

Các biểu hiện lâm sàng của viêm đại trực tràng và hồi tràng đoạn cuối ở trẻ em

Clinical manifestations of colorectal and terminal ileum inflammation in children

Phan Thị Hiền**,
Lê Quang Quỳnh*

*Bệnh viện Nhi Trung ương,
**Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả các biểu hiện lâm sàng và tìm hiểu các yếu tố liên quan của bệnh viêm đại trực tràng và hồi tràng đoạn cuối ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** 226 bệnh nhi được nội soi đại tràng sinh thiết, xét nghiệm tế bào học, nghiên cứu mô tả cắt ngang và được chia thành 3 nhóm bệnh lý. **Kết quả:** Tuổi trung bình của trẻ là $5,1 \pm 4,6$ tuổi (0,1 - 17,6 tuổi). Phân máu chiếm tỷ lệ cao 74/226 (32,7%), sau đó là tiêu chảy kéo dài 59/226 (26,1%), đau bụng 38/226 (16,8%) và thiếu máu 33/226 (14,6%). Trẻ tiêu chảy kéo dài có nguy cơ mắc viêm đại trực tràng không đặc hiệu cao hơn với các bệnh lý khác, $p=0,0001$, OR = 5,02 (95%CI: 2,5 - 10,0). **Kết luận:** Biểu hiện hay gặp trong bệnh viêm đại trực tràng và hồi tràng đoạn cuối là phân máu, tiêu chảy kéo dài, đau bụng và thiếu máu. Trẻ tiêu chảy kéo dài hay gặp bệnh lý viêm đại trực tràng không đặc hiệu.

Từ khóa: Viêm đại trực tràng, viêm hồi tràng đoạn cuối, ruột viêm mạn tính, trẻ em.

Summary

Objective: To describe clinical manifestations and understanding related factors of colorectal and terminal ileum inflammation in children. **Subject and method:** 226 children scheduled for a colonoscopy with biopsy, histological examination in the research cross-sectional and divided 3 groups of diseases. **Result:** Mean age was 5.1 ± 4.6 years (0.1 - 17.6 years). The proportion of children with a bloody stools was high 74/226 (32.7%), then persistent diarrhea 59/226 (26.1%), abdominal pain 38/226 (16.8%) and anemia 33/226 (14.6%). Persistent children had higher risk of nonspecific proctocolitis than other diseases, $p=0.0001$, OR = 5.02 (95%CI: 2.5 - 10.0). **Conclusion:** Common symptoms of colorectal and terminal ileum inflammation in children included bloody stools, persistent diarrhea, abdominal pain and anemia. Persistent children were more likely to have nonspecific proctocolitis than other diseases.

Keywords: Colorectal inflammation, terminal ileitis, inflammatory bowel disease, children.

Ngày nhận bài: 10/8/2021, ngày chấp nhận đăng: 24/8/2021

Người phản hồi: Phan Thị Hiền, Email: phanthihienns@gmail.com - Bệnh viện Nhi Trung ương

1. Đặt vấn đề

Các bệnh lý viêm niêm mạc đại trực tràng và hồi tràng đoạn cuối cũng phổ biến ở trẻ em, tuy nhiên còn ít các công trình nghiên cứu. Viêm đại trực tràng và hồi tràng đoạn cuối có biểu hiện lâm sàng đa dạng từ không có triệu chứng đến lâm sàng âm thầm hoặc rầm rộ với phân lỏng kèm theo nhày máu, đau bụng, sốt, sụt cân ở giai đoạn muộn ảnh hưởng đến sức khỏe và tinh thần của trẻ. Nguyên nhân bao gồm bệnh lý ruột viêm, nhiễm trùng, viêm do thiếu máu,... hoặc không tìm thấy nguyên nhân. Trong đó, bệnh ruột viêm mạn tính (IBD) được báo cáo đang có xu hướng tăng cao trên toàn thế giới, nhất là với các nước châu Á [1, 2]. Tuy nhiên, các nghiên cứu ở trẻ em về các bệnh lý viêm đại trực tràng và hồi tràng đoạn cuối vẫn còn ít. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nhận xét các biểu hiện lâm sàng và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của bệnh viêm đại trực tràng và hồi tràng đoạn cuối ở trẻ em.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân được nội soi đại tràng tại Khoa Nội soi, Bệnh viện Nhi Trung ương từ ngày 01/08/2019 đến ngày 31/07/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Tất cả bệnh nhân ≤ 18 tuổi được nội soi đại tràng.

Nội soi đại trực tràng kết hợp sinh thiết.

Hình ảnh tế bào học có tổn thương viêm đại trực tràng và hồi tràng đoạn cuối.

Gia đình và bệnh nhân tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Đại tràng bẩm với điểm Boston < 3 .

Không hoàn thành nội soi đến manh tràng.

Bệnh đi kèm bao gồm polyp, ung thư, dị dạng mạch, dị vật trên nội soi đại trực tràng và hồi tràng đoạn cuối.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp thu thập số liệu và biến số:

Sau khi nội soi, bệnh đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu.

Nghiên cứu viên phỏng vấn phụ huynh về bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng và nghiên cứu hồ sơ bệnh án để thu thập các thông tin về đặc điểm chung, triệu chứng, chỉ định nội soi, kết quả nội soi. Thông tin giải phẫu bệnh được thu thập từ bệnh án sau nội soi 07 ngày. Phân loại nhóm bệnh lý dựa trên kết luận tế bào học:

Viêm niêm mạc đại trực tràng không đặc hiệu (không rõ nguyên nhân).

Viêm hồi tràng đoạn cuối.

Bệnh lý ruột viêm mạn tính.

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu được thu nhập từ mẫu bệnh án và qua phỏng vấn phụ huynh/người giám sát trẻ; số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1; phần mềm SPSS version 20.0 được sử dụng để phân tích số liệu. Kết quả phân tích trình bày trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, khoảng biến thiên, các kiểm định mối liên quan như T-Test, Chi-square test.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Nhi trung ương.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu và biểu hiện lâm sàng

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu nhận được 226 trẻ đáp ứng đủ tiêu chuẩn với tuổi trung bình là $5,1 \pm 4,6$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,93. Các trẻ ở nhóm viêm hồi tràng đoạn cuối (VHTĐC) và bệnh lý ruột viêm mạn tính (inflammatory bowel disease) (IBD) có cân nặng và lứa tuổi cao hơn so với nhóm viêm niêm mạc đại trực tràng không đặc hiệu (VĐTTKĐH).

Bảng 1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân và biểu hiện lâm sàng

Biến số	Chung	VĐTTKĐH	VHTĐC	IBD
	n = 226 (Tỷ lệ %)	n = 115 (Tỷ lệ %)	n = 83 (Tỷ lệ %)	n = 28 (Tỷ lệ %)
Tuổi (năm): Trung bình Giới hạn	$5,1 \pm 4,6$ 0,1 - 17,6	$3,8 \pm 4,5$ (0,1 - 17,6)	$6,1 \pm 4,0$ (0,1 - 15,0)	$7,3 \pm 5,6$ (0,3 - 16,5)
Giới				
Nam (n, %)	149 (65,9%)	77 (67,0%)	55 (4,5%)	17 (60,7%)
Nữ (n, %)	77 (34,1%)	38 (33,0%)	28 (2,3%)	11 (39,3%)
Cân nặng (kg) Giới hạn	$18,7 \pm 13,1$ 3 - 60	$15,8 \pm 13,1$ 4 - 60	$22,3 \pm 12,6$ 3 - 60	$20,1 \pm 12,3$ 6 - 53
Lâm sàng, n (%)				
Phân máu	74 (32,7%)	56 (38,1%)	33 (39,8%)	8 (28,6%)
Tiêu chảy kéo dài	59 (26,1%)	46 (31,3%)	10 (12,0%)	3 (10,7%)
Đau bụng	38 (16,8%)	21 (14,3%)	26 (31,3%)	11 (39,3%)
Thiếu máu	33 (14,6%)	20 (13,6%)	9 (10,8%)	4 (14,3%)
Táo bón	7 (3,1%)	3 (2,0%)	4 (4,8%)	-
Trướng bụng	2 (0,9%)	1 (0,7%)	1 (1,2%)	-

Có 115/226 (50,9%) các trẻ được chẩn đoán VĐTTKĐH, 83/226 (36,7%) VHTĐC và 28/226 (12,4%) IBD. Biểu hiện lâm sàng chung của các trẻ là đại tiện phân máu chiếm tỷ lệ cao 74/226 (32,7%), tiêu chảy kéo dài 59/226 (26,1%) và đau bụng 38/226 (16,8%). Đau bụng hay gặp hơn trong nhóm IBD với tỷ lệ 11/28 (39,3%) và trong VHTĐC là 26/83 (31,3%).

3.2. Mối liên quan biểu hiện lâm sàng với các nhóm bệnh

3.2.1. Viêm niêm mạc đại trực tràng không đặc hiệu

Bảng 2. So sánh triệu chứng lâm sàng của viêm niêm mạc đại trực tràng không đặc hiệu với hai nhóm khác

Biến số	Viêm niêm mạc đại tràng không đặc	p, OR
---------	-----------------------------------	-------

	hiệu		
	Có (n = 115)	Không (n = 111)	
Tuổi (năm)	3,8 ± 4,5	6,4 ± 4,5	
< 1 tuổi	51 (44,3%)	10 (9,0%)	0,0001**
2 - < 6 tuổi	32 (27,8%)	46 (41,4%)	
6 - < 13 tuổi	26 (22,6%)	44 (39,6%)	
13 - 18 tuổi	6 (5,2%)	11 (9,9%)	
Cân nặng (kg)	15,8 ± 13,1	21,7 ± 12,5	0,91**
Biểu hiện lâm sàng			
Phân máu	56 (24,8%)	41 (18,1%)	0,07*
Tiêu chảy kéo dài	46 (20,4%)	13 (5,8%)	0,0001*; OR = 5,02 (95%CI: 2,5-10,0)
Đau bụng	21 (9,3%)	37 (16,4%)	0,01*; OR = 0,4 (95%CI: 0,2-0,8)
Thiếu máu	20 (8,8%)	13 (5,8%)	0,22*
Táo bón	3 (1,3%)	4 (1,8%)	0,66*
Trướng bụng	1 (0,4%)	1 (0,4%)	0,98*

Tỷ lệ trẻ < 1 tuổi 56/115 (44,3%) trong nhóm VĐTTKĐH cao hơn hẳn so với nhóm không mắc bệnh này với $p=0,0001$. Trẻ tiêu chảy kéo dài có nguy cơ mắc VĐTTKĐH gấp 5,02 lần so với nhóm trẻ không có biểu hiện này với 0,0001; OR = 5,02 (95% CI: 2,5 - 10,0). Ngược lại trẻ đau bụng ít có nguy cơ mắc bệnh này 0,4 lần với 0,01; OR = 0,4 (95% CI: 0,2 - 0,8).

3.2.2. Viêm hồi tràng đoạn cuối

Bảng 3. So sánh triệu chứng lâm sàng của nhóm viêm hồi tràng đoạn cuối với hai nhóm khác

Biến số	Viêm hồi tràng đoạn cuối		p, OR
	Có (n = 83)	Không (n = 143)	
Tuổi (năm)	6,1 ± 4,0	4,5 ± 4,9	0,01**
Cân nặng (kg)	22,3 ± 12,6	16,6 ± 13,0	0,72**
Biểu hiện lâm sàng			
Phân máu	33 (14,6%)	64 (28,3%)	0,46*
Đau bụng	26 (11,5%)	32 (14,2%)	0,13*
Tiêu chảy kéo dài	10 (4,4%)	49 (21,7%)	0,0001*, OR = 0,26 (95%CI: 0,1 - 0,5)
Thiếu máu	9 (4,0%)	24 (10,6%)	0,22*
Táo bón	4 (1,8%)	3 (1,3%)	0,25*
Trướng bụng	1 (0,4%)	1 (0,4%)	0,69*

Nhóm VHTĐC có lứa tuổi trung bình cao hơn (6,1 ± 4,0) nhóm trẻ không mắc bệnh này (4,5 ± 4,9) tuổi với $p=0,01$. Tiêu chảy kéo dài trong nhóm trẻ VHTĐC có tần suất xuất hiện ít hơn 0,26 lần so với nhóm trẻ không mắc bệnh này ($p=0,0001$).

3.2.3. Viêm đại tràng mạn tính

Trong đó, có 24 trẻ được chẩn đoán là Crohn và 4 viêm loét đại tràng. Bệnh lí được phân bố rải rác theo lứa tuổi. Trong 28 trẻ này, 17,28 (60,7%) trẻ nam và 11 (39,3%) trẻ nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1.

Bảng 4. So sánh triệu chứng lâm sàng của nhóm viêm ruột viêm mạn tính với hai nhóm khác

Biến số	IBD		p, OR
	Có (n = 28)	Không (n = 198)	
Tuổi (năm)	7,3 ± 5,6	4,8 ± 4,4	0,004**
Cân nặng (kg)	20,1 ± 12,3	18,5 ± 13,3	0,63**
Biểu hiện lâm sàng			
Đau bụng	11 (4,9%)	47 (20,8%)	0,07*
Phân máu	8 (3,5%)	89 (39,4%)	0,1*
Thiếu máu	4 (1,8%)	29 (12,8%)	0,96*
Tiêu chảy kéo dài	3 (1,3%)	56 (24,8%)	0,04*; OR = 0,3 (95%CI: 0,08 - 1,04)
Táo bón	0 (0,0%)	7 (3,1%)	0,31*
Trướng bụng	0 (0,0%)	2 (0,9%)	0,59*

Tuổi trung bình của trẻ ở nhóm IBD (7,3 ± 5,6 tuổi) cao hơn nhóm trẻ không mắc bệnh này (4,8 ± 4,4 tuổi) với p=0,004. Tiêu chảy kéo dài có sự khác biệt thống kê giữa 2 nhóm với p=0,04; khoảng tin cậy 95% CI: 0,08 - 1,04.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 226 với tuổi trung bình của các trẻ là 5,1 ± 4,6 tuổi (0,1 - 17,6 tuổi). Trong đó, số trẻ nam chiếm ưu thế gần gấp đôi trẻ nữ và tỷ lệ nam/nữ là 1,93. Cân nặng trung bình của các trẻ trong nghiên cứu là 18,7 ± 13,1kg với cân nặng thấp nhất là 3kg và lớn nhất là 60kg. Chúng tôi nghi nhận cân nặng trung bình và tuổi của các trẻ ở nhóm VHTĐC là 22,3 ± 12,6kg và 6,1 ± 4,0 tuổi; IBD là 20,1 ± 12,3kg và 7,3 ± 5,6 tuổi cao hơn so với nhóm viêm đại trực tràng không

đặc hiệu là 15,8 ± 13,1kg 3,8 ± 4,5 tuổi (Bảng 1).

4.2. Các biểu hiện lâm sàng

Chúng tôi nhận thấy phân máu là biểu hiện hay gặp nhất 74/226 (32,7%) của các bệnh nhi bị viêm đại trực tràng và hồi tràng đoạn cuối. Biểu hiện này có tần suất cao hơn ở nhóm trẻ VĐTĐKH và nhóm VHTĐC lần lượt là 56/115 (38,1%) và 33/83 (39,8%). Bên cạnh đó, tiêu chảy kéo dài cũng chiếm tỷ lệ tương đối cao là 59/226 (26,1%), tỷ lệ này cao nhất ở nhóm trẻ VHTĐC là 21/83 (31,3%). Đau bụng chiếm tỷ lệ rất cao trong nhóm IBD 11/28 (39,3%) và thấp hơn trong VHTĐC là 26/83 (31,3%). Thiếu máu cũng gặp ở tất cả các nhóm chiếm > 10% các trẻ trong nghiên cứu (Bảng 1). Các biểu hiện khác ít gặp hơn trong nghiên cứu như táo bón và chướng bụng.

Phân máu 56/115 (48,7%) và tiêu chảy kéo dài 46/115 (40,0%) chiếm tỷ lệ cao trong bệnh lý VĐTTKĐH trong khi đau bụng và thiếu máu chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 21/115 (18,3%) và 20/115 (17,4%) (Bảng 1). Nhóm này được chẩn đoán qua nội soi và tế bào học, tuy nhiên không có bằng chứng rõ ràng về nguyên nhân cụ thể như vi khuẩn, virus, kí sinh trùng, thiếu máu hoặc IBD. Trong y văn có rất ít nghiên cứu báo cáo về nhóm viêm không tìm thấy nguyên nhân này.

Khi phân tích biểu hiện lâm sàng của nhóm VHTĐC, chúng tôi cũng ghi nhận phân máu là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 33/83 (39,6%). Tiếp theo là đau bụng 26/83 (31,3%). Tiêu chảy kéo dài rất hay gặp trong VĐTTKĐH lại chiếm tỷ lệ thấp 10/83 (12,0%) trong VHTĐC. Thiếu máu chiếm tỷ lệ thấp 10/83 (10,8%). Táo bón và trướng bụng cũng gặp với tần suất thấp trong VĐTTKĐH cũng như VHTĐC (Bảng 1). Theo tác giả Bojica D và cộng sự báo cáo nguyên nhân hay gặp nhất của VHTĐC thường không liên quan đến IBD và biểu hiện lâm sàng thường kèm theo đau bụng, tiêu chảy [3, 4]. Tuy nhiên, VHTĐC được Donet JA và cộng sự ghi nhận khi thực hiện nội soi sàng lọc trong chẩn đoán ung thư ở người lớn [5]. Trong y văn bệnh lý này rất ít được đề cập đến ở trẻ em.

Chúng tôi ghi nhận 4 trẻ viêm loét đại tràng chảy máu, số lượng này ít hơn nhiều so với 24 trẻ bệnh Crohn, kết quả này khác với báo cáo nước ngoài cho thấy tỷ lệ đảo ngược [1]. Bảng 1 cho thấy đau bụng và phân máu là hai biểu hiện lâm sàng chiếm ưu thế đối với bệnh nhân IBD với tỷ lệ lần lượt 11/28 (39,3%) và 8/28 (28,6%). Tần suất đau bụng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với báo cáo của Escher JC và cộng sự là trên 60% [6] nhưng tần suất phân máu của các trẻ trong nghiên cứu của tác giả thì tương đương của chúng tôi. Tuy nhiên, tác giả

này cũng tìm hiểu thêm về các triệu chứng khác sụt cân, mệt mỏi và ăn kém. Chúng tôi ghi nhận thiếu máu và tiêu chảy kéo dài chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 4/28 (14,3%) và 3/28 (10,7%). Nghiên cứu của tác giả Escher cho thấy tỷ lệ trẻ tiêu chảy kéo dài rất cao hơn rất nhiều (50%) so với của chúng tôi, có lẽ do khác đối tượng nghiên cứu và địa dư đã tạo nên các sự khác biệt này. Chúng tôi không có trẻ nào biểu hiện táo bón hoặc trướng bụng ở nhóm IBD.

4.3. Mối liên quan biểu hiện lâm sàng với các nhóm bệnh

4.3.1. Viêm niêm mạc đại trực tràng không đặc hiệu

Trẻ nhỏ dưới 1 tuổi có tần suất VĐTTKĐH cao với tỷ lệ 56/115 (44,3%) so với nhóm trẻ lớn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,0001$ (Bảng 2). Kết quả từ Bảng 2 khi phân tích về yếu tố liên quan của VĐTTKĐH cho thấy trẻ tiêu chảy kéo dài có nguy cơ mắc VĐTTKĐH gấp 5,02 lần so với các bệnh lý khác; $p=0,0001$; OR = 5,02 (95% CI: 2,5 - 10,0). Trong khi đó, trẻ đau bụng thì ít nguy cơ mắc bệnh này 0,4 lần so với các bệnh lý khác; $p=0,01$; OR = 0,4 (95% CI: 0,2 - 0,8). Ngoài ra, đại tiện phân máu, thiếu máu, táo bón và trướng bụng không phải là yếu tố nguy cơ của VĐTTKĐH (Bảng 2).

4.3.2. Viêm hồi tràng đoạn cuối

VHTĐC trong nghiên cứu của chúng tôi được đề cập đến và VHTĐC đơn thuần không kèm theo tổn thương khác trên NSĐTT và không liên quan đến IBD. Nghiên cứu này không phát hiện tuổi, giới tính nam hay nữ là yếu tố liên quan mắc bệnh lý VHTĐC (Bảng 3). Chúng tôi ghi nhận nhóm VHTĐC có lứa tuổi trung bình cao hơn ($6,1 \pm 4,0$) nhóm trẻ không mắc bệnh này ($4,5 \pm 4,9$) tuổi có ý nghĩa thống kê với $p=0,01$. Từ Bảng 3 cho thấy khi phân tích mối liên quan của biểu hiện lâm sàng với tần suất

mắc VTHĐC, trẻ tiêu chảy kéo dài có khả năng mắc bệnh này ít hơn 0,26 lần so với nhóm trẻ không mắc bệnh này với $p=0,0001$; $OR = 0,26$ (95% CI: 0,1 - 0,5). Các triệu chứng còn lại bao gồm phân máu, đau bụng, thiếu máu, táo bón và trướng bụng không phải là yếu tố nguy cơ mắc bệnh này (Bảng 3).

4.3.3. Bệnh lý ruột viêm mạn tính

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của trẻ ở nhóm IBD ($7,3 \pm 5,6$ tuổi) cao hơn nhóm trẻ không mắc bệnh này ($4,8 \pm 4,4$ tuổi) với $p=0,004$ (Bảng 4). Tiêu chảy kéo dài có sự khác biệt thống kê giữa 2 nhóm với $p=0,04$; tuy nhiên khoảng tin cậy 95% CI: 0,08 - 1,04 có chứa 1 nên không chỉ ra được biểu hiện này là liên quan đến tần suất mắc cao hay thấp bệnh lý IBD khi so với 2 nhóm còn lại. Tần suất về giới, cân nặng, phân máu, đau bụng, thiếu máu, táo bón và trướng bụng không có sự khác biệt giữa nhóm IBD và nhóm không mắc bệnh này với $p>0,05$ (Bảng 4). Theo Hotman GA và cộng sự phân máu là một trong các dấu hiệu chỉ điểm để tiến hành xét nghiệm sàng lọc bằng test máu và calprotectin phân trong chẩn đoán IBD [7]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ cao trẻ IBD có đau bụng, phân máu và thiếu máu (Bảng 1) nhưng không thấy sự khác biệt có ý nghĩa so với nhóm trẻ còn lại, có lẽ do cỡ mẫu còn hạn chế. IBD là nhóm bệnh lý phức tạp với tiên lượng xấu ngay cả khi điều trị đúng. Vì vậy, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và chi tiết hơn để tìm ra các yếu tố chỉ điểm trên lâm sàng giúp chẩn đoán sớm là rất cần thiết.

5. Kết luận

Biểu hiện hay gặp trong bệnh viêm đại trực tràng và hồi tràng đoạn cuối là phân

máu, tiêu chảy kéo dài, đau bụng và thiếu máu. Trẻ tiêu chảy kéo dài hay gặp bệnh lý viêm đại trực tràng không đặc hiệu hơn so với các trẻ không có biểu hiện này.

Tài liệu tham khảo

1. Yoshioka S, Takedatsu H, Fukunaga S et al (2017) *Study to determine guidelines for pediatric colonoscopy*. World J Gastroenterol 23(31): 5773-5779.
2. Benchimol EI, Fortinsky KJ, Gozdyra P, Van den Heuvel M, Van Limbergen J, Griffiths AM (2011) *Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: A systematic review of international trends*. Inflamm Bowel Dis 17(1): 423-439.
3. Bojica D and Markovicb S (2011) *Terminal ileitis is not always Crohn's disease*. Ann Gastroenterol 24(4): 271-275.
4. Fazia M, Benjamin S, Asli CT, Vanessa K, Jessica W and Veysel T (2016) *Isolated terminal ileitis: crohn's disease or something else?* American Journal of Gastroenterology 111: 289.
5. Donet JA, Charabaty A and Moss AC (2020) *Management of asymptomatic terminal ileitis*. Crohn's & Colitis 2(4): 1-4.
6. Escher JC, Erasmus MC (2005) *Inflammatory bowel disease in children and adolescents: recommendations for diagnosis-the porto criteria ibd working group of the european society for paediatric gastroenterology, hepatology and nutrition (espghan)*. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 41(1): 1-7.
7. Holtman GA, Leeuwen YLV, Kollen BJ, Norbruis OF, Escher JC, Walhout LC et al (2017) *Diagnostic test strategies in children at increased risk of inflammatory bowel disease in primary care*. PLoS ONE 12(12): 0189111.