

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TỔN THƯƠNG TRÊN NỘI SOI CỦA TRẺ BỊ BỆNH RUỘT VIÊM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Ngọc Hồng¹ và Nguyễn Thị Việt Hà^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội, ²Bệnh viện Nhi Trung Ương

Bệnh ruột viêm có xu hướng tăng ở trẻ em trên toàn thế giới. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Nhi Trung Ương trên 43 bệnh nhân với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, vị trí tổn thương trên nội soi và mô bệnh học của trẻ mắc bệnh ruột viêm. Tỷ lệ trẻ được chẩn đoán bệnh Crohn (CD), viêm loét đại tràng (UC) và bệnh ruột viêm không phân loại (IBD - U) lần lượt là 44,2%; 18,6 và 37,2%. Tuổi trung bình khi bắt đầu có triệu chứng là 57 tháng và thời gian trung bình khi chẩn đoán là 11 tháng. Các triệu chứng hay gặp nhất ở bệnh nhân Crohn là đau bụng (78,9%), mót rặn (68,4%), đi ngoài phân máu (63,2%) trong khi ở trẻ mắc ruột viêm không phân loại là đau bụng (81,3%), đi ngoài phân máu (68,8%) và mót rặn (50%). 100% trẻ viêm loét đại tràng chảy máu có đi ngoài phân máu, tỷ lệ trẻ bị đau bụng, mót rặn và bụng chướng đều là 50%. Triệu chứng ngoài ruột hay gặp là sút cân (72,1%), sốt (69,8%) và thiếu máu (69,8%). 58,1% trẻ bị bệnh ruột viêm có Calprotectin tăng cao trên 200mcg/g. Tỷ lệ tổn thương trong bệnh Crohn và bệnh ruột viêm không phân loại tại hồi tràng đơn độc (L1), đại tràng (L2), cả hồi tràng và đại tràng (L3) lần lượt là 8,6%, 45,7%, 45,7%. Tỷ lệ tổn thương đường tiêu hóa trên (L4) 65,8%. Tỷ lệ tổn thương toàn bộ đại tràng, đại tràng trái và đại tràng góc gan ở nhóm viêm đại tràng chảy máu lần lượt là 75%, 12,5% và 12,5%. Bệnh ruột viêm ở trẻ em chủ yếu là Crohn và bệnh ruột viêm không phân loại. Bệnh khởi phát sớm với các biểu hiện thường gặp là đau bụng, đi ngoài phân máu, sút cân, thiếu máu và tổn thương thường gặp nhất trên nội soi là đại tràng.

Từ khóa: bệnh ruột viêm, bệnh Crohn, viêm loét đại tràng chảy máu, bệnh ruột viêm không phân loại, trẻ em

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ruột viêm (IBD) là bệnh lý ruột mãn tính do nguyên nhân miễn dịch gây ra, bao gồm 3 nhóm bệnh lý chính là viêm loét đại tràng chảy máu (UC), bệnh Crohn (CD) và nhóm bệnh lý ruột viêm không phân loại (IBD - U). UC là bệnh lý viêm lớp niêm mạc, giới hạn ở đại tràng¹ trong khi CD là bệnh lý viêm với tổn thương dạng gián đoạn ở tất cả các lớp của đường tiêu hóa từ miệng đến hậu môn. Khoảng 25% các trường hợp bệnh ruột viêm biểu hiện trước 18 tuổi² và tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ em trước 10 tuổi có

xu hướng ngày càng gia tăng.³ Tỷ lệ mắc bệnh lý ruột viêm ở các nước phát triển cao hơn các nước đang phát triển, tuy nhiên các số liệu hiện nay cho thấy bệnh có xu hướng tăng dần trên toàn thế giới ở cả trẻ em và người lớn, tỷ lệ mắc bệnh thay đổi theo các vùng địa dư khác nhau.^{4,5} Trong những thập kỷ qua, nhiều tiến bộ trong y học đã mang lại những cải thiện đáng kể trong tiếp cận chẩn đoán, điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người lớn bị bệnh ruột viêm. Ở trẻ em Việt Nam, các dữ liệu về bệnh ruột viêm mới chỉ tập trung ở báo cáo ca bệnh, chưa có nghiên cứu nào về các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng cũng như kết quả điều trị bệnh vì vậy nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh ruột viêm trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương.

Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Thị Việt Hà

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 18/3/2020

Ngày được chấp nhận: 29/4/2020

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn

- Các bệnh nhi từ 1 tháng đến 18 tuổi được chẩn đoán xác định bệnh lý ruột viêm (CD, UC, IBD - U) theo tiêu chuẩn Porto của ESPGHAN năm 2014.

- Các bệnh nhi được nội soi đại tràng, điều trị và theo dõi định kì tại Khoa Tiêu hoá, bệnh viện Nhi Trung Ương.

- Cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ đồng ý tham gia và tuân thủ quy trình nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhi mắc các bệnh lý khác không phải IBD (nhiễm trùng, bệnh tự miễn, viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan).

2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả loạt bệnh

Cỡ mẫu:

Mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn

Địa điểm và thời gian

Nghiên cứu được thực hiện tại phòng khám chuyên khoa Tiêu hóa và khoa Tiêu hóa - Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 07/2018 đến tháng 2/2020.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương ngày 26/01/2020 (quyết định số 200/BVNTW - VNCSKTE). Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh, ngoài ra không có mục đích nào khác. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu trung thực, chính xác.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 7/2018 đến tháng 2/2020 có 43 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó có 48,8% ở trẻ trai, không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh theo giới tính. Tỷ lệ trẻ mắc CD, UC và IBD - U lần lượt là 44,2; 18,6 và 37,2%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu theo thể bệnh

	IBD 43 (100%)	CD 19 (44,2%)	UC 8 (18,6%)	IBD - U 16 (37,2%)
Nam	21 (48,8%)	10 (52,6%)	5 (62,5%)	6 (37,5%)
Nữ	22 (51,2%)	9 (47,4%)	3 (37,5%)	10 (62,5)
Tỉ lệ Nam:Nữ	0,9:1	1,1:1	1,7:1	0,6:1
Tuổi khởi phát trung bình (tháng)	57,5	74,4	33,5	49,5
Tuổi chẩn đoán trung bình (tháng)	68,9	88,6	51,6	54,1
Tiền sử gia đình	3 (7%)	2 (10,5%)	0 (0%)	1 (6,3%)
Tình trạng dinh dưỡng (cân nặng theo tuổi)				
SDD nặng	6 (14%)	5 (26,3%)	0 (0%)	1 (6,3%)
SDD vừa	10 (23,3%)	3 (15,8%)	1 (12,5%)	6 (37,5%)
Không SDD	27 (62,8%)	11 (57,9%)	7 (87,5%)	9 (56,3%)
Tình trạng dinh dưỡng (chiều cao theo tuổi)				

	IBD 43 (100%)	CD 19 (44,2%)	UC 8 (18,6%)	IBD - U 16 (37,2%)
SDD nặng	4 (9,3%)	2 (10,5%)	0 (0%)	2 (12,5%)
SDD vừa	6 (14%)	4 (21,1%)	1 (12,5%)	1 (6,3%)
Không SDD	33 (76,7%)	13 (68,4%)	7 (87,5%)	13 (81,3%)

Tuổi khởi phát trung bình 57 tháng (1 tháng - 14 tuổi). 51% các trường hợp bệnh khởi phát trước 2 tuổi. Tỷ lệ trẻ khởi phát bệnh trong độ tuổi 2 - 6, từ 6 đến dưới 10 tuổi và từ 10 tuổi lần lượt là 5%, 25% và 19%. Thời gian chẩn đoán trung bình 11 tháng kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. 12% bệnh nhân là người dân tộc thiểu số. 3 bệnh nhân IBD có tiền sử gia đình (7%).

Bệnh CD và IBD - U ảnh hưởng đến sự phát triển chiều cao, cân nặng nhiều hơn so với bệnh UC, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

2. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ tại thời điểm chẩn đoán bệnh IBD

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân bị bệnh ruột viêm theo thể bệnh

Triệu chứng	IBD		CD		UC		IBD - U	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Triệu chứng tại ruột								
Đau bụng	32	74,4	15	78,9	4	50	13	81,3
Phân máu	31	72,1	12	63,2	8	100	11	68,8
Mót rặn	25	58,1	13	68,4	4	50	8	50
Nôn	14	32,6	8	42,1	1	12,5	5	31,3
Bụng chướng	18	41,9	7	36,8	4	50	7	43,8
Ấn đau hố chậu phải	10	23,3	6	31,6	1	12,5	3	18,8
Tổn thương hậu môn (rò, absces, nứt kẽ, da thừa)	20	46,5	9	47,4	4	50	7	43,8
Triệu chứng ngoài ruột								
Sốt	30	69,8	15	78,9	4	50	11	68,8
Chán ăn	24	55,8	13	68,4	2	25	9	56,3
Sút cân	31	72,1	15	78,9	4	50	12	75
Thiếu máu	30	69,8	14	73,7	5	62,5	11	68,8
Gan, lách to	4	9,3	3	15,8	0	0	1	6,3
Tổn thương da, niêm mạc	14	32,6	7	36,8	1	12,5	6	37,5
Tổn thương mắt	1	2,3	0	0	1	12,5	0	0

Triệu chứng	IBD		CD		UC		IBD - U	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đau khớp, viêm khớp	9	20,9	5	26,3	1	12,5	3	18,8
Huyết khối tĩnh mạch	1	2,3	1	5,3	0	0	0	0

86% bệnh nhân khởi phát triệu chứng đường ruột đầu tiên, chỉ có 14% bệnh nhân khởi phát triệu chứng đầu tiên ngoài đường ruột.

Các triệu chứng đường ruột thường gặp ở bệnh CD là: đau bụng, mót rặn, đi ngoài phân máu; IBD - U là đau bụng, đi ngoài phân máu, mót rặn; UC là đi ngoài phân máu, đau bụng, mót rặn, bụng chướng. Các triệu chứng ngoài đường ruột hay gặp nhất ở bệnh CD là sốt, sút cân, thiếu máu; UC là thiếu máu, sút cân, sốt; IBD - U là sút cân, sốt, thiếu máu. Chỉ có 1 bệnh nhân CD có huyết khối tĩnh mạch chi dưới. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các triệu chứng theo nhóm bệnh ($p > 0,05$).

Bảng 3. Thay đổi các chỉ số huyết học và sinh hóa của bệnh nhân bị bệnh ruột viêm theo thể bệnh

Các chỉ số huyết học và sinh hóa	IBD n (%)	CD n (%)	UC n (%)	IBD - U n (%)
Thiếu máu	30 (69,8%)	14 (73,7%)	5 (62,5%)	11 (68,8%)
Tăng bạch cầu theo tuổi ¶	11 (25,6%)	5 (26,3%)	1 (12,5%)	5 (31,3%)
Tăng bạch cầu axit > 0,5G/L	11 (26,2%)	6 (31,6%)	3 (37,5%)	2 (12,5%)
Tiểu cầu > 400G/L	24 (55,8%)	15 (78,9%)	3 (37,5%)	6 (37,5%)
Tăng tốc độ máu lắng > 10mg/L	19 (48,7%)	10 (52,6%)	1 (12,5%)	8 (50%)
CRP tăng trên 10 mg/L	22 (51,2%)	12 (63,2%)	0 (0%)	10 (62,5%)
Albumin giảm < 30g/L	11 (25,6%)	7 (36,8%)	0 (0%)	4 (25%)
Calprotectin phân tăng trên 200mcg/g	25 (58,1%)	13 (68,4%)	3 (37,5%)	9 (56,3%)

Giá trị bạch cầu bình thường theo tuổi: 1 tháng (6 - 18 G/L), 2 - 6 tháng (6 - 17,7 G/L), 6 tháng - 1 tuổi (6 - 17,5 G/L), 1 - 6 tuổi (5 - 17G/L), 6 - 12 tuổi (4,5 - 14,5 G/L), 12 - 18 tuổi (4,5 - 14 G/L)

69,8% trẻ mắc ruột viêm có thiếu máu. Tỷ lệ trẻ có số lượng bạch cầu và máu lắng tăng lần lượt là 25,6 và 48,7%. 58,1% trẻ có Calprotectin tăng trên 200mcg/g. Trẻ mắc CD và IBD - U có thiếu máu, tăng CRP, tăng tốc độ máu lắng, tăng bạch cầu và calprotectin cao hơn nhóm trẻ UC, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Đặc điểm nội soi (theo phân loại Montreal) và mô bệnh học bệnh nhân CD, IBD - U

Đặc điểm nội soi và mô bệnh học	CD		IBD - U		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Tổn thương đường tiêu hoá trên						
Không tổn thương	4	21,1	2	12,5	6	17,1
L4a	12	63,2	10	62,5	22	62,9
L4b	0	0	1	6,3	1	2,9
Không nội soi	3	15,8	3	18,8	6	17,1
Tổn thương đường tiêu hoá dưới						
L1	1	5,3	2	12,5	3	8,6
L2	7	36,8	9	56,3	16	45,7
L3	11	57,9	5	31,3	16	45,7
Mô bệnh học						
U hạt	9	47,4	0	0	9	25,7
Viêm mạn tính dạng ổ	16	84,2	1	6,3	17	48,6
Thâm nhiễm tế bào viêm dưới cơ niêm	17	89,5	0	0	17	48,6
Xơ hóa dưới niêm mạc	6	31,6	0	0	6	17,1
Viêm/ loét niêm mạc	15	78,9	8	50	23	65,7
Biến đổi cấu trúc tuyến	3	15,8	1	6,3	4	11,4
Mô bệnh học điển hình	19	100	1	6,3	20	57,1

L1: Tổn thương 1/3 dưới hồi tràng, có hoặc không tổn thương manh tràng

L2: Tổn thương đại trực tràng

L3: Tổn thương cả hỗng tràng và đại trực tràng

L4a: Tổn thương đường tiêu hóa trên đến góc Treitz.

L4b: Tổn thương đường tiêu hóa trên đến giữa Treitz và 1/3 dưới hỗng tràng

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí tổn thương trên nội soi giữa hai nhóm CD và IBD - U, $p > 0,05$. Tỷ lệ trẻ có u hạt, viêm mạn tính dạng ổ, thâm nhiễm tế bào viêm dưới cơ niêm, xơ hóa dưới niêm mạc trên mô bệnh học ở nhóm CD cao hơn nhóm IBD - U. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Dấu hiệu viêm/loét niêm mạc và biến đổi cấu trúc tuyến ở nhóm CD và IBD - U không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 5. Đặc điểm nội soi (theo phân loại Montreal) và mô bệnh học bệnh nhân UC

Đặc điểm nội soi và mô bệnh học	n	%
Tổn thương đường tiêu hoá		
Hậu môn và trực tràng	0	0

Đặc điểm nội soi và mô bệnh học	n	%
Từ đại tràng góc lách trở xuống	1	12,5
Từ đại tràng góc gan trở xuống	1	12,5
Toàn bộ đại trực tràng	6	75,0
Tổn thương trên mô bệnh học		
Viêm đại tràng liên tục	6	75
Viêm đại tràng dạng ổ	2	25
Viêm đáy tuyến	8	100
Abces tuyến	0	0
Thay đổi cấu trúc tuyến	1	12,5
Xuất hiện tương bào ở đáy tuyến và cơ niêm	4	50
Mô bệnh học điển hình	5	62,5

Phần lớn trẻ viêm đại tràng chảy máu có tổn thương toàn bộ đại tràng trên nội soi với tổn thương trên mô học chủ yếu là viêm đại tràng liên tục và viêm đáy tuyến.

100% CD có mô bệnh học điển hình (u hạt và hoặc viêm mạn tính dạng ổ và hoặc thâm nhiễm tế bào viêm dưới cơ niêm và hoặc xơ hóa dưới niêm mạc), trong đó chỉ có 47,9% bệnh nhân CD có u hạt. 62,5% bệnh nhân UC có mô bệnh học điển hình (thay đổi cấu trúc tuyến, xuất hiện tương bào ở đáy tuyến và cơ niêm). 6,3% bệnh nhân IBD - U có mô bệnh học điển hình (biến đổi cấu trúc tuyến). Tỷ lệ mô bệnh học điển hình của IBD trong nghiên cứu là 58,1%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 43 trẻ được chẩn đoán bệnh ruột viêm. Tỷ lệ trẻ mắc CD, UC và IBD - U lần lượt là 44,2; 18,6 và 37,2%. Trong nghiên cứu này, 51% khởi phát trước 2 tuổi. Tỷ lệ trẻ khởi phát bệnh trong độ tuổi 2 - 6, từ 6 đến dưới 10 tuổi và từ 10 tuổi trở lên lần lượt là 5%, 25% và 19%. Có sự khác biệt về sự phân bố tỷ lệ mắc các thể bệnh ruột viêm và lứa tuổi khởi phát trong nghiên cứu của chúng tôi so với Aziz tại Pakixtan.⁶ Kết quả nghiên cứu

của chúng tôi cao hơn so với 3% trẻ khởi phát rất sớm (VEO - IBD) của tác giả Bequet và cộng sự.⁷ 7% bệnh nhân IBD trong nghiên cứu của chúng tôi là con của các ông bố bà mẹ mắc IBD. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Griffiths (30%)⁸ và cao hơn so với các nghiên cứu tại Hàn Quốc (4,9%).⁹

Kết quả từ bảng 1 cho thấy, 42,1% bệnh nhân CD chậm tăng trưởng cân nặng, 31,6% chậm tăng trưởng chiều cao. Tỷ lệ này cao hơn so với 10% trong nghiên cứu của Kim.⁹ Điều này có thể lý giải do trong bệnh lý ruột viêm, chẩn đoán muộn, các tổn thương tại đường ruột, nhiễm khuẩn và dinh dưỡng kém kéo dài gây ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất của trẻ.

Khi phân tích về các biểu hiện tại đường tiêu hoá, kết quả từ bảng 2 cho thấy ở nhóm trẻ mắc bệnh Crohn, các triệu chứng đau bụng (78,9%), đi ngoài phân máu (63,2%), mót rặn (68,4%) là các triệu chứng hay gặp nhất. Có sự tương đồng về các biểu hiện lâm sàng của CD và IBD - U. Triệu chứng hay gặp nhất của bệnh UC là đi ngoài phân máu (100%), cao hơn so với 93% trong nghiên cứu của Kim.⁹ Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ xuất

hiện các triệu chứng tại ruột giữa các nhóm trẻ mắc CD, UC và IBD - U. Điều này có thể do số lượng trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít nên chưa ghi nhận được sự khác biệt này. Tỷ lệ triệu chứng đau bụng là trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với 67% trong nghiên cứu của Kim.⁹ Tỷ lệ trẻ có các biểu hiện ngoài đường ruột như sốt trong nghiên cứu của chúng tôi là 69,8%, cao hơn so với kết quả nghiên cứu tại Toronto⁸ (38%). 72,1% trẻ có biểu hiện sút cân thấp hơn kết quả nghiên cứu tại Toronto (80%) nhưng cao hơn so với nghiên cứu tại Anh và Iceland⁸ (58%). 69,8% trẻ có biểu hiện thiếu máu tương tự với nghiên cứu của Mack, Ajomath.^{10,11} Tỷ lệ bệnh nhân IBD viêm khớp là 20,9%, CD là 26,3% cao hơn nghiên cứu của Dotson (IBD 3,7%, CD 4,4%).¹² Tỷ lệ trẻ bị thiếu máu, sốt và tổn thương khớp ở nhóm trẻ CD có xu hướng cao hơn nhóm trẻ bị UC và IBD - U. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả từ bảng 3 cho thấy 69,8% trẻ mắc ruột viêm có thiếu máu. Tỷ lệ trẻ mắc CD và IBD - U có biểu hiện thiếu máu cao hơn so với nhóm trẻ UC mặc dù triệu chứng ỉa máu xuất hiện ở nhóm trẻ UC cao hơn. Trẻ mắc CD và IBD - U có tăng số lượng bạch cầu theo tuổi, CRP và máu lắng cao hơn so với nhóm trẻ UC ($p > 0,05$). CRP trung bình của 3 nhóm bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khi so sánh với nghiên cứu của Aziz.⁶ 48,7% bệnh nhi IBD có tăng tốc độ máu lắng, 51,2% có CRP tăng. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Mack, tốc độ máu lắng và CRP tăng lần lượt là 60 - 75% và 85%.¹⁰ Tỷ lệ trẻ có giảm albumin máu và tăng calprotectin phân ở nhóm mắc CD và IBD - U cao hơn nhóm UC. 25,6% trẻ bị ruột viêm trong nghiên cứu của chúng tôi có giảm albumin máu, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Mack (40%).¹⁰

Tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại thể bệnh của bệnh ruột viêm dựa vào tổn thương trên

nội soi và mô bệnh học. Kết quả từ bảng 4 cho thấy 62,9% trẻ bị IBD có tổn thương đường tiêu hóa trên đến góc Treitz. Tỷ lệ trẻ bị bệnh ruột viêm trong nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định nội soi tiêu hóa trên còn chưa nhiều nên chưa thực sự phản ánh chính xác tỷ lệ tổn thương thực sự đường tiêu hóa trên của trẻ. Điều này cho thấy cần có chỉ định nội soi tiêu hóa trên để tầm soát, chẩn đoán bệnh ruột viêm chính xác hơn. Tỷ lệ trẻ mắc CD có tổn thương 1/3 dưới hồi tràng, có hoặc không tổn thương manh tràng (L1), tổn thương đại trực tràng (L2) thấp hơn IBD - U và tổn thương cả hồng tràng và đại trực tràng (L3) cao hơn IBD - U. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ trẻ CD và IBD - U có tỷ lệ tổn thương đại tràng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, tỷ lệ trẻ có tổn thương hồi tràng, tổn thương đại tràng và hồi tràng thấp hơn so với nghiên cứu của Kim.⁹ Ở bệnh nhân CD, tỷ lệ có u hạt điển hình 47,4%, cao hơn so với tỷ lệ 34% trong nghiên cứu của Rothschild,¹³ thấp hơn tỷ lệ 67,2% trong nghiên cứu của Rubio.¹⁴

Kết quả từ bảng 5 cho thấy, tỷ lệ trẻ mắc UC có tổn thương toàn bộ đại tràng là 75% cao hơn so với 61% trong nghiên cứu của Griffiths⁸ và 43% trong nghiên cứu quần thể trẻ em Hàn Quốc của Kim.⁹ Tỷ lệ tổn thương đại tràng trái (giới hạn đến đại tràng góc lách) và đại tràng góc gan trong nghiên cứu của chúng tôi đều là 12,5%, thấp hơn so với Kim⁹ và Griffiths.⁸ 100% trẻ mắc UC trong nghiên cứu của chúng tôi có tổn thương trên mô bệnh học là viêm đáy tuyến tương tự như ghi nhận của Dhakhwa.¹⁵ 75% trẻ có viêm đại tràng liên tục thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Dhakhwa.¹⁵

V. KẾT LUẬN

Bệnh ruột viêm ở trẻ em chủ yếu là Crohn và bệnh ruột viêm không phân loại. Bệnh khởi phát sớm với các biểu hiện thường gặp là đau bụng, đi ngoài phân máu, sút cân, thiếu máu

và tổn thương thường gặp nhất trên nội soi là đại tràng.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn bệnh nhi và gia đình trẻ đã tham gia, hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Xin cảm ơn Khoa Tiêu hóa Bệnh viện Nhi Trung Ương đã tạo điều kiện thuận lợi để nhóm nghiên cứu có thể thu thập số liệu và hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kornbluth A, Sachar DB, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American College Of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol.* 2010;105(3):501–523.

2. Abraham BP, Mehta S, El - Serag HB. Natural History of Pediatric - onset Inflammatory Bowel Disease. *J Clin Gastroenterol.* 2012;46(7):581–589.

3. Henderson P, Rogers P, Gillett P.M và cộng sự. The epidemiology and natural history of paediatric inflammatory bowel disease in a UK region: a prospective 14 - year study. *Archives of Disease in Childhood.* 2012; 97(Suppl 1):A53–A54.

4. Ng SC, Shi HY, Hamidi N và cộng sự. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population - based studies. *The Lancet.* 2017;390(1014):2769–2778.

5. CéB, sarda Silva AC. Epidemiology, demographic characteristics and prognostic predictors of ulcerative colitis. *World Journal of Gastroenterology.* 2014;20(28):9458–9467.

6. Aziz DA, Moin M, Majeed A và cộng sự. Paediatric Inflammatory Bowel Disease: Clinical Presentation and Disease Location. *Pak J Med*

Sci. 2017; 33(4):793–797.

7. Bequet E, Sarter H, Fumery M. và cộng sự. Incidence and Phenotype at Diagnosis of Very - early - onset Compared with Later - onset Paediatric Inflammatory Bowel Disease: A Population - based Study [1988 - 2011]. *J Crohns Colitis.* 2017;11(5):519–526.

8. Griffiths AM. Specificities of inflammatory bowel disease in childhood. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2004;18(3):509–523.

9. Kim BJ, Song SM, Kim KM và cộng sự. Characteristics and trends in the incidence of inflammatory bowel disease in Korean children: a single - center experience. *Dig Dis Sci.* 2010;55(7):1989–1995.

10. Mack DR, Langton C, Markowitz J và cộng sự. Laboratory Values for Children With Newly Diagnosed Inflammatory Bowel Disease. *Pediatrics.* 2007;119(6):1113–1119.

11. Aljomah G, Baker SS, Schmidt K và cộng sự. Anemia in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2018;67(3):351.

12. Dotson JL, Hyams JS, Markowitz J và cộng sự. Extraintestinal manifestations of pediatric inflammatory bowel disease and their relation to disease type and severity. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;51(2):140–145.

13. Rothschild B, Rinawi F, Herman Y và cộng sự. Prognostic significance of granulomas in children with Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol.* 2017;52(6–7):716–721.

14. Rubio CA, Orrego A, Nesi G và cộng sự. Frequency of epithelioid granulomas in colonoscopic biopsy specimens from paediatric and adult patients with Crohn's colitis. *J Clin Pathol.* 2007; 60(11):1268–1272.

15. Dhakhwa R, Shrestha HG, Acharya IL. Histopathological evaluation of ulcerative colitis in colonoscopic biopsies. *Journal of Pathology of Nepal.* 2016; 6(11):932–936.

Summary

CLINICAL CHARACTERISTICS AND DISEASE LOCATION OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE IN CHILDREN AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Inflammatory bowel disease (IBD) represents a group of disorders responsible for chronic inflammation of the digestive tract. The present study was conducted in 43 children with the aim is to describe different clinical characteristics, disease location by gastrointestinal endoscopy and histology examination of children diagnosed with IBD. The prevalence of Crohn's disease (CD), ulcerative colitis (UC) and inflammatory bowel disease unclassified (IBD - U) was 41.1, 18.6 and 40.3%, respectively. Mean age at onset of symptoms was 11 months and mean age at diagnosis was 57 months. Abdominal pain (78.9%), tenesmus (68.4%) and hematochezia (63.2%) were common symptoms in CD whereas hematochezia (100%), abdominal pain (50%) and tenesmus (50%) were seen in UC children. Patients diagnosed with IBD - U had similar clinical characteristics as in CD. The most prevalent extra intestinal symptom in IBD was weight loss (72.1%), anemia (69.8%) and fever (68.8%). The average level of calprotectin was 573.4 (0.01 - 2563.3) mcg/g; 58.1% of IBD patients had their level of calprotectin higher than 200 mcg/g. Endoscopic findings and relevant histopathology of biopsy samples in CD and IBD - U showed 8.6% patients had isolated ileal lesions (L1), 45.7% had colonic lesions (L2), and 45.7% had ileocolonic lesions (L3). In UC patients, 75% had extensive colitis, 12.5% had left colitis, 12.5% had pancolitis and none had proctitis. Patients with CD and IBD - U are dominant in our study. Most common symptoms were abdominal pain, hematochezia, weight loss, anemia and fever. Most IBD patients had colonic lesions

Keywords: Children, inflammatory bowel disease, Crohn disease, ulcer colitis, inflammatory bowel disease unclassified