

SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH
BỆNH VIỆN SẢN - NHI BẮC NINH SỐ 2

PHẠM XUÂN TRƯỜNG

THỰC TRẠNG TÁO BÓN CHỨC NĂNG CỦA TRẺ ĐẾN KHÁM TẠI
BỆNH VIỆN SẢN NHI BẮC NINH SỐ 2 NĂM 2026

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh, 2026

SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH
BỆNH VIỆN SẢN - NHI BẮC NINH SỐ 2

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

**THỰC TRẠNG TÁO BÓN CHỨC NĂNG CỦA TRẺ
ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI BẮC NINH
SỐ 2 NĂM 2026**

Người thực hiện: Phạm Xuân Trường

Cộng sự: Vũ Thọ Hải –BVSN Bắc Ninh số 2

Bắc Ninh, 2026

MỤC LỤC

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT.....	i
DANH MỤC BẢNG.....	ii
DANH MỤC HÌNH.....	iii
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG I: TỔNG QUAN.....	4
1.1. Táo bón chức năng.....	4
1.1.1. Định nghĩa.....	4
1.1.2. Dịch tễ học.....	5
1.1.3. Cơ chế bệnh sinh của táo bón chức năng.....	7
1.1.4. Chẩn đoán táo bón mạn tính chức năng.....	7
1.1.5. Điều trị táo bón chức năng.....	11
1.2. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ gây táo bón.....	13
1.2.1. Nguyên nhân táo bón chức năng.....	13
1.2.2. Các yếu tố nguy cơ gây táo bón chức năng.....	14
1.3. Ảnh hưởng của táo bón chức năng lên sự tăng trưởng của trẻ em.....	17
1.3.1. Định nghĩa tăng trưởng ở trẻ em.....	17
1.3.2. Cơ chế ảnh hưởng của táo bón chức năng đến tăng trưởng.....	17
1.3.3. Đánh giá tình trạng tăng trưởng dựa trên chỉ số nhân trắc học.....	18
1.3.4. Ảnh hưởng của thời gian và mức độ táo bón chức năng đến tăng trưởng.....	19
.....	19
1.4. Tình hình nghiên cứu táo bón chức năng trên thế giới và trong nước	21
1.5. Một số thông tin về khoa Khám bệnh – Cấp cứu ban đầu, Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 2	22
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	25
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	25
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	26

2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	26
2.4. Cỡ mẫu	26
2.5. Phương pháp thu thập số liệu.....	27
2.6. Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu	27
2.7. Một số tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu.....	24
2.8. Phân tích và xử lý số liệu	36
2.9. Sai số và không chế sai số.....	36
2.10. Đạo đức trong nghiên cứu	37
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN	38
3.1. Xác định tỉ lệ táo bón chức năng của trẻ đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh Số 2 năm 2026.....	38
3.2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến táo bón chức năng của trẻ đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh Số 2 năm 2026	42
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	1
PHỤ LỤC	

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

BMI	Body Mass Index (Chỉ số khối cơ thể)
CC	Chiều cao
CN	Cân nặng
ĐT	Đại tràng
ESPGHAN	European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (Hội Tiêu hóa, Gan mật và Dinh dưỡng Nhi khoa Châu Âu)
HM	Hậu môn
NASPGHAN	North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (Hội Tiêu hóa, Gan mật và Dinh dưỡng Nhi khoa Bắc Mỹ)
PEG	Polyethylene Glycol
TDKMM	Tác dụng không mong muốn
T	Tuổi
SDD	Suy dinh dưỡng
TT	Trực tràng
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế thế giới)

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1: Tình trạng dinh dưỡng của trẻ được đánh giá theo chuẩn tăng trưởng WHO 2006 với 3 chỉ số theo Z-Score.....	19
Bảng 2.1: Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu.....	27
Bảng 3. 1: Phân bố nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu.....	38
Bảng 3.2: Phân bố giới tính đối tượng nghiên cứu	38
Bảng 3.3: Đặc điểm chung của trẻ trong nghiên cứu.....	39
Bảng 3.4: Thời gian từ khi trẻ bị mắc táo bón đến khi được chẩn đoán.....	40
Bảng 3.5: Triệu chứng cơ năng của trẻ trước điều trị.....	41
Bảng 3.6: Triệu chứng thực thể của trẻ trước điều trị.....	41
Bảng 3.7: Ảnh hưởng lượng nước/ngày đến số lần đại tiện trung bình/ tuần.	42
Bảng 3.8: Ảnh hưởng của lượng xơ/ngày đến số lần đại tiện trung bình/ tuần của trẻ	42
Bảng 3.9: Ảnh hưởng của thói quen nhịn đại tiện đến số lần đại tiện trung bình/tuần.....	43
Bảng 3.10: Ảnh hưởng của thói quen nhịn đại tiện đến tính chất phân của trẻ	43
Bảng 3.11: Mối liên hệ giữa bà mẹ và tình trạng táo bón của trẻ	44
Bảng 3.12: Tiền sử bệnh lý của trẻ	44
Bảng 3.13: Các yếu tố nguy cơ gây táo bón chức năng.....	45
Bảng 3.14: Tình trạng dinh dưỡng của trẻ khi bị táo bón chức năng	45
Bảng 3.15. Tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng của trẻ táo bón chức năng	47

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Tỷ lệ mắc táo bón chức năng ở trẻ em trên thế giới [17]..... 6

Hình 1.2: Thang điểm Bristol đánh giá tính chất phân [16] 8

ĐẶT VẤN ĐỀ

Táo bón là một trong các rối loạn chức năng đường tiêu hóa phổ biến nhất ở trẻ em, ước tính khoảng 5-30% trẻ trên toàn thế giới mắc táo bón [12]. Khoảng 95% trẻ táo bón không có nguyên nhân thực thể được phân loại táo bón chức năng theo tiêu chuẩn Rome IV. Tỷ lệ mắc táo bón chức năng khoảng 18,5% ở trẻ nữ nhi và 14,1% ở trẻ lớn [13]. Táo bón có thể gặp ở mọi lứa tuổi, trong đó 3 nhóm tuổi hay mắc táo bón nhất là trẻ nhỏ giai đoạn ăn bổ sung hoặc mới cai sữa, giai đoạn được huấn luyện kỹ năng đại tiện (nhà trẻ) và nhóm trẻ học đường. Mặc dù ít có biến chứng đe dọa tính mạng, nhưng nếu không được điều trị và theo dõi hợp lý có thể gây ra nhiều hậu quả cho trẻ như nứt kẽ hậu môn, giãn đại trực tràng, sa trực tràng, chán ăn, chậm lên cân, thậm chí gây tình trạng đau bụng kéo dài hoặc đi ngoài không tự chủ, ảnh hưởng cả về sức khỏe và tâm lý cho trẻ và gia đình [14].

Nguyên nhân chính xác của táo bón vẫn chưa được hiểu rõ hoàn toàn, nhưng các yếu tố liên quan đến táo bón chức năng bao gồm: hành vi nín giữ phân, chế độ ăn uống không hợp lý, giảm hoạt động cơ thể, tiền sử táo bón của gia đình hoặc các vấn đề tâm lý trong đời sống [15]. Điều trị táo bón chức năng là một quá trình kéo dài, đòi hỏi sự hợp tác tốt giữa nhân viên y tế với trẻ em, cha mẹ, người chăm sóc trẻ, phải phối hợp nhiều biện pháp như thụt tháo phân, sử dụng thuốc nhuận tràng, bổ sung đủ lượng xơ và lượng nước uống và hướng dẫn cho trẻ thói quen đi ngoài đúng cách. Kết quả nghiên cứu tác giả Nguyễn Thị Thơm (2024) trên 124 trẻ táo bón chức năng tại Bệnh viện Nhi Trung ương nhận thấy nhóm trẻ trên 3 tuổi, lượng xơ, lượng nước cung cấp dưới 80% nhu cầu, tiền sử gia đình có người bị táo bón và không huấn luyện thói quen đi đại tiện cho trẻ làm tăng nguy cơ mắc táo bón chức năng [7].

Bên cạnh các triệu chứng tại đường tiêu hóa, táo bón chức năng kéo dài

có thể ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng và tăng trưởng của trẻ thông qua giảm cảm giác ngon miệng, kém hấp thu và rối loạn hành vi ăn uống. Một số nghiên cứu đã ghi nhận mối liên quan giữa táo bón chức năng với suy dinh dưỡng, chậm tăng cân và thấp còi ở trẻ em [16]. Nghiên cứu Oswari Hanifa (2025) chỉ ra rằng trẻ mắc táo bón chức năng có chỉ số cân nặng theo chiều cao thấp hơn nhóm trẻ bình thường và sau điều trị, tình trạng có cải thiện. Tuy nhiên, mức độ ảnh hưởng và các yếu tố liên quan vẫn còn khác nhau giữa các nhóm tuổi, khu vực và điều kiện chăm sóc [17].

Tại Việt Nam, chúng ta đang chứng kiến một sự chuyển dịch rõ rệt trong mô hình bệnh tật nhi khoa. Sự bùng nổ của lối sống công nghiệp tại các tỉnh thành phát triển nhanh như Bắc Ninh đã gián tiếp tác động đến thói quen sinh hoạt của trẻ em. Chế độ ăn giàu năng lượng nhưng thiếu hụt chất xơ, việc lạm dụng các thiết bị điện tử gây ra tình trạng ít vận động, và đặc biệt là áp lực từ việc đi học sớm cùng điều kiện vệ sinh chưa tối ưu tại các trường học đã trở thành những yếu tố thúc đẩy tỷ lệ táo bón tăng cao

Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2 là cơ sở y tế chuyên sâu mới và hiện đại nhất khu vực, tiếp nhận rất nhiều bệnh nhi đến khám và điều trị, trong đó có nhiều bệnh cảnh tiêu hóa, bao gồm lượng lớn trẻ táo bón chức năng. Tuy nhiên, các dữ liệu về táo bón chức năng tại đây hiện vẫn còn những khoảng trống đáng kể như chưa có một con số thống kê chính xác về tỷ lệ táo bón chức năng theo bộ tiêu chuẩn Rome IV và cũng chưa có nghiên cứu nào mô tả được đầy đủ được những yếu tố liên quan đến táo bón chức năng ở trẻ em. Xuất phát từ vấn đề này, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Thực trạng táo bón chức năng của trẻ đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2 năm 2026”**

MỤC TIÊU

1. Xác định tỷ lệ tảo bón chức năng của trẻ đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2 năm 2026
2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tảo bón chức năng của trẻ đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2 năm 2026

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Táo bón chức năng

1.1.1. Định nghĩa

1.1.1.1. Định nghĩa táo bón

Táo bón là vấn đề phổ biến ở trẻ em, là một triệu chứng chứ không phải là một bệnh.

Định nghĩa của Hiệp hội Tiêu hóa, Gan mật và Dinh dưỡng Nhi khoa Châu Âu và Hiệp hội Tiêu hóa, Gan mật và Dinh dưỡng Nhi khoa Bắc Mỹ (ESPGHAN và NASPGHAN): táo bón là tình trạng chậm, khó bài xuất phân kéo dài ≥ 2 tuần gây các ảnh hưởng tâm lý cho bệnh nhân [18].

Trẻ em được xác định là táo bón khi tần xuất bài xuất phân:

- Trẻ sơ sinh dưới 2 lần đi ngoài/ngày.
- Trẻ bú mẹ dưới 3 lần đi ngoài/tuần (>2 ngày/lần).
- Trẻ lớn dưới 2 lần đi ngoài/tuần (> 3 ngày/lần).

1.1.1.2. Định nghĩa táo bón chức năng

Táo bón chức năng là tình trạng táo bón khi đã loại trừ các nguyên nhân thực thể về giải phẫu, tổ chức sinh hóa học, chỉ còn chức năng ống tiêu hóa chưa hoàn thiện hoặc nguyên nhân bệnh lý nền.

Theo tiêu chuẩn ROME IV, táo bón chức năng được xác định: [18]

- Trẻ dưới 4 tuổi triệu chứng phải kéo dài ít nhất 1 tháng và phải có ít nhất 2 trong số các tiêu chuẩn sau:
 - + Đại tiện ≤ 2 lần/tuần.
 - + Tiền sử ứ phân quá mức.

- + Tiền sử khó hoặc đau khi đại tiện.
- + Tiền sử đại tiện phân khuôn kích thước lớn.
- + Có khối phân lớn trong trực tràng.

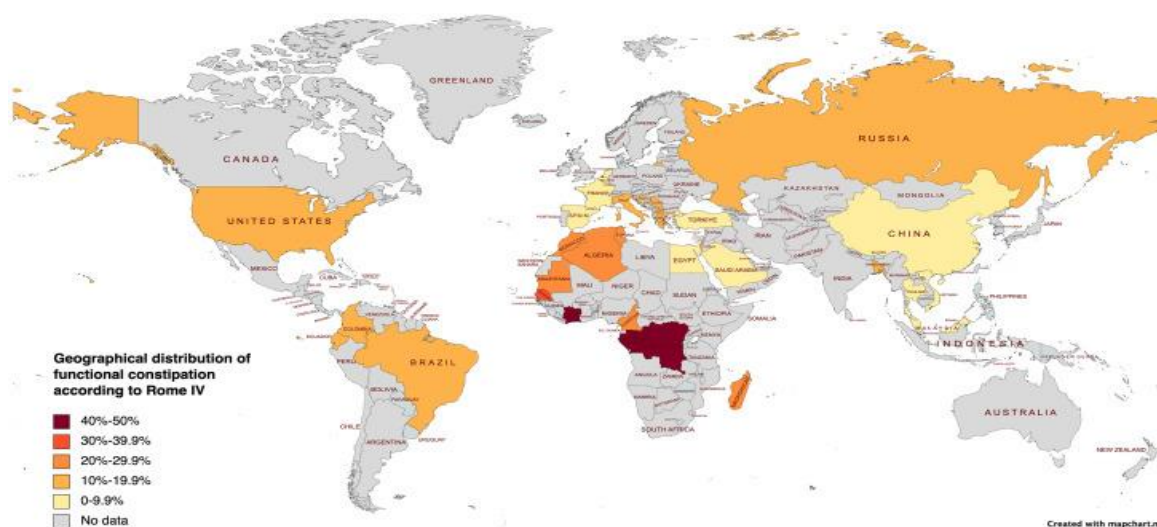
Với những trẻ đã được huấn luyện kỹ năng đại tiện ở nhà vệ sinh (thường trên 2,5 tuổi) 2 tiêu chuẩn sau có thể được sử dụng:

- + Số phân ít nhất 1 lần/tuần sau khi đã đạt được kỹ năng đại tiện ở nhà vệ sinh.
- + Tiền sử đại tiện khuôn phân kích thước lớn, có thể làm tắc bồn cầu.
- Trẻ trên 4 tuổi các triệu chứng phải xuất hiện ít nhất 1 lần/tuần, kéo dài tối thiểu 1 tháng và phải có ít nhất 2 trong số các tiêu chuẩn sau và không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng ruột kích thích.
 - + Đại tiện ≤ 2 lần/tuần.
 - + Số phân ít nhất 1 lần/tuần.
 - + Tiền sử nhịn đi đại tiện hoặc ứ phân quá mức một cách tự ý.
 - + Tiền sử khó hoặc đau khi đại tiện
 - + Có khối phân lớn trong trực tràng.
 - + Tiền sử đại tiện phân khuôn kích thước lớn, có thể làm tắc bồn cầu.

Sau khi thăm khám, các triệu chứng không thể được giải thích đầy đủ bởi bất kỳ tình trạng bệnh lý nào.

1.1.2. Dịch tễ học

Táo bón chức năng được coi là rối loạn tiêu hóa mạn tính phổ biến nhất ở trẻ em với tỷ lệ lưu hành toàn cầu gộp chung là 14,4% (95%CI: 11,2-17,6) khi được chẩn đoán dựa trên tiêu chí Rome IV. Theo châu lục, Châu Phi có tỷ lệ táo bón cao nhất (31,4%), tiếp theo là Châu Mỹ (12,1%), Châu Âu (8,3%) và Châu Á (6,2%) [19].



Hình 1.1: Tỷ lệ mắc táo bón chức năng ở trẻ em trên thế giới [19]

Táo bón chức năng có thể gặp ở mọi lứa tuổi, từng nhóm tuổi có tỷ lệ mắc táo bón chức năng thay đổi. Táo bón gặp với tỷ lệ cao nhất ở nhóm trẻ từ 2 đến 4 tuổi, khi trẻ bắt đầu tập ngồi bô theo nghiên cứu của Levy, và tỷ lệ cao hơn đã được ghi nhận trong các nhóm tuổi 4-6 theo nghiên cứu của Zhang năm 2010. Một nghiên cứu khác tại Trung Quốc năm 2021 cho thấy tỷ lệ táo bón chức năng là 7,0% và phổ biến nhất ở trẻ 1-4 tuổi. Walter và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu thuần tập trên 1113 trẻ từ 6,5 tháng đến 4 tuổi ở Sri Lanka đã chỉ ra rằng tỷ lệ khởi phát táo bón lúc 3, 6 và 12 tháng lần lượt là 11,6%, 13,7% và 10,7%. Các nghiên cứu tại Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc táo bón là 4,7%, trẻ mới biết đi là 9,4% và trẻ từ 4-17 tuổi là 22,6% [20].

Một nghiên cứu tổng quan hệ thống năm 2006 được tiến hành trên 18 nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ táo bón ở trẻ em là 0,7-29,6% và cũng không có sự khác biệt đáng kể giữa nam và nữ [21]. Tuy nhiên, nghiên cứu tại Hoa Kỳ 2016 của Lewis và cộng sự cho thấy táo bón chức năng phổ biến ở nam hơn nữ ($p = 0,022$) và tại Việt Nam, nghiên cứu của Đào Thị Trân Huyền thì trẻ trai có xu hướng táo bón nhiều hơn trẻ gái, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [2].

1.1.3. Cơ chế bệnh sinh của táo bón chức năng

Sinh lý bệnh táo bón chức năng ở trẻ em vẫn chưa rõ ràng với nhiều cơ chế khác nhau, phối hợp với các yếu tố nguy cơ. Táo bón chức năng là hậu quả của sự rối loạn phối hợp giữa nhu động đại tràng, phản xạ đại tiện và hành vi đi tiêu, không kèm theo tổn thương thực thể. Cơ chế phổ biến nhất, đặc biệt ở trẻ nhỏ, là hành vi giữ phân vì nhiều lí do khác nhau mà thường bắt đầu từ đại tiện phân cứng và đau khi đại tiện. Phân bị giữ lại lâu trong trực tràng (TT), niêm mạc TT tái hấp thu nước làm phân cứng chắc hơn, gây khó khăn hơn trong việc bài xuất phân ra ngoài. Vòng xoắn bệnh lý này có thể dẫn đến tình trạng giảm dần số lần đại tiện, đôi khi gây són phân, mất cảm giác TT và cuối cùng là mất đi động tác đại tiện sinh lý [18].

Tình trạng tích lũy phân kéo dài dẫn đến hiện tượng giãn đại tràng (ĐT) và TT (megacolon và megarectum), giảm độ nhạy cảm của TT cũng như mất cảm giác buồn đi đại tiện. Cuối cùng phân lỏng thấm giữa thành TT và khối phân cứng để qua hậu môn (HM) khi cơ thắt giãn. Khối lượng phân ít gây ra hiện tượng són phân hoặc ỉa đùn.

Nhiều trẻ bị táo bón chức năng có tiền sử gia đình có người mắc táo bón, cho thấy có vai trò của các yếu tố di truyền, mặc dù chưa xác định được các đột biến gen. Nghiên cứu của Niu và cộng sự ở Trung Quốc cho thấy trẻ có tiền sử cha mẹ bị táo bón chức năng có khả năng mắc táo bón chức năng cao hơn 3,3 lần so với trẻ không có tiền sử gia đình. Tuy nhiên, không có bằng chứng thuyết phục rằng các gen cụ thể có liên quan đến táo bón chức năng.

1.1.4. Chẩn đoán táo bón mạn tính chức năng

1.1.4.1. Triệu chứng lâm sàng

- Hồi khai thác bệnh sử, tiền sử và khám lâm sàng cẩn thận là nền tảng quan trọng để đánh giá trẻ bị táo bón chức năng, tìm ra những nguyên nhân và

biến chứng kèm theo. Các xét nghiệm những trẻ nghi ngờ táo bón do nguyên nhân thực thể, có triệu chứng thăm dò chỉ áp dụng cho kèm theo của bệnh lý khác và không đáp ứng với điều trị chuẩn [18].

- Giảm số lần đại tiện, đại tiện khó hoặc đau, đại tiện không tự chủ, cục phân quá to, có máu theo phân, đau bụng, chán ăn, bụng chướng hay rối loạn tiêu tiện...



- Loại 1 – Phân cứng lổn nhổn như hạt.
- Loại 2 – Phân có dạng xúc xích lổn nhổn.
- Loại 3 – Phân có dạng xúc xích nhưng có nhiều đường rạn trên bề mặt.
- Loại 4 – Phân có dạng xúc xích hoặc hình con rắn, mềm và nhẵn.
- Loại 5 – Phân mềm và rời từng mảnh.
- Loại 6 – Phân lổn nhổn, mềm và xốp.
- Loại 7 – Phân toàn nước, không có cái.

Hình 1. 2: Thang điểm Bristol đánh giá tính chất phân [18]

- Khi tồn tại khối phân to và rắn ở vùng trực tràng sẽ làm trẻ đau khi đại tiện, tạo cho trẻ cảm giác sợ mỗi khi có cảm giác buồn đại tiện và xuất hiện hành vi nín giữ phân. Hành vi này có thể bị cha mẹ, người chăm sóc trẻ hiểu sai là sự căng thẳng hoặc tình trạng trẻ cố gắng để đại tiện được. Hầu hết tình trạng đau vùng HM khi ngoài luôn song hành với tình trạng nhịn đại tiện một cách chủ ý [3]. Các dấu hiệu của hiện tượng giữ phân:

- + Ngồi xổm
- + Vã mồ hôi, nhăn mặt hoặc khóc khi đi ngoài
- + Vết chéo chân

- + Gồng cứng người
- + Bám chặt vào bàn ghế hoặc ôm chặt bố, mẹ
- + Trốn hoặc sợ đi ngoài
- Trẻ bị táo bón có thể bị đau bụng hoặc đau khi đi đại tiện. Đau bụng do táo bón thường không đặc hiệu và không khu trú.
- Khi táo bón kéo dài hay gặp hiện tượng són phân (ỉa đùn). Són phân là hành vi đi đại tiện trong hoàn cảnh không thích hợp. Són phân có thể là hậu quả của sự tổn thương thần kinh hoặc bất thường cơ vòng hậu môn (són phân thực thể) hay liên quan đến táo bón (són phân chức năng).
- Vết nứt kẽ HM thường gây chảy máu và đau khi đại tiện ở trẻ lớn. Cần kiểm tra HM ở trẻ ỉa máu để đánh giá trạng viêm, vết nứt HM, rò HM hoặc nếp da thừa [3].
- Triệu chứng tiết niệu gặp với tỷ lệ 9-13% trẻ em với chẩn đoán táo bón, trong đó tiểu không tự chủ lên tới 10,5%. Táo bón không triệu chứng có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng tiết niệu ở trẻ em đái dầm. Khối phân lớn ứ trong TT đè ép vào bàng quang, làm giảm thể tích chức năng bàng quang đồng thời kích thích cảm giác buồn đi tiểu sớm hơn [18].
- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ, tình trạng táo bón ảnh hưởng đến sự phát triển toàn thân của trẻ thì thường do nguyên nhân thực thể.
- Khám bụng: xác định chướng bụng, u phân dọc theo khung ĐT.
- Khám vùng cùng, cụt - hậu môn: để phát hiện ra những bất thường như thoát vị màng não tủy; dị tật; chấn thương.
- Lưu ý các dấu hiệu gợi ý táo bón do nguyên nhân thực thể
 - + Táo bón xuất hiện rất sớm (trước 1 tháng tuổi) hoặc chậm đi ngoài phân

su, đi ngoài phân su kéo dài.

- + Tiền căn gia đình có bệnh Hirschsprung.
- + Phân nhỏ và dài như bút chì, có máu trong phân mà không có nút HM.
- + Rò HM, mất phản xạ HM hay phản xạ bium, vị trí HM bất thường.
- + Suy dinh dưỡng, triệu chứng của suy giáp trạng.
- + Bụng chướng, nôn dịch như mật.
- + Giảm phản xạ, lực cơ, trương lực cơ hai chân, lông bất thường vùng cột sống, lõm vùng xương cụt, lệch rãnh gian mông.

1.4.1.2. Triệu chứng cận lâm sàng

Theo hướng dẫn của Hiệp hội Tiêu hoá, Gan mật và Dinh dưỡng Nhi Khoa Châu Âu và Bắc Mỹ (ESPGHAN và NASPGHAN), các xét nghiệm trong quá trình tiếp cận trẻ mắc táo bón, chỉ chỉ định trong những trường hợp nghi ngờ táo bón thực thể, trẻ mắc táo bón chức năng không đáp ứng với phương pháp điều trị chuẩn hoặc không có đầy đủ các tiêu chí để xác định táo bón chức năng [18].

a. Chụp Xquang ổ bụng không chuẩn bị

Chụp Xquang ổ bụng không chuẩn bị được chỉ định để xác định tình trạng ứ đọng phân trong đại trực tràng, hoặc khi không thăm khám được hậu môn - trực tràng do trẻ không hợp tác để thăm trực tràng, đau hậu môn, quá sợ hãi hay trẻ béo phì.

b. Chụp khung đại tràng cản quang

Chụp khung đại tràng cản quang nhằm mục đích xác định giải phẫu bình thường hay bất thường của đại tràng, xác định hậu quả của táo bón kéo dài hoặc chẩn đoán bệnh phình đại tràng bẩm sinh.

c. Đo áp lực hậu môn trực tràng

Đo áp lực hậu môn trực tràng là tập hợp các phương pháp để kiểm tra sự thay đổi áp lực trong trực tràng và ống hậu môn qua đó đánh giá phản xạ hậu môn trực tràng. Đây là xét nghiệm có giá trị trong chẩn đoán phân biệt táo bón chức năng với bệnh phình ĐT bẩm sinh.

d. Xét nghiệm máu

ESPGHAN và NASPGHAN đều khuyến cáo trẻ mắc táo bón có dấu hiệu báo động thì có thể làm các xét nghiệm máu để tìm các nguyên nhân gây táo bón thực thể như: suy giáp, bệnh celiac, cường cận giáp.

e. Sinh thiết tìm hạch thần kinh vùng trực tràng

Trong trường hợp nghi ngờ bệnh lý phình ĐT bẩm sinh, chẩn đoán xác định dựa vào sinh thiết niêm mạc TT tìm hạch thần kinh. Có hạch thần kinh vùng TT là táo bón chức năng. Vô hạch thần kinh TT chẩn đoán bệnh phình ĐT bẩm sinh.

1.1.5. Điều trị táo bón chức năng

1.1.5.1. Mục tiêu điều trị

Mục tiêu điều trị là giải quyết tình trạng ở phân ở TT, hồi phục lại hành vi đại tiện bình thường (phân mềm và không đau), không còn són phân và phòng ngừa tái phát [8].

Nguyên tắc điều trị

- Bước 1: Giải quyết tình trạng ứ phân bằng thụt tháo phân
- Bước 2: Điều trị duy trì bằng dùng thuốc và không dùng thuốc
- Bước 3: Giảm đau và từng bước cắt thuốc nhuận tràng nếu trẻ điều trị có hiệu quả.

1.1.5.2. Thụt tháo phân

Việc làm sạch phân là rất quan trọng trước khi bắt đầu điều trị duy trì để tối đa hóa thành công của điều trị. Nếu không loại bỏ được tình trạng ứ đọng phân trước đó có thể dẫn đến tình trạng táo bón ngày càng trầm trọng hơn.

Thời gian thụt tháo phân trong đại tràng từ 3-5 ngày, bằng đường uống hoặc thụt HM, có thể điều trị ngoại trú và cần nhắc nhập viện điều trị nội trú khi cần thiết.

1.1.5.3. Điều trị duy trì

Điều trị duy trì bao gồm điều trị dùng thuốc và các biện pháp không dùng thuốc.

a. Thay đổi lối sống

Thay đổi lối sống là biện pháp quan trọng trong điều trị táo bón chức năng không chỉ trong giai đoạn điều trị mà còn cả khi trẻ đã ngừng thuốc để đảm bảo tình trạng táo bón không tái phát trở lại thông qua việc giải thích, giáo dục, tư vấn. Cần tư vấn cho cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ và cả chính bản thân trẻ hiểu được về bệnh, những biến chứng có thể xảy ra nếu táo bón chức năng kéo dài không được theo dõi và điều trị, các yếu tố khởi phát táo bón, mục đích và thời gian duy trì thuốc nhuận tràng, cũng như các TDKMM có thể xảy ra trong quá trình dùng thuốc. Cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ sẽ giúp trẻ giảm sự lo lắng về hành vi đại tiện của mình, loại bỏ ý định cố tình che giấu bệnh, động viên và khuyến khích trẻ tập và duy trì thói quen đại tiện đúng cách, điều chỉnh những thói quen sinh hoạt có thể tác động đến táo bón (xem tivi quá lâu, ít hoạt động, mãi chơi quên đi đại tiện...), tạo sự tin tưởng về kết quả điều trị.

Trẻ mắc táo bón chức năng cần được cung cấp đủ dịch hàng ngày và nhu cầu này là khác nhau đối với từng trẻ.

Lượng chất xơ thấp trong khẩu phần thức ăn hàng ngày được coi như là một yếu tố nguy cơ gây táo bón cho trẻ. Chế độ ăn cung cấp đủ chất xơ sẽ làm giảm nguy cơ táo bón nhưng việc tăng thêm chất xơ trong điều trị táo bón làm tăng hiệu quả điều trị thì chưa đủ bằng chứng. Lượng chất xơ hàng ngày (gam) đối với trẻ trên 2 tuổi sẽ bằng tuổi của trẻ (năm) + 5.

b. Điều trị duy trì bằng dùng thuốc nhuận tràng

Sau khi thực tháo thành công, điều trị duy trì nên được bắt đầu ngay để ngăn ngừa sự tích tụ trở lại của phân. Các thuốc nhuận tràng chủ yếu dùng để điều trị duy trì táo bón chức năng là thuốc nhuận tràng tác dụng theo cơ chế thẩm thấu và kích thích.

1.2. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ gây táo bón

Các nghiên cứu cho thấy khoảng 90-95% các trường hợp táo bón ở trẻ em được xác định là táo bón chức năng và 5%-10% trường hợp táo bón của trẻ em được xác định là táo bón thực thể [21].

1.2.1. Nguyên nhân táo bón chức năng

Táo bón chức năng là bệnh lý đa yếu tố, không do tổn thương thực thể, trong đó các nguyên nhân chính bao gồm:

- Rối loạn phát triển (rối loạn hành vi, tự kỷ)
- Táo bón không thương xuyên (huấn luyện đi vệ sinh cưỡng ép, sợ hãi, lạm dụng tình dục, can thiệp của cha mẹ quá mức)
- Rối loạn tâm lý (trầm cảm)
- Giảm nhu động đại tràng
- Tổn thương quanh hậu môn: viêm, nấm, nứt hậu môn
- Yếu tố di truyền

- Môi trường
- Chế độ ăn (thiếu nước hoặc ít chất xơ, suy dinh dưỡng)

1.2.2. Các yếu tố nguy cơ gây táo bón chức năng

Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu được triển khai để xác định các yếu tố nguy cơ gây táo bón chức năng ở trẻ em.

Kết quả từ một số nghiên cứu cho thấy một số yếu tố có thể có liên quan đến táo bón chức năng ở trẻ em thái độ giáo dục con cái của cha mẹ, trình độ học vấn thấp của bà mẹ, tăng cân, giảm hoạt động cơ thể, chế độ ăn ít chất xơ, tiền sử táo bón của gia đình và sự phát triển tâm thần.

1.2.2.1. Chưa hoàn thiện cơ chế bài xuất phân

- Chưa hoàn thiện quá trình myelin hóa sợi thần kinh tủy sống và vùng cùng cụt, trẻ chưa kiểm soát được phản xạ bài xuất phân.
- Các cơ thẳng bụng, đường thẳng giữa chưa phát triển và khép kín.
- Trẻ dưới 4-5 tuổi khó điều khiển phối hợp các động tác tăng áp lực trong ổ bụng (nhịn thở vào, đẩy nắp sụn thanh thiệt, co các cơ liên đốt sống, cơ liên sườn, cơ thành bụng).

1.2.2.2. Chế độ dinh dưỡng không phù hợp

Sự vận động của ruột ảnh hưởng rõ rệt bởi các nguồn thức ăn và tập quán ăn uống của từng người.

Chế độ ăn thiếu hoặc không cân đối các chất sợi xơ tiêu hóa được và không tiêu hóa được. Nguồn gốc thức ăn và tập quán ăn uống có ảnh hưởng rõ rệt tới tính chất phân và số lần đại tiện của trẻ. Một chế độ ăn không cân đối hoặc thiếu các chất xơ không tiêu hóa được được cho là yếu tố nguy cơ gây táo bón chức năng. Lượng chất xơ không tiêu hoá được trong ĐT góp phần làm

tăng khối lượng phân, kích thích tăng nhu động ruột và chế độ ăn ít chất xơ luôn được xem là một yếu tố nguy cơ gây táo bón. Cara Hannah Axelrod và cộng sự trong một phân tích tổng quan đã ghi nhận thấy lợi ích của chất xơ trong điều trị táo bón chức năng.

Uống ít nước dẫn đến tình trạng thiếu nước. Trong nghiên cứu của Park và cộng sự, khi tìm hiểu mối liên quan giữa lượng nước uống với nguy cơ táo bón, ông nhận thấy trẻ uống ít hơn 500ml nước/ ngày hoặc ít hơn là một trong những yếu tố dự báo mạnh táo bón chức năng ở trẻ em ($p < 0,05$). Boilesena và cộng sự trong một nghiên cứu tổng quan đã ghi nhận có bằng chứng dịch tễ học về mối liên quan giữa lượng dịch tiêu thụ thấp và táo bón.

Dị ứng với protein sữa bò được xem như là một yếu tố nguy cơ của táo bón.

Chế độ ăn mất cân bằng: quá nhiều đạm, tinh bột.

1.2.2.3. Yếu tố tâm lý - giáo dục

- Quan niệm cho rằng phân là bẩn, giáo dục về sự sạch sẽ quá sớm ở trẻ có thể dẫn đến tác dụng ngược lại và thụ động.

- Khi môi trường thay đổi từ gia đình sang mẫu giáo dễ khiến trẻ không thích nghi với môi trường, kém tự tin, lo lắng và các vấn đề về cảm xúc và hành vi khác, làm tăng nguy cơ trẻ bị táo bón chức năng. Và điều kiện sống vệ sinh: ở nhà bẩn, nhà vệ sinh ở xa nơi ở và tối có thể là những yếu tố thuận lợi gây ra táo bón ở trẻ em.

- Tâm lý căng thẳng do các biến cố: mẹ có em bé, cha mẹ ly dị, xa cha mẹ, học hành kém ở trường, cha mẹ mất việc. Một số nghiên cứu đã chứng minh mối quan hệ của táo bón với các yếu tố tâm lý. Nghiên cứu của Niu và cộng sự đã phát hiện ra rằng yếu tố gây căng thẳng cho trẻ em, chẳng hạn như xung đột của cha

mẹ và phong cách gia đình độc đoán có mối quan hệ đáng kể với tình trạng táo bón ở trẻ em với OR lần lượt là 2,0 và 2,5. Họ cũng chỉ ra rằng xung đột trong mối quan hệ cha mẹ - con cái cao hơn đáng kể ở nhóm táo bón chức năng ($p < 0,001$). Một nghiên cứu ở Indonesia của Oswari Hanifa và cộng sự cũng phát hiện ra rằng trẻ em có cha mẹ mất việc cũng có liên quan đáng kể đến tình trạng táo bón ở trẻ em với OR là 1,7 [15].

- Căng thẳng liên quan đến rối loạn tâm lý cũng có liên quan chặt chẽ đến tình trạng táo bón ở trẻ em. Đầu tiên là một nghiên cứu của Dos Santos và cộng sự đã kết luận rằng trẻ em bị FC có nhiều vấn đề về cảm xúc và hành vi hơn trẻ em không bị táo bón. Họ phát hiện ra rằng trẻ em có các triệu chứng cảm xúc, vấn đề về hành vi và tăng động có liên quan đáng kể đến táo bón ở trẻ em. Ngoài ra, Equit và cộng sự phát hiện ra rằng trẻ em bị chứng són phân và táo bón có nhiều triệu chứng tâm lý và rối loạn tâm thần hơn như ADHD và rối loạn chống đối thách thức. Nghiên cứu gần đây nhất của Sangari và cộng sự được tiến hành ở Iran cho thấy táo bón chức năng ở trẻ em có liên quan đáng kể đến một số loại rối loạn lo âu. Nghiên cứu của Joinson cũng báo cáo rằng trẻ em bị táo bón chức năng có khả năng kiểm soát tâm trạng kém hơn so với trẻ khỏe mạnh.

1.2.2.4. Các yếu tố nguy cơ khác

Các yếu tố nguy cơ khác đã được chứng minh là có liên quan với táo bón ở trẻ em như thừa cân béo phì, giảm hoạt động thể chất. Theo một số nghiên cứu những trẻ em béo phì có tỷ lệ bị táo bón cao hơn những trẻ có cân nặng bình thường. Mối liên quan giữa táo bón và các rối loạn tiêu hóa chức năng khác ở trẻ em với béo phì và thừa cân cũng đã được mô tả theo nghiên cứu của Phatak tại Hoa Kỳ. Điều này có thể liên quan đến các vấn đề về tâm lý, chế độ ăn uống, vận động kém. Một nghiên cứu tại bệnh viện về trẻ em mắc bệnh béo phì đã báo

cáo sự chậm trễ trong quá trình vận chuyển đại tràng khiến táo bón trở nên nghiêm trọng hơn ở những trẻ này.

Các yếu tố như tình trạng kinh tế xã hội, trình độ học vấn và thái độ nuôi dạy con cái của cha mẹ được coi là một trong các yếu tố nguy cơ gây táo bón chức năng trẻ em.

1.3. Ảnh hưởng của táo bón chức năng lên sự tăng trưởng của trẻ em

1.3.1. Định nghĩa tăng trưởng ở trẻ em

Tăng trưởng là quá trình phát triển liên tục về thể chất của trẻ, được đánh giá thông qua các chỉ số nhân trắc như cân nặng theo tuổi (CN/T), chiều cao theo tuổi (CC/T), cân nặng theo chiều cao (CN/CC) và chỉ số khối cơ thể theo tuổi (BMI). Tăng trưởng phản ánh tổng hòa của nhiều yếu tố bao gồm di truyền, dinh dưỡng, tình trạng bệnh lý, môi trường sống và chăm sóc y tế [23]

1.3.2. Cơ chế ảnh hưởng của táo bón chức năng đến tăng trưởng

Táo bón chức năng có thể tác động đến tăng trưởng của trẻ thông qua nhiều cơ chế khác nhau. Trẻ bị táo bón thường có cảm giác đầy bụng, khó chịu, đau khi đi tiêu, dẫn đến chán ăn, ăn ít và giảm lượng năng lượng nạp vào cơ thể. Tình trạng ứ phân kéo dài cũng có thể ảnh hưởng đến quá trình tiêu hóa và hấp thu các chất dinh dưỡng.

Ngoài ra, táo bón chức năng thường đi kèm với các rối loạn hành vi ăn uống và sinh hoạt. Trẻ có xu hướng nhịn đi tiêu do sợ đau, làm nặng thêm tình trạng táo bón và duy trì vòng xoắn bệnh lý. Stress tâm lý và khó chịu kéo dài cũng có thể ảnh hưởng gián tiếp đến sự phát triển thể chất của trẻ.

Một số nghiên cứu còn cho rằng sự thay đổi hệ vi sinh đường ruột ở trẻ bị táo bón chức năng có thể góp phần làm giảm khả năng hấp thu dưỡng chất, từ đó ảnh hưởng đến tăng trưởng. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã đánh giá

mối liên quan giữa táo bón chức năng và tăng trưởng ở trẻ em, tuy nhiên kết quả còn chưa hoàn toàn thống nhất.

Một số nghiên cứu cắt ngang cho thấy trẻ bị táo bón chức năng có tỷ lệ tăng trưởng kém, chậm tăng cân hoặc thấp còi cao hơn so với trẻ không bị táo bón. Nghiên cứu của Bongers và cộng sự ghi nhận trẻ bị táo bón mạn tính có cân nặng và chiều cao trung bình thấp hơn nhóm chứng, đặc biệt ở nhóm trẻ mắc bệnh kéo dài.

Một nghiên cứu khác tại Hàn Quốc cho thấy trẻ bị táo bón chức năng có nguy cơ suy dinh dưỡng và tăng trưởng kém cao hơn, với các chỉ số CN/T và CC/T thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không táo bón. Các tác giả cho rằng thời gian mắc táo bón càng dài thì mức độ ảnh hưởng đến tăng trưởng càng rõ rệt.

1.3.3. Đánh giá tình trạng tăng trưởng dựa trên chỉ số nhân trắc học

Tình trạng tăng trưởng được đánh giá dựa trên ba chỉ tiêu nhân trắc học tính theo Z-score của WHO 2006. SDD được chia thành 3 thể: SDD nhẹ cân, SDD thấp còi và SDD gầy còm. Theo khuyến nghị của WHO, các chỉ tiêu thường dùng để đánh giá tình trạng tăng trưởng là cân nặng theo tuổi (CN/T), chiều cao theo tuổi (CC/T), cân nặng theo chiều cao (CN/CC) [23].

- Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân khi chỉ số chiều cao theo tuổi bình thường, nhưng cân nặng/chiều cao $< -2SD$, biểu thị SDD mới diễn ra và chế độ ăn hiện tại chưa phù hợp với nhu cầu.
- Suy dinh dưỡng thể thấp còi khi chỉ số Chiều cao/Tuổi có Z – score $< -2SD$ nhưng cân nặng theo chiều cao bình thường. Phản ánh sự thiếu dinh dưỡng đã xảy ra trong thời gian dài, nặng và sớm vì đã gây ảnh hưởng trên sự phát triển tầm vóc của trẻ.
- Suy dinh dưỡng thể gầy còm khi chỉ số Cân nặng/Chiều cao có Z – score $<$

- 2SD chứng tỏ tình trạng thiếu dinh dưỡng đã xảy ra trong quá khứ và tiếp tục tiến triển đến hiện nay
- Thừa cân (**trẻ ≤5 tuổi**) khi chỉ số Cân nặng/Chiều cao có Z – score > +2SD
 - Béo phì (**trẻ ≤5 tuổi**) khi chỉ số Cân nặng/Chiều cao có Z – score ≥ +3SD
 - Thừa cân (**Trẻ >5 tuổi**) khi BMI > +1 SD
 - Béo phì (**Trẻ >5 tuổi**) khi BMI > +2 SD

Bảng 1.1: Tình trạng dinh dưỡng của trẻ được đánh giá theo chuẩn tăng trưởng WHO 2006 với 3 chỉ số theo Z-Score

Z - score	Chiều cao/Tuổi	Cân nặng/Tuổi	Cân nặng/Chiều cao (trẻ ≤5 tuổi)	BMI Trẻ >5 tuổi
≥ - 2SD	Không SDD	Không SDD	Không SDD	
-3SD ÷ - 2SD	Thấp còi vừa	Nhẹ cân vừa	Gầy còm vừa	
< - 3SD	Thấp còi nặng	Nhẹ cân nặng	Gầy còm nặng	
> +1SD				Thừa cân
> +2SD				Béo phì

1.3.4. Ảnh hưởng của thời gian và mức độ táo bón chức năng đến tăng trưởng

Thời gian mắc táo bón chức năng được cho là yếu tố quan trọng quyết định mức độ ảnh hưởng đến tăng trưởng. Trẻ bị táo bón kéo dài, tái phát nhiều lần hoặc không được điều trị đầy đủ có nguy cơ cao hơn bị tăng trưởng kém.

Một số nghiên cứu theo dõi dọc cho thấy sau khi điều trị hiệu quả táo bón chức năng, các chỉ số tăng trưởng của trẻ có xu hướng cải thiện, đặc biệt là cân nặng. Điều này củng cố giả thuyết rằng táo bón chức năng có thể là yếu tố góp phần gây tăng trưởng kém và việc can thiệp sớm có thể mang lại lợi ích về mặt tăng trưởng.

Một số nghiên cứu nói đến tình trạng giấc ngủ không đủ giấc và chất lượng giấc ngủ không tốt của trẻ táo bón chức năng.

Các nghiên cứu chỉ ra rằng, táo bón chức năng ảnh hưởng đến sự hấp thu chất dinh dưỡng và từ đó ảnh hưởng đến tăng trưởng của trẻ em.

Mối quan hệ giữa táo bón chức năng và tình trạng tăng trưởng không nhất quán, còn gây tranh cãi và có nhiều kết quả. Nghiên cứu đối chứng của Azizollah trên 130 trẻ, kết quả thu được cho thấy cân nặng trung bình của nhóm bệnh là $23,69 \pm 4,14$ kg và chiều cao trung bình là $126,49 \pm 10,34$ cm. Cân nặng trung bình của nhóm đối chứng là $31,62 \pm 4,85$ kg và chiều cao trung bình là $153,47 \pm 13,88$ cm, cho thấy táo bón ảnh hưởng tiêu cực đến sự phát triển cân nặng và chiều cao của trẻ em, cân nặng và chiều cao trung bình quan sát được thấp hơn đáng kể ở nhóm bị táo bón, với bằng chứng cho thấy liệu pháp điều trị táo bón hiệu quả có thể cải thiện kết quả tăng trưởng. Nghiên cứu Vriesman và cộng sự cho rằng táo bón chức năng có thể góp phần gây ra sự tăng trưởng kém và còi cọc, với sự tăng trưởng được quan sát thấy sau khi điều trị táo bón chức năng thành công, bao gồm cả việc điều chỉnh các tác dụng của điều trị.

Tuy nhiên, một nghiên cứu báo cáo không có mối liên hệ đáng kể giữa táo bón chức năng và tầm vóc thấp. Mười tám nghiên cứu với sự tham gia của 33.410 trẻ em đã được chọn trong nghiên cứu này. Phân tích tổng hợp tất cả các nghiên cứu cho thấy mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa táo bón chức năng với tình trạng thừa cân/béo phì ($OR = 1,75$; $95\%CI = 1,11-2,76$; $p = 0,02$),

trong nhóm các quốc gia châu Á, và suy dinh dưỡng (OR = 2,38; 95% CI = 1,43-3,97; $p < 0,001$) trong nhóm các quốc gia châu Á sử dụng tiêu chí ROME. Bệnh nhân có cân nặng cũng phổ biến hơn ở nhóm bệnh nhân không mắc táo bón chức năng ở châu Á (OR = 0,54; 95% CI = 0,38-0,76; $p < 0,001$).

1.4. Tình hình nghiên cứu trên thế giới và trong nước

1.4.1. Tình hình táo bón chức năng trên thế giới

Các số liệu trong nước và trên thế giới cho thấy táo bón là một vấn đề quan trọng cần được quan tâm trong chăm sóc sức khỏe cho trẻ em

Tỷ lệ mắc táo bón ở trẻ em thay đổi theo nhóm tuổi và giới tính. Wu và cộng sự nghiên cứu 2375 trẻ em tiểu học từ 7 - 12 tuổi, trẻ mắc táo bón chiếm tỷ lệ 32,25%. Trong đó, 24,4% trẻ bị táo bón trong độ tuổi 11 - 12, 34% trẻ từ 9 - 10 tuổi và 39,6% trẻ từ 7 - 8 tuổi. Trong một nghiên cứu của Rajindrajith và cộng sự ở Sri Lanka, tình trạng són phân chiếm 2% trẻ em, trong đó 82% có liên quan đến táo bón chức năng. Theo Felicia Djurijanto và cộng sự trong thực hiện phân tích tổng hợp năm 2023, trong số 50 nghiên cứu nhi khoa được thực hiện tại 15 quốc gia và khu vực trên khắp châu Á, tỷ lệ táo bón ở trẻ em ở châu Á là 12,0%, với tỷ lệ dao động từ dưới 1% đến hơn 39%, xác định sớm táo bón chức năng có thể nâng cao kết quả điều trị cho trẻ và ngăn ngừa tái phát ở tuổi trưởng thành

1.4.2. Tình hình táo bón chức năng ở Việt Nam

Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Lương Hồng Vân (2016) trên 184 trẻ bị táo bón mạn chức năng cho thấy thay 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%) [10]

Nghiên cứu bệnh - chứng khác trên 280 trẻ từ 1 đến 5 tuổi đến khám tại phòng khám chuyên khoa tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Trung ương nhận thấy các yếu tố nguy cơ như tuổi ≥ 36 tháng (OR: 2,5, $p = 0,032$), lượng xơ cung cấp trong ngày $\leq 80\%$ so với khuyến cáo (OR: 5,8, $p < 0,001$), lượng nước cung cấp trong ngày $\leq 80\%$ so với khuyến cáo (OR: 6,4, $p < 0,001$), không có thói quen đại tiện hàng ngày (OR: 24,3, $p < 0,001$), tiền sử gia đình có người bị táo bón (OR: 4,2, $p = 0,005$). Nghiên cứu chỉ ra rằng, việc thay đổi chế độ ăn, tập thói quen đi đại tiện hàng ngày giúp phòng tránh táo bón chức năng ở trẻ em [11].

1.4.3. Tình hình táo bón chức năng tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2

Tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2, các mặt bệnh lý về tiêu hóa ở trẻ em luôn chiếm tỷ trọng đáng kể, dao động từ 20% đến 30% tổng lưu lượng bệnh nhân thăm khám. Trong đó, táo bón là tình trạng phổ biến với tỷ lệ chiếm khoảng 10-15%, mà đa phần là táo bón chức năng. Mặc dù số lượng bệnh nhi tiếp nhận thực tế rất lớn, bệnh không gây các biến chứng nguy hiểm nhưng gây ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống của trẻ và tâm lý phụ huynh, nhưng hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá cụ thể về thực trạng này tại đơn vị. Điều này đặt ra nhu cầu cấp thiết về một đề tài nghiên cứu nhằm chuẩn hóa dữ liệu và nâng cao hiệu quả điều trị.

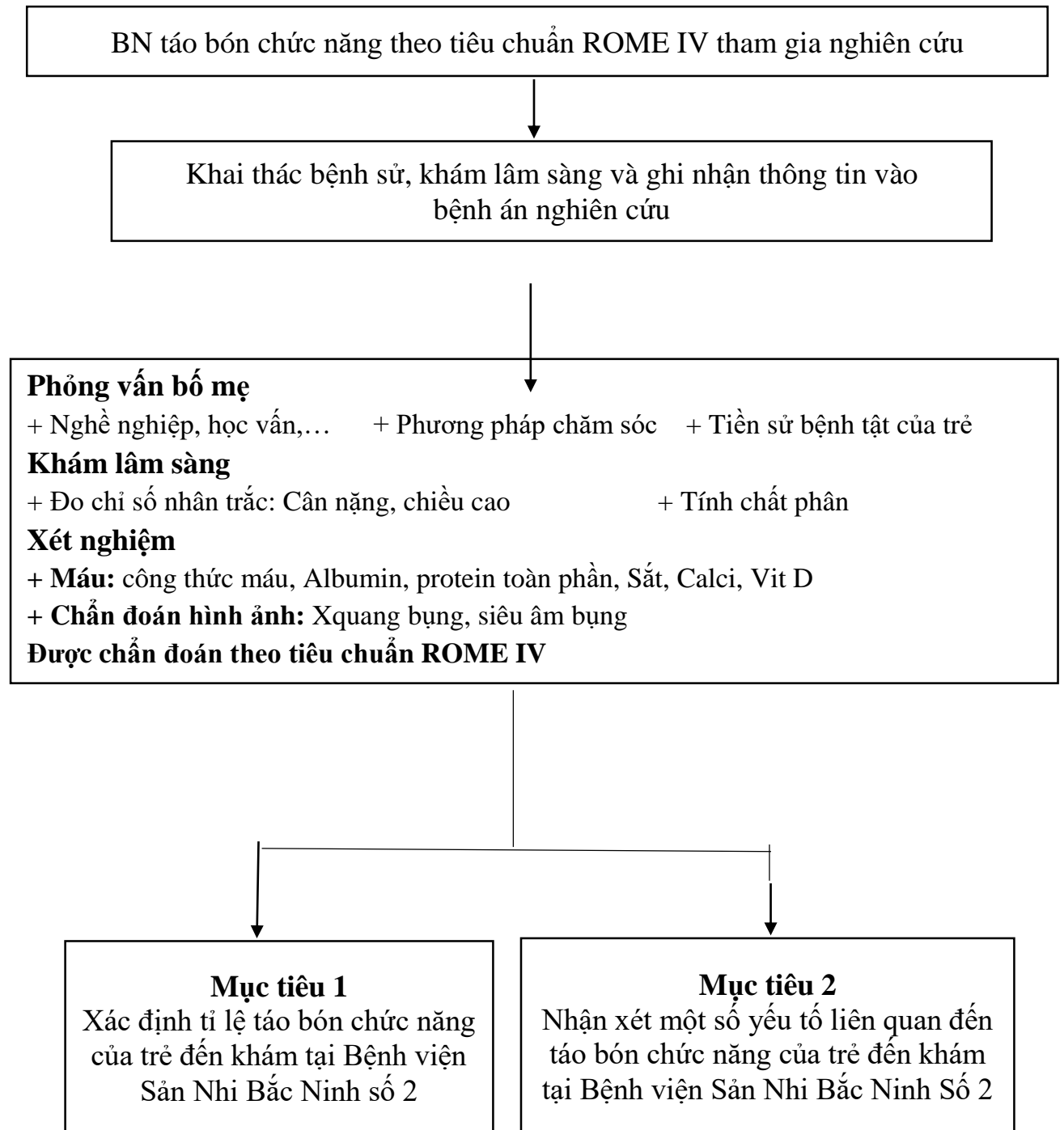
1.5. Một số thông tin về khoa Khám bệnh – Cấp cứu ban đầu, Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 2

Bệnh viện Sản - Nhi Bắc Ninh số 2 được thành lập từ tháng 5/2014 và được chính thức đi vào hoạt động từ tháng 7 năm 2015, là đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế với 750 giường kế hoạch và 26 khoa/phòng/đơn nguyên.

Khoa Khám bệnh – Cấp cứu ban đầu đóng vai trò phân loại và là nơi đầu tiên tiếp đón, thực hiện phân loại bệnh nhanh, ưu tiên hồi sức ngay cho các ca nguy

kịch. Nhiệm vụ trọng tâm bao gồm: khám lâm sàng, chỉ định cận lâm sàng để chẩn đoán và xử trí: điều trị ngoại trú, nhập viện hoặc chuyển tuyến khi vượt khả năng. Bên cạnh đó, khoa còn thực hiện cấp cứu khẩn cấp, tư vấn chăm sóc trẻ và giáo dục sức khỏe. Khoa là đầu mối điều tiết lưu lượng bệnh nhân, đảm bảo quy trình vận hành toàn viện luôn thông suốt và an toàn ngay từ cửa ngõ. Khoa được trang bị hệ thống máy móc hiện đại, cùng với đội ngũ bác sĩ và điều dưỡng có trình độ chuyên môn cao, giàu kinh nghiệm và tận tâm với người bệnh đảm bảo sức khỏe cho bệnh nhân. Với mục tiêu nâng cao chất lượng trong khám, cấp cứu và điều trị, Khoa Khám bệnh không ngừng cải tiến quy trình đón tiếp, cấp cứu, khám bệnh và áp dụng các kỹ thuật tiên tiến và phối hợp chặt chẽ với các khoa phòng trong bệnh viện, góp phần nâng cao chất lượng bệnh viện đáp ứng nhu cầu khám bệnh trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh và các khu vực lân cận.

Sơ đồ cây vấn đề



Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trẻ được chẩn đoán táo bón chức năng đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2 từ 02/2026 đến 30/07/2026.

2.1.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Trẻ có biểu hiện táo bón chức năng được xác định theo tiêu chuẩn ROME IV:^{2,11}

- Trẻ dưới 4 tuổi triệu chứng phải kéo dài ít nhất 1 tháng và phải có ít nhất 2 trong số các tiêu chuẩn sau:
 - + Đại tiện ≤ 2 lần/tuần.
 - + Tiền sử ứ phân quá mức.
 - + Tiền sử khó hoặc đau khi đại tiện
 - + Tiền sử đại tiện phân khuôn kích thước lớn.
 - + Có khối phân lớn trong trực tràng.

Với những trẻ đã được huấn luyện kỹ năng đại tiện ở nhà vệ sinh (trên 2,5 tuổi) 2 tiêu chuẩn sau có thể được sử dụng:

- + Số phân ít nhất 1 lần/tuần sau khi đã đạt được kỹ năng đại tiện ở nhà vệ sinh.
- + Tiền sử đại tiện khuôn phân kích thước lớn, có thể làm tắc bồn cầu.
- Trẻ trên 4 tuổi các triệu chứng phải xuất hiện ít nhất 1 lần/tuần, kéo dài tối thiểu 1 tháng và phải có ít nhất 2 trong số các tiêu chuẩn sau và không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng ruột kích thích.
 - + Đại tiện ≤ 2 lần/tuần.
 - + Số phân ít nhất 1 lần/tuần.

- + Tiền sử nhin đi ngoài hoặc ứ phân quá mức một cách tự ý.
- + Tiền sử khó hoặc đau khi đại tiện
- + Có khối phân lớn trong trực tràng.
- + Tiền sử đi ngoài phân khuôn kích thước lớn, có thể làm tắc bồn cầu.

Sau khi thăm khám, các triệu chứng không thể được giải thích đầy đủ bởi bất kỳ tình trạng bệnh lý nào.

- Cha mẹ/người giám hộ trực tiếp của trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ bị táo bón do nguyên nhân thực thể.
- Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám, Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2.
- Thời gian nghiên cứu: 02/2026 - 30/07/2026.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả
- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu cho nghiên cứu sẽ được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện: lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán táo bón chứng năng đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh từ tháng 01/02/2026 đến tháng 30/07/2026.

Tính cỡ mẫu ngẫu nhiên theo công thức ước lượng một tỉ lệ trong quần thể:

$$N = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{p \cdot (1-p)}{\varepsilon^2}$$

Trong đó:

N: cỡ mẫu nhỏ nhất phải đạt được trong nghiên cứu.

p: Tỷ lệ táo bón chức năng đến khám tại phòng khám, theo nghiên cứu tác giả Võ Loan Anh (2017) tại Bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang là 30,3% [9].

Z: Hệ số tin cậy. Lấy $Z = 1,96$ ở mức độ tin cậy 95%.

$\varepsilon = 0,05$: hệ số điều chỉnh.

Tính toán ta được cỡ mẫu lý thuyết $N = 224$ bệnh nhân táo bón chức năng.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn theo bộ câu hỏi kết hợp khám bệnh và ghi thông tin theo bệnh án nghiên cứu và các xét nghiệm

2.6. Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu

Các biến số, phương pháp và công cụ thu thập thông tin được thể hiện trong bảng dưới đây

Bảng 2.1: Các biến số, chỉ số trong nghiên cứu

STT	Tên biến	Phân loại	Định nghĩa	Phương pháp thu thập	Công cụ
Mục tiêu 1: Xác định tỉ lệ táo bón chức năng của trẻ đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh Số 2 năm 2026					

1	Tuổi	Định lượng	Thời gian từ lúc sinh đến thời điểm nhập viện (tháng)	Tra cứu HSBA Phòng vấn	Bệnh án nghiên cứu
2	Giới	Định tính	Nữ hoặc Nam	Phòng vấn, quan sát	Bệnh án Nghiên cứu
3	Lý do đến khám	Định tính	Đau bụng/đi ngoài khó/són phân/khám sức khỏe định kỳ	Phòng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
4	Số lần đại tiện/tuần	Định lượng	Số lần đại tiện trung bình/tuần.	Phòng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
5	Tính chất phân	Định tính	Phân loại 1, 2, 3, 4, 5, 6,7 theo thang điểm Bristol	Phòng vấn, quan sát	Bệnh án Nghiên cứu
6	Triệu chứng cơ năng	Định tính	Các triệu chứng như: đau HM, tư thế giữ phân, đại tiện phân máu, đau bụng, gắng sức, són phân, chán ăn, rối loạn tiêu tiện	Phòng vấn	Bệnh án Nghiên cứu

7	Triệu chứng thực thể	Định tính	Các triệu chứng như: Tỷ lệ trẻ có khối phân ở hố chậu trái, bụng chướng, nứt kẽ HM, nếp da thừa HM, sa TT	Khám lâm sàng	Bệnh án Nghiên cứu
8	Thói quen đại tiện hằng ngày	Định tính	Có/ không	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
9	Thói quan nhin đại tiện	Định tính	Có/không	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
10	Thời gian đại tiện phân su	Định tính	<1ngày 1-2 ngày >2 ngày không nhớ rõ	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
11	Tuổi bắt đầu ăn dặm	Định tính	< 6 tháng/≥ 6 tháng	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu

12	Thời gian trẻ táo bón đến lúc chẩn đoán	Định tính	1-6 tháng 7-12 tháng >12 tháng	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
13	Tuổi khởi phát táo bón		< 12 tháng 1-3 tuổi >3 tuổi		

Mục tiêu 2: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến táo bón chức năng của trẻ đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh Số 2 năm 2026.

1	Lượng xơ	Bán định lượng	Lượng xơ trẻ ăn/ngày so với chuẩn khuyến cáo (ước tính)	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
2	Lượng nước	Bán định lượng	Lượng nước trẻ uống/ngày so với chuẩn khuyến cáo (ước tính)	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
3	Tiền sử gia đình có người táo bón	Định tính	Có/không	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu

5	Uống sữa công thức	Định tính	Hoàn toàn/ không hoàn toàn	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
6	Tình trạng đại tiện hiện tại	Định tính	Đã biết ngòi bô > 2 tháng Đã biết ngòi bô ≤ 2 tháng Chưa biết ngòi bô	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
7	Tuổi bắt đầu uống sữa công thức	Định tính	< 6 tháng/≥ 6 tháng	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
8	Tuổi bắt đầu ăn dặm	Định tính	< 6 tháng/≥ 6 tháng	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
9	Tiền sử sử dụng thuốc nhuận tràng	Định tính	Có/không	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
10	Tuổi mẹ	Định tính	< 30 tuổi/≥ 30 tuổi	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu

11	Nghề nghiệp	Định tính	Tự do/CN-CBCC	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
12	Nơi ở	Định tính	Nông thôn/ Thành phố	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
13	Trình độ học vấn mẹ	Định tính	\leq THPT/ \geq Đại học	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
14	Mẹ nấu ăn cho trẻ	Định tính	Tự nấu/không tự nấu	Phỏng vấn	Bệnh án Nghiên cứu
15	Chiều dài/ chiều cao	Rời rạc	Đo chiều cao với trẻ >2 tuổi, với 5 điểm chạm. Đo chiều dài nằm bằng thước gỗ ba mảnh thời điểm nhập viện. Độ chính xác lấy 1 chữ số thập phân (cm).	Phỏng vấn, khám	Bệnh án Nghiên cứu

16	Cân nặng	Rời rạc	Cân nặng của trẻ thời điểm vào viện, đo bằng cân đồng hồ/hoặc cân điện tử (kg)	Phỏng vấn, khám	Bệnh án Nghiên cứu
17	Chỉ số tăng trưởng Cân nặng/Tuổi	Danh mục	Tính chỉ số Z-Core, phân loại: +Bình thường +SDD thể nhẹ cân vừa +SDD thể nhẹ cân nặng	Phỏng vấn, khám	Bệnh án Nghiên cứu
18	Chỉ số tăng trưởng Chiều cao/Tuổi	Danh mục	Tính chỉ số Z-Core, phân loại: + Bình thường + SDD thể thấp còi vừa + SDD thể thấp còi nặng	Phỏng vấn, khám	Bệnh án Nghiên cứu

19	Chỉ số tăng trưởng Cân nặng/ Chiều cao	Danh mục	Tính chỉ số Z-Core, phân loại: +Bình thường +SDD thể gầy còm vừa +SDD thể gầy còm nặng +Thừa cân + Béo phì	Phỏng vấn, khám	Bệnh án Nghiên cứu
20	Chỉ số khối cơ thể (BMI) (trẻ >5 tuổi)	Danh mục	Bình thường Thừa cân Béo phì	Phỏng vấn, khám	Bệnh án Nghiên cứu

2.7. Một số tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

Nhu cầu chất xơ hàng ngày

$$\text{Lượng chất xơ/ngày (gam)} = \text{số tuổi (năm)} + 5$$

Phỏng vấn bà mẹ về khẩu phần ăn 24h trong 3 ngày bình thường của trẻ trước khi điều trị để dự đoán lượng chất xơ trẻ nhận vào. Tính lượng xơ theo tuổi của trẻ và hướng dẫn bà mẹ cách ước tính lượng xơ trong khẩu phần ăn của trẻ bằng cách đối chiếu hàm lượng xơ trong thực phẩm theo Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam.

Bảng 2.2. Nhu cầu dịch hàng ngày của trẻ

Tuổi		Tổng lượng dịch trong ngày (ml)	Lượng nước uống trong ngày (ml)
0 - 6 tháng		700 (nước trong sữa mẹ)	
7 - 12 tháng		800 (nước từ sữa, thức ăn bổ sung hoặc nước quả)	600
1 - 3 tuổi		1300	900
4 - 8 tuổi		1700	1200
9 - 13 tuổi	Nam	2400	1800
	Nữ	2100	1600
14 - 18 tuổi	Nam	3300	2600
	Nữ	2300	1800

Bảng 2.3. Phân loại suy dinh dưỡng theo WHO (2006)

Chỉ số	Đánh giá
Cân nặng/ tuổi $\leq - 2SD$	SDD thể nhẹ cân
Chiều cao/ tuổi $\leq - 2SD$	SDD thể thấp còi
Cân nặng/ chiều cao $\leq - 2SD$	SDD thể gầy còm

$-2SD \leq \text{cân nặng/ tuổi} \leq +2SD$	Bình thường
Cân nặng/ chiều cao $>+2SD$ (trẻ ≤ 5 tuổi)	Thừa cân
Cân nặng/ chiều cao $\geq +3SD$ (trẻ ≤ 5 tuổi)	Béo phì
BMI (trẻ >5 tuổi) $> +1SD$	Thừa cân
BMI (trẻ >5 tuổi) $> +2SD$	Béo phì

2.8. Phân tích và xử lý số liệu

2.8.1. Nhập số liệu

- Bảng và bộ câu hỏi phỏng vấn được kiểm tra đầy đủ các thông tin và kiểm tra lại thông tin thiếu, nghi ngờ qua điện thoại trước khi nhập số liệu.
- Nhập số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.8.2. Xử lý và phân tích số liệu

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, trên phần mềm SPSS 22.0.
- Các chỉ tiêu định lượng được tính theo giá trị trung bình.
- Các chỉ tiêu so sánh, sự khác biệt thăm định ý nghĩa thống kê chấp nhận độ tin cậy 95% hay các khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.9. Sai số và không chế sai số

- Nghiên cứu có thể gặp các sai số nhớ lại: tiền sử, triệu chứng.
- Để không chế sai số:
 - + Mẫu bệnh án rõ ràng, hợp lý.
 - + Trong quá trình thu thập thông tin (hỏi về triệu chứng, tiền sử ...), nếu bố mẹ không nhớ thì cần hỏi những người chăm sóc khác, phát bảng theo dõi

phân và các triệu chứng để theo dõi tại nhà giữa các lần tái khám.

- + Nếu trong quá trình kiểm tra thấy không phù hợp, đối tượng bị loại khỏi nghiên cứu.
- + Khi nhập số liệu và xử lý số liệu cần tiến hành 2 lần để đối chiếu kết quả.

2.10. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đề tài nghiên cứu chỉ tiến hành sau khi được thông qua hội đồng khoa học và được sự chấp thuận của lãnh đạo Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2.
- Cha mẹ hoặc người giám hộ trực tiếp của trẻ hiểu rõ mục tiêu nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, có quyền rút lui khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.
- Đối với bệnh nhân đến khám và điều trị vẫn được khám bệnh toàn diện, điều trị đúng phác đồ quy định của Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2
- Cha mẹ và người giám hộ trực tiếp của được cung cấp đầy đủ các thông tin và được tư vấn về bệnh và các phương pháp phòng bệnh, điều trị cụ thể. Mọi thông tin liên quan đến bệnh nhân được giữ bí mật.
- Nghiên cứu này chỉ nhằm phục vụ cho việc nâng cao khám chữa bệnh cho bệnh nhân, ngoài ra không có mục đích nào khác.
- Các số liệu trong nghiên cứu trung thực, chính xác.

Chương 3

DỰ KIẾN KẾT QUẢ

3.1. Xác định tỷ lệ tảo bón chức năng của trẻ đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2 năm 2026

Bảng 3.1: Phân bố nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
< 1 tuổi		
$1 \leq \text{tuổi} < 4$		
$4 \leq \text{Tuổi} < 6$		
≥ 6 tuổi		
$\bar{x} \pm SD$		

Nhận xét:

Bảng 3.2: Phân bố giới tính đối tượng nghiên cứu

Giới	N	%
Nam		
Nữ		

Nhận xét:

Bảng 3.3: Đặc điểm chung của trẻ trong nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng		n	%
Tính chất phân	Loại 1		
	Loại 2		
	Loại 3		
Lượng nước/ ngày	< 80% nhu cầu		
	≥ 80% nhu cầu		
Lượng xơ/ ngày	< 80% nhu cầu		
	≥ 80% nhu cầu		
Thói quen nín đại tiện	Không		
	Có		
Tiền sử gia đình có người táo bón chức năng	Không		
	Có		
Uống sữa công thức	Hoàn toàn		
	Không hoàn toàn		
Thời gian đại tiện phân su	<1 ngày		
	1-2 ngày		

	>2 ngày		
	Không nhớ rõ		
Tình trạng đại tiện hiện tại của bé	Đã biết ngồi bô > 2 tháng		
	Đã biết ngồi bô ≤ 2 tháng		
	Hiện còn đại tiện trong bím		
Tuổi bắt đầu uống sữa bột	< 6 tháng		
	≥6 tháng		
Tuổi bắt đầu ăn dặm	<6 tháng		
	≥6 tháng		

Nhận xét:

Bảng 3.4: Thời gian từ khi trẻ bị mắc táo bón đến khi được chẩn đoán

Tuổi	N	%
1-6 tháng		
7-12 tháng		
>12 tháng		

Nhận xét:

Bảng 3.5: Triệu chứng cơ năng của trẻ trước điều trị

Triệu chứng cơ năng	N	%
Gắng sức khi đại tiện		
Tư thế giữ phân		
Đau hậu môn		
Đại tiện phân máu		
Són phân		
Đau bụng		
Chán ăn		
Rối loạn tiểu tiện		

Nhận xét:

Bảng 3.6: Triệu chứng thực thể của trẻ trước điều trị

Triệu chứng thực thể	N	%
Bụng chướng		
Khối phân ở hố chậu trái		
Nứt kẽ hậu môn		
Nếp da thừa hậu môn		

Sa trực tràng		
---------------	--	--

3.2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến táo bón chức năng của trẻ đến khám tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2 năm 2026

Bảng 3.7: Ảnh hưởng lượng nước/ngày đến số lần đại tiện trung bình/ tuần

Lượng nước	Số lần đại tiện trung bình/ tuần		p
	N	X ± SD	
< 80% nhu cầu			
≥ 80% nhu cầu			

Nhận xét:

Bảng 3.8. Ảnh hưởng của lượng xơ/ngày đến số lần đại tiện trung bình/ tuần của trẻ

Lượng xơ	Số lần đại tiện trung bình/ tuần		p
	N	X ± SD	
< 80% nhu cầu			
≥ 80% nhu cầu			

Nhận xét:

Bảng 3.9: Ảnh hưởng của thói quen nhịn đại tiện đến số lần đại tiện trung bình/tuần

Thói quen đại tiện	Số lần đại tiện trung bình/ tuần		p
	N	$X \pm SD$	
Không			
Có			

Nhận xét:

Bảng 3.10: Ảnh hưởng của thói quen nhịn đại tiện đến tính chất phân của trẻ

Thói quen đại tiện	Phân táo bón		Phân bình thường		OR (95%CI)
	n	%	N	%	
Không					
Có					

Nhận xét:

Bảng 3.11: Mối liên hệ giữa bà mẹ và tình trạng táo bón của trẻ

		N	%

Tuổi	≥ 30 tuổi		
	< 30 tuổi		
Nghề nghiệp	Tự do		
	CN-CBCC		
Nơi ở	Nông thôn		
	Thành phố		
Trình độ học vấn	$\leq THPT$		
	\geq Đại học		
Mẹ quan tâm trẻ	Tự nấu ăn cho trẻ		
	Không tự nấu ăn cho trẻ		
Táo bón	Có		
	Không		

Nhận xét:

Bảng 3.12: Tiền sử bệnh lý của trẻ

Bệnh lý	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm dạ dày		
Tự kỷ		
Suy giáp		

Vàng da kéo dài		
Bại não		

Nhận xét:

Bảng 3.13: Các yếu tố nguy cơ gây táo bón chức năng

Yếu tố nguy cơ		Táo bón chức năng OR (95% CI)		p
		Phân tích đơn biến	Phân tích đa biến	
Tuổi	< 36 tháng			
	≥ 36 tháng			
Lượng xơ cung cấp/ngày	≤ 80% nhu cầu			
	>80% nhu cầu			
Lượng nước cung cấp/ngày	≤ 80% nhu cầu			
	>80% nhu cầu			
Tình trạng dinh dưỡng	Suy dinh dưỡng			
	Bình thường			
Thói quen đại tiện hàng ngày	Không			
	Có			
Tiền sử gia đình	Không			
	Có			

có người táo bón				
---------------------	--	--	--	--

Nhận xét:

Bảng 3.14 Tình trạng dinh dưỡng của trẻ khi bị táo bón chức năng

Tình trạng dinh dưỡng của trẻ		Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Cân nặng/tuổi	Bình thường		
	SDD		
Chiều cao/tuổi	Bình thường		
	SDD		
Cân nặng/Chiều cao	Bình thường		
	SDD		
	Thừa cân		
	Béo phì		
BMI (Trẻ > 5 tuổi)	Bình thường		
	Thừa cân		
	Béo phì		

Nhận xét:

Bảng 3.15: Tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng của trẻ tảo bón chức năng

Tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng		Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)	$\bar{x} \pm SD$
Albumin	Giảm			
	Bình thường			
Protein toàn phần	Giảm			
	Bình thường			
Canxi toàn phần	Giảm			
	Bình thường			
Sắt huyết thanh	Giảm			
	Bình thường			
Vitamin D	Giảm			
	Bình thường			

Nhận xét:

Chương 4

DỰ KIẾN BÀN LUẬN

Phân tích, diễn giải ý nghĩa của kết quả nghiên cứu, so sánh đối chiếu các kết quả với các nghiên cứu trước, giải thích các kết quả nghiên cứu và khái quát hóa ý nghĩa của nghiên cứu.

DỰ KIẾN KẾT LUẬN

Trình bày những phát hiện mới, những kết quả chủ yếu rút ra từ nghiên cứu theo mục tiêu nghiên cứu.

DỰ KIẾN KHUYẾN NGHỊ

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu Tiếng Việt:

1. Nguyễn Thị Việt Hà. Hiệu quả của hai phác đồ sử dụng polyethylene glycol 3350 và lactulose trong điều trị táo bón mạn tính chức năng ở trẻ em dưới 6 tuổi. *Tạp chí nghiên cứu Y học*. 2021; 145(9):119-128. doi:10.2852/tc ncyh.v145i9.354
2. Đào Thị Trân Huyền, Nguyễn Thị Việt Hà. Đánh giá hiệu quả của hai phác đồ sử dụng Polyethylene Glycol 3350 và Lactulose trong điều trị táo bón mạn tính chức năng ở trẻ em dưới 6 tuổi. *Tạp chí Nghiên cứu y học*. 2021;145(9):119-128.
3. Nguyễn Công Khanh, Lê Nam Trà, Nguyễn Thu Nhận và cộng sự. *Sách giáo khoa Nhi Khoa (Textbook of Pediatrics)*. Nhà xuất bản Y học; 2016.
4. Trịnh Văn Long, Nguyễn Thị Việt Hà. Đánh giá hiệu quả của phác đồ sử dụng Polyethylene Glycol 3350 trong điều trị táo bón mạn tính ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;513(2):114-117.
5. Phạm Thị Thanh Nga, Nguyễn Thị Việt Hà. Đánh giá hiệu quả của Polyethylene glycol 4000 và lactulose trong điều trị táo bón chức năng ở trẻ em lứa tuổi tiểu học. *Tạp chí Y học thực hành Thành phố Hồ Chí Minh*. 2017;21(6):144.
6. Đỗ Thị Minh Phương, Nguyễn Thị Việt Hà. Đánh giá hiệu quả điều trị táo bón chức năng ở trẻ em. *Tạp chí Y học Thực hành*. 2017;1043(5):127-129.
7. Nguyễn Thị Thơm. Hiệu quả của phác đồ sử dụng polyethylene glycol 3350 trong điều trị táo bón chức năng ở trẻ em tại Bệnh viện sản nhi Nghệ An. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;542(1).

8. Nguyễn Thị Diệu Thúy. *Táo bón ở trẻ em*. Bài giảng Nhi khoa tập II. Nhà xuất bản Y Học; 2020.
9. Võ Loan Anh, Tạ Văn Trâm, Võ Hữu Đức. Tỷ lệ táo bón chức năng và các yếu tố liên quan ở trẻ em đến khám tại bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2018;1043(4):61-68.
10. Lương Hồng Vân, Phạm Đức Lễ, Nguyễn Anh Tuấn. Đặc điểm trẻ táo bón chức năng và kiến thức của bà mẹ trong chăm sóc trẻ táo bón ở bệnh viện Nhi Đồng 1. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2016; 20(1):97-106.
11. Nguyễn Thị Việt Hà, Đỗ Thị Minh Phương. Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ gây táo bón chức năng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Nhi Khoa*. 2016;9(1):29-35.

Tài liệu Tiếng Anh:

12. Robin SG, Keller C, Zwiener R, et al. Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria. *J Pediatr*. 2018;195:134-139. doi:10.1016/j.jpeds.2017.12.012
13. Sirinil R, Wongteerasut A. Somatic symptom severity during acute illnesses among children with functional gastrointestinal disorders. *Clin Exp Pediatr*. 2025;68(8):587-593. doi:10.3345/cep.2024.01795
14. Talachian E, Bidari A, Zahmatkesh H. Abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders based on Rome III criteria in a pediatric gastroenterology clinic. *Med J Islam Repub Iran*. 2015;29:247.
15. Gozali FS, Febiana B, Putra IGNS, Karyana IPG, Hegar B. Relationship between psychological stress with functional constipation in children: a systematic review. *Pan Afr Med J*. 2023;46:8.

doi:10.11604/pamj.2023.46.8.41130

16. Eddy K, Jordan Z, Stephenson M. Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2016;14(4):96-137. doi:10.11124/JBISRIR-2016-1843
17. Oswari H, Junaidi MC, Oswari JS, Suriadi R, Lazarus G, Kadim M. Association Between Functional Constipation and Growth Status in Children Based on Anthropometric Indices. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2025;28(6):352-358. doi:10.5223/pghn.2025.28.6.352
18. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;58(2):258-274. doi:10.1097/MPG.0000000000000266
19. Tran DL, Sintusek P. Functional constipation in children: What physicians should know. *World J Gastroenterol.* 2023;29(8):1261-1288. doi:10.3748/wjg.v29.i8.1261
20. Sharma A, Rao S. Constipation: Pathophysiology and Current Therapeutic Approaches. *Handb Exp Pharmacol.* 2017;239:59-74. doi:10.1007/164_2016_111
21. Huang Y, Tan SY, Parikh P, Buthmanaban V, Rajindrajith S, Benninga MA. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and young children in China. *BMC Pediatr.* 2021;21(1):131. doi:10.1186/s12887-021-02610-6
22. van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *Am J Gastroenterol.*

2006;101(10):2401-2409. doi:10.1111/j.1572-0241.2006.00771.x

23. Bekkali NLH, van den Berg MM, Dijkgraaf MGW, et al. Rectal fecal impaction treatment in childhood constipation: enemas versus high doses oral PEG. *Pediatrics*. 2009;124(6):e1108-1115. doi:10.1542/peds.2009-0022

PHỤ LỤC 01: BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

MÃ SỐ PHIẾU:

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Thực trạng táo bón chức năng của trẻ đến khám tại

Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 2 năm 2026

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:.....Ngày sinh:.....Nam/ nữ:.....
2. Địa chỉ:.....
3. Điện thoại liên lạc:.....
4. Ngày khám:.....Ngày hẹn khám lại:.....

II. LÝ DO KHÁM BỆNH:.....

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Số lần đại tiện/ tuần:.....
2. Tính chất phân (theo thang điểm Bristol):Loại:.....
3. Gắng sức khi đi ngoài: CÓ KHÔNG
4. Đau hậu môn khi đi ngoài: CÓ KHÔNG
5. Són phân: CÓ KHÔNG
Số lần són phân/ tuần:.....
6. Phân máu: CÓ KHÔNG
7. Tư thế giữ phân: CÓ KHÔNG
8. Chán ăn: CÓ KHÔNG
9. Đau bụng: CÓ KHÔNG

10. Rối loạn tiêu tiện: CÓ KHÔNG
11. Thói quen nín giữ phân CÓ KHÔNG
12. Thời gian đại tiện phân su: <1 ngày 1-2 ngày
>2 ngày không rõ
13. Tình trạng đại tiện hiện tại của bé: Đã biết ngồi bô > 2 tháng
Đã biết ngồi bô \leq 2 tháng
Chưa biết ngồi bô
14. Tuổi bắt đầu uống sữa công thức: < 6 tháng \geq 6 tháng
15. Tuổi bắt đầu ăn dặm: < 6 tháng \geq 6 tháng
16. Thời gian trẻ bị táo bón: 1-6 tháng 7-12 tháng >12 tháng
17. Uống sữa công thức: Hoàn toàn Không hoàn toàn
18. Tiền sử sử dụng thuốc nhuận tràng: Có Không
19. Tuổi khởi phát táo bón: < 12 tháng 1-3 tuổi > 3 tuổi

IV. ẢNH HƯỞNG CỦA MẸ VỚI TÌNH TRẠNG TÁO BÓN

1. Họ tên
2. Tuổi:
3. Nghề nghiệp: Tự do Công nhân – CBCC
4. Nơi ở: Nông thôn Thành phố
5. Trình độ học vấn: \leq THPT \geq Đại học
6. Mẹ quan tâm trẻ: Tự nấu ăn cho trẻ Không tự nấu ăn cho trẻ
7. Táo bón: có không

V. CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG, CHĂM SÓC TRƯỚC KHI ĐIỀU TRỊ

.....
.....

VII. CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm máu: Albumin, Protein toàn phần, Canxi toàn phần, Sắt huyết thanh, Vitamin D

Bắc Ninh, ngày.....tháng.....năm 202....

Người thực hiện

Phạm Xuân Trường

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU

STT	Họ tên BN	Mã BN	Tuổi	Địa chỉ	Ngày khám

Xác nhận KHTH

Người lập danh sách