4%, đau bụng 66,7%, ợ hơi ợ chua 22,2% [9]. Tỷ lệ của chúng tôi phù hợp với tác giả Ý Thơ, các triệu chứng lâm sàng này là điển hình và gợi ý nguyên nhân viêm loét dạ dày tá tràng ở những bệnh nhân nhập viện trong bối cảnh XHTH trên.

Nhóm nguyên nhân polyp đại trực tràng có tuổi nhỏ nhất là 4, tuổi lớn nhất là 14, trung bình $6,4 \pm 2,4$ tuổi, triệu chứng hay gặp là đại tiện phân máu tươi (94,1%). Đa phần không thiếu máu (76,5%) và xuất huyết mức độ nhẹ (88,2%). Tác giả Trần Trọng Kiểm ghi nhận polyp đại trực tràng gặp cao nhất ở lứa tuổi dưới 5 tuổi (68,3%). Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Đinh Thị Ý Thơ, triệu chứng lâm sàng chủ yếu của polyp đại – trực tràng là đại tiện phân máu tươi 100%, táo bón 27,3%, thăm trực tràng phát hiện polyp 27,3% và không có trường hợp nào đau bụng [9].

Nhóm nứt kẽ hậu môn có tuổi nhỏ nhất là 1, tuổi lớn nhất là 12, tuổi trung bình là $4,7 \pm 1,3$. 100% trẻ nứt kẽ hậu môn có biểu hiện đại tiện phân máu tươi và thăm khám trực tràng có nứt kẽ hậu môn, táo bón là một triệu chứng thường gặp với tỷ lệ 69,2%. Nứt kẽ hậu môn là nguyên nhân thường gặp ở nhóm trẻ > 2 tuổi trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Diệu

Vinh [10]. Đây là tổn thương thường mắc do táo bón, gây đau hậu môn lúc đại tiện và có máu đỏ tươi dính theo khuôn phân, phân thường rắn và cứng hơn bình thường. Bên cạnh đó nhiều trẻ trong những năm đầu đời bị nứt kẽ hậu môn mà không rõ lý do [13].

5. KẾT LUẬN

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi gồm 116 bệnh nhân, 7 trẻ thuộc nhóm 2 tháng – < 1 tuổi (chiếm 6,0 %), 36 trẻ thuộc nhóm 1 – < 6 tuổi (31%), 36 trẻ thuộc nhóm 6 – < 11 tuổi (31,1%), 37 trẻ thuộc nhóm 11 – 15 tuổi (31,9%). Độ tuổi trung bình là $7,6 \pm 4,6$. Viêm loét dạ dày tá tràng là nguyên nhân XHTH thường gặp nhất chiếm 37%, sau đó là nứt kẽ hậu môn chiếm 22,4%, polyp đại – trực tràng chiếm 14,7% và có 12,9% trường hợp không rõ nguyên nhân. Đa số các bệnh nhi XHTH mức độ nhẹ và vừa với tỷ lệ lần lượt là 60,3% và 23,3%, xuất huyết mức độ nặng 8,6% và rất nặng 7,8%.

Nguyên nhân XHTH hay gặp phụ thuộc vào nhóm tuổi và có đặc điểm lâm sàng khác nhau tùy nhóm nguyên nhân. Nguyên nhân XHTH thường gặp ở nhóm tuổi 2 tháng – < 1 tuổi là hội chứng Mallory-Weiss và dị ứng đạm sữa (22,2%), ở nhóm 1 – 5 tuổi là nứt kẽ hậu môn (41,6%), ở trẻ trên 6 tuổi là viêm loét dạ dày tá tràng. Trong nhóm viêm loét dạ dày tá tràng, tuổi nhỏ nhất là 5, tuổi lớn nhất là 15, trung bình $12,1 \pm 2,9$ tuổi; triệu chứng hay gặp nhất là đi cầu phân đen (83,7%); 6,9% trường hợp thiếu máu nặng còn đa phần là bệnh nhân không thiếu máu (80%); mức độ xuất huyết rất nặng chiếm 13,9%. Nhóm nguyên nhân polyp đại trực tràng tuổi nhỏ nhất là 4, tuổi lớn nhất là 14, trung bình $6,4 \pm 2,4$ tuổi; triệu chứng hay gặp là đại tiện phân máu tươi (94,1%); đa phần không thiếu máu (76,5%) và xuất huyết mức độ nhẹ (88,2%). Nhóm nứt kẽ hậu môn có tuổi nhỏ nhất là 1, tuổi lớn nhất là 12, tuổi trung bình là $4,7 \pm 1,3$; 100% trẻ nứt kẽ hậu môn có biểu hiện đại tiện phân máu tươi và thăm trực tràng có NKHM, táo bón là một triệu chứng thường gặp với tỷ lệ 69,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Nam Trà và Nguyễn Gia Khánh. Xuất huyết đường tiêu hóa. Bài giảng Nhi Khoa tập I. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2013.
2. Flynn DM and Booth IW. Investigation and management of gastrointestinal bleeding in children. Current Paediatrics 2004; 14(7), pp. 576-585.
3. Jafari S. A., et al. Etiology of gastrointestinal bleeding in children referred to pediatric wards of Mashhad hospitals, Iran. Electronic physician 2018; 10(2), pp. 6341-6345.

4. Bộ môn Nhi Trường Đại học Y Dược Huế. Xuất huyết tiêu hóa. Giáo trình Đại học Nhi khoa. Huế: NXB Đại học Huế; 2019.
5. Dehghani S. M., et al. Upper gastrointestinal bleeding in children in Southern Iran. The Indian Journal of Pediatrics 2009; 76(6), pp. 635-638.
6. Nguyễn Thị Hoàng Hà, Hoàng Thị Ái Nhi và Nguyễn Ngọc Đức. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh nội soi tiêu hóa ở trẻ từ 2-15 tuổi bị xuất huyết tiêu hóa điều trị tại bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng. Luận

văn thạc sĩ. Huế: Đại học Y Dược Huế; 2018.

7. Đinh Văn Thức, Vũ Văn Ngo và Nguyễn Thu Hiền. Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và điều trị xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng 2002-2006. Tạp chí Y học Việt Nam 2009; (2), tr. 3-11.

8. Nguyễn Thị Việt Hà. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng xuất huyết tiêu hóa trẻ em tại khoa tiêu hóa, bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam 2017; 1(454), tr. 163-170.

9. Đinh Thị Ý Thơ. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, Luận văn Thạc sĩ của Bác sĩ nội trú, Huế: Trường Đại học Y Dược Huế; 2013.

10. Nguyễn Diệu Vinh và Nguyễn Thị Thanh Lan. Đặc điểm xuất huyết tiêu hóa cấp ở trẻ em từ 2 tháng đến 15

tuổi tại Khoa Tiêu hóa 2 - Bệnh viện Nhi đồng II. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh 2006; 10(1), tr. 88-93.

11. Nguyễn Văn Thao. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và nhận xét kết quả xử trí ban đầu xuất huyết tiêu hóa trên ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội; 2015.

12. Hồ Phi Hổ và Bùi Quốc Thắng. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa trên ở trẻ em nhập khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng I từ 2005-2009. Tạp chí Nhi khoa 2011; 1(4), tr. 73-80.

13. Zahmatkeshan M., et al. Etiology of lower gastrointestinal bleeding in children: a single center experience from southern iran. Middle East J Dig Dis 2012; 4(4), pp. 216-23.