|  |
| --- |
| **Chương 5. TIÊU HÓA – DINH DƯỠNG** |
| 1. Tiêu chảy cấp |
| 1. Tiêu chảy kéo dài |
| 1. Táo bón |
| 1. Nhiễm ký sinh trùng đường ruột ở trẻ em |
| 1. Bệnh trào ngược dạ dày thực quản |
| 1. Xuất huyết tiêu hóa |
| 1. Loét dạ dày tá tràng ở trẻ em |
| 1. Phác đồ điều trị viêm loét dạ dày Helicobacte Pylori tại bệnh viện |
| 1. Bệnh suy dinh dưỡng do thiếu Protein – Năng lượng |
| 1. Bệnh còi xương do thiếu Vitamin D ở trẻ em |
| 1. Béo phì ở trẻ em |
| 1. Đau bụng chức năng |
| 1. Các rối loạn tiêu hóa chức năng ở trẻ bú mẹ và trẻ tập đi |
| 1. Tiếp cận chẩn đoán nôn |
| 1. Đau bụng cấp |
| 1. Đau bụng mạn |
| 1. Bệnh viêm tụy cấp ở trẻ e |

**TIÊU CHẢY CẤP**

**1. Định nghĩa**

Tiêu chảy: Là tình trạng đi ngoài phân lỏng hoặc toé nước ≥ 3 lần trong 24 giờ.

Tiêu chảy cấp: Là tiêu chảy khởi đầu cấp tính và kéo dài không quá 14 ngày.

**2. Nguyên nhân**

***2.1.Nhiễm trùng tại ruột.***

*-Rotavirus* là tác nhân chính gây tiêu chảy nặng và đe doạtửvongởtrẻdưới 2 tuổi. Ngoài ra *Adenovirus, Norwalkvirus* ... cũng gây bệnh tiêu chảy.

* 1. - Vi khuẩn:

1. *+ E.coli:* Bao gồm các loại ETEC *(E.coli* sinh độc tố), EPEC (*E.coli* gâybệnh), EHEC (*E.coli* gây chảy máu), EIEC (*E.coli* xâm nhập), EAEC (*E.coli* bám dính).
2. *+ Shigella:* Lỵtrực trùng
3. + Tả: Thường gây những vụ dịch
4. + Các vi khuẩn khác: *Campylobacter Jejuni , Salmonella* ...

- Ký sinh trùng: *Giardia, Cryptosporodia*, *amip*

***2.2 Nhiễm trùng ngoài ruột.***

* 1. - Nhiễm khuẩn hô hấp
  2. - Nhiễm khuẩn đường tiểu
  3. - Viêm màng não

***2.3. Tiêu chảy do thuốc***: Liên quan đến việc sử dụng một số loại thuốc như kháng sinh, thuốc nhuận tràng…

***2.4. Tiêu chảy do dị ứng thức ăn***: Dị ứng protein sữa bò, sữa đậu nành hoặc một số loại thức ăn khác: lạc, trứng, tôm, cá biển…

***2.5. Tiêu chảy do các nguyên nhân hiếm gặp khác***

1. - Rối loạn quá trình tiêu hóa, hấp thu.
2. - Viêm ruột do hóa trị hoặc xạ trị.
3. - Các bệnh lý ngoại khoa: lồng ruột, viêm ruột thừa cấp.
4. - Thiếu vitamin.

-Uống kim loại nặng

**3. Chẩn đoán**

***3.1. Lâm sàng***

-Đi ngoài phân lỏng hoặc toé nước ≥ 3 lần trong 24 giờ.

- Các dấu hiệu mất nước:

- Đánh giá mức độ mất nước

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Không mất nước | Có mất nước | Mất nước nặng |
| Mất nước | 3 - 5% 50 ml/kg | 6 - 9% 50 - 100 ml/kg | ≥ 10% 100 - 120 ml/kg |
| Toàn trạng | Bình thường | Vật vã, kích thích | Mệt lả, li bì, hôn mê |
| Khát nước | Bình thường | Háo hức | Không uống được, uống kém |
| Mắt | Bình thường | Trũng | Rất trũng |
| Thóp trước | Bình thường | Trũng | Rất trũng |
| Nước mắt | Bình thường | Không | Không |
| Niêm mạc miệng | Ướt | Khô | Rất khô |
| Nếp véo da | Bình thường | Mất chậm | Mất rất chậm |
| Nước tiểu | Giảm nhẹ | Giảm nhẹ | Thiểu, vô niệu |
| Sốc | Không | Không | Sốc |

***3.2. Cận lâm sàng.***

- Sinh hóa máu: GOT, GPT, calci, trẻ nôn nhiều cần xét nghiệm chức năng thận (ure, creatinin)

* 1. - Phần lớn trẻ bị tiêu chảy cấp không cần thiết chỉ định làm xét nghiệm thường quy*.*
  2. - Chỉ định làm xét nghiệm điện giải đồ khi trẻ được điều trị tại bệnh viện và có biểu hiện mất nước, mất nước nặng hoặc diễn biến bệnh và các biểu hiện lâm sàng không tương xứng với mức độ của tiêu chảy.
  3. - Chỉ định làm xét nghiệm công thức máu, CRP cho các trường hợp nghi ngờ có nhiễm khuẩn kèm theo hoặc mất nước nặng.
  4. - Chỉ định cấy phân cho các trường hợp tiêu chảy phân máu, tiêu chảy phân nước nặng nghi ngờ tả, tiêu chảy nặng và kéo dài, tiêu chảy trên trẻ suy giảm miễn dịch
  5. - Soi tươi tìm ký sinh trùng trong phân khi lâm sàng có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm ký sinh trùng

- Soi phân tìm hồng cầu, bạch cầu đa nhân

* 1. - Phân tích khí máu trong trường hợp mất nước nặng
  2. - ELISSA chẩn đoán nguyên nhân virus

**4. Điều trị**

***4.1. Điều trị cần thiết***

***4.1.1. Bù nước và điện giải***

* Phác đồ A: Điều trị những trường hợp tiêu chảy chưa có biểu hiện mất nước. Cho trẻ uống nhiều nước hơn bình thường phòng mất nước. Cách cho uống như sau:
* Số lượng uống: Cho trẻ uống nước sau mỗi lần đi ngoài với số lượng nước như sau:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Tuổi** | **Lượng ORS cho uống** | **Lượng ORS cần cung cấp** |
|  |  | **sau mỗi lần đi ngoài** | **để dùng tại nhà** |
|  |  |  |  |
|  | < 24 tháng | 50-100 ml | 500ml/ngày |
|  | 2t- 10 tuổi | 100-200 ml | 1000ml/ngày |
|  | 10 tuổi trở lên uống cho đến khi hết khát | | 2000 ml/ngày |
|  |  |  |  |

- Các loại dịch dùng trong tiêu chảy: Dung dịch ORESOL (ORS) áp lực thẩm thấu thấp là tốt nhất

- Cách cho uống:

1. + Trẻ < 2 tuổi, cho uống từng thìa, trẻ lớn cho uống từng ngụm một bằng cốc hoặc bằng bát.
2. + Trẻ bị nôn, dừng lại đợi 5-10 phút sau lại tiếp tục cho uống.

* Phác đồ B: Điều trị các trường hợp mất nước vừa và nhẹ, cho bệnh nhi uống ORS dựa theo cân nặng hay tuổi (nếu không cân được)
* Lượng ORS cho uống trong 4 giờ đầu (ml)
* Nếu biết cân nặng có thể tính lượng dịch cần bù bằng công thức:

Số lượng nước (ml) uống trong 4 giờ = Cân nặng bệnh nhi x 75ml.

- Cách cho uống:

1. + Trẻ nhỏ 2 tuổi thì cho uống từng thìa, cứ 1-2 phút cho uống 1 thìa, đối với trẻ lớn cho uống từng ngụm bằng chén.
2. + Nếu trẻ nôn cho ngừng uống 10 phút sau đó cho uống chậm hơn.
3. - Sau 4 giờ đánh giá lại tình trạng mất nước; nếu hết triệu chứng mất nước chuyển sang phác đồ A, trẻ còn dấu hiệu mất nước vừa và nhẹ thì tiếp tục theo phác đồ B. Nếu nặng lên thì chuyển sang phác đồ C .

\*Phác đồ C: Áp dụng trong những trường hợp mất nước nặng

- Sốc: 10 - 20 ml/kg trong 20 phút bơm thẳng tĩnh mạch sau đó đánh giá lại (mạch, huyết áp).

- Truyền tĩnh mạch ngay 100ml/kg dung dịch Ringe Lactate (hoặc dung dịch muối sinh lý) chia số lượng và thời gian như sau:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tuổi | Lúc đầu 30ml/kg trong | Sau đó 70ml/kg trong |
| < 12 tháng | 1 giờ | 5 giờ |
| Bệnh nhân lớn hơn | 30 phút | 2giờ30 phút |

- Cứ 1-2 giờ đánh giá lại bệnh nhân.

- Lại truyền một lần nữa với số lượng và thời gian tương tự nếu mạch quay còn yếu hoặc không bắt được. Nếu tình trạng mất nước không tiến triển tốt thì truyền nhanh hơn.

- Ngay khi bệnh nhân có thể uống được, hãy cho uống ORS (5ml / kg/giờ).

- Nếu không truyền được, tuỳ từng điều kiện cụ thể có thể chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để truyền dịch hoặc đặt ống thông dạ dày cho ORS với số lượng 20ml/kg/giờ (tổng số 120ml/kg)

- Cho ăn trở lại ngay khi trẻ có thể ăn được như tiếp tục bú mẹ hoặc cho trẻ ăn các thức ăn giàu dinh dưỡng

***4.1.2. Sử dụng kháng sinh trong điều trị tiêu chảy cấp.***

Không chỉ định sử dụng kháng sinh cho tất cả các trường hợp tiêu chảy cấp.

-Chỉ định kháng sinh cho các trường hợp tiêu chảy cấp sau:

1. + Tiêu chảy phân máu.
2. + Tiêu chảy phân nước mất nước nặng nghi ngờ tả.
3. + Tiêu chảy do *Giardia*.
4. + Trẻ mắc tiêu chảy kèm theo các nhiễm trùng khác: viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn tiết niệu…

Kháng sinh sử dụng trong điều trị các nguyên ngân gây tiêu chảy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nguyên nhân** | **Kháng sinh lựa chọn** | **Kháng sinh thay thế** |  |
| Tả | Erythromycin 12,5mg/kg x | Tetracyclin 12,5mg/kg x 4 |  |
|  | 4 lần/ngày x 3 ngày | lần/ngày x 3 ngày |  |
|  |  | Azithromycin 10mg/kg x 1 lần/ngày x 3 ngày hoặc liều đơn 20mg/kg/24h |  |
|  |  |  |  |
| Lỵ trực khuẩn | Bactrim (biseptol) 60 mg/kg/ngày chia 2 lần x 5 ngày  Ciprofloxacin 15mg/kg/lần | Pivmecillinam 20mg/kg/lần x 4 |  |
|  | x 2 lần/ngày x 3 ngày | lần/ngày x 5 ngày |  |
|  |  | Ceftriaxon tiêm bắp hoặc tĩnh |  |
|  |  | mạch 50–100mg/kg/ngày x 2 – |  |
|  |  | 5 ngày |  |
| *Campylorbacter* | Azithromycin 6 – 20mg/kg x 1 lần/ngày x 1-5 ngày | |  |
| Lỵ a míp | Metronidazole 10 mg/kg/lần x 3 lần/ngày x 5 - 10 ngày (10 | |  |
|  | ngày với trường hợp bệnh nặng), dùng đường uống  Hydroemetin 1 mg/kg/ngày x 5 ngày-10 ngày | |  |
| *Giardia* | Metronidazole 30 mg/kg/lần x 3 lần/ngày x 5 ngày, dùng | |  |
|  | đường uống |  |  |
|  |  |  | |

***4.1.3. Bổ sung kẽm trong điều trị tiêu chảy cấp.***

- Trẻ 1- < 6 tháng tuổi: 10mg/ngày x 10 – 14 ngày

- Trẻ ≥ 6 tháng tuổi: 20mg/ngày x 10 – 14 ngày

***4.2. Chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân tiêu chảy cấp.***

- Cho trẻ ăn sớm khẩu phần ăn hàng ngày 4 – 6 giờ sau bù nước và điện giải với lượng tăng dần

- Nếu trẻ bú mẹ: tiếp tục cho bú nhiều lần hơn và lâu hơn.

- Nếu trẻ không bú sữa mẹ:

+ Cho trẻ loại sữa mà trẻ ăn trước đó.

+ Không pha loãng sữa.

+ Không sử dụng sữa không có lactose thường quy trong dinh dưỡng trẻ bị tiêu chảy cấp.

+ Tránh thức ăn có năng lượng, protein và điện giải thấp và nhiều carbonhydrate.

- Sau khi khỏi tiêu chảy, cho ăn thêm ngày 1 bữa ngoài những bữa ăn bình thường trong 2-4 tuần.

***4.3. Điều trị hỗ trợ***

- S. Boulardii: 250 – 750mg/ngày x 5 - 6 ngày kết hợp với bù nước và điện giải đầy đủ.

- Racecadotril: 1,5mg/kg/lần x 3 lần/ngày kết hợp với bù nước, điện giải đầy đủ và không dùng quá 7 ngày.

- Không sử dụng thuốc cầm nôn, cầm đi ngoài khi tiêu chảy cấp

***4.4. Điều trị triệu chứng:***

- Co giật: do sốt cao, hạ đường huyết, rối loạn điện giải.

- Chướng bụng: đặt sonde hậu môn, uống siro kaliclorua 1 – 2 mg/kg/ngày .

**5. Biến chứng**

- Rối loạn nước – điện giải

- Hạ Kali, Tăng Kali:

- Toan chuyển hóa.

- Suy thận cấp: tiểu ít hoặc vô niệu, BUN, Creatinin máu tăng.

**6. Dự phòng**

* 1. - Nuôi con bằng sữa mẹ: Cho trẻ bú mẹ ngay sau sinh và bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu.
  2. - Sử dụng vaccine phòng bệnh:

1. - Tiêm phòng đủ theo chương trình tiêm chủng mở rộng.
2. - Phòng đặc hiệu tiêu chảy bằng vaccin: *Rotavirus*, tả, thương hàn.
3. - Cải thiện tập quán ăn sam.
4. - Sử dụng nguồn nước sạch cho vệ sinh và ăn uống.
5. - Thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm khi chế biến hoặc bảo quản thức ăn.
6. - Rửa tay thường xuyên khi chăm sóc trẻ.
7. - Sử dụng hố xí hợp vệ sinh
8. Tài liệu tham khảo:
9. - Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018

**TIÊU CHẢY KÉO DÀI**

**1. Định nghĩa**

Tiêu chảy kéo dài (TCKD) là đợt tiêu chảy khởi đầu cấp tính & kéo dài 14

ngày.

**2.Nguyên nhân**

***2.1.Nhiễm trùng:***

1. -Vi khuẩn: *Shigella, Salmonella, Yersinia enterocolitica, Escherichia coli, Clostridium difficile, Campylobacter jejuni, Vibrio cholerae, Mycobacterium avium complex*
2. -Virus*:rotavirus, adenovirus, astrovirus, norovirus, cytomegalovirus, HIV.*
3. -Ký sinh trùng: *Cryptosporidium, Giardia, Entamoeba histolytica, Isospora, Strongyloides*

***2.2. Chế độ ăn không hợp lý:*** ăn nhiều đường, thực phẩm dinh dưỡng chứa sorbitol, mannitol, hoặc xylitol;

***2.3. Kém hấp thu đường:***

Bất dung nạp lactose, thiếu men sucrase-isomaltase, thiếu men lactase, bất dung nạp glucose-galactose, bất dung nạp fructose…

**3. Chẩn đoán**

***3.1. Lâm sàng***

- Tiêu chảy đợt tiêu chảy khởi đầu cấp tính kéo dài trên 14 ngày.

- Dấu hiệu mất nước

* 1. - Tình trạng nhiễm trùng
  2. - Tình trạng dinh dưỡng:
  3. - Thăm khám bụng: Chướng bụng, gõ vang, đau bụng khi thăm khám
  4. - Tổn thương các hệ cơ quan khác: tim mạch, hô hấp…

***3.2.Cận lâm sàng***

- Các xét nghiệm đề nghị: Thường quy: soi phân (soi phân tìm hồng cầu, bạch cầu, nấm hay ký sinh trùng, đo pH, cặn dư phân)

- Cấy phân tìm vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ.

-Các xét nghiệm khác: tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng: công thức máu, điện giải đồ, khí máu (nếu mất nước nặng) và các xét nghiệm đánh giá các bệnh phối hợp (X - quang phổi, tế bào nước +Bệnh cảnh nặng, nhiễm trùng, mất nước: điện giải đồ, protit máu, albumin máu, đường huyết, chức năng gan thận, CRP, khí máu động mạch, cấy máu, tổng phân tích nước tiểu

* 1. + Nghi bệnh lý miễn dịch: VS, điện di đạm, pANCA, ASCA, nội soi, giải phẫu bệnh mẫu sinh thiết…
  2. + Nghi kém tiêu hóa: lượng đạm, mỡ trong phân
  3. + Suy kiệt, tiền căn tiếp xúc: xét nghiệm lao, HIV

- Ngoài ra còn đo áp lực thẩm thấu của phân hoặc làm điện giải đồ trong phân. - Chức năng ruột: test thở (test phát hiện khí hydro trong hơi thở), định lượng α1- antitrypsin, phương pháp Steatocrit, FOB. - Sinh thiết niêm mạc ruột qua nội soi để chẩn đoán hình thái niêm mạc ruột. - Viêm ruột: calprotectin, bạch cầu trong phân, NO trong trực tràng.

**3.3. *Tiêu chuẩn chẩn đoán***

- Tiêu chảy kéo dài nặng: là tiêu chảy kéo dài kèm một trong các vấn đề sau: dấu hiệu mất nước, suy dinh dưỡng nặng, nhiễm trùng nặng, trẻ nhỏ hơn 4 tháng.

* Tiêu chảy kéo dài không nặng: tiêu chảy kéo dài không có các vấn đề nêu trên.

**4. Điều trị**

***4.1. Nguyên tắc điều trị:***

1. - Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm
2. - Điều trị nhiễm trùng
3. - Điều trị theo nguyên nhân
4. - Xử lý kịp thời các biến chứng.
5. - Phục hồi dinh dưỡng:
6. - Dinh dưỡng hợp lý để không làm tiêu chảy nặng thêm.
7. - Bổ sung các loại vitamin và khoáng chất.
8. - Chỉ định dùng kháng sinh khi bệnh nhân có nhiễm trùng.
9. ***4.2. Xử trí ban đầu:***
10. - Đánh giá và bù nước theo phác đồ B hoặc C.
11. - Bù dịch bằng ORS, một số trẻ không hấp thu được Glucose trong ORS làm tăng tiêu chảy do đó cần bù dịch bằng đường tĩnh mạch cho đến khi đáp ứng với ORS.
12. - Một số trường hợp mất nước B kèm nôn nhiều, uống kém hoặc tốc độ thải phân cao (>10ml/kg/giờ) cần bù nước bằng đường tĩnh mạch. Dịch được lựa chọn là Lactate Ringer, Natri Chlorua 0,9% tốc độ truyền 75ml/kg/4giờ (phác đồ

B IMCI)

* Điều chỉnh các rối loạn điện giải, kiềm toan nếu có

***4.3.Ðiều trị đặc hiệu:***

1. - Điều trị nhiễm trùng
2. - Không điều trị kháng sinh thường quy trong TCKD.
3. - Phát hiện và điều trị nhiễm trùng ngoài đường tiêu hóa: nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng tiểu, viêm phổi, viêm họng, viêm tai giữa.
4. Dùng kháng sinh khi có nhiễm khuẩn:
5. - Soi phân có máu: điều trị kháng sinh uống nhạy với Shigella:
6. Ciprofloxacin (trẻ 2 tháng -5 tuổi) 15 mg/kg x 2 lần/ngày.
7. Trẻ < 2tháng: Cefriaxone (IM) 100mg/kg/ x 1 lần/ngày trong 5 ngày.
8. - Soi phân có E. hystolytica dạng dưỡng bào trong hồng cầu: Metronidazole 10mg/kg x 3lần/ngày trong 5 ngày
9. - Phân có bào nang hoặc dưỡng bào của Giardia lamblia: Metronidazole 5mg/kg x 3lần/ngày trong 5 ngày.
10. - Điều trị Campylobacter: Erythromycine 30-50mg/kg/ngày trong 5 – 10 ngày. azithromycin (30 mg/kg liều duy nhất ngay sau khi bệnh khởi phát).

- Lỵ trực khuẩn: bactrim (shigella, salmonella spp) 50 - 60 mg/kg/ngày chia 2, azithromycin 10 - 20 mg/kg/ngày 1 lần trong 3 ngày (shigella); cefixim 8 - 10 mg/kg/ngày chia 2, ciprofloxacin 20 - 30 mg/kg/ngày chia 2, ceftriaxon 50 - 100 mg/kg/ngày chia 2 (E.coli).

- Lỵ amip: metronidazol (20 - 30 mg/kg/ngày chia 2), hydroemetin, nitazoxanide

- Nitazoxanide (7,5 mg/kg/ngày chia 2 trong 3 ngày) hiệu quả trong điều trị Rotavirus nặng và tiêu chảy kéo dài

- Clostridium difficine: metronidazol (30 mg/kg/ngày chia 4) hoặc vancomycin uống (40 mg/kg/ngày chia 4)

***4.4.. Probiotic:*** Saccharomyces boulardii 250 - 750 mg/ngày.

***4.5. Các thuốc khác***

- Human serum immunoglobulin: 300 mg/kg, 1 liều uống duy nhất, hoặc đường truyền tĩnh mạch khi tiêu chảy do Rotavirus nặng hoặc kéo dài.

- Các thuốc giảm tiết hoặc bao niêm mạc: dùng trong tiêu chảy xuất tiết: racecatrodil (1,5 mg/kg/lần x 3 lần/ngày), diosmectite (3g - 6g/12 - 24 giờ). - Somatostatin (Octreotide): 1- 10 µg/kg/ngày chỉ định trong tiêu chảy xuất tiết nặng, các khối u thần kinh nội tiết (VIPoma), ngộ độc tiêu hóa, microvillus, HIV. - Hormon GH: hội chứng ruột ngắn, tiêu chảy xuất tiết.

- VitaminA: + Không cần cho uống vitamin A nếu trẻ đã uống từ tháng trước. + Vitamin A cho trẻ bị suy dinh dưỡng nặng. 1016 + Liều lượng cho 1 liều duy nhất: 50 000 UI (trẻ < 6 tháng), 100 000 UI (6 - 12 tháng), 200 000 UI (> 12 tháng).

***4.6. Chế độ dinh dưỡng****:*

Rất quan trọng với mọi trẻ TCKD. Khẩu phần cung cấp 150 kcal/kg/24h.

1. - Trẻ < 4 tháng:

+ Bú mẹ liên tục, thường xuyên, kéo dài

+ Nếu không có sữa mẹ, uống sữa giảm hoặc không có lactose, sữa protein thủy phân.

- Trẻ > 4 tháng:

1. + Khuyến khích tiếp tục bú mẹ,
2. + Chế độ ăn đặc biệt giảm lactose, tăng số lần (6 bữa hoặc hơn) và tổng năng lượng khoảng 150 kcal/kg/ngày
3. + Nếu trẻ ăn uống kém cần nuôi ăn qua sonde dạ dày
4. - Cung cấp vitamin và khoáng chất: bổ sung thêm vitamin và khoáng chất mỗi ngày trong 2 tuần: folate, vitamin A, đồng, kẽm, sắt, magne.
5. - Hội chẩn dinh dưỡng: Suy dinh dưỡng nặng, thất bại trong nuôi ăn (sau 7 ngày điều trị: tiêu chảy > 10 lần/ngày, xuất hiện lại dấu hiệu mất nước, không tăng cân) hoặc có chỉ định nuôi ăn qua sonde

***4.7. Theo dõi mỗi ngày:***

* 1. -Cân nặng, thân nhiệt, lượng ăn vào, số lần tiêu chảy, tính chất phân.
  2. -Các dấu hiệu, biến chứng: nhiễm trùng, rối loạn nước – điện giải, kiềm toan, bụng ngoại khoa: thủng ruột…

***4.8. Tiêu chuẩn xuất viện***

* 1. - Ăn uống khá
  2. - Trẻ tăng cân

1. - Hết tiêu chảy
2. - Không còn dấu hiệu nhiễm trùng, đã điều trị đủ liều kháng sinh

**5. Phòng bệnh**

1. - Cho trẻ bú sữa mẹ
2. - Phòng ngừa các yếu tố nguy cơ: Tiêm phòng đủ theo chương trình tiêm chủng mở rộng
3. - Vệ sinh trong ăn uống
4. - Xử trí tốt các trường hợp tiêu chảy cấp

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018

**TÁO BÓN**

**1. Định nghĩa**

Táo bón là tình trạng đi ngoài không thường xuyên, phân to cứng, đau và khó khăn khi đi ngoài kèm theo đi ngoài phân són. Có hai loaijtaos bón là táo bón cơ năng và táo bón thực thể.

**2. Nguyên nhân**

* 1. - Táo bón do rối loạn cơ năng.
  2. - Táo bón do nguyên nhân thần kinh: thần kinh dạ dày – ruột ( Bệnh Hirschsprung, loạn sản thần kinh ruột, bệnh Chaga) hoặc thần kinh trung ương (bại não, thoát vị màng não tủy, u dây sống, tật nứt dọc tủy sống).
  3. -Táo bón do nguyên nhân nội tiết chuyển hóa hoặc bệnh hệ thống: suy giáp trạng, đa xơ cứng, tăng hoặc giảm can xi máu…

**3. C****hẩn đoán**

Đối với táo bón cơ năng, hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng là đủ để chẩn đoán bệnh.

***3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán táo bón cơ năng: (Rome III)***

Có ít nhất 2 trong các triệu chứng sau, trong vòng 1 tháng đối với trẻ <4 tuổi hoặc trong vòng 2 tháng đối với trẻ > 4 tuổi:

* 1. - Đi ngoài ít hơn 3 lần/1 tuần.
  2. - Ít nhất 1 lần són phân mỗi tuần.
  3. - Tiền sử nhịn đi ngoài hoặc ứ phân rất nhiều (do nhịn).
  4. - Có tiền sử đi ngoài đau hoặc khó khăn.
  5. - Có khối phân lớn trong trực tràng.
  6. - Tiền sử đi ngoài phân to có thể gây tắc bồn cầu.

***3.2. Các triệu chứng đi kèm (sẽ hết khi trẻ đi ngoài):***

* 1. - Chán ăn.
  2. - Chướng bụng, đau bụng.

***3.3. Các dấu hiệu gợi ý táo bón do nguyên nhân thực thể.***

* 1. - Táo bón xuất hiện ở trẻ dưới 1 tuổi.
  2. - Chậm phân su.
  3. - Bóng trực tràng rỗng.
  4. - Có máu trong phân.
  5. - Không có sự nín nhịn đi ngoài.
  6. - Không đi ngoài són.
  7. - Xuất hiện triệu chứng ngoài ruột.
  8. - Bất thường sắc tố.
  9. - Bệnh liên quan đến bàng quang.
  10. - Không đáp ứng với điều trị thông thường.
  11. - Cơ thắt hậu môn chặt.
  12. - Chậm phát triển.

Khi có các dấu hiệu gợi ý trên cần thăm khám lâm sàng để tìm nguyên nhân thực thể gây táo bón: Vị trí hậu môn có lỗ dò hay không, có nứt kẽ hậu môn., thăm trực tràng, sự co dãn tự động của cơ thắt hậu môn, hẹp trực tràng…

***3.4. Cận lâm sàng***

- XQ bụng không chuẩn bị:

Tìm triệu chứng của tình trạng ứ đọng phân. Thường được áp dụng khi không thăm khám được hậu môn trực tràng (trẻ không hợp tác hoặc nghi ngờ có tổn thương).

- XQ có thuốc cản quang:

Chụp đại tràng thẳng nghiêng khi nghi ngờ táo bón do nguyên nhân thực thể (phình đại tràng bẩm sinh).

-Chụp lưu thông đại tràng có chất đánh dấu phóng xạ:

Ít sử dụng, giúp phân biệt trẻ són phân do táo bón và són phân không liên quan táo bón.

-Các xét nghiệm cận lâm sàng khác (khi nghi ngờ táo bón do nguyên nhân thực thể):

* 1. +Sinh hóa máu: T4, TSH chẩn đoán suy giáp trạng bẩm sinh.
  2. +Chụp CT- scanner hoặc MRI chẩn đoán táo bón do nguyên nhân thần kinh…

- Siêu âm trực tràng.

- Chụp MRI cột sống thắt lưng.

- Chụp trực tràng trong lúc đại tiện.

- Đánh giá sự vận động của đại tràng.

- Đo áp lực hậu môn trực tràng.

- Đo áp lực đại tràng

**4. Điều trị**

***4.1.Điều trị táo bón cơ năng.***

* 1. \* Mục tiêu:
  2. - Khôi phục lại khuôn phân bình thường (phân mềm, không đau khi ngoài, không són phân).
  3. - Ngăn ngừa sự tái phát.

***4.2.Điều trị cụ thể***

1. - Tư vấn: Giải thích cho cha mẹ và trẻ biết tình trạng và các can thiệp.
2. - Thụt tháo phân (trước khi điều trị duy trì):
   1. + PEG (Poly ethylene glycol): 1 – 1,5g/1kg/ngày x 3 ngày (uống).
   2. + Thụt hậu môn: Phosphate soda enemas (Fleet): trẻ > 2 tuổi.
   3. + Dầu paraffin: trẻ > 1 tuổi: 15- 30ml/tuổi (năm) chia 2 lần.
3. - Điều trị duy trì (bao gồm điều trị thuốc, chế độ ăn và huấn luyện đi ngoài).
4. - Điều trị thuốc:

+ Nhuận tràng thẩm thấu:

Lactulose: 1- 3ml/kg/ngày, chia 2 lần.

Sorbitol: 1- 3ml/kg/ngày, chia 2 lần.

PEG 3350 không có điện giải: 1g/kg/ngày.

PEG 4000 : Thụt tháo phân: 1- 1,5 g/kg/ngày (tối đa 6 ngày liên tiếp)

Magiesium hydroxide: 1- 3ml/kg/ngày, chia 2 lần. + Nhuận tràng bôi trơn (ít dùng)

Dầu paraffin: trẻ > 1 tuổi: 1- 3ml/kg/ngày, chia 2 lần. + Nhuận tràng kích thích:

Bisacodyl ≥ 2 tuổi: 0,5 – 1 viên đạn 10mg/lần. 1 – 3 viên nén 5mg/lần.

Glycerin đặt hậu môn.

* Chế độ ăn:

+ Tăng lượng dịch, carbonhydrate và chất xơ.

+ Lượng chất xơ = tuổi + 5 (gam/ngày) đối với trẻ < 2 tuổi.

+ Một số trẻ táo bón do bất dung nạp sữa bò: Dùng sữa đậu nành hoặc sữa đạm thủy phân.

+ Thực phẩm giàu chất xơ: rau quả, bánh mỳ nguyên cám, ngũ cốc nguyên hạt.

* 1. -Huấn luyện đi ngoài.

***4.2. Điều trị táo bón thực thể:***

Tùy thuộc vào nguyên nhân:

- Bệnh phình đại tràng bẩm sinh: phẫu thuật cắt bỏ đoạn đại tràng vô hạch.

-Bệnh suy giáp trạng bẩm sinh: liệu pháp hormone thay thế.

-Khối u vùng tủy- thắt lưng, các dị tật thần kinh như thoát vị màng não tủy hoặc tật nứt dọc đốt sống phải được điều trị triệt để bằng phẫu thuật…

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018

**NHIỄM KÝ SINH TRÙNG ĐƯỜNG RUỘT Ở TRẺ EM**

**1. Đại cương**

Tình trạng nhiễm giun nơi trẻ em thường gặp ở các nước đang phát triển, tỉ lệ nhiễm rất cao có nơi lên đến trên 90%.

Có thể gặp những trường hợp nhiễm nhiều ký sinh trùng trên cùng một trẻ

(giun đũa, giun móc, giun kim..)

**2. Nguyên nhân**

Lây nhiễm chủ yếu qua đường miệng và qua đường ăn uống nấu không chín (giun đũa, giun kim, giun tóc, các loại sán…), qua da (giun móc, giun lươn). Tùy theo vùng sinh sống và điều kiện sống mà chúng ta sẽ gặp trẻ bị nhiễm loại ký sinh trùng nào thường hơn.

**3. Chẩn đoán**

***3.1. Nhiễm giun ở trẻ em:*** chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng

***3.1.1. Giun đũa:***

* 1. - Triệu chứng lâm sàng:

1. + Trẻ xanh xao, ăn kém ngon.
2. + Biểu hiện ở phổi gây ra hội chứng Loeffler: ho đờm có thể lẫn máu, đôi khi sốt. Khi có nhiều ấu trùng vào phế nang và phế quản có thể gây nên viêm phế quản, viêm phổi.
3. + Ngoài da: nổi mề đay, phát ban không đặc hiệu.
4. + Đường tiêu hóa: đau bụng, nôn mửa, chán ăn, tiêu chảy đôi khi phân mỡ. Giun có thể cuộn thành búi gây tắc ruột, có thể chui vào ống mật gây viêm túi mật, tắc mật, áp-xe gan; chui vào ống dẫn tụy gây viêm tụy, có khi chui qua thành ruột gây viêm phúc mạc.

- Chẩn đoán:

1. + Soi phân tìm trứng giun đũa
2. + Xét nghiệm công thức máu thấy bạch cầu ái toan tăng là dấu hiệu gợi ý

* Điều trị: Mebendazole (Vermox, Fugacar)

1. + Trên 12 tháng: Vermox 100mg 1 viên x 2 trong 3 ngày liên tiếp

Hoặc Fugacar 500mg 1 viên duy nhất.

Hoặc Pyrantel pamoat (Combantrin, Helmintox), viên 125mg, 11mg/kg (tối đa 1g), liều duy nhất.

+ Dưới 12 tháng: Pyrantel pamoat (Combantrin, Helmintox), viên 125mg, 11mg/kg (tối đa 1g), liều duy nhất.

***3.1.2. Giun kim:***

- Triệu chứng lâm sàng:

1. Trẻ bị nhiễm giun kim thường khó ngủ, thức giấc nửa đêm, khóc đêm, đái dầm, đôi khi tiêu phân lỏng do buổi tối giun hay bò ra ngoài hậu môn đẻ trứng gây ngứa ngáy khó chịu cho trẻ. Nếu trẻ luôn tay để gãi thì trứng giun có thể dính vào móng tay và khi cầm thức ăn sẽ gây tái nhiễm.
2. - Chẩn đoán: Tìm trứng giun trong phân qua phương pháp quệt (swab) hoặc dán băng keo vào vùng hậu môn buổi sáng trong vài ngày liên tiếp

* Điều trị:

+ Trên 12 tháng :

Mebendazole ( Fugacar) viên 500mg, 1 viên duy nhất, lặp lại sau 2 tuần

Hoặc Albendazole (Zentel) viên 200mg, 2 viên duy nhất, lặp lại sau 2 tuần

Hoặc Pyrantel pamoat (Combantrin, Helmintox), viên 125mg, 11mg/kg(tối đa 1g), lặp lại sau 2 tuần.

+ Dưới 12 tháng: Pyrantel pamoat (Combantrin, Helmintox), viên 125mg, 11mg/kg (tối đa 1g), lập lại sau 2 tuần.

+ Điều trị cùng lúc cho các thành viên trong gia đình để tránh tái nhiễm.

***3.1.3. Giun móc:***

Thường gặp ở những trẻ em sống trong các vùng làm rẫy, làm ruộng đi chân đất.

- Triệu chứng lâm sàng:

1. + Toàn trạng chung: mệt mỏi xanh xao, thiếu máu.
2. + Ngoài da: nơi ấu trùng xâm nhập rất ngứa ngáy, ửng đỏ, nổi mụn nước.
3. + Phổi: gây ra hội chứng Loeffler như giun đũa.
4. + Tiêu hóa: đau bụng, ăn không ngon, khó tiêu, tiêu chảy, buồn nôn, nôn mửa, đôi khi thấy phân đen.
5. - Chẩn đoán: dựa vào vùng dịch tễ, bệnh cảnh lâm sàng

+ Soi phân thấy trứng giun móc, có thể thấy hồng cầu

+ Công thức máu: Hct giảm, Hb máu giảm, bạch cầu ái toan tăng

+ Sắt huyết thanh giảm. - Điều trị:

1. + Trên 12 tháng: Mebendazole (Vermox, Fugacar)
2. Vermox 100mg 1 viên x 2 trong 3 ngày liên tiếp.
3. Hoặc Fugacar 500mg 1 viên duy nhất

Hoặc Albendazole (Zentel) viên 200mg, 2 viên duy nhất.

Hoặc Pyrantel pamoat (Combantrin, Helmintox), viên 125mg, 11mg/kg/ ngày trong 3 ngày liên tiếp.(tối đa 1g/ngày),

* 1. + Dưới 12 tháng: Pyrantel pamoat (Combantrin, Helmintox), viên 125mg, 11mg/kg/ ngày trong 3 ngày liên tiếp.
  2. + Điều trị thiếu máu kèm theo (nếu có)
  3. ***3.1.4. Giun tóc*** (*Trichuris trichiura*):
  4. -Triệu chứng lâm sàng: Nhiễm giun tóc gây ra những rối loạn tiêu hóa không đáng kể nhưng đôi khi có biểu hiện xuất huyết trực tràng và sa trực tràng.
  5. -Chẩn đoán: tìm trứng trong phân
  6. -Điều trị: tương tự giun đũa

***3.1.5. Các loại giun khác:***

* 1. \*Giun chó (*Toxocara canis*): Thường gặp ở những trẻ thường xuyên tiếp xúc với chó, mèo.

1. -Triệu chứng lâm sang: Trẻ bị nhiễm thường mệt mỏi, sốt nhẹ, đôi khi đau hạ sườn phải hoặc than đau đầu kéo dài.
2. -Chẩn đoán: thường dựa vào bạch cầu ái toan tăng trong máu và huyết thanh chẩn đoán.
3. -Điều trị: Albendazole (Zentel) viên 200mg, 2 viên/ngày trong 5 ngày. Hoặc Mebendazol 100-200mg/ngày, chia làm 2 lần trong 5 ngày

\*Giun xoắn (*Trichinella*): Trẻ bị nhiễm do ăn phải thịt heo hoặc thịt ngựa có chứa ấu trùng của giun xoắn.

**-**Triệu chứng lâm sàng rất đặc trưng: tiêu chảy, sốt cao, phù mặt và mí mắt. Đaucơ cũng thường gặp nhưng đôi khi khó xác định rõ nơi trẻ em.

- Chẩn đoán: thường dựa vào tập hợp các bằng chứng, triệu chứng lâm sàng biểu hiện trong gia đình và trong vùng, ăn thịt heo hoặc thịt ngựa. Xét nghiệm máu thấy bạch cầu ái toan tăng, tăng enzyme cơ.

1. - Điều trị:

+ Corticosteroides khi có triệu chứng nặng 1mg/kg/ngày trong 5 ngày

+ Mebendazole 200 – 400mg chia 3 lần x 3 ngày, sau đó 400 – 500mg chia

1. lần trong 10 ngày hoặc Albendazole 400mg chia 2 lần x 8 – 14 ngày.
   1. \* Giun lươn (*Strongyloides stercoralis*):
2. - Triệu chứng lâm sàng: Thường thì không có triệu chứng hay có triệu chứng nhẹ ở da và tiêu hóa. Biểu hiện ngoài da thường gặp nhất là nổi mề đay tái phát ở mông và cổ tay. Ấu trùng di chuyển tạo ra những đường ngoằn ngoèo răng cưa đặc trưng cho bệnh – ấu trùng chạy – tổn thương dạng hồng ban, nhô cao và ngứa. Giun trưởng thành đào đường hầm vào trong niêm mạc ruột non gây đau bụng, buồn nôn, tiêu chảy, chảy máu đường tiêu hóa, viêm đại tràng mạn tính. Nếu nhiễm sớm và nặng có thể gây ra tắc ruột non, nhiễm trùng huyết khi nhiễm nặng.

* Chẩn đoán: dựa vào

+ Tìm ấu trùng trong phân

+ Huyết thanh chẩn đoán trong trường hợp nhiễm giun lươn không biến

chứng.

* Điều trị: Ivermectin 200 µg/kg/ngày trong 2 ngàyHoặc Thiabendazole 25mg/kg, 2 lần/ngày trong 2 ngày.
* Giun *Angiostrongylus cantonensis*: là loại giun sống trong phổi chuột, là nguyên nhân gây viêm màng não tăng bạch cầu ái toan. Người bị nhiễm khi ăn cua, ốc, tôm mang ấu trùng còn sống hoặc rau xanh dính phân của những động vật này.
* Chẩn đoán: dựa vào triệu chứng lâm sàng, viêm màng não tăng bạchcầu ái toan (E >20% trong dịch não tủy) và tiền căn dịch tễ.
* Điều trị: Nâng đỡ, giảm đau, an thần và Corticoides trong những trường hợp nặng.
* Giun chỉ (*Filarioses*): Có 8 loại gây bệnh cho người, trong đó có 4 loài

*Wucherecia bancrofti, Brugia malayi, Onchocerca volvulus và Loa loa* –gây raphần lớn các bệnh nhiễm giun chỉ nặng.

Chẩn đoán bệnh giun chỉ hiện nay dựa vào huyết thanh chẩn đoán.

* Bệnh giun chỉ bạch huyết (do *Wucherecia bancrofti, Brugia malayi)* người bị nhiễm bệnh do muỗi đốt

+Triệu chứng lâm sàng đa số là không triệu chứng, đôi khi người bị nhiễm phôi ấu trùng có 1 vài biểu hiện như tiểu máu vi thể hoặc có protein niệu, dãn mạch bạch huyết, có thể thấy dãn bạch buyết ở bìu nơi trẻ trai.

1. + Điều trị: Diethylcarbamazin (DEC) 6mg/kg/ngày trong 15 ngày

Hoặc Albendazole 400mg x 2 lần/ngày trong 21 ngày.

* Bệnh Loa loa (do *Loa loa*) do ruồi trâu đốt.

+ Triệu chứng lâm sàng bệnh do nhiễm phôi ấu trùng không triệu chứng, chỉ có thể phát hiện bệnh khi giun trưởng thành di trú dưới kết mạc hay phù Calabar từng đợt. Phù mạch và ban đỏ, thường xuất hiện ở đầu chi và ít xuất hiện ở nơi khác, mau chóng biến mất.

* 1. + Điều trị: DEC 8 – 10mg/kg/ngày trong 21 ngày.
  2. Trường hợp nặng có thể khởi đầu bằng Corticoides: Prednisone 40-60mg/ngày sau đó giảm liều nếu không có tác dụng phụ.
  3. - Bệnh Onchocerca (do *Onchocerca volvulus*) do ruồi đen đốt, bệnh ảnh hưởng ở da, mắt và hạch bạch huyết.
  4. + Điều trị: Ivermectin liều duy nhất 150 µg/kg kết hợp điều trị triệu chứng.

***3.2. Nhiễm sán ở trẻ em***

***3.2.1. Bệnh sán máng*** (*Schistosomasis*):

- Thường gặp ở những người đi bơi hay lội qua vùng nước ngọt, do ấu trùng đuôi xâm nhập qua da, tùy theo vùng địa lý sẽ bị nhiễm loại sán khác nhau.

* Triệu chứng lâm sàng thay đổi tùy theo loài gây bệnh và mật độnhiễmsán: sốt, viêm da, triệu chứng ở đường tiêu hóa đặc trưng là đau bụng kiểu đại tràng, gan to, đôi khi tăng áp tĩnh mạch cửa.
* Chẩn đoán: dựa vào sự phối hợp giữa tiền sử bệnh lý, biểu hiện lâm sàng đặc trưng và sự hiện diện của trứng trong các chất bài tiết kết hợp với huyết thanh chẩn đoán.

1. - Điều trị: thuốc được lựa chọn là Praziquantel
2. + S. mansoni, S. intercalatum, S. Haematobium: Prariquartel 40mg/kg/ngày, chia 2 lần trong 1 ngày.
3. + S. japonicum, S. Mekongi: Prariquartel 60mg/kg/ngày, chia 3 lần trong 1ngày.

***3.2.2. Bệnh sán lá gan:***

1. \* Bệnh sán lá *Clonorchis*: là do nhiễm *Clonorchis sinensis*, người bị nhiễm do ăn cá nước ngọt chứa ấu trùng đuôi trưởng thành còn sống hoặc nấu không kỹ.
2. - Triệu chứng lâm sàng: không rõ ràng thường là không có triệu chứng, có thể gây đau mơ hồ vùng hạ sườn phải nếu nhiễm sán ở mức độ trung bình và nặng.
3. \* Bệnh sán lá Fasciola: do nhiễm *Fasciola hepatica*; người bị nhiễm do dùng nước ô nhiễm hoặc ăn phải rau cải được rửa trong các loại nước này.
4. - Triệu chứng xuất hiện khi ký sinh trùng di chuyển (1- 2 tuần sau khi nhiễm sán), bệnh nhân sốt, đau hạ sườn phải, gan to.
5. - Chẩn đoán: dựa vào tiền căn địa lý, tăng bạch cầu ái toan trong máu. Xét nghiệm huyết thanh học có giá trị trong chẩn đoán.
6. - Điều trị:

+ C. Sinensis: Praziquantel 75mg/kg/ngày, chia 3 lần trong 1 ngày.Hoặc Albendazole 10mg/kg/ngày, trong 7 ngày.

+ F. hepatica: Triclabendazole 10mg/kg 1 liều duy nhất.

***3.2.3. Bệnh sán lá phổi:***

- Do nhiễm sán lá phổi *Paragonimus westermani*, người bị nhiễm do ăn phải ấu trùng nang lây nhiễm trong cơ và nội tạng của tôm và cua nước ngọt.

1. - Triệu chứng biểu hiện rõ rệt trên những người bị nhiễm sán ở mức độ trung bình hay nặng, thường là ho khạc đờm nâu hay ho ra máu, có thể có dấu hiệu của viêm màng phổi. Trong trường hợp mạn tính có thể gặp biểu hiện của viêm phế quản hay dãn phế quản.
2. - Chẩn đoán: dựa vào việc phát hiện trứng sán trong đờm hoặc trong phân. Huyết thanh chẩn đoán có giá trị trong trường hợp tìm trứng cho kết quả âm tính.
3. - Điều trị: Praziquantel 75mg/kg/ngày, chia 3 lần trong 2 ngày.

***3.2.4.Bệnh sán dây:***

1. \* Bệnh sán dây bò do *Taenia saginata*,
2. - Người bị nhiễm do ăn thịt bò sống hoặc chưa nấu chín.
3. - Triệu chứng lâm sàng có thể đau nhẹ hay khó chịu ở bụng, buồn nôn, ăn mất ngon, mệt mỏi và sụt cân. Bệnh nhân biết mình nhiễm sán thường là thấy các đốt sán trong phân.
4. - Chẩn đoán: được xác định khi phát hiện ra trứng hơặc đốt sán trong phân, nếu không tìm thấy có thể kiểm tra vùng hậu môn bằng cách dán 1 dải giấy bóng kính như cách tìm giun kim. Xét nghiệm máu thấy tăng bạch cầu ái toan.
5. - Điều trị: Liều duy nhất Praziquantel 5 - 10mg/kg
6. \* Bệnh sán dây heo do *Taenia solium* và bệnh do *Cysticercus:* người bị nhiễm do ăn thịt heo nấu không chín.
7. **-** Nhiễm *T. solium*
8. + Triệu chứng lâm sàng: thỉnh thoảng bệnh nhân cảm thấy khó chịu ở vùng thượng vị, buồn nôn, sụt cân và tiêu chảy. Bệnh nhân có thể thấy đốt sán ra theo phân.

+ Chẩn đoán xác định khi tìm thấy trứng hơặc đốt sán trong phân.

+ Điều trị: Liều duy nhất Praziquantel 5 - 10mg/kg

- Bệnh do *Cysticercus*

+ Triệu chứng lâm sàng: hay có biểu hiện thần kinh, khi có phản ứng viêm quanh ấu trùng trong nhu mô não, thường xuất hiện động kinh. Các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ gồm nhức đầu, buồn nôn, nôn, biến đổi thị lực, mất điều hòa, chóng mặt hoặc hay nhầm lẫn. Ở bệnh nhân bị tràn dịch não thất có thể thấy phù gai thị và rối loạn tâm thần. Ngoài ra có thể tìm thấy những nốt dưới da.

1. + Chẩn đoán xác định khi tìm thấy ấu trùng từ những mẫu sinh thiết mô học qua kính hiển vi hoặc phát hiện ký sinh trùng khi soi đáy mắt. CT hoặc MRI não có thể phát hiện ấu trùng nang sán trong não thất. Huyết thanh chẩn đoán có giá trị trong trường hợp này.
2. + Điều trị: Điều trị triệu chứng động kinh và tràn dịch não thất (nếu có) Praziquantel 50 - 60mg/kg/ngày, chia 3 lần/ngày trong 15 ngày

Hoặc: Albendazole 15mg/kg/ngày (tối đa 800mg),chia 2 lần/ngày trong 8-28 ngày.

* Bệnh sán dây chó do nhiễm *Echinococcus granulosus* hay *E.* *multilocularis*, ký chủ vĩnh viễn là chó, thải trứng qua phân. Bệnh thường gặpởcác vùng có gia súc nuôi chung với chó.

1. - Nhiễm *Echinococcus* ở gan
2. + Triệu chứng lâm sàng : thường đau bụng hay sờ thấy khối u ở vùng hạ sườn phải. Có triệu chứng giống như sỏi mật tái phát và nghẽn mật có thể gây vàng da.
3. + Chẩn đoán: X quang phổi có thể phát hiện các nang ở phổi

CT ngực khối u hoặc vách nang can xi hóa

Huyết thanh chẩn đoán có thể có giá trị nhưng nếu âm tính không loại trừ

được nhiễm *Echinococcus*.

+ Điều trị: Phẫu thuật cắt bỏ nang sán phối hợp với Albendazole

Albendazole 15mg/kg/ngày chia làm 2 lần (tối đa 800mg/ngày), bắt đầu tối thiểu 4 ngày trước khi thực hiện thủ thuật, tiếp tục ít nhất 4 tuần sau đối với

E.granulosus và 2 năm đối với E. multilocularis.

\* Bệnh Gnathostoma do *Gnathostoma spinigerum* hay *Gnathostoma hispidum*.

- Triệu chứng lâm sàng :Người bị nhiễm có triệu chứng ngứa ngoài da do ấu trùng di chuyển, đau bụng, đôi khi có thể gặp triệu chứng ho hoặc tiểu máu.

1. - Điều trị: Albendazole 400mg/ngày chia 2 lần trong 21 ngày

Hoặc: Ivermectin 200 µg/kg/ngày trong 2 ngày

Có thể kết hợp với phẫu thuật cắt bỏ nang.

***3.3. Nhiễm đơn bào***

***3.3.1. Bệnh amip:***

Là bệnh nhiễm trùng do đơn bào *Entamoeba histolityca* gây ra. Người mắc bệnh khi nuốt bào nang của chúng từ nước, thức ăn hoặc tay bị nhiễm phân.

* 1. - Các dạng lâm sàng

1. Bệnh amip ở ruột: Viêm đại tràng do amip: đau bụng dưới và tiêu chảy nhẹ tiến triển từ từ, sau đó là uể oải, sụt cân và tiêu phân nhầy máu.
2. + Áp-xe gan do amip: Bệnh nhân sốt và đau ha sườn phải, thường gặp điểm đau trên gan và tràn dịch màng phổi phải. Áp-xe vỡ vào phúc mạc có thể gây đau bụng cấp, nếu áp-xe ở thùy trái gan có thể vỡ vào màng ngoài tim có tiên luợng xấu nhất.
3. + Những vị trí nhiễm ký sinh trùng ngoài ruột khác: đường tiết niệu sinh dục có thể bị ảnh hưởng (loét sinh dục gây ðau).
4. - Chẩn đoán:

+ Xét nghiệm phân tìm thấy thể *E. histolytica* ăn hồng cầu.

+ Huyết thanh chẩn đoán có giá trị.

+ Siêu âm bụng, CT scan hoặc MRI phát hiện nang.

- Điều trị: Metronidazole 35 – 50mg/kg/ngày, chia làm 3 lần trong 7 – 10 ngày uống hoặc IV.

Hoặc: Tinidazole 50mg/kg/ngày (tối đa 2g) trong 5 ngày.

***3.3.2. Bệnh giardia:***

- Do đơn bào *Giardia lamblia* gây ra, người bị nhiễm bệnh khi ăn phải những bào nang có trong thức ăn và nước uống bị nhiễm.

1. - Triệu chứng lâm sàng : Đa số là không có triệu chứng hoặc nếu có là bệnh nhân tiêu chảy nhiều, buồn nôn, nôn, sưng phù và đau bụng.
2. - Chẩn đoán:

+ Xét nghiệm phân tươi tìm bào nang hoặc thể tư dưỡng. + Tìm kháng nguyên của ký sinh trùng trong phân.

* Điều trị: Metronidazole 15 – 30mg/kg/ngày, chia làm 3 lần trong 5 ngày uống.

Hoặc Tinidazole 50mg/kg, liều duy nhất, (tối đa 2g)

Hoặc Furazolidone 6mg/kg/ngày, chia làm 4 lần trong 7 – 10 ngày uống.

**4. Phòng ngừa**

* 1. - Rửa tay cho trẻ trước khi ăn và sau khi đi tiêu.
  2. - Cho trẻ ăn chín, uống nước chín đun sôi để nguội.
  3. - Cho trẻ đi tiêu đúng hố xí hợp vệ sinh.
  4. - Vệ sinh thân thể cho trẻ, thường xuyên giặt mùng mền chiếu gối.
  5. - Rửa đồ chơi cho trẻ thường xuyên.
  6. - Sổ giun định kỳ 6 tháng một lần.
  7. - Không cho trẻ đi chân đất nhất là ở những vùng có trồng hoa màu, trồng cây ăn trái.

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018

- Phác đồ điều trị nhi đồng 2 2016

**BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN**

**1. Đại cương**

Trào ngược dạ dày thực quản là hiện tượng trào ngược các chất chứa trong dạ dày vào thực quản có thể là sinh lí hay bệnh lí. Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (TNDDTQ) là sự có mặt của các chất trong dạ dày trào ngược lên thực quản gây nên các triệu chứng khó chịu và hoặc các biến chứng .

**2. Nguyên nhân**

Bệnh TNDDTQ là do sự dãn nở bất thường của cơ thắt thực quản dưới. Các yếu tố nguy cơ cao với bệnh TNDDTQ:

* 1. - Sau mổ teo thực quản thực quản
  2. - Thoát vị khe hoành trượt
  3. - Bệnh lí thần kinh
  4. - Rối loạn hô hấp mạn tính: loạn sản phế quản phổi, xơ nang, xơ hóa kẽ, xơ hóa nang.
  5. - Ghép phổi, đẻ non

1. ***\* Các yếu tố khác làm gia tăng trào ngựợc***
2. - Thuốc: diazepam, theophylline.
3. - Khói thuốc, rượu.
4. - Thói quen ăn uống sai: ăn quá nhiều, ăn muộn về đêm, nằm ngửa ngay sau ăn.
5. - Dị ứng thức ăn.
6. - Một số thực phẩm: chất béo, chất giàu acid.
7. - Các rối loạn nhu động: bất thường nhu động hang vị, chậm làm rỗng dạ dày.
8. - Giãn cơ thắt thực quản thoáng qua.
9. - Béo phì
10. - Tư thế nằm ngửa.
11. - Giảm thời gian làm rỗng dạ dày và làm sạch acid trong thực quản.

**3. Chẩn đoán**

***3.1. Lâm sàng***

Bảng 1: Các triệu chứng lâm sàng

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Trẻ bú mẹ |  | Trẻ lớn |
|  | - | Khóc khi ăn | - Đau bụng hoặc ợ nóng | |
|  | - | Nôn tái diễn | - | Nôn tái diễn |
|  | - | Cân nặng thấp | - | Nuốt khó |
|  | - Quấy khóc không rõ nguyên nhân | | - | Hen |
|  | - Rối loạn giấc ngủ | | - Viêm phổi tái diễn | |
|  | - Các biểu hiện hô hấp tái diễn: ho | | - Biểu hiện hô hấp trên mạn tính: ho, | |
|  |  | khò khè, khàn tiếng, thở rít |  | khàn tiếng |
|  |  |  |  |  |

Trong trường hợp nôn trớ, phải loại trừ các dấu hiệu báo động trước khi nghĩ đến bệnh TNDDTQ.

Bảng 2: Các dấu hiệu báo động

|  |  |
| --- | --- |
| 1. -Nôn dịch mật 2. -Chảy máu tiêu hóa 3. -Nôn máu 4. -Ỉa máu   -   1. -Nôn tốc độ mạnh 2. -Sốt 3. -Li bì | 1. -Gan lách to 2. -Thóp phồng 3. -Não to hoặc não bé 4. -Co giật 5. -Bụng chướng 6. -Các số liệu hoặc bằng chứng gợi ý -hội chứng di truyền hoặc chuyển hóa 7. -Bệnh mạn tính đi kèm |

Biểu hiện hô hấp gợi ý mối liên quan giữa bệnh TNDDTQ và hô hấp:

-Nôn và khò khè 3 giờ đầu khi ngủ

-Viêm thanh quản và hen không tìm thấy nguyên nhân hoặc giảm biểu hiện hô hấp, giảm tiêu thụ corticoit khi điều trị trào ngược và sự xuất hiện lại các triệu chứng hô hấp khi ngừng điều trị chống trào ngược.

-Ngoài ra, viêm tai giữa, viêm xoang mãn tính và biểu hiện khác như hơi thở hôi, sâu răng có thể liên quan đến trào ngược.

**3.2. *Cận lâm sàng***

- ***3.2.1: Siêu âm dạ dày thực quản tìm luồng trào ngược****:* Chỉ định siêu âm để xác định các nguyên nhân gây trào ngược thứ phát. Không được khuyến cáo sử dụng trong chẩn đoán trào ngược dạ dày - thực quản…

***3.2.2. Chụp xạ hình thực quản - dạ dày:*** Chỉ định để đánh giá cả thời gian làm rỗng dạ dày và luồng trào ngược (Không đánh giá được mức độ nặng của trào ngược). Không được khuyến cáo sử dụng trong chẩn đoán trào ngược dạ dày - thực quản.

***3.3.3. Ghi điện trở kháng trong lòng thực quản*** (Esophageal electrical impedance) Là phương pháp chuẩn để đánh giá trào ngược, mức độ nặng của trào ngược và thiết lập được mối liên quan tạm thời giữa các triệu chứng không điển hình và các đợt trào ngược, xác định được trào ngược do acid và không do acid. Được khuyến cáo sử dụng để chẩn đoán và theo dõi điều trị trào ngược dạ dày - thực quản.

***3.2.4. Đo pH thực quản 24 giờ***

- Đây là một xét nghiệm rất quan trọng trong chẩn đoán bệnh TNDDTQ.

- Khi chỉ số trào ngược (tỷ lệ % pH thực quản dưới 4 trong cả quá trình đo) > 7% là bệnh lý.

***3.2.5. Nội soi tiêu hóa trên:***

Là phương pháp chẩn đoán viêm thực quản và phát hiện các bất thường về giải phẫu như vị trí bất thường tâm-phình vị hoặc hẹp thực quản, hẹp thực quản.

***3.2.6. Tế bào học thực quản:***

Giúp loại trừ nguyên nhân viêm thực quản do tăng bạch cầu ái toan, do nấm và chẩn đoán dị sản thực quản.

***3.2.7. Chụp lưu thông thực quản dạ dày tá tràng:***

Có giá trị loại trừ các bất thường giải phẫu (hẹp thực quản, ruột quay bất thường, thoát vị khe….

***4. Chẩn đoán phân biệt:***

Tắc tá tràng, rối loạn nhu động thực quản, viêm thực quản, dị ứng thức ăn, viêm, loét dạ dày tá tràng…

**4. Điều trị**

***4.1. Nguyên tắc điều trị***

* 1. -Giảm các triệu chứng để đạt cân nặng và tăng trưởng bình thường.
  2. -Khỏi viêm thực quản.
  3. -Dự phòng các biến chứng hô hấp và biến chứng khác phối hợp với trào ngược mạn tính .

***4.2. Chăm sóc và thay đổi lối sống***

1. - Trong 2-4 tuần, không ăn sữa mẹ, chế độ ăn hạn chế sữa và trứng ít nhất về buổi sáng. Áp dụng sữa thủy phân protein hoặc axít amin.
2. - Tăng độ quánh của thức ăn bằng cách cho thêm 1 thìa cà phê bột g ạo vào 30g sữa công thức hoặc sử dụng loại sữa tăng độ quánh nhưng không khuyến cáo dùng cho trẻ sơ sinh đẻ non <37 tuần tuổi .
3. - Tránh thuốc lá thụ động và chủ động, cafein, rượu, chế độ ăn cay.
4. - Tư thế khuyến cáo chung là nằm ngửa hoặc nửa nằm nửa ngồi

***4.3. Điều trị bằng thuốc***

Thuốc điều trị chủ đạo trong bệnh TNDDTQ là thuốc kháng bài tiết axít. Thuốc ức chế bơm Proton: có hiệu quả hơn hẳn nhóm kháng H2. Thời gian điều trị trung bình từ 8-12 tuần.

Thuốc kháng bài tiết axít

- Thuốc kháng histamin H2:

+ Cimetidine: 20 - 40 mg/kg/ngày chia 4 lần.

+ Ranitidin: 5 - 20 mg/kg/ngày.

+ Famotidin: 1 mg/kg/ngày.

- Thuốc ức chế bơm proton (PPI):

+ Lansoprazole: 15 mg chia 2 lần/ngày (< 30 kg) hoặc 30 mg (> 30 kg).

+ Omeprazole: 1 mg/kg/ngày.

+ Esomeprazole: 1 mg/kg/ngày.

***4.4. Điều trị ngoại khoa .***

* 1. -Điều trị nội khoa không đáp ứng
  2. -Nguy cơ hít, không bảo vệ được đường thở .

**5. Tiến triển và tiên lượng**

Bệnh TNDDTQ rất thường gặp ở trẻ bú mẹ và phần lớn ổn định từ 6 tháng tuổi. Khoảng 60% trẻ bú mẹ bị trào ngược ngừng nôn ngay khi có ăn thức ăn đặc, 90% không có các biểu hiện tiêu hóa nữa sau 4 tuổi. Tuy nhiên, các biểu hiện ngoài tiêu hóa lại hay gặp hơn và tần xuất phát hiện trào ngược chiếm khoảng 40-60% ở các bệnh nhân có biểu hiện hô hấp tái diễn.

- Nếu chẩn đoán và điều trị muộn có thể dẫn đến viêm , loét thậm trí ung thư thực quản hoặc ngất xỉu và tử vong.

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018

- Phác đồ điều trị nhi đồng 2 2016

**VIÊM DẠ DÀY MẠN Ở TRẺ EM CÓ NHIỄM HELICOBACER PYLORI**

**1. Đại cương**

Viêm dạ dày: là những tổn thương vi thể của niêm mạc dạ dày thể hiện sự đáp ứng của niêm mạc dạ dày đối với các yếu tố tấn công.Viêm tá tràng (Duodenitis): là tình trạng viêm vi thể của niêm mạc tá tràng (có sự xâm nhập của bạch cầu đa nhân và mono ở bề mặt biểu mô, tuyến hoặc lamina propria), có thể kèm theo hiện tượng cùn mòn các nhung mao. Nhiễm *H.pylori* (*H.pylori infection*) là tình trạng các test chẩn đoán nhiễm *H.pylori* dương tính. Tần suất viêm dạ dày - tá tràng có nhiễm *H.pylori* chiếm khoảng 70% các trường hợp có viêm dạ dày - tá tràng ở trẻ em.

**2. Phân loại**

Đánh giá tổn thương dựa trên những tiêu chuẩn của hệ thống ―Sydney System‖ năm 1990.

- Định khu tổn thương: viêm thân vị, viêm hang vị, viêm toàn bộ dạ dày.

- Mô tả tổn thương (hình ảnh tổn thương cơ bản):

+ Phù nề, xung huyết, tiết dịch.

+ Trợt phẳng.

+ Trợt lồi.

+ Hình hạt.

+ Phì đại nếp niêm mạc.

+ Teo niêm mạc.

+ Chảy máu.

+ Trào ngược dịch mật.

- Mô bệnh học: viêm dạ dày (cấp tính, mạn tính, mạn tính hoạt động).

- Mức độ tổn thương: không có, nhẹ, vừa, nặng.

- Mức độ hoạt động viêm: không có, nhẹ, vừa, nặng.

- Mức độ nhiễm *H.Pylori*: không có, nhẹ, vừa, nặng.

- Mức độ teo niêm mạc: không có, nhẹ, vừa, nặng.

- Dị sản ruột: không có, nhẹ, vừa, nặng.

**3. Lâm sàng**

Có giá trị định hướng:

- Đau bụng tái diễn.

- Nôn, buồn nôn hay gặp ở trẻ nhỏ (< 5 tuổi).

- Thiếu máu nhược sắc, xuất huyết giảm tiểu cầu (không rõ nguyên nhân).

- Xuất huyết tiêu hóa trên: nôn máu ít, nhày lẫn thức ăn thường không gây thiếu máu.

- Trẻ lớn có thể chỉ có: đầy bụng, khó tiêu, cảm giác khó chịu vùng thượng vị**.**

**4. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm *H.pylori***

- Cấy phát hiện thấy vi khuẩn *H.pylori* ngay lần nội soi đầu tiên.

- Có ít nhất 2 xét nghiệm dương tính với *H.pylori* trong đó có ít nhất một xét nghiệm dựa trên kết quả nội soi như phát hiện thấy *H.pylori* trên mô họ c , test nhanh urease và cacst xét nghiệm không xâm nhập như test thở, test phát hiện kháng nguyên trong phân sử dụng kháng thể đơn dòng. Ngoài ra có thể phát hiện vi khuẩn qua các phương pháp sinh học phân tử như PCR, FISH (fluorescent in situ hybridization).

- Chẩn đoán nhiễm *H.pylori* lần đầu không nên dự a vào các xét nghiệm không xâm lấn như: HpSA, test thở. - Trừ những nơi chỉ làm đượ c mô họ c thì có thể xem xét kết hợ p mô họ c với các xét nghiệm không xâm lấn để hỗ trợ chẩn đoán.

**5. Điều trị**

***5.1. Chỉ định điều trị*** (khuyến cáo NASPHGAN, ESPGHAN 2017)

- Loét đường tiêu hoá: nhiễm *H.pylori.*

- Xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn: nhiễm *H.pylori.*

- Thiếu máu thiếu sắt kháng trị đã loại trừ nguyên nhân khác: nhiễm *H.pylori.*

- Viêm dạ dày hạt: nhiễm *H.pylori* (cần giải thích cho cha mẹ trước khi quyết định điều trị).

- Chú ý: tuổi bệnh nhi < 5 tuổi

+ Dễ lẫn với đau bụng chức năng.

+ Nguy cơ biến chứng thấp.

+ Khác biệt về đáp ứng miễn dịch.

+ Khả năng tái nhiễm cao.

+ Tuân thủ điều trị kém, thất bại tiệt trừ cao.

+ Đề kháng kháng sinh; không có nhiều kháng sinh để thay đổi.

***5.2. Phác đồ điều trị***

- Nhạy CLARI, nhạy METRO : PPI + AMOX + CLARI liều chuẩn 14 ngày.

- Kháng CLARI, nhạy METRO: PPI + AMOX + METRO liều chuẩn 14 ngày hoặc có Bismuth.

- Nhạy CLARI, kháng METRO: PPI + AMOX + CLARI liều chuẩn 14 ngày hoặc có Bismuth

- Kháng CLARI, kháng METRO: PPI + AMOX + METRO 14 ngày với AMOX liều cao hoặc có Bismuth.

- Không có kháng sinh đồ: PPI + AMOX + METRO 14 ngày với AMOX liều cao hoặc có Bismuth.

- Không có kháng sinh đồ: PPI + AMOX + CLARI + METRO liều chuẩn 14 ngày.

Chú ý: với trẻ ≥ 8 tuổi có thể dùng Tetracycllin

- Liều thuốc: + Amoxicillin: 75 - 100 mg/kg/ngày. + Clarythromycin: 20 - 25 mg/kg/ngày.

+ Metronidazole: 25 – 30 mg/kg/ngày.

+ Tetracycllin: 50 mg/kg/ngày. + Bismuth subcitrat 480 mg/1,7m2 /ngày.

+ Bismuth subsalicylate 8 mg/kg/ngày + PPI: 1,5 - 2,5 mg/kg/ngày.

***5.3. Kiểm tra sau điều trị***

- Sau dừng kháng sinh 4 tuần cho kiểm tra test thở hoặc test HpSA (phân).

- Nếu kết quả *H.Pylori* (-): dừng điều trị và tư vấn phòng bệnh. - Nếu kết quả *H.Pylori* (+): điều trị thất bại.

***5.4. Xử lý điều trị thất bại***

- Nội soi lại, nuôi cấy *H.Pylori* làm kháng sinh đồ.

- Dừng kháng sinh 01 tháng và 02 tuần PPI nếu trước đó sử dụng.

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018

- Phác đồ điều trị nhi đồng 2 2016

**XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA**

**1. Đại cương**

Xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em ít gặp, biểu hiện bằng nôn máu, đi ngoài phân máu, và thường là nhẹ.

Tùy theo vị trí xuất huyết so với góc Treitz mà người ta phân loại: xuất huyết tiêu hóa trên và xuất huyết tiêu hóa dưới trong đó xuất huyết tiêu hóa trên thường gặp.

**2. Nguyên nhân**

\* Xuất huyết tiêu hóa trên:

Thường gặp viêm loét dạ dày, vỡ, dãn tĩnh mạch thực quản, Mallory

weiss, trào ngược dạ dày thực quản.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sơ sinh** | **Trẻ em** |
|  | Rối loạn đông máu | Stress ulcer |
|  | Viêm dạ dày | Viêm dạ dày |
|  | Stress ulcer | Viêm thực quản do trào ngược dạ dày thực quản |
|  | Nuốt máu mẹ | Mallory Weiss do nôn ói nhiều gây trầy niêm mạc |
|  | Viêm thực quản | thực quản |
|  |  |
|  | Dị dạng mạch máu | Vỡ, dãn tĩnh mạch thực quản |
|  |  |
|  | Rối loạn đông máu | Dị dạng mạch máu |
|  |  |
|  |  | Rối loạn đông máu |

\* Xuất huyết tiêu hóa dưới:

Thường gặp lồng ruột, túi thừa Meckel, nứt hậu môn, polype đại tràng , dị dạng mạch máu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sơ sinh** | **Trẻ em** |  |
| Viêm ruột nhiễm trùng | Viêm ruột nhiễm trùng |  |
| Dị ứng sữa | Nứt hậu môn |  |
| Lồng ruột | Polype đại tràng |  |
| Nứt hậu môn | Lồng ruột |  |
| Dị sản hạch limphô | Xoắn ruột |  |
| Xoắn ruột | Túi thừa Meckel |  |
| Viêm ruột hoại tử | Henoch Scholein |  |
| Túi thừa Meckel | Dị dạng mạch máu |  |
|  | H/c tán huyết urê huyết |  |
|  | Bệnh viêm ruột |  |
|  |  | |

**3. CHẨN ĐOÁN**

***3.1.Lâm sàng***

* 1. - Nôn máu, ia phân máu: số lượng, tính chất.
  2. - Triệu chứng kèm: sốt, đau bụng (loét dạ dày tá tràng).
  3. - Tiền sử: Dùng thuốc gây tổn thương dạ dày: Aspirin, kháng viêm non-steroide, corticoides. Bệnh dạ dày tá tràng, xuất huyết tiêu hóa, bệnh gan và huyết học (xuất huyết giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu bẩm sinh). Có uống các thuốc làm phân có màu đen: sắt, bismuth…
* Dấu hiệu thiếu máu nặng.
  1. - Khám vùng mũi hầu để loại trừ nguyên nhân xuất huyết từ vùng mũi hầu.
  2. - Tìm dấu bầm máu, ban máu.
  3. - Khám bụng loại trừ nguyên nhân ngoại khoa như lồng ruột (khối u, dấu hiệu tắc ruột), bệnh lý gan (gan lách to, tuần hoàn bàng hệ, vàng da vàng mắt), đau vùng thượng vị.
  4. - Khám trực tràng nếu xuất huyết tiêu hóa dưới: xác định chẩn đoán và xem tính chất phân, tìm sang thương như polype, nứt hậu môn.

***3.2.Cận lâm sàng:***

* 1. -CTM, đếm tiểu cầu, dung tích hồng cầ
  2. -Đông máu toàn bộ. nhóm máu, chức năng gan thận
  3. -Siêu âm bụng, X-quang bụng không chuẩn bị. Xquang dạ dày tá tràng cản quang hoặc chụp đại tràng cản quang.
  4. -Nội soi cấp cứu nếu có chỉ định (xem phần chỉ định nội soi cấp cứu).
  5. - CT ổ bụng trong trường hợp nghi ngờ thủng tạng rỗng

***3.3.Chẩn đoán xác định***

\* Xuất huyết tiêu hóa trên:

* Đau bụng
* Nôn máu, hoặc sonde dạ dày ra máu
* Nếu không có hai dấu hiệu trên cũng cần nghĩ đến nếu tiêu phân đen hoặc tiêu máu đỏ tươi ồ ạt.
* Viêm loét dạ dày: Tiền sử đau bụng vùng thường vị lúc đói, uống thuốc kháng viêm, corticoide, aspirine
* Vỡ dãn tĩnh mạch thực quản

+ Tiền sử: viêm gan, xơ gan, vàng da xuất huyết tái phát

+ Lâm sàng: gan lách to, cổ chướng.

\* Xuất huyết tiêu hóa dưới:

Tiêu phân đen sệt hay máu đỏ hoặc thăm trực tràng có máu.

**4. ĐIỀU TRỊ**

***4.1. Nguyên tắc điều trị***

* 1. -Nhịn ăn uống
  2. -Bồi hoàn thể tích máu mất.
  3. -Nội soi tiêu hóa để chẩn đoán và điều trị cầm máu.
  4. -Tìm và điều trị nguyên nhân.

***4.2. Bệnh nhân có sốc, thiếu máu nặng:***

* 1. -Thở oxy qua cannula mũi hay mask.
  2. -Thiết lập hai đường truyền tĩnh mạch lớn.
  3. -Lấy máu thử Hct, nhóm máu. Nếu Hct bình thường vẫn không loại trừ mất máu cấp.
  4. -Truyền nhanh Lactate Ringer hay nước muối sinh lý 20 mL/kg/15 phút, sau đó 20 mL/kg/giờ cho đến khi có huyết áp.
  5. -Truyền máu toàn phần 20 mL/kg/giờ nếu Hct < 30% và bệnh nhân tiếp tục ói máu.
  6. -Nhịn ăn.
  7. -Rửa dạ dày với nước muối sinh lý để cầm máu hiện nay không dùng vì có thể gây tăng xuất huyết do ngăn cản cục máu đông thành lập ở vị trí chảy máu.
  8. -Trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên nghi do viêm loét dạ dày tá tràng: Thuốc ức chế bơm proton :

1. +Omeprazole tĩnh mạch trong 3 ngày sau đó chuyển sang đường uống.
2. +Thuốc thay thế Ranidine 1-2mg/kg/liều TMC, mỗi 6 - 8 giờ (tối đa 50mg).

+ Omeprazol là thuốc chọn lựa hiệu quả hơn Ranitidine..

1. -Trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa do vỡ dãn tĩnh mạch thực quản
2. + Octreotide: Sandostatine tổng hợp có tác dụng làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa, co mạch nội tạng nên làm giảm xuất huyết liều 1-2 mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm sau đó 1mg/kg/ giờ, 0,25 mg/kg/giờ.
3. - Đặt sonde Sengstaken – Blackmore: hiện nay từ khi có phương tiện nội soi thì ít dùng vì ít hiệu quả và nhiều biến chứng nguy hiểm.
4. - Vitamine K1: chỉ định trong các trường hợp bệnh lý gan, rối loạn đông máu, liều 1 mg/kg TB hay TM (tối đa 10 mg).
5. - Huyết tương đông lạnh trong trường hợp rối loạn đông máu: 10 mL/kg TTM.
6. - Nội soi tiêu hóa:
7. + Hội chẩn để nội soi tiêu hóa

+ Thường sau 12-24 giờ khi ổn định huyết động học và tình trạng xuất huyết.

* 1. + Nội soi cấp cứu để cầm máu khi thất bại điều trị nội khoa, tiếp tục xuất huyết ồ ạt, huyết động học không ổn định .
  2. - Ngoại khoa: Phẫu thuật cầm máu khi thất bại với các phương pháp nội khoa và nội soi cầm máu hoặc tổng lượng máu truyền > 85 ml/kg.

***4.3. Bệnh nhân ổn định: Không sốc, chảy máu ít, toàn trạng chung ổn:***

* 1. - Tạm nhịn ăn trong khi xem xét chỉ định nội soi và phẫu thuật.
  2. - Không rửa dạ dày.
  3. - Tìm và điều trị nguyên nhân
  4. + Omeprazole tĩnh mạch hoặc uống kết hợp thuốc diệt *HP* nếu có bằng chứng nhiễm ( sinh thiết, test thở hoặc test phát hiện kháng nguyên trong phân).
  5. + Xem xét chỉ định nội soi tiêu hóa điều trị: thời điểm thường là sau 24 giờ nội soi tiêm cầm máu Adrenaline hoặc tiêm xơ (vỡ dãn tĩnh mạch thực quản)
  6. + Nghi túi thừa Meckel: xem xét chỉ định nội soi ổ bụng...
  7. + Lồng ruột, polype: phẫu thuật.

***4.4. Chỉ định nội soi tiêu hóa***

* 1. - Xuất huyết tiêu hóa nặng cần truyền máu hoặc đe dọa tính mạng
  2. - Xuất huyết tiêu hóa tái phát.
  3. - Cấp cứu khi: Thường xuất huyết tiêu hóa trên ở trẻ em tự cầm sau điều trị nội khoa vì thể hiếm khi cần nội soi cấp cứu.
  4. Nội soi tiêu hóa: Cần phải ổn định dấu hiệu sinh tồn trước và không có rối loạn đông máu nặng.

***4.5. Chỉ định phẫu thuật***

* 1. - Bệnh lý ngoại khoa: Lồng ruột, polype, túi thừa Meckel, ruột đôi.
  2. - Thất bại điều trị nội khoa và nội soi cầm máu, còn xuất huyết khi lượng máu truyền trên 85 ml/kg.

**5. Tiến triển – Tiên lượng:**

- Tiến triển: Ỉa phân đen có thể vẫn còn ở ngày 3-5 sau khi ngưng xuất huyết tiêu hóa.

- Tiên lượng: thường tự hết

Tỉ lệ tái phát cao gần 40%

Hiếm phẫu thuật (5%) từ khi áp dụng nội soi tiêu hóa cầm máu.

**6. Phòng ngừa**

1. - Viêm loét dạ dày: tránh uống thuốc kháng viêm, Aspirine.
2. - Dãn tĩnh mạch thực quản: Điều trị nguyên nhân

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018

- Phác đồ điều trị nhi đồng 2 2016

**LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG Ở TRẺ EM**

**1. Định nghĩa**

Loét dạ dày tá tràng là tình trạng tổn thương sâu gây mất niêm mạc có giới hạn cả phần cơ và dưới niêm mạc của niêm mạc dạ dày

**2. Nguyên nhân**

* 1. - Chủ yếu nhất là nhiễm*HP*
  2. - Các thuốc
  3. - Stress.
  4. + Hội chứng Zollinger - Ellison.

**3. Chẩn đoán**

***3.1.Lâm sàng***

- Đau bụng: Đau liên quan đến bữa ăn (loét dạ dày đau tăng ngay sau ăn, loét tá tràng đau tăng sau ăn vài giờ).

* + 1. - Nóng rát thượng vị, tức, đầy vùng thượng vị.
    2. - Nôn tái diễn có thể liên quan đến bữa ăn.
    3. - Xuất huyêt tiêu hóa: nôn máu, đi ngoài phân đen (máu). Có thể xuất huyết tiêu hóa đột ngột gây thiếu máu nặng, sốc.

-Thiếu máu: Thiếu máu nhược sắc kín đáo (loét câm).

-Với những trường hợp loét thứ phát: các triệu chứng lâm sàng của bệnh chính nổi bật và có thể che lấp triệu chứng của loét dạ dày tá tràng.

***3.2.Cận lâm sàng***

* + X-quang dạ dày tá tràng cản quang: ít sử dụng, có thể phát hiện ổ loét (chỉ thực hiện ở nơi không có nội soi)
  + Nội soi dạ dày tá tràng: giúp chẩn đoán chính xác mức độ viêm loét, sinh thiết khảo sát mô học, tìm *HP*.
  + Xét nghiệm khác: công thức máu, chức năng gan, chức năng thận, Amylase, Lipase máu, tổng phân tích nước tiểu, soi phân tìm ký sinh trùng, siêu âm bụng,… nhằm loại trừ các nguyên nhân đau bụng khác.
  1. - Nội soi dạ dày tá tràng phân loại theo Forrest.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Loét đang chảy máu | Loét không chảy máu | Loét không chảy máu |
|  |  |  |
| Ia: Thành tia | IIa: Thấy rõ mạch máu | III: Nền ổ loét sạch. |
| Ib: Rỉ máu | IIb: Thấy cục máu đông |  |
|  | IIC:Thấy vết đỏ, bẩm tím |  |
|  |  |  |

Lâm sàng chia 2 loại:

+ Chảy máu mới: Gồm Forrest Ia, Ib, IIa, IIb. + Không có chảy máu mới: IIc, III.

- Chẩn đoán nhiễm *HP*: Xem phần viêm dạ dày có nhiễm HP.

- Xét nghiệm máu: để đánh giá mức độ thiếu máu, bệnh lý kèm theo (trường hợp loét thứ phát).

***3.2.2.Các xét nghiệm sâu hơn***

- Để đánh giá tình trạng tăng tiết của dạ dày:

+ Pepsinogen A (PGA), C (PGC).

+ Gastrin: 34 (G34), 17 (G17).

* + Test nhanh Urease (RUT)
  + Mô bệnh học
  + Nuôi cấy vi khuẩn
  + Phương pháp sinh học phân tử PCR
  + Xét nghiệm huyết thanh: ELISA là phương pháp thường được sử dụng nhất
  + Test thở (UBT)
  + Test phát hiện kháng nguyên trong phân

***3.3. Chẩn đoán xác định***

- Lâm sàng

- Nội soi: Có tính quyết định chẩn đoán.

***3.4. Chẩn đoán phân biệt loét tiên phát và thứ phát***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chẩn đoán phân biệt** | **Loét tiên phát** |  | **Loét thứ phát** |
| Tuổi | Trẻ lớn |  | Mọi lứa tuổi, hay ở trẻ nhỏ |
| Tiền sử đau bụng | Có |  | Không rõ rệt |
| Tiền sử dùng thuốc | Không |  | Có |
| Bệnh nặng kèm theo | Không |  | Có |
| Lâm sàng | Đau bụng kéo | dài, | Xuất huyết tiêu hóa cấp |
|  | XHTH tái diễn |  |  |
| Nội soi | Loét 1-2 ổ, loét lớn |  | Loét trợt nhiều ổ |
| HP | (+) rất cao |  | Âm tính |

***3.5. Chẩn đoán phân biệt***

- Hội chứng Zollinger Ellison (u tăng tiết gastrin).

+ Nôn, tiêu chảy phân mỡ, suy kiệt.

+ Nội soi: nhiều ổ loét ở thực quản, dạ dày, tá tràng

+ Gastrin, acid HCl dịch vị tăng rất cao.

+ Siêu âm bụng có thể thấy u.

+ MRI mật tụy có thể thấy u.

- Chảy máu đường mật:

+ Tình trạng nhiễm khuẩn.

+ Tình trạng tắc mật.

+ Siêu âm mật tụy có thể tìm được nguyên nhân.

+ MRI mật tụy có thể tìm được nguyên nhân.

+ Chụp mật tụy ngược dòng có thể tìm được nguyên nhân.

**4. Điều trị**

Liều thuốc giãn cơ, giảm tiết trung hòa acid dạ dày

|  |  |
| --- | --- |
| **Thuốc** | **Liều dùng** |
| **Antacids** |  |
| Aluminum/Magnesium hydroxide | 0,5 mL/kg/lần mỗi 3 – 6 giờ uống sau ăn |
| **Ức chế thụ thể H2** |  |
| Ranitidine | 2-6 mg/kg/ngày uống chia 2-3 lần  3-4 mg/kg/ngày IV chia 3-4 lần |
| **Ức chế bơm proton** |  |
| Omeprazole | 1-2 mg/kg/ngày uống chia 1-2 lần |
| Lansoprazole | 1-2 mg/kg/ngày uống chia 1-2 lần |
| Esomeprazole | 1-2 mg/kg/ngày uống chia 1-2 lần |
| **Thuốc bảo vệ niêm mạc** |  |
| Sucralfate | 40-80 mg/kg/ngày chia 4 lần |

***4.1. Loét cấp tính thứ phát***

- Điều trị bệnh chính đi kèm: bỏng, nhiễm khuẩn, sốc,…

- Đặt sonde dạ dày, hút dịch.

- PPI 1-2 mg/kg/ngày, bơm máy, truyền tĩnh mạch.

- Cầm máu bằng nội soi nếu có xuất huyết tiêu hóa gây thiếu máu nặng.

- Truyền máu nếu có chỉ định.

***4.2. Loét tiên phát***.

- PPI 1-2 mg/kg/ngày, thường dùng đường uống.

- Phác đồ kháng sinh diệt HP (phần Viêm dạ dày HP+).

- Cầm máu bằng nội soi nếu có chỉ định.

- Truyền máu nếu có chỉ định.

***4.3. Điều trị duy trì***

- Với loét tiên phát, *HP* +, sau khi điều trị làm sạch *HP* bệnh nhân cần được điều trị duy trì bằng thuốc ức chế bài tiết anti H2, thường dùng Ranitidine 5-7mg/kg/ngày. Thời gian điều trị 6 tháng.

***4.4. Điều trị hỗ trợ***

* 1. - Chế độ ăn dễ tiêu, kiêng chua cay, chất kích thích.
  2. - Bổ sung sắt, acid folic nếu có thiếu máu.

***4.5. Lựa chọn pháp đồ diệt HP***

* 1. **Phác đồ và liều thuốc:**
  2. **Lựa chọn 1**

1 Amoxiciline 50mg/kg/ngày, tối đa 2g/ngày, hai lần/ngày

Clarithromycin 15mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

Và giảm tiết acid: có thể dùng 1 trong các thuốc sau Uống thuốc hai lần/ngày

Omeprazol 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Esomeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Lansoprazole 1-2mg/kg/ngày

Ranitidine 6-9mg/kg/ngày

2 Amoxiciline 50mg/kg/ngày, tối đa 2g/ngày, hai lần/ngày

Metronidazole 20mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

Và giảm tiết acid: có thể dùng 1 trong các thuốc sau Uống thuốc hai lần/ngày

Omeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Esomeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Lansoprazole 1-2mg/kg/ngày

Ranitidine 6-9mg/kg/ngày

3 Metronidazole 20mg/kg/ngày, tối đa 500mg, 2 lần/ngày

Clarithromycin 15mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

Và giảm tiết acid: có thể dùng 1 trong các thuốc sau Uống thuốc hai lần/ngày

Omeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Esomeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Lansoprazole 1-2mg/kg/ngày

Ranitidine 6-9mg/kg/ngày

***4.5.2 Phác đồ theo trình tự***

**5 ngày đầu tiên:**

Amoxiciline 50mg/kg/ngày, tối đa 2g/ngày, hai lần/ngày

Và PPI: có thể dùng 1 trong các thuốc sau Uống thuốc hai lần/ngày

Omeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Esomeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Lansoprazole 1-2mg/kg/ngày

**5 ngày tiếp theo:**

Metronidazole 20mg/kg/ngày, tối đa 500mg, hai lần/ngày

Clarithromycin 15mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

Và PPI: có thể dùng 1 trong các thuốc sau

Omeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Esomeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Lansoprazole 1-2mg/kg/ngày

**Lựa chọn 2**

bismuth subsalicylate (viên 262mg) hoặc bismuth subcitrate (viên 120mg)

3-6 tuổi: 1/3 viên/lần, 4 lần/ngày

6-9 tuổi: 2/3 viên/lần, 4 lần/ngày

9-12 tuổi: 1 viên/lần, 4 lần/ngày

Metronidazole 20mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

Và giảm tiết acid: có thể dùng 1 trong các thuốc sau Uống thuốc hai lần/ngày

Omeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Esomeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Lansoprazole 1-2mg/kg/ngày

Ranitidine 6-9mg/kg/ngày

Kết hợp thêm với một trong các kháng sinh sau

Amoxiciline 50mg/kg/ngày, tối đa 2g/ngày, hai lần/ngày

Hoặc clarithromycin 15mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

Hoặc tetracycline 50mg/kg/ ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

5 Ranitidine bismuth-citrate 1 viên/lần, 4 lần trong ngày

Metronidazole 20mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

Clarithromycin 15mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

Các thuốc sử dụng hai lần/ngày trong 14 ngày tetracycline: chỉ sử dụng cho trẻ từ 8 tuổi trở lên

Làm gì khi điều trị 1 thất bại và bệnh nhân còn triệu chứng

Kháng kháng sinh trước điều trị là một trong những yếu tố quan trọng nhất ở những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị ở lựa chọn 1 do đó lựa chọn điều trị 2 phụ thuộc nhiều vào điều trị 1 là gì.

- Nội soi dạ dày tá tràng, nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ

- Sử dụng kháng sinh khác nếu kháng sinh này chưa được sử dụng điều trị trước đó

- Thay đổi phác đồ điều trị:

o Thêm thuốc kháng sinh: PPI + metronidazole + amoxicillin + Bismuth

o Sử dụng bismuth

o Tăng liều kháng sinh trong ngưỡng an toàn và dùng trong thời gian 14 ngày

- Giải thích gia đình ngừng điều trị và theo dõi các biểu hiện lâm sàng sau đó

- Nội soi nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ => quyết định dựa vào hình ảnh nội soi, mô bệnh học và kháng sinh đồ

Nếu lựa chọn 1 sử dụng amoxicillin + clarithromycin + PPI thì lựa chọn 2 nên là:

amoxicillin + metronidazole + PPI (Vì tỷ lệ kháng amoxicillin thấp)

amoxicillin hoặc tetracyclin + metronidazole + bismuth + PPI

Ranitidine bismuth-citrate + metronidazole + tetracyclin

Nếu lựa chọn 1 là amoxicillin + metronidazole + PPI thì lựa chọn 2 nên là

amoxicillin + clarithromycin + PPI

Ranitidine bismuth-citrate + amoxicillin + clarithromycin

Nếu lựa chọn 1 là clarithromycin + metronidazole + PPI thì lựa chọn 2 nên là

Nhắc lại metronidazol hoặc clarithromycin trong phác đồ

amoxicillin hoặc tetracyclin + metronidazole + bismuth + PPI

amoxicillin hoặc tetracyclin + clarithromycin + bismuth + PPI

Lựa chọn điều trị khi cả lựa chọn 1 và 2 đều không thành công

Việc nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ để quyết định điều trị nhiễm H. pylori là cần thiết. Tuy nhiên khi nào nên sử dụng biện pháp nuôi cấy vi khuẩn và là kháng sinh đồ cho đến nay vẫn là vấn đề còn nhiều tranh cãi. Áp dụng nuôi cấy vi khuẩn hệ thống trong điều trị nhiễm H. pylori còn có một số hạn chế sau:

- Nuôi cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ là phương pháp tốn kém vì phải làm nội soi lấy mảnh sinh thiết và thực hiện quy trình nuôi cấy

- Nuôi cấy mất nhiều thời gian và không phải là phương pháp sử dụng thường quy ở các cơ sở y tế

- Độ nhậy của phương pháp nuôi cấy không đạt 100% do đó xác định độ nhạy cảm kháng sinh không đạt 100%

- Kháng sinh đồ chỉ thử được một số kháng sinh chính như amoxicillin, clarithromycin, metronidazole và tetracycline. Tỷ lệ kháng amoxicillin và tetracycline rất thấp do đó kháng sinh đồ chủ yếu cho các thông tin có ý nghĩa của clarithromycin và metronidazole

- Nhạy cảm kháng sinh trên in vitro không có nghĩa là diệt hết vi khuẩn trên in vivo

- Khi lựa chọn thuốc điều trị, các kết quả của các nghiên cứu cho thấy dựa vào hiệu quả điều trị, nếu lựa chọn 1 đã sử dụng clarithromycin hoặc metronidazole thất bại thì khả năng kháng với các kháng sinh đó sẽ rất cao do đó việc nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ đôi khi không thực sự cần thiết

Khi sử dụng lựa chọn 1 và 2 đều không thành công

Các phác đồ hiện đang áp dụng trên người lớn chưa có khuyến cáo sử dụng cho trẻ em như:

levofloxacin + amoxicillin + PPI

Rifabutin+ amoxicillin + PPI

Furazolidone + amoxicillin + PPI

Levofloxacin

Levofloxacin là thuốc thuộc nhóm fluoroquinolone là một kháng sinh có phổ kháng khuẩn rộng trể cả các vi khuẩn gram dương và gram âm. Phác đồ sử dụng levofloxacin cho hiệu quả điều trị cao trên 80% ở các nghiên cứu trên người lớn, đặc biệt ở những bệnh nhân có tính trạng kháng clarithromycin và metronidazole. Sử dụng levofloxacin ở trẻ em còn rất hạn chế do tác dụng phụ của thuốc là ảnh hưởng đến sự phát triển sụn, xương. Sử dụng levofloxacin 10mg/kg/24h chi hai lần trong ngày trong 10 ngày trong điều trị nhiễm H. pylori được thực hiện trên 10 trẻ em, những trẻ đã bị thất bại trong điều trị nhiễm H. pylori bởi các thuốc trong lựa chọn 1 là lansoprazole + clarithromycin+amoxicillin và lựa chọn 2 là lansoprazole +bismuth + doxycyclin + metronidazole cho hiệu quả 100% và không có tai biến gì được ghi nhận. Tuy nhiên với số lượng trẻ trong nghiên cứu còn hạn chế, hơn nữa cho đế nay chưa có khuyến cáo nào cho phép sử dụng levofloxacin ở trẻ em, nên việc sử dụng thuốc này cần được nghiên cứu và tìm hiểu thêm Rifabutin

Rifabutin là thuốc có nguồn gốc từ rifamycin, một thuốc điều trị lao. Rifabutin đã được sử dụng điều trị nhiễm H. pylori ở người lớn kháng với các kháng sinh khác. Hiệu quả điều trị của phác đồ sử dụng rifabutin trong các nghiên cứu trên người lớn chỉ đạt 69%. Việc sử dụng rifabutin vẫn còn là vấn đề cần xem xét vì giá thành điều trị cao, biến chứng giảm bạch cầu hạt và tiểu càu nặng đã được thông báo trên các nghiên cứu, đa kháng kháng sinh của vi khuẩn lao là vấn đề cần được xem xét kỹ để tránh sự gia tăng kháng kháng sinh.

Chưa có nghiên cứu và khuyến cáo về việc sử dụng rifabutin trong điều trị nhiễm H. pylori ở trẻ em.

Furazolidone

Furazolidone là thuốc kháng nấm thuộc nhóm nitrofuran tổng hợp. Thuốc này cho hoạt tính kháng H. pylori cao ngay cả khi sử dụng đơn độc không kết hợp với các kháng sinh khác.

Hiệu quả điều trị của furazolidone+ amoxicillin + PPI cao trong các nghiên cứu ở người lớn.

Nếu thuốc này sử dụng là lựa chọn đầu tiên thì hiệu quả điều trị là 86%, lựa chọn 2 đạt hiệu quả điều trị 76% và lựa chọn 3 đạt hiệu quả điều trị là 65% trong một đa phân tích trên người lớn.

Chưa có nghiên cứu và khuyến cáo về việc sử dụng furazolidone trong điều trị nhiễm H.pylori ở trẻ em

***4.5.3. Các thuốc kháng bài tiết dịch vị cho trẻ em***

Khi trẻ bị viêm, loét dạ dày tá tràng và không có nhiễm H. pylori, tình trạng viêm, loét có thể cải thiện nếu sử dụng các thuốc sau

**Bảng 4**. Các thuốc kháng bài tiết dịch vị dùng trong nhi khoa

Các thuốc Liều lượng, cách dùng

Kháng thụ thể H2

Cimetidine 20-40mg/kg/ngày chia 2-4 lần

Ranitidine 4-10mg/kg/ngày chia 2-3 lần

Famotidine 1-2mg/kg/ngày chia 2 lần

Nizatidine 10mg/kg/ngày chia 2 lần

Ức chế bơm proton (PPI)

Omeprazole Dùng ở trẻ >2 tuổi : 1-3mg/kg/ngày

<20kg : 10mg/ngày, >20kg : 20mg/ngày

Esomeprazole Dùng cho trẻ ≥ 1 tuổi : 1 – 3mg/kg/ngày

Lanzoprazole Dù

<30kg : 15mg/ngày, 30kg : 30mg/ngày

Rabeprazole Chỉ dùng cho người lớn, 20mg/kg/ngày

Pantoprazole Chỉ dùng cho người lớn, 40mg/kg/ngày

Thuốc bảo vệ tế bào niêm mạc

Sucralfate (Keal) 40-80mg/kg/ngày chia 2-3 lần

Từ khi phát hiện nguyên nhân viêm loét chủ yếu do *H. pylori* và với sự xuất hiện của nhiều thuốc kháng tiết mạnh, việc chỉ sinh điều trị ngoại khoa trở nên rất hiếm, chủ yếu là khi bị xuất huyết nặng không cần được bằng các giải pháp khác, khi có thủng và khi có hẹp môn vị nặng.

**4.5.4. Dự phòng**

Việc dự phòng chủ yếu là loại trừ các nguyên nhân gây viêm-loét tiên phát (nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em và các thành viên trong hộ gia đình.

- Đường lây truyền của nhiễm *H. pylori* chủ yếu là trong gia đình đặc biệt các gia đình có người bị nhiễm *H. pylori.* Các nghiên cứu đã chứng minh sự cùng chủng vi khuẩn *H. pylori* giữa mẹ và con, giữa các anh chị em. Do đó nếu trong gia đình có người đã được chẩn đoán nhiễm *H. pylori,* sự cách ly giữa các thành viên trước khi người bị nhiễm được điều trị khỏi là cần thiết.

- Tại các nước đang phát triển, nơi có điều kiện sống đông đúc và vệ sinh kém làm gia tăng tỷ lệ nhiễm *H. pylori* do đó cần giáo dục cho người dân ý thức vệ sinh để phòng bệnh. Điều trị triệt để những người đã được chẩn đoán bệnh lý dạ dày tá tràng do nhiễm *H. pylori* bằng cách theo dõi hiệu quả điều trị sau khi điều trị là cần thiết.

- Theo dõi các bệnh nhân sau điều trị khỏi để phòng và tìm hiểu tình trạng tái nhiễm nhất là trong năm đầu sau điều trị.

Với các tác nhân gây viêm loét thứ phát: cần thận trọng trong việc chỉ định các thuốc có corticoid và các thuốc kháng viêm không steroid dùng rất phổ biến và không hợp lý trong dân chúng hiện nay

***4.6. Điều trị ngoại khoa***

* 1. Chỉ định khi:

1. -Chảy máu tiêu hóa không cầm được khi điều trị nội khoa thất bại: truyền ≥70ml máu/kg.
2. - Biến chứng: hẹp, thủng ống tiêu hóa.
3. - Có nguyên nhân điều trị ngoại khoa: U tụy, u gastrin dạ dày,…

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018

- Phác đồ điều trị nhi đồng 2 2016

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT DẠ DÀY DO HELICOBACTE PYLORI TẠI BỆNH VIỆN**

**1. Chỉ định nội soi dạ dày tá tràng**

Bệnh nhân có các triệu chứng gợi ý viêm loét dạ dày tá tràng:

* 1. - Đau bụng tái diễn: đau bụng ≥ 3 lần trong vòng 3 tháng, ảnh hưởng đến sinh hoạt của trẻ.
  2. - Nôn, buồn nôn, chướng bụng, khó tiêu, nóng rát thượng vị.
  3. - Xuất huyết tiêu hóa.
  4. - Thiếu máu thiếu sắt chưa rõ nguyên nhân đã loại trừ các nguyên nhân khác.

**2. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng do H.Pylori**

- Chẩn đoán loét dạ dày tá tràng dựa vào nội soi.

- Chẩn đoán viêm dạ dày dựa vào mô bệnh học (theo phân loại Sydney).

- Chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori*: khi có ≥ 2 trong số các tiêu chuẩn sau:

1. + Mô bệnh học có vi khuẩn *Helicobacter pylori* (+)
2. + Test nhanh Urease(+).
3. + Nuôi cấy mảnh sinh thiết dạ dày có vi khuẩn *HP* (+).
4. + Nếu chỉ 1 trong 2 xét nghiệm mô bệnh học và test urease (+), tiến hành làm thêm test thở hoặc test phân(mọi lứa tuổi), nếu test thở hoặc test phân dương tính xác định có nhiễm *Helicobacter pylori.*

*Trường hợp ngoại lệ:*

* + Nếu gia đình từ chối nội soi: chỉ định làm test thở hoặc test phân (mọi lứa tuổi).

1. + Nếu test (-) tìm nguyên nhân khác.
2. + Nếu test (+) thảo luận gia đình để soi dạ dày chẩn đoán nguyên nhân đau bụng.
3. - Các xét nghiệm cần làm thêm:
   * X-quang dạ dày tá tràng cản quang: ít sử dụng, có thể phát hiện ổ loét (chỉ thực hiện ở nơi không có nội soi)
   * Nội soi dạ dày tá tràng: giúp chẩn đoán chính xác mức độ viêm loét, sinh thiết khảo sát mô học, tìm *HP*.
   * Xét nghiệm khác: công thức máu, chức năng gan, chức năng thận, Amylase, Lipase máu, tổng phân tích nước tiểu, soi phân tìm ký sinh trùng, siêu âm bụng,… nhằm loại trừ các nguyên nhân đau bụng khác.

**2. Phác đồ điều trị**

***2.1 Lựa chọn 1:***

1. Amoxiciline 50mg/kg/ngày, tối đa 2g/ngày, hai lần/ngày

- Clarithromycin 15mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

- Và giảm tiết acid: có thể dùng 1 trong các thuốc sau Uống thuốc hai lần/ngày

• Omeprazol 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

• Esomeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

• Lansoprazole 1-2mg/kg/ngày

• Ranitidine 6-9mg/kg/ngày

2. Amoxiciline 50mg/kg/ngày, tối đa 2g/ngày, hai lần/ngày

- Metronidazole 20mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

- Và giảm tiết acid: có thể dùng 1 trong các thuốc sau Uống thuốc hai lần/ngày

• Omeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

• Esomeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

• Lansoprazole 1-2mg/kg/ngày

• Ranitidine 6-9mg/kg/ngày

3. Metronidazole 20mg/kg/ngày, tối đa 500mg, 2 lần/ngày

-Clarithromycin 15mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

-Và giảm tiết acid: có thể dùng 1 trong các thuốc sau Uống thuốc hai lần/ngày

• Omeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

• Esomeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

• Lansoprazole 1-2mg/kg/ngày

• Ranitidine 6-9mg/kg/ngày

*4 Phác đồ theo trình tự*

• 5 ngày đầu tiên:

Amoxiciline 50mg/kg/ngày, tối đa 2g/ngày, hai lần/ngày

Và PPI: có thể dùng 1 trong các thuốc sau Uống thuốc hai lần/ngày

Omeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Esomeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Lansoprazole 1-2mg/kg/ngày

• 5 ngày tiếp theo:

Metronidazole 20mg/kg/ngày, tối đa 500mg, hai lần/ngày

Clarithromycin 15mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

Và PPI: có thể dùng 1 trong các thuốc sau

Omeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Esomeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Lansoprazole 1-2mg/kg/ngày

***2.2 Lựa chọn 2***

4 - bismuth subsalicylate (viên 262mg) 3-6 tuổi: 1/3 viên/lần, 4 lần/ngày

hoặc bismuth subcitrate (viên 120mg) 6-9 tuổi: 2/3 viên/lần, 4 lần/ngày

9-12 tuổi: 1 viên/lần, 4 lần/ngày

-Metronidazole 20mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

-Và giảm tiết acid: có thể dùng 1 trong các thuốc sau Uống thuốc hai lần/ngày

Omeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Esomeprazole 1mg/kg/ngày tối đa 20mg ngày

Lansoprazole 1-2mg/kg/ngày

Ranitidine 6-9mg/kg/ngày

-Kết hợp thêm với một trong các kháng sinh sau

* Amoxiciline 50mg/kg/ngày, tối đa 2g/ngày, hai lần/ngày
* Hoặc clarithromycin 15mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày
* Hoặc tetracycline 50mg/kg/ ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

5 - Ranitidine bismuth-citrate 1 viên/lần, 4 lần trong ngày

Metronidazole 20mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

Clarithromycin 15mg/kg/ngày, tối đa 500mg ngày, hai lần/ngày

Các thuốc sử dụng hai lần/ngày trong 14 ngày tetracycline: chỉ sử dụng cho trẻ từ 8 tuổi trở lên

* **Làm gì khi điều trị 1 thất bại và bệnh nhân còn triệu chứng**

Kháng kháng sinh trước điều trị là một trong những yếu tố quan trọng nhất ở những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị ở lựa chọn 1 do đó lựa chọn điều trị 2 phụ thuộc nhiều vào điều trị 1 là gì.

- Nội soi dạ dày tá tràng, nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ

- Sử dụng kháng sinh khác nếu kháng sinh này chưa được sử dụng điều trị trước đó

- Thay đổi phác đồ điều trị:

o Thêm thuốc kháng sinh: PPI + metronidazole + amoxicillin + Bismuth

o Sử dụng bismuth

o Tăng liều kháng sinh trong ngưỡng an toàn và dùng trong thời gian 14 ngày

- Giải thích gia đình ngừng điều trị và theo dõi các biểu hiện lâm sàng sau đó

- Nội soi nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ => quyết định dựa vào hình ảnh nội soi, mô bệnh học và kháng sinh đồ

**Nếu lựa chọn 1 sử dụng amoxicillin + clarithromycin + PPI thì lựa chọn 2 nên là:**

amoxicillin + metronidazole + PPI (Vì tỷ lệ kháng amoxicillin thấp)

amoxicillin hoặc tetracyclin + metronidazole + bismuth + PPI

Ranitidine bismuth-citrate + metronidazole + tetracyclin

**Nếu lựa chọn 1 là amoxicillin + metronidazole + PPI thì lựa chọn 2 nên là**

**amoxicillin + clarithromycin + PPI**

Ranitidine bismuth-citrate + amoxicillin + clarithromycin

**Nếu lựa chọn 1 là clarithromycin + metronidazole + PPI thì lựa chọn 2 nên là**

Nhắc lại metronidazol hoặc clarithromycin trong phác đồ

amoxicillin hoặc tetracyclin + metronidazole + bismuth + PPI

amoxicillin hoặc tetracyclin + clarithromycin + bismuth + PPI

**Lựa chọn điều trị khi cả lựa chọn 1 và 2 đều không thành công**

Việc nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ để quyết định điều trị nhiễm H. pylori là cần thiết.

4.5.3. Các thuốc kháng bài tiết dịch vị cho trẻ em

* Các thuốc kháng bài tiết dịch vị : Liều lượng, cách dùng

Kháng thụ thể H2

Cimetidine 20-40mg/kg/ngày chia 2-4 lần

Ranitidine 4-10mg/kg/ngày chia 2-3 lần

Famotidine 1-2mg/kg/ngày chia 2 lần

Nizatidine 10mg/kg/ngày chia 2 lần

Ức chế bơm proton (PPI)

Omeprazole Dùng ở trẻ >2 tuổi : 1-3mg/kg/ngày

<20kg : 10mg/ngày, >20kg : 20mg/ngày

Esomeprazole Dùng cho trẻ ≥ 1 tuổi : 1 – 3mg/kg/ngày

Lanzoprazole Dù

<30kg : 15mg/ngày, 30kg : 30mg/ngày

Rabeprazole Chỉ dùng cho người lớn, 20mg/kg/ngày

Pantoprazole Chỉ dùng cho người lớn, 40mg/kg/ngày

* Thuốc bảo vệ tế bào niêm mạc

Sucralfate (Keal) 40-80mg/kg/ngày chia 2-3 lần

Các thuốc chống nôn, giãn cơ dùng trong trường hợp trẻ nôn, đau bụng nhiều

***4.5.4. Dự phòng***

- Không ăn chung, uống chung.

-Điều trị triệt để những người đã được chẩn đoán bệnh lý dạ dày tá tràng do

nhiễm H. pylori bằng cách theo dõi hiệu quả điều trị sau khi điều trị là cần thiết.

- Theo dõi các bệnh nhân sau điều trị khỏi để phòng và tìm hiểu tình trạng tái nhiễm nhất là trong năm đầu sau điều trị.

Với các tác nhân gây viêm loét thứ phát: cần thận trọng trong việc chỉ định các thuốc có corticoid và các thuốc kháng viêm không steroid .

-Trẻ biểu hiện lâm sàng và có tổn thương loét trên nội soi và có nhiễm *H.* *pylori* được xác định bằng test nhanh urease, test thởhoặc test phân (+), bốmẹ điều trị ung thư dạ dày hoặc loét dạ dày tá tràng => điều trị theo phác đồ 1.

-Trẻ có tổn thương trên nội soi và mô bệnh học có Hp (+): giải thích cho gia đình và đưa ra quyết định có điều trị diệt Hp hay không sau thảo luận với cha mẹ/người giám hộ trẻ.

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018

- Phác đồ điều trị nhi đồng 2 2016

**BỆNH SUY DINH DƯỠNG DO THIẾU PROTEIN – NĂNG LƯỢNG**

**1. Đại cương**

Định nghĩa: Suy dinh dưỡng là thuật ngữ chuyên ngành chỉ tình trạng bệnh lý gây ra bởi sự cung cấp không đủ hay không cân đối của các chất dinh dưỡng trong chế độ ăn cho cơ thể.

Suy dinh dưỡng do thiếu protein – năng lượng là một tình trạng bệnh lý xảy ra khi chế độ ăn nghèo protein và năng lượng lâu dài, dẫn đến sự chậm phát triển về thể chất cũng như tinh thần của trẻ.

**2. Nguyên nhân của suy dinh dưỡng**

***2.1.Sự thiếu kiến thức về dinh dưỡng:***

* 1. - Mẹ thiếu sữa nuôi trẻ bằng nước cháo, bột loãng.
  2. - Ăn bổ sung quá sớm hoặc quá muộn.
  3. - Kiêng khem: Khi trẻ bị bệnh, đặc biệt bị tiêu chảy cha mẹ cho trẻ nhịn ăn, kiêng bú, cho ăn cháo muối
  4. - Chất lượng bữa ăn không đảm bảo cả về số lượng và chất lượng: nuôi con bằng bột muối, mỳ chính hay bột đường.

***2.2.Do nhiễm trùng:***

Nhiễm trùng tiên phát: Trẻ bị sởi, lỵ, tiêu chảy kéo dài đều là nguyên nhân dẫn đến tình trạng suy dinh dưỡng.

**3.Chẩn đoán**

***3.1.Phân loại tình trạng dinh dưỡng:***

- Cân nặng theo tuổi (CN/T): nhận định TTDD hiện tại.

- Chiều cao theo tuổi (CC/T): nhận định TTDD kéo dài đã lâu.

- Cân nặng theo chiều cao (CN/CC): nhận định TTDD gần đây.

- Chỉ số vòng cánh tay (MUAC - Mid Upper Arm Circumference): nhận định nguy cơ tử vong liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở trẻ 6 - 59 tháng tuổi. SDD cấp nặng (MUAC< 115 mm), SDD cấp mức vừa (115 mm 125 mm).

***3.1.1. Cân nặng theo tuổi:***

Hiện nay, WHO đề nghị lấy điểm ngưỡng ở dưới 2 độ lệch chuẩn (-2SD) so với quần thể tham chiếu để coi là nhẹ cân. Từ đó có thể chia thêm các mức độ sau đây:

+ Từ -2SD đến -3SD : Thiếu dinh dưỡng độ I (vừa)

+ Từ -3SD đến -4SD : Thiếu dinh dưỡng độ II (nặng)

+ Dưới -4SD : Thiếu dinh dưỡng độ III (rất nặng)

***3.1.2.Chiều cao theo tuổi:***

Thường lấy điểm ngưỡng ở -2SD (thể vừa) và -3SD (thể nặng) so với quần thể tham chiếu.

***3.1.3.Cân nặng theo chiều cao***

Các điểm ngưỡng giống như hai chỉ tiêu trên.

Khi cả hai chỉ tiêu chiều cao theo tuổi và cân nặng theo chiều cao đều thấp hơn ngưỡng đề nghị, đó là thiếu dinh dưỡng thể phối hợp, đứa trẻ vừa còi vừa còm.

*\*Phân loại của Welcome*:Ởcác thểnặng người ta dùng đểphân biệtMarasmus và kwashiorkor (dựa vào chỉ tiêu cân nặng theo tuổi và phù)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cân nặng %** |  | **Phù** | |
| **so với chuẩn** | ***Có*** |  | **Không** |
|  |  |
| 60 - 80% | Kwashiorkor |  | SDD vừa và nặng |
| < 60% | Marasmus - Kwashiorkor |  | Marasmus |

Cách phân loại này có ưu điểm: Phân loại được các thể của suy dinh dưỡng nặng.

***3.1.4. Chỉ số MUAC***

Chỉ số vòng cánh tay (MUAC- Mid Upper Arm Circumference): Áp dụng cho trẻ từ 6-59 tháng tuổi

-MUAC< 115 mm : SDD cấp nặng

-115 mm<MUAC <125 mm : SDD cấp mức độ trung bình

-MUAC> 125 mm : Trẻ bình thường

***3.2.Lâm sàng***

Giai đoạn đầu triệu chứng rất nghèo nàn, thường biểu hiện bằng: Ngừng tăng cân hoặc sụt cân. Lớp mỡ dưới da mỏng dần. Trẻ chậm biết đi, ít hoạt bát. Da xanh dần

***3.2.1.Suy dinh dưỡng trung bình ( SDD độ 1)***

1. -Cân nặng/tuổi còn 70-80% ( -2SD đến -3SD)
2. -Lớp mỡ dưới da mỏng

-Trẻ vẫn thèm ăn và chưa có biểu hiện rối loạn tiêu hoá

***3.2.2.Suy dinh dưỡng nặng (SDD độ 2)***

1. -Cân nặng/tuổi còn 60-70% ( -3SD đến -4SD)
2. -Mất lớp mỡ dưới da bụng, mông, chi
3. -Rối loạn tiêu hoá từng đợt
4. -Trẻ biếng ăn

***3.2.3.Giai đoạn rất nặng: biểu hiện triệu chứng của 3 thể bệnh:***

\*Thể phù ( Kwashiorkor)

Trẻ bị suy dinh dưỡng do ăn quá nhiều bột

**-**Phù bắt đầu từ mặt và hai chi dưới, sau toàn thân nặng, có thể có cổ chướng, trắng, mềm, ấn lõm.

-Rối loạn sắc tố da: cùng với phù, trẻ xuất hiện những nốt đỏ ở bẹn, chi, mông, các nốt này tập trung thành từng mảng đỏ, thâm đen và bong ra, để lại ở dưới lớp da non dễ nhiễm trùng làm da trẻ loang lổ như da rắn.

-Cân nặng còn 60 – 80 % trọng lượng chuẩn

-Tình trạng suy dinh dưỡng còn biểu hiện ở các nơi khác như:

* 1. +Tóc thưa, khô, bạc màu, dễ gãy dễ rụng
  2. +Răng mất bóng, sẫm màu, dễ bị sâu, mọc chậm

+Mắt khô, sợ ánh sáng, loét giác mạc, dễ đưa đến mù do thiếu vitamin A theo các mức độ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| XN | : | Quáng gà |
| X1A | : | Khô kết mạc |
| X1B | : | Vệt Bi tôt |
| X2 | : | khô giác mạc |
| X3A | : | Loét giác mạc < 1/3 diện tích |
| X3B | : | Loét giác mạc >1/3 diện tích |
| XS | : | Sẹo giác mạc |
| XF | : | Khô đáy mắt |

1. +Xương loãng, thiếu chất vôi, chậm cốt hoá, dễ bị biến dạng xương.
2. +Gan thường to, chắc do thoái hoá mỡ, có thể dẫn đến suy gan
3. +Cơ tim: Dễ bị suy do thiếu đạm, thiếu máu, thiếu vitamin B1 hoặc do thiếu vitamin K máu.
4. +Ruột: rối loạn tiêu hoá, nhu động ruột giảm, dễ gây chướng bụng.
5. +Tuỵ teo dần và giảm men tiêu hoá.
6. +Não: Nếu tình trạng SDD nặng và sớm, lúc tế bào não chưa hình thành đầy đủ (quý III của thời kỳ bào thai và 6 tháng đầu sau đẻ) và lúc các dây thần kinh chưa Myeline hoá (trước 3 tuổi) sẽ tác đến sự trưởng thành của não và giảm trí thông minh

\*Thể Marasmus:

-Trẻ SDD do bị đói thực sự, thiếu tất cả các chất protid, gluxit, chất béo nặng, nên trẻ mất hết mỡ dưới da ở mặt, mông, chi, trẻ gầy đét, mặt hốc hác, mắt trũng, da khô, nhăn nheo như cụ già.

-Cân nặng giảm < 60% trọng lượng chuẩn, không phù. Trẻ cũng có các triệu chứng thiếu vitamin A, D,B1, Vitamin K, B12…. nhưng nhẹ hơn.

-Gan không to, tình trạng thiếu đạm, thiếu máu, thiếu K nhẹ hơn thể phù.

-Trẻ ít bị tiêu chảy hay rối loạn tiêu hoá hơn

Cả hai thể Kwashiorkor và Marasmus đều dễ bị mắc các bệnh nhiễm trùng đặc biệt là viêm phổi và tiêu chảy.

\*Thể phối hợp:

1. -Cân nặng còn < 60% so với cân nặng chuẩn
2. -Có phù.
3. -Có triệu chứng của cả hai thể trên

***3.3.Cận lâm sàng***

***3.3.1. Xét nghiệm máu***

Tổng phân tích tế bào máu ngoại vị (thấy Hb và Ht giảm). XQ phổi, calci ion.

* 1. -Huyết sắc tố giảm, hematocrit giảm
  2. -Protein máu giảm nhẹ ở trẻ Marasmus, nặng ở thể Kwashiorkor.
  3. **-A**lbumin huyết thanh giảm đặc biệt trong thểphù, tỉlệ A/G đảo ngược
  4. -Chỉ số White head: Acid amin không cần thiết / Acid amin cần thiết:

Tăng cao ở thể Kwashiorkor (bình thường 0,8 – 2 )

* 1. -Điện giải đồ: K, Na thường giảm, đặc biệt thể Kwashiorkor có Na và K giảm nặng.
  2. -Đường máu giảm.
  3. -Sắt huyết thanh giảm nhiều trong thể Kwashiorkor.
  4. -Trường hợp suy dinh dưỡng nặng có thể có suy giảm chức năng gan.

***3.3.2. Phân:***

-Cặn dư phân: có biểu hiện của kém hấp thu, có thể tinh bột, sợi cơ, hạt mỡ.

1. -Dịch tiêu hoá: Độ toan giảm , men tiêu hoá giảm.

***3.3.3. Miễn dịch:***

-Miễn dịch dịch thể ( Ig ) giảm.

-Miễn dịch tế bào giảm ; Lympho T giảm.

-Miễn dịch tại chỗ Ig A tiết giảm.

Ngoài ra có thể làm một số xét nghiệm khác tùy bệnh: XN dịch tiêu hóa, định lượng xác định thiếu hụt vitamin và khoàng chất khác…

**4. Điều trị**

***4.1. Nguyên tắc điều trị:***

1. -Điều trị bệnh lý đi kèm
2. -Cung cấp chế độ ăn phù hợp
3. -Bổ sung vitamin và khoáng chất

***4.2. Suy dinh dưỡng thể nhẹ hoặc vừa***

* 1. -Điều trị tại nhà, tư vấn chế độ ăn và chăm sóc.
  2. -Điều chỉnh chế độ ăn: xây dựng chế độ ăn cân đối theo ô vuông thức ăn.Nếu trẻ còn bú mẹ, khuyên bà mẹ tiếp tục cho trẻ bú và kéo dài từ 18 đến 24 tháng hoặc lâu hơn.
  3. -Phòng và phát hiện sớm các bệnh nhiễm trùng để điểu trị kịp .
  4. -Theo dõi cân nặng để có tư vấn kịp thời.

***4.3. Suy dinh dưỡng rất nặng:***

Đối với trẻ SDD rất nặng hoặc SDD cấp nặng có biến chứng hay có bệnh lý phối hợp kèm theo thì được điều trị nội trú theo hướng dẫn của WHO.

***5.3. Điều trị nội trú***

- Mục tiêu: ổn định triệu chứng và bắt đầu nuôi ăn, điều trị bệnh lý đi kèm. Cho ăn thận trọng, đảm bảo đủ năng lượng và chất đạm để duy trì hoạt động sinh lý cơ thể. Bắt đầu bằng chế độ ăn dung dịch có 75kcal/100ml, ăn bữa nhỏ, ALTT thấp, ít đường lactose, sau đó tùy thực trạng mà tăng năng lượng lên 100kcal/100ml. Áp dụng 10 bước điều trị cho trẻ SDD nặng theo hướng dẫn của WHO và Bộ Y Tế theo quyết định số 4487/QĐ-BYT ngày 18/8/2016.

Giai đoạn ổn định Giai đoạn phục hồi

Ngày 1-2 Ngày 3-7 Tuần 2-6

1. Hạ đường huyết ------------

2. Hạ thân nhiệt --------------

3.Mất nước ---------------

4.Điện giải --------------- ------------- ------------

5. Nhiễm khuẩn --------------- -------------

6.Các yếu tố vi lượng -Không sắt- ------------- ---Sắt---

7.Cho ăn ban đầu --------------- -------------

8.Bắt kịp tăng trưởng ----------

9.Kích thích giác quan --------------- ------------- ---------

10.Chuẩn bị cho việc theo dõi --------

- Đánh giá diễn biến: bằng tốc độ tăng cân tính số cân tăng được 3 ngày/lần. tăng cân ít (10g/kg/ng). Từ tuần thứ 3 có thể cho ăn thức ăn theo lứa tuổi

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018

**BỆNH CÒI XƯƠNG DO THIẾU VITAMIN D Ở TRẺ EM**

**1. Đại cương**

Còi xương là bệnh loạn dưỡng xương do thiếu vitamin D hay rối loạn chuyển hoá vitamin D dẫn đến xương mềm và dễ gãy. Bệnh còi xương do thiếu vitamin D gọi là còi xương dinh dưỡng là bệnh phổ biến ở trẻ em. Bệnh còi xương dinh dưỡng ảnh hưởng rất lớn đến sự phát triển thể chất của trẻ, làm tăng tần suất mắc các bệnh nhiễm khuẩn đặc biệt là nhiễm khuẩn đường hô hấp.

**2. Nguyên nhân**

Nguyên nhân của còi xương là thiếu hụt vitamin D, can xi, phospho.

-Thiếu vitamin D có thể do: thiếu dinh dưỡng, thiếu vitamin D bẩm sinh,thiếu vitamin D thứ phát (kém hấp thu, tăng phân hủy, thiếu men 25 hydroxylase ở gan), suy thận mạn, còi xương phụ thuộc vitamin D type 1, còi xương phụ thuộc vitamin D type 2.

-Thiếu can xi do:chế độ ăn thấp can xi, giảm hấp thu (do bệnh tiên pháthoặc chế độ ăn có nhiều chất ức chế hấp thu canxi).

*-*Thiếu phospho do: chế độ ăn mất cân đối, thuốc kháng acid có chứaaluminum

-Bệnh lý gây mất can xi, Vitamin D, phospho qua thận. Thường là nhữngbệnh lý bẩm sinh di truyền.

Còi xương dinh dưỡng là nguyên nhân chủ yếu ở trẻ em. Còi xương này gây ra bởi sự thiếu vitamin D do các nguyên nhân sau.

-Thiếu ánh sáng mặt trời:

+ Nhà ở chật chội, tập quán kiêng khem quá mức, mặc nhiều quần áo

+Môi trường và thời tiết: Mùa đông cường độ ánh sáng mặt trời giảm. Vùng núi cao nhiều sương mù, vùng công nghiệp nhiều bụi.

-Chế độ ăn*:*

1. +Thiếu sữa mẹ, nuôi con bằng sữa bò. Trẻ ăn bột quá nhiều: Trong bột có nhiều acid phytic sẽ cản trở sự hấp thụ Ca. Chế độ ăn thiếu dầu mỡ
2. +Bất dung nạp lactose nên không dùng được sữa và tiêu hoá sữa kém
3. +Không dùng sản phẩm sữa hay không uống sữa. Người ăn kiêng
4. +Trẻ nhỏ bú mẹ hoàn toàn dễ bị còi xương nhất là về mùa đông hay con của các bà mẹ bị thiếu vitamin D trong thời kỳ mang thai.
5. +Bệnh lý đường tiêu hóa và bệnh lý gan mật.

**3. Chẩn đoán**

***3.2. Lâm sàng***

***3.2.1. Các biểu hiện ở hệ thần kinh:***

- Là triệu chứng xuất hiện sớm, nhất là thể cấp tính. Trẻ ra mồ hôi trộm, ra nhiều ngay cả khi trời mát, buổi đêm, kích thích, khó ngủ hay giật mình, hay bị rụng tóc sau gáy và mụn ngứa ở lưng, ngực

- Đối với còi xương cấp có thể gặp các biểu hiện của hạ Ca máu: thở rít thanh quản, cơn khóc lặng, nôn, nấc khi ăn do hạ Ca máu

***3.2.2. Chậm phát triển vận động: Chậm biết lẫy, bò***

***3.2.3. Biểu hiện xương:***

- Xương sọ: Trẻ nhỏ có mềm xương sọ (Craniotabez), bờ thóp rộng mềm, thóp lâu liền. Biến dạng xương sọ: bướu trán, chẩm, đỉnh làm cho đầu to ra.

- Răng: biến dạng xương hàm, răng mọc lộn xộn, chậm mọc răng, răng thưa, răng yếu, men răng xấu, dễ sâu răng.

- Xương lồng ngực:

Chỗ nối giữa sụn và xương phì đại tạo nên chuỗi hạt sườn. Biến dạng lồng ngực: lồng ngực gà, hình chuông. Rãnh Filatop-Harrison: là rãnh ở phía dưới vú, chạy chếch ra 2 bên. Rãnh này là kết quả của bụng chướng và các xương bị mềm.

-Xương dài: thường biểu hiện muộn hơn. Đầu xương to bè tạo thành vòng cổ tay, cổ chân. Xương chi dưới bị cong tạo thành chữ X,O. Còi xương gây chậm phát triển thể chất biểu hiện bằng chiều cao thấp. Xưong cột sống: gù vẹo.

Xương xốp mềm, dễ gãy xương khi có sang chấn, đặc biệt là gãy cành tươi. Đau mỏi xương.

-Xương chậu: hẹp

***3.2.4. Cơ và dây chằng:***

Lỏng lẻo, giảm trương lực cơ, yếu cơ. Chuột rút khi có hạ can xi máu nặng

***3.2.5. Thiếu máu:***

-Khi còi xương nặng, trẻ có thể có thiếu máu sắt, gan lách to (thiếu máu Vonjackch – Hayemluzet).

-Rối loạn chức năng miễn dịch nên trẻ dễ mắc bệnh nhiễm khuẩn.

**3.3. Cận lâm sàng**

- Sinh hoá máu

+ Phosphataza kiềm cao biểu hiện sớm (bình thường 40-140UI). Ca máu bình thường hoặc giảm nhẹ. Phospho máu có thể thấp <4mg/dl.

+ Định lượng 25 OH-D giảm (bình thường 20-40ng/ml) nếu >100ng/ml là ngộ độc vitamin D.

+ Điện giải đồ, thăm dò chức năng thận ( BUN và creatinine) khi nghi nghờ do bệnh lý thận.

- Công thức máu***:*** có thiếu máu nhược sắc

- Khí máu:có thểcó biểu hiện của toan chuyển hoá. Dựtrữkiềm giảm

- Biến đổi trong nước tiểu:can xi niệu giảm. phospho niệu tăng. Acidamin niệu tăng. Ph niệu giảm

- XQ xương:(xương dài, xương sườn) có thểcó biểu hiện của mất Caxương (loãng xương do mất chất vôi) hay biến dạng xương. Mở rộng và bất thường ở hành xương (đầu các xương dài), điểm cốt hoá chậm, đường cốt hoá nham nhở, lõm. Có thể thấy dấu vết của các vệt can xương do gãy xương trước đây.

Xương lồng ngực: thấy chuỗi hạt sườn hình nút chai.

* + Sinh thiết xương: ít làm nhưng giúp cho chẩn đoán chắc chắn còi xương

**3.4. Chẩn đoán**

Chẩn đoán dựa vào hỏi về tiền sử gia đình, tiền sử bệnh tật, chế độ ăn.

Chẩn đoán xác định: Dựa vào dấu hiệu thần kinh thực vật và phosphataza kiềm tăng

**4. Điều trị**

***4.1.Mục tiêu của điều trị***

Mất triệu chứng của bệnh, điều trị nguyên nhân bằng cách tăng cường can xi, phospho và vitamin D trong chế độ ăn.

***4.2.Điều trị cụ thể bổ sung liều Viatmin D***

Còi xương dinh dưỡngđiều trịbằng bổsungvitamin D và canxi. Nếu cung cấp đủ can xi và D sớm thì tổn thương xương được hồi phục sau vài ngày đến vài tháng tuỳ mức độ.

- D2 (ezgocalciferol). D3 (cholecalciferol): 2000 - 5000UI/ngày X 4-6 tuần. sau đó tiếp tục dùng liều dự phòng (400UI/ngày cho trẻ <1 tuổi, 600UI/ngày cho trẻ >1 tuổi- điển hình là được bổ sung dưới dạng multivitamins. Khi có bệnh cấp tính hoặc có nhiễm khuẩn cấp (viêm phổi, tiêu chảy) có thể dùng 10.000UI/ngày x 10 ngày. Trong quá trình điều trị cần chú ý phát hiện các dấu hiệu ngộ độc vitamin D.

- Điều trị phối hợp: phải đảm bảo trẻ được cung cấp chế độ đầy đủ và cân đối can xi, phospho. Cho thêm các vitamin khác. Cung cấp muối Ca 500mg/ngày với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, 1-2 g/ngày với trẻ lớn.

- Chế độ ăn đủ dinh dưỡng, đặc biệt là dầu, mỡ, sữa và các chế phẩm của sữa.

**5. Phòng bệnh**

- Giáo dục cha mẹ về các yếu tố nguy cơ và cách phòng chống. Giáo dục cách nuôi con hợp lý, chọn thực phẩm giàu can xi, D.

-Bổ sung cho bà mẹ mang thai vitamin D 1000UI/ngày từ tháng thứ 7 hoặc uống 100.000UI-200.000UI 1 lần vào tháng thứ 7 của thai kỳ, có lời khuyên dinh dưỡng hợp lý, ra ngoài trời nhiều.

-Tắm nắng hàng ngày có thể tiến hành từ tuần thứ 2 sau đẻ, chế độ ăn đủ vitamin D, canxi.

- Bổ sung vitamin D: Uống vitamin D, liều 400UI/ngày từ tháng thứ hai cho những trẻ được bú mẹ hoàn toàn do sữa mẹ hàm lượng vitamin D thấp, trẻ đẻ non, suy dinh dưỡng thai, trẻ phát triển nhanh, không có điều kiện tắm nắng, trẻ >1 tuổi nên bổ sung vitamin D liều 600UI/ngày. Vitamin D3 Cholecalciferol (D3), dễ hấp thu hơn vitamin D2 Ergocalciferol (D2).

- Với gia đình có tiền sử bệnh nên chẩn đoán trước sinh, có lời khuyên di truyền.

\* Hai quan điểm về cách sử dụng vitamin D:

- Quan điểm 1: Dùng một liều cao tức thì: 200.000-400.000UI dựa trên cơ sở Vitamin D sẽ dự trữ trong các mô của cơ thể, sau đó được giải phóng dần theo nhu cầu của cơ thể. Nếu trẻ không được chăm sóc chu đáo hay không có điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế, nên dùng liều cao cách nhau một thời gian. Từ 6-18 tháng cứ 6 tháng uống 1 liều 200.000UI. Từ 18-60 tháng dùng liều duy nhất vào đầu mỗi mùa đông trong năm.

- Quan điểm 2: dùng liều sinh lý hàng ngày để đảm bảo an toàn, tránh ngộ độc. Nếu trẻ được chăm sóc chu đáo thì dùng vitamin D liều hàng ngày là tốt nhất

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018

**BÉO PHÌ Ở TRẺ EM**

**1. Định nghĩa**:

WHO định nghĩa thừa cân béo phì như sau:

***Thừa cân:*** là tình trạng cân nặng vượt quá cân nặng “nên có” so với chiều cao.

***Béo phì:*** là tình trạng bệnh lý đặc trưng bởi sựtích luỹmỡthái quá vàkhông bình thường một cách cục bộ hay toàn thể tới mức ảnh hưởng xấu đến sức khoẻ.

Đánh giá béo phì không chỉ tính đến cân nặng mà còn quan tâm đến tỷ lệ mỡ của cơ thể.

**2. Nguyên nhân**

60-80% béo phì là do nguyên nhân dinh dưỡng, bên cạnh đó có thể do các rối loạn chuyển hoá của cơ thể thông qua vai trò của hệ thần kinh, tuyến nội tiết như tuyến yên, thượng thận, giáp trạng và tuỵ nhưng chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ.

***2.1. Nguyên nhân của béo phì đơn thuần (béo ngoại sinh***)

Nguyên nhân chủ yếu là do thay đổi cân bằng năng lượng: năng lượng ăn vào > năng lượng tiêu hao dẫn đến hậu quả tích luỹ mỡ.

* + Thói quen ăn uống: Những thức ăn có quá nhiều chất béo. hành vi ăn uống của trẻ như ăn kể cả khi không đói, ăn khi đang xem TV hoặc làm việc khác.
  + Gen di truyền:
  + Tình trạng kinh tế xã hội: thấy ở gia đình có thu nhập thấp, cha mẹthấtnghiệp
  + Giảm hoạt động thể lực: ít lao động kểcả lao động chân tay và trí óc.
  + Thuốc: Béo phì còn có thểgây ra do tác dụng của thuốc hay bệnh nội tiết
  + Điều hoà nhu cầu năng lượng (NL)
  + Ngủ ít:là nguy cơ cao ởtrẻthừa cân < 5 tuổi.
  + SDD thể thấp còi:trẻkhi cân nặng lúc sinh và lúc 1 tuổi thấp thì vềsaumỡ có khuynh hướng tập trung ở bụng.

***2.2. Béo phì do nguyên nhân nội tiết:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nội tiết** | **Các đầu mối chẩn đoán** |  |
|  |  |  |  |
| - | Suy giáp | - Tăng TSH, tăng T4 |  |
| - Cường năng tuyến thượng thận | | - Test ức chế dexamethasone bất thường, tăng cortisol tự do trong nước tiểu 24 giờ |  |
|  |  |  |  |
| - | Cường insulin nguyên phát | - Tăng insulin huyết thanh, tăng C-peptid |  |
| - | Giả nhược cận giáp | - Hạ can xi máu, tăng phospate máu, tăng PTH |  |
| - | Bệnh lý vùng dưới đồi mắc phải | - U vùng dưới đồi, nhiễm trùng, chấn thương, |  |
|  | phải | sang thương mạch máu |  |
| *Di truyền* | | *Các đặc trưng kèm theo* |  |
| - | Prader-Wili | - Béo phì, thèm ăn vô độ, chậm phát triển |  |
|  |  | tâm thần, nhược năng tuyến sinh dục, lé. |  |
| - Laurence-Moon/Barddet- | | - Béo phì, chậm phát triển tâm thần, bệnh lý |  |
|  | Biedl | võng mạc sắc tố, nhược năng tuyến sinh dục, |  |
| - | Altrom | liệt 2 chi dưới co thắt. |  |
|  |  |
| - | Borjeson-Eorssman- | - Béo phì, viêm võng mạc sắc tố, điếc, tiểu |  |
| đường. |  |
|  | Lehmann |  |
|  |  |  |
| - | Cohen | - Béo phì, chậm phát triển tâm thần, nhược |  |
| năng sinh dục, giảm chuyển hóa, động kinh. |  |
| - Turner‟s | |  |
| - Béo phì kiểu bụng, chậm phát triển tâm |  |
|  |  |  |
|  |  | thần, nhược cơ, nhược năng sinh dục. |  |
|  |  | - Lùn, không phân biệt giới tính, các bất |  |
|  |  | thường tim, cổ có màng (webbed neck), béo |  |
|  |  | phì, kiểu gen 45,X |  |
| - Loạn dưỡng mô mỡ | | - Phì đại cơ, dạng to đầu chi, gan to, đề kháng |  |
|  | (lipodystrophy) có tính | insulin, tăng triglyceride máu, chậm phát |  |
|  | gia đình | triển tâm thần. |  |
| - Beckwith-Wiedemann | | - Khổng lồ, lồi mắt, lưỡi to, các tạng to. |  |
| - | Soto‟s | - Não khổng lồ, tăng trưởng quá phát, |  |
| - Weaver | | nhược cơ, chậm phát triển tâm thần vận động. |  |
|  |  |
| - Ruvalca | | - Hội chứng tăng trưởng quá phát ở trẻ nhỏ, |  |
| xương trưởng thành nhanh, vẻ mặt bất thường |  |
|  |  |  |
|  |  | - Chậm phát triển tâm thần, đầu nhỏ, bất thường |  |
|  |  | khung xương, nhược năng sinh dục, cận thị. |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | |

**3. Phương pháp đánh giá thừa cân béo phì**

Dựa vào chỉ số cân nặng, chiều cao, độ dày lớp mỡ dưới da, sự phân bố mỡ trong cơ thể.

Cân nặng/tuổi > 3SD (trẻ <5 tuổi)

Chỉ số cân nặng/chiều cao >2Z-score hoặc 2SD.

kích thước đo được - số trung bình của quần thể tham chiếu

Zscore =

Độ lệch chuẩn của quần thể tham chiếu

Đánh giá béo phì có thể dựa vào cân nặng/chiều cao (CN/CC) tăng ít nhất trên 20% so với bình thường hoặc % mỡ của cơ thể > 25% ở trẻ nam và 32% ở trẻ nữ (tỷ lệ mỡ chỉ đo ở trẻ >10 tuổi).

BMI: chỉ số khối cơ thể BMI được tính theo giới và tuổi của trẻ. Chỉ số BMI ≥ 85 percentile là thừa cân. Béo phì xác định khi BMI theo tuổi và giới của trẻ ≥95percentile, hoặc BMI ≥ 85 percentile cộng thêm bề dày lớp mỡ dưới da cơ tam đầu và vùng dưới xương bả vai ≥90percentile.

***BMI = cân nặng (kg)/chiều cao2 (m2)***

Độ dày lớp mỡ dưới da: Lớp mỡ dưới da của cơ tam đầu dùng để đánh giá mỡ ngoại vi. Lớp mỡ dưới da của vị trí dưới vai để đánh giá lượng mỡ của phần thân.

**4. Phân loại béo phì**

Có nhiều cách phân loại. Lưu ý phân loại mức độ:

-Trẻ < 9 tuổi: (theo chỉ số Cân nặng/chiều cao- W/H)

+ 2SD <W/H < + 3SD : béo phì độ 1

+ 3SD <W/H < + 4SD : béo phì độ 2

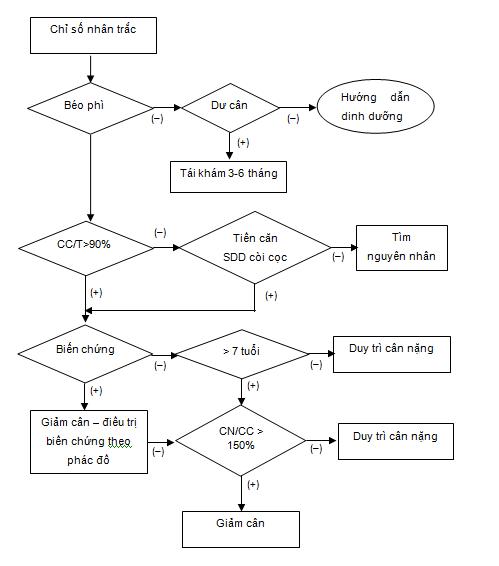
W/H > +4SD : béo phì độ 3

-Trẻ > 9 tuổi:

85 th <BMI <95th : béo phì nhẹ

BMI > 95 th : béo phì trung bình và nặng

**5. Quy trình khám và đánh giá bệnh nhân béo phì**



Chú thích : CC/T : Chiều cao/tuổi ; CN/CC : Cân nặng/chiều cao

**6. Hậu quả của béo phì và thừa cân trẻ em**

Hầu hết các hậu quả lâu dài của trẻ béo phì là dai dẳng cho đến khi thanh niên (70% béo phì trẻ em tồn tại đến người lớn), là loại béo phì khó điều trị, ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe.

- Người lớn béo phì có tiền sử từ nhỏ, có nguy cơ mắc các bệnh (Cao huyết áp, tai biến mạch não, tăng cholesterol dẫn tới nhồi máu cơ tim, tiểu đường, mắc các bệnh xương khớp. Có nguy cơ cao mắc một số bệnh ung thư, giảm tuổi thọ ở người lớn.

- Tỷ lệ mắc bệnh tăng, Ảnh hưởng tâm lý xã hội.

- Biến chứng gan và dạ dày

- Các biến chứng liên quan đến giải phẫu: Bệnh Blount (một xương dị dạng do phát triển quá mạnh xương chày); dễ bị tổn thương do va chạm như bong gân đầu gối, mắt cá chân.

- Biến chứng khác: Ngừng thở khi ngủ, bệnh não là bệnh hiếm gặp liên quan đến tăng áp lực nội sọ não.

**7. Điều trị béo phì ở trẻ em**

***7.1.Mục tiêu điều trị***: để cho trẻ có một cân nặng và sức khoẻ lý tưởng bằng cách là làm chậm tăng cân hoặc ngừng tăng cân.

* 1. - Kiểm soát và duy trì cân nặng lý tưởng theo chiều cao
  2. - Bảo đảm trẻ tăng trưởng tốt theo lứa tuổi
  3. - Giảm nguy cơ biến chứng do béo phì

***7.2. Nguyên tắc***:

Trẻ em là cơ thể đang phát triển vì vậy điều trị béo phì ở trẻ em không đặt ra vấn đề giảm cân, mà là giảm tốc tăng cân hay tránh tăng cân thêm để đảm bảo sự phát triển chiều cao của trẻ.Cho phép trẻvẫn tiếp tục tăng trưởng từtừcùng với cân nặng qua thời gian, điều này có thể kéo dài 1 đến 2 năm hoặc hơn phụ thuộc vào tuổi, cân nặng và cách phát triển của trẻ

Do đó điều trị béo phì trẻ em gồm 3 vấn đề chính là:

* 1. - Điều chỉnh chế độ ăn: nhằm giảm năng lượng ăn vào.
  2. - Tăng cường hoạt động thể lực: nhằm tăng năng lượng tiêu hao.
  3. -Đảm bảo cung cấp đủ vitamin và khoáng chất theo lứa tuổi

***7.3. Các biện pháp cụ thể:***

***7.3.1. Xây dựng chế độ ăn hợp lý:***

\* Những điều nên làm:

- Xây dựng thực đơn khẩu phần ăn cân đối, hợp lý. Phối hợp nhiều loại thức ăn trong một bữa, khẩu phần ăn vẫn phải đủ các chất dinh dưỡng.

- Nên uống sữa không đường, trẻ lớn nên uống sữa gầy.

- Hạn chế các món quay, xào. Hạn chế mỡ không quá 25-30% tổng năng lượng.

- Nên ăn đều đặn các bữa, tránh bỏ bữa.

1. -Không đẻ trẻ quá đói (vì nếu trẻ bị đói, trẻ bị đói trẻ sẽ ăn nhiều hơn vào các bữa sau làm mỡ tích lũy nhanh hơn).
2. - Nên ăn nhiều vào buổi sáng, giảm ăn về buổi chiều và tối.
3. - Nên ăn nhiều rau xanh, hoa quả ít ngọt.
4. - Giảm bớt gạo thay bằng khoai, ngô là những thức ăn cơ bản giàu chất xơ. Chọn ngũ cốc hoặc bánh mỳ có ít hoặc không có chất béo.
5. - Ăn kỹ và cho trẻ ăn chậm, giúp trẻ cảm nhận được no và sẽ ngừng ăn khi no. Nếu ăn quá nhanh thì sẽ ăn nhiều hơn nhu cầu cần thiết.
6. - Gia đình nên ăn cùng nhau bất cứ lúc nào có thể. Tạo ra thời gian trong bữa ăn là thời gian thoái mái, trao đổi và chia sẻ những việc đã xảy ra trong ngày.

- Chế độ ăn của trẻ phải cân bằng về năng lượng (calo) để giúp cho sự tăng trưởng và phát triển để có cơ thể khỏe mạnh, ăn đa dạng thức ăn. Không ăn thực phẩm ăn nhanh, nếu có thể không quá 1 tuần/lần. Nên kiểm soát cả những bữa ăn bên ngoài ( ví dụ như ăn ở trường học…) để đảm bảo cân bằng

\*Những điều không nên làm:

* 1. - Hạn chế các loại đường , kẹo,sữa đặc có đường .
  2. - Tránh cho trẻ nhai kẹo cao su làm cho trẻ lúc nào cũng muốn nhai.
  3. - Không nên ăn vào lúc trước khi đi ngủ.

-Tăng năng lượng tiêu hao cho hoạt động thể lực: Mục tiêu là trẻ tham gia các hoạt động vừa ít nhất trong 60 phút/ngày, ít nhất 3 ngày/tuần.

* 1. -Nghiêm cấm trẻ ngồi lâu với các hoạt động tĩnh.

- Uống đủ nước để bù lại lượng nước trẻ mất qua mồ hôi trong quá trình luyện tập

**8. Phòng bệnh**

- Trẻ nhỏ được bú mẹ đầy đủ, ăn bổ sung hợp lý sẽ ngăn ngừa được béo phì. NCBSM giảm được 5% nguy cơ béo phì cho mỗi tháng em bé được nuôi thêm bằng sữa mẹ.

- Giáo dục cho trẻ nếp sống lành mạnh, ăn uống hợp lý.

- Hoạt động thể thao đều đặn hàng ngày.

- Xem ti vi hay các hoạt động tĩnh không nên quá 7h/ngày. Tránhvừa ăn vừa xem TV

Thường xuyên theo dõi cân nặng và chiều cao của trẻ để có thể can thiệp kịp thời tránh dẫn đến béo phì.

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018

**ĐAU BỤNG CHỨC NĂNG**

1. **Đại cương**

Đau bụng mãn tính là một triệu chứng phổ biến ở trẻ em. Nguyên nhân thường là cơn đau bụng chức năng khi không có bằng chứng về bất kỳ rối loạn cơ bản nào. Từ Rome IV những trẻ không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán chứng khó tiêu chức năng, hội chứng ruột kích thích hay đau bụng migraine sẽ được phân loại là đau bụng chức năng không phân loại khác thay cho thuật ngữ đau bụng chức năng hoặc hội chứng đau bụng chức năng. Tuy nhiên trong thực hành lâm sàng thuật ngữ đau bụng chức năng vẫn được sử dụng, còn thuật ngữ đau bụng chức năng không phân loại khác thường được sử dụng trong nghiên cứu.

1. **Nguyên nhân**

Nguyên nhân chính xác và cơ chế bệnh sinh của đau bụng chức năng chưa được biết chính xác. Cơ chế sinh lý bệnh chủ yếu của đau bụng chức năng được cho là do tăng nhạy cảm nội tạng, thay đổi nhu động ruột, không dung nạp thức ăn và liên quan tới các yếu tố tâm lý.

**3. Chẩn đoán**

***3.1. Lâm sàng***

Cần khai thác tần suất, mức độ nghiêm trọng, vị trí và thời gian đau bụng. Trẻ bị đau bụng mãn tính thường có các triệu chứng khác như biếng ăn, buồn nôn, nôn nhiều lần, thay đổi tần suất đại tiện, nhức đầu, đau lưng, đau khớp hoặc các vấn đề về mắt. Các biểu hiện về tâm lý như stress, lo lắng, tiền sử gia đình có người mắc rối loạn tiêu hóa chức năng cần được lưu ý. Gần 50% trẻ bị táo bón chức năng có đau bụng mạn tính nên cần cẩn thận tìm dấu hiệu táo bón. Các triệu chứng báo động nghi ngờ đau bụng do nguyên nhân thực thể gồm giảm cân không có chủ ý, chậm phát triển thể chất, chậm dậy thì, nôn mửa đáng kể, tiêu chảy đáng kể, mất máu qua đường tiêu hóa, sốt không rõ nguyên nhân, phát ban, viêm khớp, hoặc tiền sử gia đình mắc bệnh lý ruột viêm. Các biểu hiện bất thường khi khám bao gồm: khám bụng thấy đau khu trú hạ sườn phải và hố chậu phải, thấy gan lách to hoặc sờ thấy khối ở bụng, đau cột sống và xương sườn, loét miệng, nứt kẽ hậu môn hoặc lỗ rò hậu môn. Khi bệnh nhân có các triệu chứng báo động cần làm các thăm dò sâu hơn.

***3.2.Cận lâm sàng***

Việc thực hiện nhiều xét nghiệm để loại trừ bệnh thực thể, trước khi chẩn đoán đau bụng chức năng thường thường gây đau, khó chịu cho trẻ và tốn kém. Do đó, điều quan trọng là làm các xét nghiệm chẩn đoán ở mức tối thiểu.

- Các xét nghiệm thông thường bao gồm công thức máu toàn phần, chức năng gan, thận, tụy, máu lắng, tổng phân tích nước tiểu, xét nghiệm phân tìm trứng và ký sinh trùng. Giá trị của test dị ứng thức ăn bằng kháng thể IgE và IgG còn gây tranh cãi.

- Nhiễm *Helicobacter pylori* có thể được tìm thấy ở một tỷ lệ nhỏ trẻ có đau bụng tái diễn.

- Tuy nhiên không nên làm test chẩn đoán *Helicobacter pylori* ở trẻ em bị đau bụng khi trẻ có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán đau bụng chức năng.

- Kém hấp thu lactose cũng thấy trong một nhóm nhỏ trẻ em đau bụng chức năng, nhưng loại bỏ lactose thường không kết quả trong việc giảm đau bụng nên giá trị của xét nghiệm này trong chẩn đoán đau bụng chức năng còn đang tranh cãi.

- Nồng độ calprotectin trong phân là một xét nghiệm hữu ích và không xâm lấn để phân biệt giữa đau bụng chức năng và bệnh lý ruột viêm ở trẻ em.

Siêu âm nên được sử dụng ở trẻ em bị đau bụng tái diễn và các triệu chứng lâm sàng không điển hình. Nội soi đường tiêu hóa, sinh thiết và/ hoặc theo dõi pH thực quản thấy bất thường trong 25% đến 56% trường hợp.

Tuy nhiên không nên tiến hành các thủ thuật nội soi để loại trừ chẩn đoán bệnh lý ở trẻ khi không có triệu chứng báo động.

Đo áp lực dạ dày và trực tràng đang được sử dụng trong các nghiên cứu khoa học để phát hiện tăng nhạy cảm nội tạng.

***3.3. Chẩn đoán xác định Tiêu chuẩn ROME IV chẩn đoán đau bụng chức năng:***

bệnh nhân phải đau bụng ít nhất 4 lần/tháng, kéo dài trên 2 tháng và bao gồm tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Tình trạng đau bụng không xuất hiện đơn độc trong các hoạt động sinh lý (ví dụ như ăn, kinh nguyệt).

- Không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng ruột kích thích, chứng khó tiêu chức năng hay đau bụng migraine.

- Sau khi làm các thăm dò thích hợp, tình trạng đau bụng không thể được giải thích đầy đủ bởi bất kỳ tình trạng bệnh lý nào.

Tuy nhiên, không hiếm khi trẻ đáp ứng tiêu chí của nhiều hơn một rối loạn đau bụng chức năng hoặc có thay đổi từ một rối loạn đau bụng chức năng này sang một rối loạn đau bụng chức năng khác theo thời gian.

Lưu ý, một tỷ lệ nhỏ trẻ em, ban đầu được chẩn đoán rối loạn đau bụng chức năng sau đó có sự thay đổi trong chẩn đoán đối với một bệnh thực thể và do đó bắt buộc theo dõi lâm sàng sự thay đổi các triệu chứng.

1. **Điều trị**

***4.1. Giáo dục gia đình và bệnh nhân*** Cần nhấn mạnh với gia đình và bệnh nhân rằng mặc dù cơn đau là có thật, nhưng không có bệnh lý nghiêm trọng hoặc mãn tính nào và đây là nguyên nhân phổ biến nhất gây đau bụng mạn tính ở trẻ em. Các xét nghiệm cho kết quả bình thường có thể hỗ trợ trong việc chấp nhận chẩn đoán rối loạn tiêu hóa chức năng cho cha mẹ và bệnh nhân.

***4.2. Xác định và thay đổi các yếu tố stress*** Mục tiêu quan trọng trong giai đoạn điều trị là xác định, làm rõ các yếu tố stress về thể chất và tâm lý có vai trò quan trọng trong việc khởi phát, làm trầm trọng hoặc duy trì cơn đau. Nhiều bậc cha mẹ cảm thấy khó chấp nhận rằng những yếu tố tâm lý này có thể ảnh hưởng hoặc thậm chí gây đau bụng cho con của họ.

***4.3. Can thiệp chế độ ăn uống***

Các bằng chứng chứng minh hiệu quả của các can thiệp vào chế độ ăn uống là không nhiều. Vai trò của không dung nạp lactose và fructose trong đau bụng chức năng còn chưa rõ. Chưa có nghiên cứu nào chứng minh được hiệu quả của chế độ ăn loại bỏ gluten hoặc FODMAPs (thực phẩm có thể lên men olig-, di-, monosaccharides và rượu) ở trẻ em đau bụng chức năng.

* 1. ***Probiotics*** Các nghiên cứu không thấy được hiệu quả của probiotics ở trẻ bị đau bụng chức năng.

***4.5. Các chế phẩm Serotonergic Serotonin*** là một chất trung gian chính trong việc điều chỉnh độ nhạy cảm nội tạng và nhu động ruột. Một nghiên cứu cho thấy hiệu quả của chất đối kháng serotonin cyproheptadine trong điều trị đau bụng. 1021 Hiệu quả, khả năng dung nạp và độ an toàn của Citalopram trong điều trị đau bụng chức năng đã được chứng minh.

***4.6. Thuốc chống trầm cảm ba vòng*** Cơ chế tác động của thuốc chống trầm cảm ba vòng bao gồm giảm nhận thức đau trung tâm, thay đổi sinh lý đường tiêu hóa và ảnh hưởng tâm lý. Hiệu quả của amitryptiline trong điều trị đau bụng chức năng còn chưa rõ ràng.

***4.7. Các thuốc chống co thắt*** Mặc dù các thuốc chống co thắt đã được chứng minh là có hiệu quả ở người lớn nhưng lợi ích của mebeverine ở trẻ em là chưa rõ ràng.

***4.8. Phương pháp tâm lý*** Bởi vì trẻ bị đau bụng chức năng có thể có các triệu chứng lo âu và trầm cảm, liệu pháp hành vi nhận thức đã được chứng minh có hiệu quả tốt. Một liệu pháp tâm lý khác là liệu pháp thôi miên đường ruột. Sau điều trị mức độ đau của bệnh nhân giảm đáng kể ở bệnh nhân. Ngoài ra, tác dụng của liệu pháp duy trì lâu dài, lên đến khoảng 5 năm.

***4.9. Liệu pháp khác*** Bao gồm thuốc thảo dược, châm cứu, massage đang được quan tâm bởi có nhiều bệnh nhân khi điều trị với các liệu pháp kể trên vẫn còn triệu chứng đau bụng dai dẳng. Hiệu quả của các phương pháp này chưa rõ ràng và không được khuyến cáo ở trẻ em. Bởi vì đau bụng chức năng có xu hướng mạn tính, lúc tăng lúc giảm và khả năng tự thuyên từ 30 đến 70% nên cần điều trị từng bước với bước đầu tiên là giáo dục, tìm và điều chỉnh các yếu tố stress, can thiệp chế độ ăn uống nếu cần thiết. Khi các triệu chứng vẫn tồn tại hoặc tái xuất hiện, bước tiếp theo có thể thử một trong những phương pháp điều trị tâm lý. Thuốc được sử dụng khi 1022 bệnh nhân không thực hiện các liệu pháp được đề cập ở trên hoặc điều trị không hiệu quả

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018

- Phác đồ điều trị nhi đồng 2 2016

**CÁC RỐI LOẠN TIÊU HÓA CHỨC NĂNG Ở TRẺ BÚ MẸ VÀ TRẺ TẬP ĐI**

1. **Đại cương**

Các rối loạn tiêu hóa chức năng ở trẻ bú mẹ và trẻ tập đi bao gồm các triệu chứng mạn tính, tái diễn theo tuổi không liên quan đến các bất thường về cấu trúc hoặc sinh hóa. Trong phạm vi bài này, chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ROM IV bao gồm 7 nhóm.

**2. Chẩn đoán**

***2.1. Lâm sàng***

***2.1.1. Trớ ở trẻ bú mẹ:*** Trớ hay gặp ở trẻ bú mẹ, tần suất cao nhất vào lúc 4 tháng tuổi, thường xuất hiện trong và sau bú 2 giờ. Tiêu chuẩn chẩn đoán: bao gồm cả hai tiêu chuẩn sau ở trẻ 3 tuần đến 12 tháng tuổi :

- Trớ ≥ 2 lần/ngày kéo dài ≥ 3 tuần.

- Không có các biểu hiện: buồn nôn, nôn máu, sặc, ngừng thở, chậm tăng cân, khó ăn hoặc khó nuốt, hoặc hành vi bất thường. Chẩn đoán phân biệt trớ trong bệnh trào ngược dạ dày thực quản khi phối hợp với các biểu hiện hô hấp, tai mũi họng, thần kinh, chậm tăng trưởng, khóc, rối loạn giấc ngủ, trớ có máu hoặc trớ do các nguyên nhân nguy hiểm khác khi có dấu hiệu báo động như nôn dịch mật, nôn máu, sốt, thóp phồng …

***2.1.2. Hội chứng nhai lại:*** Nhai lại là hiện tượng trớ các chất chứa đựng trong dạ dày vào miệng một cách tự động. Nhai lại được đặc trưng bởi trớ hoặc nôn không xảy ra khi ngủ, kết hợp với nhai lại ngoài bữa ăn, thường xảy ra ở trẻ ít được chăm sóc.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: bao gồm tất cả các tiêu chuẩn sau kéo dài ít nhất 2 tháng:

- Lặp lại của việc co cơ thành bụng, cơ hoành và lưỡi.

-Trớ dễ dàng các chất chứa đựng trong dạ dày ra khỏi miệng hoặc nhai lại và nuốt lại.

- Ít nhất 3 trong số các biểu hiện sau :

+ Xuất hiện ở trẻ từ 3-8 tháng tuổi.

+ Không đáp ứng với điều trị chống trào ngược dạ dày thực quản hoặc trớ.

+ Không đi kèm dấu hiệu nặng.

+ Không xảy ra khi ngủ hoặc khi trẻ bú mẹ tương tác với môi trường xung quanh. 2.1.3. Hội chứng nôn chu kì Tiêu chuẩn chẩn đoán: bao gồm tất cả các tiêu chuẩn sau:

- ≥ 2 giai đoạn nôn nghịch thường liên tục kèm theo buồn nôn hoặc không, kéo dài từ vài giờ đến vài ngày trong vòng 6 tháng.

- Các giai đoạn rập khuôn ở mỗi bệnh nhân.

- Các giai đoạn rập khuôn bởi hàng tuần đến hàng tháng với sức khỏe bình thường ngoài giai đoạn nôn. Các biểu hiện kèm theo nôn như da xanh, mệt, tăng tiết nước bọt, đau bụng, đau đầu, phân lỏng, sốt, nhịp nhanh, tăng huyết áp, viêm da, tăng bạch cầu, sợ tiếng ồn, ánh sáng và hoặc mùi.

Biến chứng nôn chu kì: rối loạn điện giải, nôn máu, viêm loét thực quản, rách tâm vị, thiếu kali, magie, tăng huyết áp, bài tiết bất thường hoormon chống bài niệu.

* + 1. ***Co thắt đại tràng ở trẻ bú mẹ***

***Tiêu chuẩn chẩn đoán:***

- Đối với lâm sàng bao gồm tất cả các tiêu chuẩn sau:

+ Trẻ < 5 tháng tuổi từ khi triệu chứng bắt đầu và kết thúc.

+ Trẻ bú mẹ có biểu hiện các khóc không thể dự phòng hoặc dỗ cho trẻ nín được kèm theo thay đổi hành vi tái diễn và kéo dài, hoặc cáu gắt xảy ra không có nguyên nhân rõ ràng được mô tả bởi người chăm nuôi trẻ.

+ Không kèm theo chậm tăng cân, sốt hoặc bị ốm.

- Đối với tiêu chuẩn chẩn đoán co thắt đại tràng ở trẻ bú mẹ trong các nghiên cứu lâm sàng trẻ cần đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán trên và bao gồm cả hai tiêu chuẩn sau:

+ Người chăm nuôi mô tả trẻ khóc hoặc thay đổi hành vi kéo dài ít nhất 3 giờ/ngày và kéo dài ít nhất 3 ngày một tuần qua điện thoại hoặc phỏng vấn trực tiếp với nghiên cứu viên hoặc bác sĩ lâm sàng.

+ Tổng số 24 giờ khóc kết hợp với thay đổi hành vi trong nhóm trẻ bú mẹ được xác nhận có ít nhất 3 giờ được đánh giá bởi ít nhất 1 lần ghi nhật kí hành vi.

Các cơn này thường đi kèm tiếng sôi bụng mạnh và ngừng tự nhiên sau vài phút hoặc sau trung tiện. Các biểu hiện sau không phải là triệu chứng của co thắt đại tràng ở trẻ bú mẹ, cần được đánh giá để loại trừ các bệnh lý thực thể: khóc quá mức hoặc the thé, thiếu nhịp điệu về thời gian, xuất hiện sau 4 tháng tuổi, nôn, trớ, tiêu chảy, chậm tăng cân, tiền sử gia đình có bệnh Migrain, ảnh hưởng thuốc từ mẹ và khám lâm sàng bất thường gây ra các nguyên nhân thực thể như ăn quá mức, táo bón, thoát vị bẹn, nứt kẽ hậu môn, nhịp nhanh, chít hẹp bao qui đầu, nhiễm trùng tiết niệu, viêm khớp, viêm tai.

***2.1.5. Tiêu chảy chức năng Tiêu chuẩn chẩn đoán:*** bao gồm tất cả các biểu hiện sau:

- Đại tiện ít nhất 4 lần/ngày, phân không thành khuôn.

- Biểu hiện kéo dài trên 4 tuần. - Khởi đầu từ 6-60 tháng tuổi.

- Không chậm tăng cân nếu được ăn đủ dinh dưỡng.

***2.1.6. Khó đại tiện ở trẻ bú mẹ Tiêu chuẩn chẩn đoán:*** bao gồm cả hai tiêu chuẩn sau ở trẻ dưới 9 tháng tuổi:

+ Trẻ khóc và căng thẳng ít nhất 10 phút trước khi thành công hoặc không thành công trong việc đại tiện phân mềm.

+ Không có vấn đề khác về sức khỏe.

***2.1.7. Táo bón chức năng Tiêu chuẩn chẩn đoán***: bao gồm ít nhất 2 trong số các tiêu chuẩn sau ở trẻ trong độ tuổi bú mẹ đến 4 tuổi:

- Đại tiện hai lần hoặc ít hơn trong 1 tuần.

- Bệnh sử về phân ứ đọng quá mức.

- Bệnh sử đau khi đại tiện hoặc đại tiện phân rắn

- Bệnh sử phân to.

- Thăm trực tràng có khối phân lớn. Cần loại trừ các dấu hiệu và triệu chứng báo động trước khi chẩn đoán táo bón chức năng (trình bày trong bài táo bón chức năng).

***2.2. Xét nghiệm*** Không khuyến cáo chỉ định xét nghiệm trong các trường hợp rối loạn tiêu hóa sinh lý.

Các xét nghiệm chỉ được thực hiện khi cần thiết khi nghi ngờ các rối loạn tiêu hóa do bệnh lý gây ra. Hội chứng nôn chu kì cần tiến hành các xét nghiệm (Xem thêm trong bài nôn chu kỳ).

**3. Điều trị**

***3.1. Trớ ở trẻ bú mẹ***

- Tư vấn cho gia đình về diễn biến lành tính của trớ để gia đình yên tâm cũng như theo dõi các biểu hiện nguy hiểm.

- Lựa chọn núm vú phù hợp về chất liệu và tốc độ chảy sữa.

- Kích thích cho trẻ ợ hơi trong bữa ăn, không cho ăn quá nhiều.

- Chọn sữa công thức phù hợp như sữa thủy phân hoặc tăng độ quánh.

- Nên đặt trẻ ở tư thế nằm ngửa.

***3.2. Hội chứng nhai lại ở trẻ bú mẹ***

Tư vấn giúp tăng cường mối liên hệ tình cảm giữa người chăm nuôi và trẻ cũng như để họ hiểu hơn về nhu cầu dinh dưỡng và tâm sinh lý của trẻ.

***3.3. Hội chứng nôn chu kì***

Mục tiêu điều trị là giảm tần xuất và mức độ nôn, bao gồm (xem thêm trong bài nôn chu kỳ):

- Dự phòng các yếu tố khởi phát.

- Các thuốc dự phòng nôn xuất hiện.

- Các biện pháp hỗ trợ trong giai đoạn nôn: thuốc giảm bài tiết axít, lorazepam, chống trầm cảm, an thần, thuốc chống nôn, truyền dịch,...

***3.4. Co thắt đại tràng ở trẻ bú mẹ***

- Khẳng định với cha mẹ, đây là vấn đề lành tính, không có vấn đề thực thể. Khuyên cha mẹ có thái độ hợp lý để làm yên lòng trẻ (bế trẻ trên tay, đi dạo, hát ru, đưa tay nhẹ nhàng, âm nhạc …), tránh thuốc lá thụ động.

- Nếu điều trị không đáp ứng, cần thay đổi chế độ ăn: sữa công thức nghèo lactose hoặc sữa lên men, sữa thủy phân (tiền sử gia đình có cơ địa dị ứng hoặc trẻ bị dị ứng thức ăn). Đánh giá đáp ứng sau vài ngày.

- Bổ sung probiotics.

***3.5. Tiêu chảy chức năng***

- Tư vấn cho người chăm sóc trẻ là rất quan trọng.

- Tránh uống nước hoa quả và nước có chứa đường fructose.

- Dùng sữa ít đường lactose.

- Cho trẻ ăn đủ và cân bằng chế độ ăn cho trẻ.

***3.6. Điều trị khó đại tiện***

- Không dùng thuốc nhuận tràng.

- Hướng dẫn người chăm nuôi các bài tập vật lý trị liệu khi trẻ khó đại tiện.

- Hỗ trợ cho trẻ các bài tập làm giãn nở vùng sàn chậu vào thời điểm rặn đại tiện. - Tránh kích thích vào trực tràng vì có thể ảnh hưởng ảnh hưởng không tốt hoặc tạo ra phản xạ có điều kiện, trẻ đợi kích thích mới đại tiện được.

***3.7. Táo bón chức năng***

- Tư vấn kĩ lưỡng cho người chăm nuôi trẻ và trẻ (nếu trẻ có thể nhận thức được). - Can thiệp thay đổi hành vi: tập đại tiện hàng ngày.

- Thuốc nhuận tràng (trình bày trong bài táo bón chức năng).

***4. Tiến triển***

- Tiến triển thường lành tính và các biểu hiện thường thuyên giảm khi trẻ lớn hơn. Biểu hiện trớ ở trẻ bú mẹ thuyên giảm 90% lúc 12 tháng tuổi. Nhai lại thuyên giảm phụ thuộc vào người chăm nuôi trẻ.

- Nôn chu kỳ thường thuyên giảm khi trẻ lớn hơn, tuy nhiên một số trường hợp kéo dài hoặc chuyển sang đau bụng hoặc đau đầu Migraine.

- Tiêu chảy chức năng thường thuyên giảm khi trẻ 60 tháng tuổi.

- Khóc khi đại tiện ở trẻ bú mẹ thường thuyên giảm lúc 9 tháng tuổi.

- Táo bón chức năng thường thuyên giảm trước 2 tuổi.

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018

- Phác đồ điều trị nhi đồng 2 2016

### TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN NÔN

###### **1.Đại cương**

* 1. ***Định Nghĩa*:** Nôn là sự tống xuất hoàn toàn hay một phần chất chứa trong dạ dày ra ngoài qua đường miệng, có kết hợp sự co thắt cơ bụng và cơ thành ngực.
     1. ***Nôn trớ*** là sự quay trở lại của thức ăn ở dạ dày lên miệng mà không có sự co thắt cơ bụng và cơ hoành.

###### **Nguyên nhân**

Nôn có thể là triệu chứng của nhiều bệnh lý ở nhiều cơ quan khác nhau. Cần lưu ý một số nguyên nhân cần can thiệp khẩn cấp nhƣ: lồng ruột, tắc ruột, viêm ruột thừa, viêm não, viêm màng não. Nôn cũng gây ra những biến chứng nguy hiểm như: sốc, rối loạn điện giải, toan kiềm.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nhóm bệnh lý** | **Trẻ sơ sinh ≤ 1 tháng** | **Trẻ nhũ nhi: 1- 12 tháng** | **Trẻ lớn: 1- 11 tuổi** | **Trẻ vị thành niên ≥ 11 tuổi** |
| **1. Tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa** | Trào ngược dạ dày thực quản | Trào ngược dạ dày thực quản | Trào ngược dạ dày thực quản HC Mallory- Weiss  Viêm thực quản eosinophile Viêm loét dạ dày tá tràng  Viêm ruột mạn | Trào ngược dạ dày thực quản Viêm thực quản eosinophile Viêm loét dạ dày tá tràng Viêm ruột mạn |
| **2. Bất thương giải phẫu đường tiêu hóa** | Dị tật bẩm sinh: teo ruột non, màng chắn, ruột đôi.  Hẹp phì đại môn vị  Không hậu môn Tắc ruột phân xu  Thoát vị nghẹt Ruột xoay bất  toàn | Dị tật bẩm sinh: teo ruột non, màng chắn, ruột đôi.  Hẹp phì đại môn vị  Thoát vị nghẹt Ruột xoay bất toàn  Lồng ruột Bezoar | Thoát vị nghẹt Ruột xoay bất toàn  Hội chứng tắc ruột  Lồng ruột Viêm ruột thừa  Hội chứng SMA Bezoar  Dính ruột sau phẫu thuật | Thoát vị nghẹt Ruột xoay bất toàn  Hội chứng tắc ruột  Viêm ruột thừa Hội chứng SMA  Dính ruột sau phẫu thuật |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nhóm bệnh lý** | **Trẻ sơ sinh ≤ 1 tháng** | **Trẻ nhũ nhi: 1- 12 tháng** | **Trẻ lớn: 1- 11 tuổi** | **Trẻ vị thành niên ≥ 11 tuổi** |
| **3. Nhiễm trùng đường tiêu hóa**  **Nhiễm trùng ngoài đường tiêu hóa** | Viêm ruột hoại tử  Viêm đài bể thận  Viêm màng não | Viêm dạ dày ruột  Viêm tai giữa Viêm phổi  Viêm đài bể thận Viêm màng não | Viêm dạ dày ruột Viêm đại tràng Ký sinh trùng Viêm dạ dày HP Viêm gan  Nhiễm trùng đường mật Áp-xe gan  Viêm tai giữa Viêm xoang Viêm họng Viêm phổi  Viêm đài bể thận Viêm màng não | Viêm dạ dày ruột  Viêm đại tràng Ký sinh trùng Viêm dạ dày HP  Viêm gan Nhiễm trùng đường mật Áp-xe gan  Viêm xoang Viêm họng Viêm phổi Viêm đài bể thận  Viêm màng não |
| **4. Rối loạn vận động hệ tiêu hóa** | Bất đồng vận hầu họng Liệt ruột Hirschsprung  Hội chứng giả tắc ruột | Bất đồng vận hầu họng  Liệt ruột Hirschsprung  Hội chứng giả tắc ruột | Bất đồng vận hầu họng  Liệt ruột Achalasia | Liệt ruột Achalasia Liệt dạ dày |
| **5. Bệnh lý các tạng**  **thuộc hệ tiêu hóa** | Nang ống mật chủ | Nang ống mật chủ | Viêm tụy cấp | Viêm tụy cấp Viêm túi mật Viêm đường  mật |
| **6. Bệnh nội tiết** | Tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh.Cơn suy thượng thận  Bệnh Addison | Tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh. Cơn suy thượng thận  Bệnh Addison | Cơn suy thượng thận  Bệnh Addison Tiểu đường | Cơn suy thượng thận  Bệnh Addison Tiểu đường |
| **7. Bệnh chuyển**  **hóa** | Rối loạn chuyển hóa acid  béo | Rối loạn chuyển hóa acid béo  Rối loạn chuyển | Rối loạn chuyển hóa acid béo |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nhóm bệnh lý** | **Trẻ sơ sinh ≤ 1 tháng** | **Trẻ nhũ nhi: 1- 12 tháng** | **Trẻ lớn: 1- 11 tuổi** | **Trẻ vị thành niên ≥ 11 tuổi** |
|  | Rối loạn chuyển hóa đạm  Bệnh chuyển hóa do ứ đọng  (Storage desease) | hóa đạm  Bệnh chuyển hóa do ứ đọng (Storage desease) |  |  |
| **8. Bệnh miễn dịch** | Bất dung nạp lactose  Dị ứng sữa | Bất dung nạp lactose  Dị ứng sữa | Dị ứng thức ăn | Dị ứng thức ăn |
| **9. Bệnh lý hệ niệu- sinh dục** |  | Thận ứ nước thứ phát do tắc nghẽn | Thận ứ nước thứ phát do tắc nghẽn Sỏi thận  Tăng urê huyết | Sỏi thận  Tăng urê huyết Thai kỳ |
| **10. Bệnh thần kinh** | Não úng thủy Xuất huyết dưới màng cứng | Não úng thủy Xuất huyết dưới màng cứng Anor-Chiari | Não úng thủy Xuất huyết dưới màng cứng Anor-Chiari  U não, giả u Chấn động não Xuất huyết dưới nhện.  Rey syndrome Đau đầu Migraine Đau bụng Migraine  Động kinh | Não úng thủy Xuất huyết dưới màng cứng Anor-Chiari  U não, giả u Chấn động não Xuất huyết dưới nhện.  Đau đầu Migraine Đau bụng Migraine |
| **11. Một số nguyên nhân khác** |  | Ăn quá độ, nôn chu kỳ | Ngộ độc chì Ngộ độc thức ăn Hít độc chất Ngộ độc thuốc Tâm lý  Nôn chu kỳ | Ngộ độc chì Ngộ độc thức ăn  Hít độc chất Ngộ độc thuốc Tâm lý |

###### **Lâm sàng**

* 1. ***Hỏi bệnh***
     1. ***Thời điểm xuất hiện:*** nôn mới đây hay đã lâu, nôn ngay sau sanh hay sau sinh một khoảng thời gian vài tuần.
     2. ***Số lần nôn:*** không biểu hiện mức độ nặng của bệnh. Tuy nhiên, cần lưu ý nếu bệnh nhân nôn tất cả mọi thứ.
     3. ***Cách nôn:*** nôn thụ động hay nôn vọt.
     4. ***Có liên quan*** đến bữa ăn, tư thế, sau ho.
     5. ***Tính chất dịch ói:***

+ Nôn muộn sau bữa ăn, chứa thức ăn chưa tiêu hóa: gợi ý nguyên nhân tắc đường thoát của dạ dày: hẹp phì đại môn vị, biến dạng môn vị do sẹo loét hành tá tràng

+ Dịch ói có màu vàng hoặc xanh, kèm đau bụng cơn: gợi ý nguyên nhân tắc nghẽn sau tá tràng (màng chắn tá tràng, lồng ruột, tắc ruột, hội chứng động mạch mạc treo tràng trên, tắc ruột do dính, thoát vị nghẹt)

+ Nôn dịch nâu, ói máu: các bệnh lý có tổn thương niêm mạc (viêm thực quản trào ngược, viêm loét dạ dày tá tràng, hội chứng Mallory-Weiss, dị ứng sữa)

* + 1. ***Triệu chứng đi kèm:***

+ Triệu chứng tiêu hóa: đau bụng cơn, tiêu chảy, tiêu máu

+ Triệu chứng ngoài đường tiêu hóa: sốt, đau đầu, ho, khò khè kéo dài

* + 1. **Chế độ dinh dưỡng:** sữa công thức hay sữa mẹ
    2. ***Các thuốc đã dùng*** (corticoid, antihistamin, morphine)
    3. ***Tiền căn bản thân và gia đình:*** tiền căn dị ứng, suyễn, mề đay, đau đầu Migraine, động kinh, chấn thương đầu, tiền căn sản khoa.

###### **Triệu chứng thực thể**

* + 1. ***Dấu hiệu toàn thân:***

+ Tình trạng mất nước: da khô, sụt cân, tiểu ít, mắt trũng, dấu véo da mất chậm

+ Dấu hiệu toan chuyển hóa: thở nhanh sâu.

###### **Khám bụng:**

+ Tìm dấu chướng bụng, dấu rắn bò, giảm hoặc mất nhu động ruột (gặp trong tắc ruột)

+ Phản ứng thành bụng (viêm phúc mạc), sờ thấy u lồng, khối u

+ Thăm trực tràng phân có máu (lồng ruột, viêm ruột), đau túi cùng (viêm ruột thừa, viêm phúc mạc: chỉ có ý nghĩa với trẻ lớn, hợp tác)

+ Gan lách to

+ Khối thoát vị, vết mổ cũ

###### **Các triệu chứng ngoài đường tiêu hóa:**

+ Triệu chứng thần kinh: thóp phồng, cổ gượng, dấu hiệu thần kinh định vị, dấu tăng áp lực nội sọ (mạch chậm, huyết áp tăng), tật đầu to, tật đầu nhỏ, tăng hoặc giảm trƣơng lực cơ, đồng tử giãn hay đồng tử không đều hai bên.

+ Bất thường cơ quan sinh dục (không rõ ràng giới tính), da sậm màu: tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh.

###### **Cận lâm sàng**

* 1. ***Huyết đồ:*** tìm dấu hiệu thiếu máu, dấu hiệu nhiễm trùng.

###### **Sinh hóa**

* + Ure, creatinin, ion đồ, khí máu động mạch (trong các trường hợp nôn nghiêm trọng, nôn kéo dài, nôn chu kỳ): tìm dấu hiệu rối loạn nước và điện giải.
  + Amylase, lipase: viêm tụy
  + SGOT, SGPT, GGT, bilirubin: chẩn đoán các bệnh lý gan mật.

###### **Chẩn đoán hình ảnh**

* 1. ***Siêu âm bụng****:* chẩn đoán lồng ruột, tắc ruột, viêm phúc mạc, hẹp phì đại môn vị, viêm tụy, đánh giá gan và gan và đường mật.
  2. ***X-quang bụng đứng không chuẩn bị:*** chẩn đoán tắc ruột, lồng ruột giai đoạn muộn (mực nước hơi).
  3. ***TOGD:*** tìm các bất thường giải phẫu: màng chắn, ruột xoay bất toàn.
  4. ***Nội soi tiêu hóa:*** chẩn đoán viêm dạ dày tá tràng, viêm ruột mạn, trào ngược dạ dày thực quản có biến chứng, viêm thực quản eosinophile.
  5. ***CT scan bụng:*** hội chứng động mạch mạc treo tràng trên.
  6. ***CT não***: khối choán chỗ trong não, xuất huyết não, màng não.
  7. ***EEG:*** chẩn đoán động kinh.

###### **Các thủ thuật**

* 1. ***Soi đáy mắt:*** tìm dấu hiệu phù gai thị, xuất huyết, xuất tiết võng mạc
  2. ***Chọc dò tủy sống***

###### **Một số xét nghiệm khác**

* 1. ***Soi phân*** tìm HC, BC, ký sinh trùng
  2. ***Cấy phân***
  3. ***Tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu***
  4. ***Xét dịch não tuỷ***

1. **Chẩn đoán nguyên nhân**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nguyên nhân** | **Tính chất nôn** | **Đặc điểm đi kèm** |
| **Tắc đường thoát dạ dày**  Hẹp phì đại môn vị  Màng chắn tá tràng, tụy nhẫn  Hẹp, teo tá tràng | Nôn vọt, nôn muộn sau bú  Ói dịch chứa dạ dày  Cƣờng độ nôn phụ thuộc vào mức độ tắc nghẽn, dịch nôn là  dịch dạ dày | Trẻ 4-12 tuần tuổi, sụt cân, mất nước, kiềm chuyển hóa, có thể sờ thấy khối u hình quả trám ở thượng vị. SA bụng chẩn đoán  Thường gặp ở trẻ sơ sinh, nhũ nhi, nhưng cũng có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi. XN: X-quang bụng, TOGD  Thường trong giai đoạn sơ sinh, phổ biến hơn ở trẻ HC Down. X- quang bụng không sửa soạn có hình ảnh hai mức khí dịch. |
| **Tắc ruột non**  **Ruột xoay bất toàn,**  **Xoắn ruột** | Nôn dịch mật  nôn dịch mật | Thường xuất hiện 48 giờ đầu sau sinh, 3 tháng đầu. Tuy nhiên, cũng có thể phát hiện muộn hơn. Chướng bụng, có thể có mất nước và rối loạn điện giải. X-quang bụng có hình ảnh mực nước hơi  Có thể có xoắn ruột kèm Đau bụng, tiêu máu. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nguyên nhân** | **Tính chất nôn** | **Đặc điểm đi kèm** |
| **Lồng ruột**  **Hội chứng mạc treo tràng trên** | Nôn rất nhiều lần  Nôn dịch mật, có thể nôn từng đợt | Xuất hiện đột ngột ở trẻ khỏe mạnh, kèm đau bụng cơn, có thể có tiêu máu ở giai đoạn muộn. Thường xảy ra ở trẻ 1-6 tuổi.  Đau bụng, có tư thế giảm đau, có thể có sụt cân. X-quang cho thấy tắc nghẽn ngang tá tràng TOGD, CT  bụng |
| **Tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa**  Viêm dạ dày, viêm thực quản  Trào ngược dạ dày thực quản  Dị ứng sữa | Có thể ói máu hay nôn dịch nâu  Ói dịch dạ dày, đôi khi có máu (viêm thực quản), thường xuất hiện sau bữa ăn  Nôn dịch dạ dày | Đau bụng (hay khó chịu ở trẻ nhỏ), sụt cân, biếng ăn. Chẩn đoán bằng nội soi dạ dày tá tràng.  Hay gặp ở trẻ nhũ nhi  Có thể kèm tiêu chảy kéo dài, tiêu máu. Đổi sữa đậu nành hay sữa thủy phân trong 2-4 tuần |
| **Rối loạn vận động ruột**  Hạ kali  Tăng calci, tăng magne  HC giả tắc ruột | Nôn, bụng chướng nôn, táo bón  Bụng chướng, nôn dịch mật | Bệnh cảnh toàn thân  Không rõ nguyên nhân, có thể  khởi phát từ lúc mới sinh hoặc muộn hơn |
| **Thuốc**:  Aspirin,cồn, Theophylline Erythromycin, thuốc phiện | Nôn dịch dạ dày, đôi khi có máu | Tiền sử dùng thuốc |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nguyên nhân** | **Tính chất ói** | **Đặc điểm đi kèm** |
| **Nhiễm trùng:**  Tiêu hóa  Nhiễm trùng hệ tiết niệu  Tai mũi họng Hô hấp | Nôn dịch dạ dày Nôn dịch dạ dày | Thường kèm tiêu chảy , Có bệnh cảnh kèm theo |
| **Tổn thương hệ thần kinh trung ương:** viêm màng não, viêm não, u não, bất thường  mạch máu não | Nôn dịch dạ dày, tăng lên khi thay đổi tư thế | Dấu màng não, dấu thần kinh định vị, dấu tăng áp lực nội sọ. Xét nghiệm dịch não tủy, CT não |
| **Bệnh chuyển hóa:** Galactosemia, Fructosemia,tăng NH3/ máu  Tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh | Nôn dịch dạ dày, đôi khi nôn dịch mật | Thường có kèm toan máu, bất thường chức năng gan, hạ đường huyết |

###### **Tiêu chuẩn nhập viện**

* + Có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân
  + Nghi ngờ bệnh lý tắc nghẽn
  + Nôn có máu
  + Nôn tất cả mọi thứ không ăn uống được

###### **9.Điều trị**

1. ***Xử trí cấp cứu (ngay khi bé nôn)***
   * Đặt trẻ nằm đầu thấp, nghiêng một bên, làm sạch mũi miệng.
   * Nếu bé không khóc, tím, giảm trương lực cơ thì tiếp tục hút mũi, đặt bé nằm sấp vỗ lưng bé.

###### **Điều trị nâng đỡ**

* + Điều trị các biến chứng của nôn như mất nước, rối loạn điện giải, kiềm toan, suy dinh dưỡng.
  + Trường hợp nôn có mật, hoặc nghi ngờ tắc ruột, bụng chướng cần đặt sonde dạ dày, nhịn ăn, nuôi ăn TM.
  + Thuốc chống nôn: Promethazine, Dimenhydrate, Metopramide, Domeperidone có thể có ích cho những bệnh nhân nôn dai dẳng để giảm các hậu quả chuyển hóa và dinh dưỡng, trong trường hợp say tàu xe, hậu phẫu, Nôn chu kỳ, các rối loạn vận động đường tiêu hóa. Tuy nhiên, không nên sử dụng thuốc chống ói mà không rõ nguyên nhân ói, ói do nguyên nhân ngoại khoa, do tổn thương sọ não.
  1. ***Điều trị nguyên nhân:*** tùy theo nguyên nhân.

###### **Hướng dẫn người thân**

###### **10.1Các dấu hiệu phải đưa bé đi khám ngay**

* + Nôn ói tất cả mọi thứ
  + Dịch ói có màu vàng, xanh, ói có máu
  + Bé uống háo hức hoặc không uống được
  + Tiêu phân có máu
  + Li bì hoặc kích thích

###### **Chế độ dinh dưỡng**

Chia nhỏ bữa ăn, ăn từng ít một

Duy trì chế độ ăn theo lứa tuổi của bé

Tài liều tham khảo: phác đồ bệnh viện nhi đồng 2

### ĐAU BỤNG CẤP TÍNH

###### **ĐỊNH NGHĨA VÀ NGUYÊN NHÂN**

Đau bụng cấp là những cơn đau vùng bụng từ nhẹ đến dữ dội, thường xảy ra đột ngột. Đây là triệu chứng thường gặp và không đặc hiệu ở trẻ em, có thể là biểu hiện của nhiều bệnh lý nội và ngoại khoa từ nhẹ đến nặng.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sơ sinh** | **2 tháng - 2 tuổi** | **2-5 tuổi** | * **5 tuổi** |
| Thường gặp | Colic | Viêm dạ dày ruột | Viêm dạ dày | Viêm dạ dày ruột |
|  | Trào | Nhiễm siêu vi | ruột | Táo bón |
|  | ngược dạ |  | Táo bón | Viêm họng |
|  | dày-thực |  | Viêm họng | Nhiễm siêu vi |
|  | quản |  | Viêm tai giữa |  |
|  |  |  | Nhiễm siêu vi |  |
| Ngoại | Xoắn ruột | Lồng ruột | Viêm ruột | Viêm ruột thừa |
| khoa | Tắc ruột, | Hẹp môn vị phì | thừa | Chấn thương |
|  | Dính ruột | đại | Chấn thương | bụng |
|  | Thủng | Xoay ruột bất | bụng | Thủng ổ loét |
|  | tạng rỗng | toàn | Lồng ruột | DDTT |
|  | Xoắn tinh | Xoắn tinh hoàn | Dị vật tiêu | Tắc ruột |
|  | hoàn | Thoát vị nghẹt | hóa | Xoắn buồng |
|  | Viêm ruột | Chấn thương | Tắc ruột | trứng/tinh hoàn |
|  | hoại tử | bụng | Xoắn buồng | Nang buồng trứng |
|  |  | Dị vật tiêu hóa | trứng/tinh | vỡ |
|  |  |  | hoàn | Thai ngoài tử cung |
| Khác | Dị ứng | Hirschsprung | Viêm phúc | Nhiễm toan |
|  | sữa | Hội chứng urê | mạc nguyên | ketone/tiểu đường |
|  |  | huyết tán huyết | phát | Viêm phổi |
|  |  | (HUS) | Nhiễm trùng | Nhiễm trùng tiểu |
|  |  | Viêm túi thừa | tiểu | Sỏi thận |
|  |  | Meckel | Viêm phổi | Hội chứng tán |
|  |  | Viêm gan | Henoch | huyết urê huyết |
|  |  | Ngộ độc | Schonlein | cao |
|  |  | Dị ứng thức ăn | Áp-xe ổ bụng | Henoch |
|  |  | Nhiễm trùng tiểu | Viêm gan | Schonlein. |
|  |  | U bướu | Túi thừa | Trào ngược dạ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sơ sinh** | **2 tháng - 2 tuổi** | **2-5 tuổi** | * **5 tuổi** |
|  | Bất dung nạp | Meckel | dày thực quản |
| lactose | Ngộ độc | Viêm ruột mạn |
|  | Viêm hạch | Áp-xe ổ bụng |
|  | mạc treo | Viêm túi mật |
|  |  | Viêm tụy |
|  |  | Viêm gan |
|  |  | Túi thừa Meckel |
|  |  | Viêm cơ tim, |
|  |  | viêm màng ngoài |
|  |  | tim |
|  |  | Cơn migraine |
|  |  | bụng |
|  |  | Viêm hạch mạc |
|  |  | treo |
|  |  | Đau bụng kinh |
|  |  | Viêm vùng chậu |
|  |  | Hội chứng |
|  |  | Mittelschmerz |

***2.*Lâm sàng**

***2.1Bệnh sử***

* + - Đặc điểm cơn đau: khởi phát (từ từ, đột ngột), vị trí, kiểu đau (từng cơn, âm ỉ, co thắt), hướng lan (khu trú, lan tỏa), yếu tố giảm đau (sau đi tiêu, tƣ thế chổng mông, sau nôn ói,…). Ở trẻ nhỏ, đau bụng có thể biểu hiện bằng các cơn khóc thét kéo dài, bú kém, kích thích,…

+ *Viêm ruột thừa*: đau quanh rốn, lan hố chậu phải

+ *Xoắn buồng trứng, tinh hoàn*: đau đột ngột, khu trú, dữ dội

+ *Lồng ruột*: đau từng cơn, co thắt

+ *Viêm dạ dày ruột*: đau mơ hồ, lan tỏa

+ *Viêm túi mật, gan*: đau hạ sườn phải

+ *Viêm loét dạ dày tá tràng*: đau thượng vị, khu trú

+ *Viêm tụy*: đau quanh rốn, thượng vị âm ỉ, lan sau lưng

- Triệu chứng đi kèm:

+ *Toàn thân*: sốt, mệt mỏi

+ Đau họng

+ *Nhức đầu*: nhiễm siêu vi, viêm họng

+ *Nôn*: cần loại trừ xoắn ruột (nôn dịch mật ở trẻ sơ sinh), lồng ruột ở nhũ nhi, viêm ruột thừa

+ *Tiêu chảy*: thường gặp trong viêm dạ dày ruột, nhiễm trùng tiểu, lồng ruột (tiêu máu ở nhũ nhi) hay viêm ruột, bệnh Crohn, hội chứng urê huyết tán huyết (tiêu đàm máu)

+ Ho, thở nhanh, đau ngực: trong viêm phổi

+ Tiểu lắt nhắt, tiểu gắt, tiểu khó trong nhiễm trùng tiểu hay tiểu nhiều, khát nước trong nhiễm toan ceton tiểu đƣờng

+ *Tiểu máu*: trong sỏi hệ niệu, HenochSchonlein, hội chứng tán huyết urê huyết cao

+ *Đau khớp*: Henoch Schonlein

###### **2.2 Tiền sử**

* + - Phẫu thuật ở bụng: gợi ý tắc ruột do dính, Hirschsprung.
    - Chấn thương bụng
    - Bệnh nội khoa: tiểu đường, hội chứng thận hư
    - Phụ khoa: kinh nguyệt, huyết trắng
    - Thuốc đã dùng
    - Đau tương tự trước đây

###### **2.3. Khám lâm sàng**

* + - Tổng trạng:

+ *Dấu hiệu giảm thể tích, mất nước:* chấn thương bụng, xoắn ruột, lồng ruột, viêm phúc mạc.

+ *Vàng da:* bệnh lý gan, tán huyết.

###### Sinh hiệu:

+ *Sốt gợi ý bệnh nhiễm trùng:* viêm ruột thừa, viêm dạ dày ruột, viêm họng, nhiễm trùng tiểu…

+ *Thở nhanh*: viêm phổi, toan chuyển hóa (trong nhiễm toan ceton, viêm dạ dày ruột kèm mất nước, viêm phúc mạc, tắc ruột…)

+ *Huyết áp thấp:* xuất huyết do chấn thương bụng, xoắn ruột, tắc ruột, lồng ruột, viêm phúc mạc ruột thừa.

###### Khám bụng (cần loại trừ bụng ngoại khoa):

+ Bụng chướng

+ Nhu động ruột

+ Vị trí đau

+ Dấu hiệu viêm phúc mạc

+ Thăm trực tràng

###### Khám tổng quát:

+ Tai mũi họng : viêm họng

+ Hô hấp: ran phổi, viêm phổi

+ Tim mạch: nhịp tim nhanh, tiếng cọ màng tim, gallop, âm thổi,… viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim

+ Niệu dục: phù nề, sưng nóng, thoát vị nghẹt, xoắn tinh hoàn

+ Da niêm: ban, bầm da, chấm xuất huyết, vàng da.

###### **Cận lâm sàng**

* 1. ***Huyết đồ***

-Bạch cầu: tăng gợi ý bệnh lý viêm hay nhiễm trùng, tăng > 20.000/mm3 viêm ruột thừa, viêm phổi, áp-xe.

-Hematocrit: thấp gợi ý xuất huyết, kèm giảm tiểu cầu trong hội chứng tán huyết urê huyết cao.

###### **3.2 Sinh hóa**

* + Tăng men gan, lipase, amylase: gợi ý viêm gan, viêm túi mật, viêm tụy
  + Toan chuyển hóa: mất nƣớc, nhiễm toan ceton, tắc ruột, viêm phúc mạc
  + Đường huyết tăng: gợi ý nhiễm toan ceton
  + Ion đồ, chức năng thận

***3.3 Nước tiểu*:** tổng phân tích nước tiểu

* + Tiểu máu: sỏi niệu, Henoch Schonlein, nhiễm trùng tiểu, hội chứng tán huyết urê huyết cao
  + Tiểu mủ: nhiễm trùng tiểu
  + Tiểu đạm: hội chứng thận hư
  + Tiểu đường, ceton: nhiễm toan ceton tiểu đường

###### **X-quang**

* + X-quang bụng: dấu tắc ruột (mực nước hơi, quai ruột giãn), thủng tạng rỗng (hơi tự do), dị vật (sỏi cản quang thận, túi mật,…)
  + X-quang ngực: viêm phổi

###### **3.5 Siêu âm bụng**

* + Chẩn đoán lồng ruột, viêm ruột thừa, xoắn ruột do xoay ruột bất toàn, viêm tụy, bệnh lý hệ niệu dục (sỏi niệu, xoắn tinh hoàn, buồng trứng, u nang buồng trứng vỡ, thai ngoài tử cung,…).
  + Siêu âm bụng bình thường không loại trừ lồng ruột, viêm ruột thừa, xoắn ruột.
  + **3.6 CT scan bụng**

Giúp chẩn đoán viêm tụy, khối u ở bụng, áp-xe ổ bụng, viêm ruột thừa khó, túi thừa Meckel.

###### **Chẩn đoán**

Dựa vào hỏi bệnh sử, thăm khám và các xét nghiệm *(xem lưu đồ chẩn đoán).*

###### **Điều trị**

Điều trị theo nguyên nhân, tránh dùng thuốc giảm đau khi chưa loại trừ nguyên nhân ngoại khoa.

###### **Tiêu chuẩn nhập viện**

Hầu hết các đau bụng cấp cần được nhập viện theo dõi nếu chưa loại trừ được nguyên nhân ngoại khoa.

LƯU ĐỒ LƯỢNG GIÁ LÂM SÀNG

Có dấu hiệu cấp cứu ngoại khoa

Không

Có triệu chứng nhiễm siêu vi? (VHHT hay

tiêu chảy cấp

Tìm dấu hiệu tắc ruột?

Dấu hiệu viêm ruột thừa?

Đau có nghi ngờ bệnh lý gan mật hay viêm tụy

Đau có phải là biểu hiện rối loạn chức năng đường ruột?

1. Táo bón cấp tính
2. Cơn đau colic ở nhũ nhi
3. Đau bụng do chướng hơi
4. Đau bụng migraine
5. Đau bụng chức năng
6. Đau ¼ trên bụng P, đau

thượng vị, hay đau thượng vị khu trú tới ¼ trên P

1. Đau lan tới xương vai P
2. Buồn nôn, ói
3. Gan to
4. Khối u ¼ trên bụng P
5. Vàng da
6. Khởi phát đột ngột đau

thượng vị hay quanh rốn

1. Đau trước khi ói và sốt sau vài giờ
2. Đau lan về ¼ bụng dưới phải
3. Không sốt
4. Triệu chứng ban đầu nặng, âm ỉ, đau có thắt, thượng vị, hay đau lan tỏa
5. Buồn nôn, nôn ói
6. Ói dịch mật
7. Dịch ói như phân
8. Không trở nặng cấp tính
9. Ngoài đau bụng thượng vị, quanh rốn lan tỏa kèm nhiều triệu chứng khác nhau:
   * Sốt
   * Ói kèm lúc đau
   * Chán ăn
   * Tiêu chảy
   * Ho
   * Nhức đầu
   * Đau họng
   * Sổ mũi
10. Đau tự giới hạn, không tiến triển
11. Tổng trạng rất kém, kiệt sức
12. Hạ thân nhiệt
13. Đau liên tục lan tỏa
14. Nôn ọe, ói
15. Dấu viêm phúc mạc
16. Transaminases máu
17. Alkaline phosphatase, GGT
18. Amylase, lipase
19. Siêu âm bụng
20. Xạ hình gan mật
21. CTM
22. Tổng phân tích nước tiểu
23. Test có thai nếu có chỉ định
24. Khám ngoại
25. Siêu âm bụng
26. CT bụng
27. Khám vùng chậu
28. Mổ bụng thám sát
29. KUB (chụp thẳng, đứng hay chụp tia nghiêng)
30. Hội chẩn ngoại khoa
31. Siêu âm nếu nghi ngờ lồng ruột
32. CT bụng
33. CTM, Ion đồ, đường huyết, PTTNT, máu ẩn trong phân, cấy phân, tìm độc tố *C. difficille*, XQ ngực
34. Tái khám
    1. Dấu hiệu mất nước
    2. Dấu hiệu báo động của đau tiến triển thành đau khu trú
35. Chụp bụng không sửa soạn KUB (nằm, đứng, hay chụp tia nghiêng
36. Hội chẩn ngoại khoa khẩn
37. CT scanner bụng
38. Chọc dò bụng chẩn đoán
39. Mổ bụng khẩn

Tham khảo phác đồ nhi đồng 2

### ĐAU BỤNG MẠN

1. **Đại cương**
   * Theo Apley, đau bụng mạn được định nghĩa khi có ít nhất ba cơn đau trong ít nhất 3 tháng gây ảnh hưởng đến sinh hoạt.
   * Theo Rome, đau bụng mạn được định nghĩa khi có đau ít nhất một lần mỗi tuần trong ít nhất 2 tháng.
   * Nguyên nhân thường gặp nhất là đau bụng chức năng. Từ “chức năng” được dùng trong chuyên khoa tiêu hoá khi không tìm thấy nguyên nhân do bất thường giải phẫu học, nhiễm trùng, viêm hoặc sinh hoá.

###### **Lâm sàng**

Khám lâm sàng bình thường, không có đề kháng ở bụng và không có dấu hiệu báo động của tổn thừơng thực thể giúp gợi ý cho chẩn đoán đau bụng mạn chức năng.

###### **Các dấu hiệu cảnh báo nguyên nhân thực thể gây đau bụng mạn:**

* 1. **Qua khai thác bệnh sử**
  + Tuổi < 5 tuổi
  + Đau ngoài điểm quanh rốn
  + Cơn đau thức giấc buổi tối
  + Nôn mửa nặng
  + Sụt cân không rõ nguyên nhân
  + Đường tăng trưởng đi xuống
  + Nôn máu, tiêu máu
  + Tiêu chảy kéo dài nặng
  + Tiểu khó, tiểu máu
  + Khó nuốt
  + Đau khớp
  + Sốt không giải thích được
  + Tiền sử gia đình có người bệnh viêm ruột mạn, ung thư dạ dày

###### **2.2 Dấu hiệu cảnh báo nguyên nhân thực thể ở trẻ đau bụng mạn**

* + Ấn đau 1/4 trên phải hoặc 1/4 dưới phải
  + Sờ thấy khối ở bụng
  + Gan to
  + Lách to
  + Ấn đau trên cột sống hoặc góc sườn cột sống.
  + Bất thường quanh hậu môn: rò, nứt hậu môn.
  + Các dấu hiệu thực thể bất thường khác: són phân,…

###### **2.3 Dấu hiệu CLS cảnh báo nguyên nhân thực thể ở trẻ đau bụng mạn**

Máu ẩn trong phân (+)

* + Tốc độ lắng máu tăng
  + BC/máu tăng
  + Thiếu máu
  + Giảm albumin/máu

###### **3.Tiêu chuẩn chẩn đoán và các thể đau bụng**

Theo tiêu chuẩn Rome, trẻ đau bụng mạn có thể phân ra bốn nhóm biểu hiện lâm sàng:

###### **3.1Đau bụng mạn vùng thượng vị - Khó tiêu chức năng**

|  |
| --- |
| **Tiêu chuẩn chẩn đoán\*** |
| Phải gồm tất cả các triệu chứng sau:   1. Đau kéo dài hoặc tái diễn hay khó chịu tập trung vùng thƣợng vị (trên rốn) 2. Không giảm khi đi tiêu hoặc không kèm với khởi phát của thay đổi số lần đi tiêu hoặc hình dạng phân (nghĩa là không phải hội chứng ruột kích thích) 3. Không bằng chứng của bệnh lý viêm, giải phẩu học, chuyển hóa, hoặc ác tính để giải thích triệu chứng |

* + *Tiêu chuẩn được áp dụng khi có ít nhất đau một lần mỗi tuần trong ít nhất 2 tháng trước khi chẩn đoán*

***3.2.Đau bụng mạn kèm rối loạn đại tiện-Hội chứng ruột kích thích***

|  |
| --- |
| **Tiêu chuẩn chẩn đoán\*** |
| Phải gồm tất cả các triệu chứng sau:   1. Khó chịu hoặc đau bụng kèm với 2 hay nhiều hơn các biểu hiện sau:    * Giảm khi đi tiêu    * Khởi phát kèm thay đổi số lần đi tiêu    * Khởi phát kèm thay đổi hình dạng phân 2. Không bằng chứng của bệnh lý viêm, cơ thể học, chuyển hóa, hoặc ác tính để giải thích triệu chứng |

* + *Tiêu chuẩn được áp dụng khi có ít nhất đau một lần mỗi tuần trong ít nhất 2 tháng trước khi chẩn đoán.*

###### **3.3.Đau bụng bột phát riêng rẽ - Đau bụng chức năng**

|  |
| --- |
| **Tiêu chuẩn chẩn đoán\*** |
| Phải gồm tất cả các triệu chứng sau:   1. Đau bụng cơn hoặc liên tục 2. Không đủ tiêu chuẩn của các rối loạn tiêu hóa chức năng khác 3. Không bằng chứng của bệnh lý viêm, cơ thể học, chuyển hóa, hoặc ác tính để giải thích triệu chứng |

* + *Tiêu chuẩn được áp dụng khi có ít nhất đau một lần mỗi tuần trong ít nhất 2 tháng trước khi chẩn đoán.*

###### **3.4.Cơn đau bụng cấp có chu kỳ - Migraine bụng**

|  |
| --- |
| **Tiêu chuẩn chẩn đoán\*** |
| Phải gồm tất cả các triệu chứng sau:   1. Có những cơn bộc phát đau bụng vùng quanh rốn cấp dữ dội kéo dài trong 1 giờ hoặc hơn 2. Cách quãng bởi những lúc sức khỏe bình thƣờng kéo dài hàng tuần đến hàng tháng 3. Đau kèm với hai hoặc nhiều hơn các biểu hiện sau:    * Biếng ăn    * Nôn ói    * Ói mửa    * Nhức đầu    * Sợ ánh sáng    * Xanh tái 4. Không bằng chứng của bệnh lý viêm, cơ thể học, chuyển hóa, hoặc ác tính để giải thích triệu chứng |
| *\* Tiêu chuẩn được áp dụng khi đau 2 lần hay nhiều hơn trong vòng 12 tháng trước.* |

**4.Phòng ngừa**

###### **4.1.Cách tiếp cận điều trị**

* + Cần quan tâm đến ý kiến của bệnh nhân và gia đình khi chọn lựa phương pháp điều trị.
  + Khởi đầu hợp lý là đề xuất với bệnh nhân liệu pháp nhận thức hành vi hoặc tự kiểm soát cơn đau như: thư giãn, phản hồi sinh học,…
  + Điều trị bằng thuốc cho những bệnh nhân thất bại với điều trị bảo tồn hoặc không thích áp dụng phương pháp trên.

###### **4.2.Biến đổi các yếu tố khởi phát đau**

* + Mục tiêu đầu tiên là nhận biết, làm rõ, và làm thay đổi các yếu tố có thể làm khởi phát, gia tăng hoặc duy trì cơn đau như:

+ Những biến cố gây căng thẳng tâm lý và thực thể xảy ra cùng lúc trong đời sống.

+ Những yếu tố gây căng trong lòng ruột: nuốt khí, táo bón, không dung nạp lactose, thức ăn có nhiều gia vị, viêm dạ dày do *H. pylori,* bệnh Celiac, hoặc dùng thuốc.

* + Cần chú ý các dấu hiệu rối loạn tâm thần có thể góp phần vào bệnh sinh của triệu chứng đau: suy giảm khả năng tập trung/tăng hoạt động, lo âu hoặc trầm cảm sẽ ảnh hưởng bất lợi trong việc kiểm soát đau.
  + 4.3.**Thuốc**

Kháng acid, đối kháng thụ thể H2, ức chế bơm proton

* + Prokinetic: Metoclopramide, Domperidone, Cisapride, chất đồng vận Motilin
  + Thuốc an thần và chống lo âu
  + Thuốc chống trầm cảm
  + Chất ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc
  + Kháng thụ thể 5-HT3 (5-HT3 Receptor Antagonists): Alosetron
  + Chất đồng vận 5-HT4 (5-HT4 Receptor Agonists): Tegaserod
  + Cyproheptadine, Propranolol
  + Chất đối kháng serotonin: Pizotifen

###### **4.4.Nâng đỡ tâm lý**

* + Khám tâm lý hoặc tâm thần Nhi khoa khi nhận thấy gia đình kém thích nghi hoặc những cố gắng thay đổi môi trường vẫn không thể đưa trẻ về cuộc sống bình thường.
  + Tâm lý liệu pháp là một phần của trị liệu đa chuyên khoa, giúp bệnh nhân kiểm soát các triệu chứng đau tốt hơn.

###### **5.Hướng dẫn người nhà**

* + Điều quan trọng là làm biến đổi các yếu tố làm gia tăng triệu chứng đau.
  + Cần có sự hợp tác giữa gia đình và nhà trường để nâng đỡ trẻ.
  + Nếu triệu chứng đau xảy ra liên tục, vẫn cho trẻ đi học đều đặn, tham gia các hoạt động ở lớp. Trong một số trường hợp, thầy thuốc cần liên hệ với thầy cô giáo để giải thích tính chất của vấn đề.
  + Trong gia đình, nên ít chú ý trực tiếp vào triệu chứng đau.
  + Đau bụng chức năng có khuynh hướng phát triển mạn tính, khi tăng khi giảm, nên hầu như không có một liệu pháp nào kiểm soát được bệnh nhanh chóng. Rất thường hay bị phản tác dụng khi mong muốn “điều trị hết” các triệu chứng. Cách tiếp cận tốt nhất đối với trẻ đau bụng chức năng là cố gắng đưa trẻ trở lại sinh hoạt bình thường. Khuyến khích trẻ tiếp tục đến trường cùng với khen thưởng trẻ, tránh giữ trẻ ở nhà và tránh cho nghĩ học kéo dài là những khuyến cáo cần quan tâm.

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị nhi đồng 2 2016

**BỆNH VIÊM TỤY CẤP Ở TRẺ EM**

**1.Đại cương**

Viêm tụy là tình trạng viêm dẫn đến sự tiêu hủy tụy do sự gia tăng các enzyme tụy lan đến các cơ quan xung quanh tụy hoặc cơ quan xa.

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm của tụy, thường là tự giới hạn với các biểu hiện buồn nôn, nôn, đau bụng thượng vị và tăng các enzym amylase và lipase huyết thanh.

**2. Nguyên nhân**

***2.1. Viêm tụy cấp do nguyên nhân nhiễm trùng***

- Virus: quai bị, Enterovirus, Epstein barr virus, virus viêm gan A, viêm gan B, CMV, Rubella, thủy đậu, influenza, HIV …

- Ký sinh trùng: giun đũa, sán lá gan nhỏ.

- Vi khuẩn: E. coli, thương hàn.

***2.2. Viêm tụy cấp do bệnh lý đường mật, tụy***

- Sỏi mật, bùn mật, viêm xơ hóa đường mật, rối loạn chức năng cơ vòng Oddi.

- Bất thường cấu trúc đường mật: u nang ống mật chủ, giãn đường mật.

- Bất thường cấu trúc giải phẫu tụy: loạn sản, thiểu sản tụy, tụy đôi (Pancreas divisum), tụy nhẫn…

- Bất thường chức năng đường mật tụy, nang giả tụy.

***2.3. Viêm tụy cấp do thuốc***

- Thuốc chống động kinh: valproic acid.

- Thuốc lợi tiểu: furosemide, chlorthiazide.

- Thuốc kháng sinh: sulfonamide, tetracycline.

- Thuốc chống viêm steroid và non - steroid.

- Thuốc khác: estrogen, methyldopa, azathioprine, L - asparaginase, mercaptopurine, mesalamine.

***2.4. Viêm tụy cấp do chấn thương***

- Chấn thương bụng.

- Viêm tụy sau phẫu thuật mở ổn bụng vùng mật tụy.

- Nội soi và các thủ thuật xâm nhập: viêm tụy sau chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP).

- Bỏng.

***2.5. Viêm tụy cấp do các bệnh chuyển hóa***

- Rối loạn chuyển hóa lipid: tăng lipid máu, tăng triglyceride, giảm lipoproteinlipase.

- Rối loạn dự trữ glycose.

- Rối loạn chuyển hóa porphyrin.

- Tăng canci máu.

- Thiếu alpha 1 antitrypsin.

- Cường tuyến cận giáp.

- Tiểu đường.

***2.6. Viêm tụy cấp do các bệnh hệ thống***

- Lupus ban đỏ hệ thống.

- Hội chứng huyết tan ure huyết cao.

- Viêm nút quanh động mạch.

- Kawasaki.

***2.7. Viêm tụy cấp do nguyên nhân di truyền***

***2.8. Viêm tụy tự miễn***

***2.9. Viêm tụy cấp không rõ nguyên nhân*** Chiếm 25% các trường hợp viêm tụy cấp.

**3. Chẩn đoán**

***3.1. Triệu chứng lâm sàng***

- Đau bụng dữ dội, đột ngột thượng vị có thể lan ra sau lưng, đau quanh rốn hoặc hạ sườn phải xuất hiện sau bữa ăn nhiều mỡ, đạm.

- Đau bụng kéo dài kèm theo chướng và u bụng cần lưu ý nang giả tụy.

- Nôn: thường xảy ra sau đau, có thể nôn nhiều; nôn dịch mật hoặc máu trong trường hợp nặng.

- Bụng chướng nhẹ, ấn đau vùng thượng vị, nhưng mềm và ít có phản ứng thành bụng.

- Ấn điểm sườn lưng đau.

- Bụng chướng, gõ vang vung giữa bụng hoặc đục vùng thấp khi có tràn dịch màng bụng.

- Có thể kèm theo vàng da do viêm, phù nề đường mật hoặc khối u vùng hạ sườn phải trong viêm tụy do các bệnh lý đường mật, u nang ống mật chủ.

- Có thể kèm theo bí trung đại tiện và tiêu chảy. Nhu động ruột giảm hoặc mất do liệt ruột.

- Viêm tụy nặng có hoại tử tụy: dấu hiệu Cullen hoặc dấu hiệu Grey Turner.

- Các triệu chứng toàn thân: mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, hoảng hốt lo sợ hoặc mê sảng, sốt cao hoặc các biểu hiện nhiễm trùng khi có hoại tử tụy, tràn dịch màng phổi, khó thở, suy hô hấp, suy thận…

- Có thể có kèm theo các tiền sử mắc quai bị, bệnh tụy trong gia đình, chấn thương hoặc phẫu thuật bụng, bệnh lý hệ thống, chuyển hóa hoặc thủ thuật chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi.

***3.2. Triệu chứng cận lâm sàng***

- Nồng độ amylase huyết thanh tăng gấp 3 lần giá trị trên của bình thường. - Nồng độ amylase niệu tăng cao gấp 5 lần bình thường (bình thường 100 - 300 UI/l).

- Định lượng lipase máu: thường tăng nhanh trong 4 - 8 giờ sau khởi phát bệnh, đạt nồng độ cao nhất sau 24 giờ và trở về bình thường sau 8 - 14 ngày.

- Siêu âm bụng: tụy tăng kích thước, phù nề tụy, giảm mật độ siêu âm hoặc có dịch, nang, hoại tử hoặc xuất huyết trong tụy. Có thể gợi ý nguyên nhân viêm tụy cấp do bệnh lý đường mật.

- CT scanner ổ bụng: chẩn đoán xác định viêm tuỵ, chẩn đoán thể viêm tụy cấp và các biến chứng.

- MRI mật tụy (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography).

- Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi (Endoscopic retrograde cholangiopancreatophy) xác định các nguyên nhân hiếm gặp: bất thường đường mật - tụy, sỏi, ống tụy phụ, tụy đôi, tụy nhẫn, u nang ống mật chủ…

. - Siêu âm nội soi (Endoscopic Ultrasonography): chẩn đoán nguyên nhân, biến chứng và xác định mức độ nặng cùa viêm tụy cấp.

- Các xét nghiệm khác:

+ Công thức máu, CRP tăng khi có biến chứng nhiễm khuẩn.

+ Sinh hoá máu: ure, creatinin tăng, Albumin máu, Canci máu giảm.

+ LDH máu tăng.

+ Có thể có tăng glucose máu.

+ Trường hợp nặng như viêm tụy hoại tử có thể có rối loạn đông máu.

***3.3. Chẩn đoán xác định***

Khi có 2 trong 3 dấu hiệu sau:

- Đau bụng cấp vùng thượng vị.

- Amylase hoặc lipase tăng gấp 3 lần bình thường.

- Siêu âm: tụy phù nề tăng kích thước và giảm mật độ siêu âm.

***3.4. Chẩn đoán thể bệnh***

- Viêm tụy cấp: viêm cấp tính của tụy.

- Viêm tụy cấp thể nhẹ: suy chức năng của một cơ quan và có đáp ứng tốt với điều trị hồi phục nước và điện giải ban đầu.

- Viêm tụy cấp thể nặng: suy tuần hoàn: huyết áp tâm thu giảm < 90 mmHg; suy hô hấp: PaO2 < 60 mmHg; xuất huyết tiêu hóa trên và/hoặc có biến chứng tại chỗ như hợi tử, áp xe hoặc nang giả tụy.

***3.5. Chẩn đoán phân biệt*** Tắc ruột cấp, viêm, loét dạ dày tá tràng, nhồi máu mạc treo, thủng tạng rỗng, viêm túi mật cấp tính.

**4. Điều trị**

***4.1. Nguyên tắc điều trị***

- Cho tụy nghỉ ngơi, giảm bài tiết để ngăn cản quá trình tự tiêu của tuyến tụy.

- Theo dõi, phát hiện và điều trị biến chứng.

- Điều trị nguyên nhân.

***4.2. Điều trị cụ thể***

***4.2.1. Cho tụy nghỉ ngơi, giảm bài tiết***

- Cho trẻ nằm nghỉ ngơi tại giường, nhịn ăn hoàn toàn và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

- Đặt sonde hút dịch dạ dày nếu bụng chướng.

- Sử dụng thuốc kháng acid để ngăn ngừa loét dạ dày tá tràng do stress.

- Somatostatin 1 - 10 ◊g/kg/24 giờ truyền tĩnh mạch chậm.

***4.2.2. Theo dõi, phát hiện và điều trị các biến chứng***

- Theo dõi phát hiện các biến chứng dựa theo bảng điểm đáng giá độ nặng của viêm tụy cấp của trẻ em của De Banto:

+ Tuổi < 7 tuổi: 1 điểm.

+ Cân nặng < 23 kg: 1 điểm.

+ Bạch cầu lúc nhập việm > 18500 tb/mm3 : 1 điểm.

+ LDH lúc nhập viện > 200 UI/l: 1 điểm.

+ Lượng dịch bù trong 48h đầu >75 ml/kg/48h: 1 điểm.

+ Ure máu tăng > 5 mg/dl trong 48 giờ: 1 điểm.

+ Albumin máu sau 48 giờ nhập viện < 26 g/l: 1 điểm.

- Phát hiện các biến chứng: suy hô hấp, suy thận, sốc.

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan.

- Giảm đau nếu trẻ đau nhiều bằng meperidine 1- 2 mg/kg/ngày tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

- Siêu âm định kỳ 3 - 4 ngày/lần để phát hiện các biến chứng viêm tụy hoại tử, xuất huyết, nang giả tuy hoặc áp xe.

***4.3. Điều trị nguyên nhân Hội chẩn ngoại khoa và chỉ định điều trị ngoại khoa trong các trường hợp:***

- Viêm tụy hoại tử xuất huyết.

- Sỏi mật, giãn đường mật, u nang ống mật chủ.

- Bất thường cấu trúc mật tụy.

- Biến chứng của viêm tụy cấp: viêm tụy hoại tử, viêm phúc mạc do hoại tử tụy, viêm tụy xuất huyết, nang giả tụy.

- Viêm tuỵ kéo dài không đáp ứng với điều trị nội khoa.

**5. Tiến triển và biến chứng**

- Viêm tụy hoại tử.

- Viêm phúc mạc do hoại tử tụy.

- Viêm tụy xuất huyết.

- Nang giả tụy.

- Viêm tuỵ kéo dài không đáp ứng với điều trị nội khoa.

Tài liệu tham khảo:

- Phác đồ điều trị viện nhi trung ương 2018