

Chương

Tiêu hóa

21

# TIÊU CHẢY CẤP

## I. ĐỊNH NGHĨA

- Tiêu chảy: tiêu phân lỏng hay táo nước hay có máu trong phân > 2 lần trong 24 giờ. Phân lỏng là phân có hình của vật chứa.
- Tiêu chảy cấp: tiêu chảy < 14 ngày.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Công việc chẩn đoán

#### a. Hỏi bệnh sử

- Tiêu chảy:
  - Thời gian tiêu chảy.
  - Đặc tính phân: có máu/phân.
  - Ói.
  - Dinh dưỡng.
- Dinh dưỡng.
- Thuốc đã dùng: kháng sinh, thuốc cầm tiêu chảy...
- Khó cơn kèm tím tái ở trẻ nhỏ gợi ý lồng ruột.
- Ở vùng dịch tê tả.
- Có sốt kèm theo không. . ,

#### b. Thăm Khám

- Dấu hiệu mất nước:
  - Tri giác: li bì, khó đánh thức, mất tri giác hoặc kích thích vật vã.
  - Mắt có trũng không.
  - Không uống được hoặc uống kém hoặc uống háo hức, khát.
  - Dấu véo da mắt rất chậm (> 2 giây) hoặc mất chậm (< 2 giây).
- Dấu hiệu biến chứng:
  - Rối loạn điện giải: co giật, li bì, hôn mê, bụng chướng, liệt ruột giảm trương lực cơ...
  - Rối loạn kiềm toan: thở nhanh sâu.
  - Hạ đường huyết: vã mồ hôi, da nhợt, nhịp tim nhanh, run giật chi, rối loạn tri giác, co giật, hôn mê.
  - Suy thận cấp: tiểu ít, phù, cao huyết áp, lù đù.

- Dấu hiệu góp phần:
  - Suy dinh dưỡng: đánh giá dựa vào bảng cân nặng/chiều cao.
  - Bệnh đi kèm: viêm phổi, viêm tai giữa, nhiễm khuẩn huyết...

### c. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: khi có sốt, tiêu phân có máu, có dấu hiệu mất nước.
- Phân:
  - Soi phân khi nghi ngờ hoặc phân có đờm, nghi ngờ tả (vùng dịch tể, phân như nước vo gạo, lượng rất nhiều) hoặc nhiễm trùng nặng.
  - Cấy phân: khi điều trị thất bại.
- Xét nghiệm khác:
  - Ion đồ, đường huyết, khí máu khi nghi ngờ.
  - Chức năng thận khi nghi ngờ có suy thận.
  - Siêu âm bụng: khi tiêu máu, đau bụng, chướng bụng, ói nhiều...
  - X quang bụng không chuẩn bị khi bụng chướng.
  - X quang phổi khi có nghi ngờ viêm phổi.
  - ECG khi Kali máu  $\leq 2,5$  mEq/L hoặc  $\geq 6,5$  mEq/L.

## 2. Chẩn đoán

### a. Mức độ mất nước

Mất nước nặng Có 02 trong các dấu hiệu sau:	Có mất nước Có 02 trong các dấu hiệu sau:	Không mất nước
1. Uống ít hoặc hôn mê	1. Kích thích, vật vã	
2. Mắt trũng	2. Mắt trũng	
3. Không urin, ói hoặc tiểu rất kém	3. Uống мало nước, khát	
4. Nếp véo da mặt rất đậm	4. Dấu véo da mặt đậm	Không có đủ các dấu hiệu để xác định loại mất nước, mất nước nặng

### b. Chẩn đoán biến chứng

- Rối loạn điện giải:
  - Rối loạn Natri:
    - Hạ Natri:  $Na < 125$  mEq/L: ói, co rút cơ, lơ mơ.  
 $Na < 115$  mEq/L: hôn mê, co giật.
    - Tăng Natri: khi Natri máu  $> 145$  mEq/L.
  - Rối loạn kali máu:
    - Hạ kali máu: Kali  $< 3,5$  mEq/L.
      - Cơ: yếu cơ, yếu chi, liệt ruột, bụng chướng.
      - Tim: chậm tái phân cực của tâm thất: ST xẹp, T giảm biên độ, xuất hiện sóng U. Nếu giảm kali máu quá nặng: PR kéo dài, QT giãn rộng, rối loạn nhịp (giống ngộ độc digitalis).



- + Tăng kali máu: Kali > 5 mEq/L.
  - Cơ: yếu cơ.
  - Tim: T cao nhọn, QT ngắn ( $K^+ = 6,5 \text{ mEq/L}$ ), block A-V, rung thất ( $K^+ \geq 9 \text{ mEq/L}$ ).
- Rối loạn toan kiềm: thường là toan chuyển hóa: pH máu động mạch < 7,2,  $\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mEq/L}$ , nhịp thở nhanh sâu.
- Hạ đường huyết: đường huyết  $\leq 45 \text{ mg\%}$ .
- Suy thận cấp: BUN, Creatinin/máu tăng.

### III. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị đặc hiệu: mất nước, kháng sinh.
- Xử trí kịp thời các biến chứng.
- Bổ sung kẽm & dinh dưỡng.

#### 2. Xử trí ban đầu: xử trí cấp cứu.

- Xử trí sốc, co giật, rối loạn điện giải, suy thận... (xem phác đồ tương ứng)
- Xử trí hạ đường huyết:
  - Cho uống nước đường 50 ml (1 muỗng cà phê đường pha 50 ml nước chín).
  - Hoặc truyền TM Glucose 10% 5 ml/kg/15 phút.
- Xử trí toan chuyển hóa:
  - Khi pH máu động mạch < 7,2 hoặc  $\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mEq/L}$ .
  - Lượng  $\text{HCO}_3^-$  cần bù tính theo công thức:
    - +  $\text{HCO}_3^- (\text{mmol}) = \text{Base excess} \times 0,4 \times P (\text{Kg})$ .
    - +  $1\text{ml NaHCO}_3 8,4\% = 1 \text{ mmol HCO}_3^-$ .

#### 3. Điều trị đặc hiệu

##### a. Điều trị mất nước

- *Điều trị mất nước nặng:*
  - Bắt đầu truyền TM ngay lập tức. Trong khi thiết lập đường truyền cho uống dung dịch Oresol giảm áp lực thẩm thấu ( $\text{Na}^+ = 75 \text{ mEq/L}$ ) nếu trẻ uống được.
  - Dịch truyền được lựa chọn: Dextrose 5% in Lactate ringer hoặc Lactate ringer. Nếu không có 2 loại trên dùng Normal saline.
  - Cho 100 ml/kg dung dịch được lựa chọn chia như sau:

	Bước đầu truyền 30 ml/kg trong	Sau đó truyền 70 ml/kg trong
< 12 tháng	1 giờ *	5 giờ
$\geq 12$ tháng	30 phút *	2 giờ 30 phút

\* Lặp lại lần nữa nếu mạch quay vẫn yếu hoặc không bắt được rõ.

- Đánh giá lại mỗi 15 - 30 phút đến khi mạch quay mạnh. Nếu tình trạng mất nước không cải thiện cho dịch truyền tốc độ nhanh hơn sau đó đánh giá lại ít nhất mỗi giờ cho đến khi tình trạng mất nước cải thiện.
- Khi truyền đủ lượng dịch truyền đánh giá lại tình trạng mất nước:
  - + Nếu vẫn còn các dấu hiệu mất nước nặng: truyền lần thứ 2 với số lượng trong thời gian như trên.
  - + Nếu cải thiện nhưng còn dấu hiệu có mất nước: ngừng dịch truyền và cho uống Oresol giảm áp lực thẩm thấu trong 4 giờ (phác đồ B). Nếu trẻ bú mẹ khuyến khích cho bú thường xuyên.
  - + Nếu không còn dấu mất nước: điều trị theo phác đồ A và khuyến khích bú mẹ thường xuyên. Theo dõi trẻ ít nhất 6 giờ trước khi cho xuất viện.
- \* Khi trẻ có thể uống được (thường sau 3 - 4 giờ đối với trẻ nhỏ, 1 - 2 giờ đối với trẻ lớn) cho uống Oresol giảm áp lực thẩm thấu (5 ml/kg/giờ).
- Điều trị có mất nước:
  - Bù dịch bằng Oresol giảm áp lực thẩm thấu 75 ml/kg uống trong 4 - 6 giờ
  - Trẻ < 6 tháng không bú sữa mẹ, được cho uống thêm 100 - 200 ml nước sạch trong khi bù nước.
  - Nếu uống Oresol kém < 20 ml/kg/giờ: đặt sonde dạ dày nhỏ giọt.
  - Nếu có bụng chướng hoặc nôn ói liên tục trên 4 lần trong 2 - 4 giờ hoặc tốc độ thải phân cao (>10 ml/kg/giờ) hoặc > 10 lần, TTM Lactate Ringer 75 ml/kg trong 4 giờ.

**b. Điều trị duy trì (phòng ngừa mất nước):**

- Cho bệnh nhi uống nhiều nước hơn bình thường: nước chín, nước trái cây (nước dừa), nước cháo muối, dung dịch Oresol giảm áp lực thẩm thấu...
- Tránh không cho bệnh nhi uống nước đường, nước ngọt công nghiệp...
- Nếu cho dung dịch Oresol giảm áp lực thẩm thấu, áp dụng liều lượng theo bảng hướng dẫn dưới đây:

Tuổi	Lượng Oresol uống sau mỗi lần tiêu chảy	Lượng Oresol tối đa/ngày
< 24 tháng	50 - 100 ml	500 ml
2 - 10 tuổi	100 - 200 ml	1.000 ml
> 10 tuổi	theo nhu cầu	2.000 ml

**c. Bổ sung kẽm: 10 - 14 ngày**

- 10 mg kẽm nguyên tố/ngày cho trẻ < 6 tháng x 10 - 14 ngày.
- 20 mg kẽm nguyên tố/ngày cho trẻ lớn hơn x 10 - 14 ngày.

**d. Điều trị kháng sinh:**

- Chỉ những bệnh nhân tiêu chảy phân có máu hoặc nghi ngờ tả mới cho kháng sinh (xem phác đồ điều trị ly).
- Soi phân có vi trùng dạng tả liên hệ chuyển Trung tâm Bệnh Nhiệt đới.



### e. Điều trị hỗ trợ

- Chống ói: có thể cho 1 liều duy nhất đường uống Ondansetron trong những ngày đầu của bệnh (IIB). Chỉ định Ondansetron đường tĩnh mạch cho những bệnh nhân nhập viện ói nhiều cần thận trọng rối loạn điện giải, đặc biệt kali
  - Liều Ondansetron đường uống:
    - + 8-15 kg: 2 mg.
    - + 15-30 kg: 4 mg.
    - + 30 kg: 6-8 mg.
  - (lưu ý: 15-30 phút sau uống Ondansetron thì mới uống bù nước nếu cần).
- Cân nhắc lợi ích kinh tế và hiểu biết của thân nhân khi dùng thuốc sau:
  - Probiotics nếu là tiêu chảy N1, N2, dùng trong 3 ngày nếu không cải thiện thì ngừng:
    - + *Lactobacillus rhamnosus* GG (chưa có tại Việt Nam).
    - + *Saccharomyces boulardii* (IIB): **250-750 mg/ngày**. Lưu ý gia đình rằng thuốc không thay thế được liệu pháp bù nước.
    - + Heat-killed *Lactobacillus acidophilus* LB: tối thiểu  $5 \times 10^{10}$  CFU trong 48 giờ, tối đa  $9 \times 10^{10}$  CFU trong 4,5 ngày.
    - + *Lactobacillus reuteri* DSM 17938.
  - Diomectic: nếu là tiêu chảy N1, N2, dùng trong 3 ngày nếu không cải thiện thì ngừng (IIB, RR 1,64; 95% CI 1,36–1,98; NNT 4, 95% CI 3–5). Lưu ý gia đình rằng thuốc không thay thế được liệu pháp bù nước. Liều dưới 1 tuổi: 2 gói/ngày trong 3 ngày đầu, sau đó 1 gói/ngày; liều trên 1 tuổi là 4 gói/ngày trong 3 ngày đầu, sau đó 2 gói/ngày.
  - Racecadotril: chỉ xem xét dùng trong tiêu chảy ngày 1, ngày 2 của bệnh, dùng trong 3 ngày, ưu tiên dùng trong tiêu chảy xuất tiết, liều 1,5 mg/kg/8 giờ. Lưu ý thuốc không thay thế được liệu pháp bù nước (IIB).
- Trong 4 giờ đầu tiên bù nước không cho trẻ ăn gì ngoài sữa mẹ.
- Trẻ điều trị phác đồ B nên cho ăn sau 4 giờ điều trị.
- Khuyến khích trẻ ăn ít nhất 6 lần/ngày và tiếp tục như vậy 2 tuần sau khi tiêu chảy đã ngừng.

## IV. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

Tiêu chảy cấp: tái khám ngay khi có một trong các dấu hiệu như: ăn uống kém, sốt cao, nôn ói nhiều, tiêu chảy nhiều, phân có máu, khát nước nhiều, trẻ không khát lèn trong 3 ngày.

## V. CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN

- Mất nước nặng.
- Có mất nước.
- Mất nước nhẹ có biến chứng.

Vấn đề	Mức độ chứng cứ	Mức độ khuyên cáo	Tài liệu tham khảo
Không khuyến cáo sử dụng thường quy sữa không có lactose cho trẻ tiêu chảy cấp	Thấp	Khuyến cáo	ESPGHAN guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe, update 2014.
Một số loại Probiotic dùng trong các ngày đầu của bệnh tiêu chảy cấp có thể hiệu quả	Thấp-Rất thấp	Khuyến cáo	- Szajewska H et al. Use of Probiotics for the Management of Acute Gastroenteritis in Children. An Update [published online ahead of print, 2020 Apr 27]. <i>J Pediatr Gastroenterol Nutr</i> . - Morenstein D. Evidence Based Usage of Probiotics for Pediatric Acute Gastroenteritis [published online ahead of print, 2020 Apr 27]. <i>J Pediatr Gastroenterol Nutr</i> .
Diosmectite dùng trong các ngày đầu của bệnh tiêu chảy cấp có thể hiệu quả và là phải	Trung bình	Khuyến cáo	ESPGHAN guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe, update 2014
Racecadotril có thể được xem xét dùng trong các ngày đầu của tiêu chảy cấp	Trung bình	Khuyến cáo	ESPGHAN guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe, update 2014.
Chitosan/colestipol (dường ruột) hoặc các chất lỏng (LM) có thể hiệu quả trong điều trị rối loạn tiêu hóa (tiêu chảy cấp)	Trung bình	Mạnh	ESPGHAN guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe, update 2014.

### Mức độ chứng cứ:

- Cao: nghiên cứu thêm cũng không làm thay đổi độ tin cậy trong ước lượng hiệu quả.
- Trung bình: nghiên cứu thêm có thể có tác động quan trọng trong thay đổi độ tin cậy và thay đổi ước lượng hiệu quả.
- Thấp: cần nghiên cứu thêm.
- Rất thấp: ước lượng hiệu quả không chắc chắn.

# TIÊU CHẢY KÉO DÀI

## I. ĐỊNH NGHĨA

- Tiêu chảy kéo dài (TCKD) là đợt tiêu chảy từ 14 ngày trở lên, trong đó không có 2 ngày liền ngừng tiêu chảy.
- Đặc điểm của TCKD là niêm mạc ruột tổn thương gây tiêu chảy kém hấp thu. Nhiễm trùng và suy dinh dưỡng (SDD) làm niêm mạc ruột khó phục hồi.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Công việc chẩn đoán

#### a. Hỏi bệnh

- Tiêu chảy bao nhiêu ngày? Phân có máu?
- Liên tục hay nhiều đợt khác nhau liên tiếp?
- Bú mẹ? Loại thức ăn/sữa khác?

#### b. Thăm khám

- Các dấu sinh tồn. Tháng tuổi.
- Dấu hiệu mất nước. Bụng chướng.
- Dấu hiệu gợi ý nhiễm trùng:
  - Sốt. Ăn hoặc bú kém.
  - Thở nhanh. Mũ tai. Loét miệng.
- Dấu hiệu suy dinh dưỡng:
  - Phù hơi mu bàn chân.
  - Cân nặng/Chiều cao < 80%.

#### c. Cận lâm sàng

- Thường quy:
  - Máu: công thức máu.
  - Phân: soi phân.
- Theo dấu lâm sàng:
  - Sốt hoặc ăn kém: dạng huyết cầu, ion đồ, cấy máu, cấy phân và cấy nước tiểu.
  - Bụng chướng: X quang và siêu âm bụng, ion đồ.

- SDD nặng: xét nghiệm HIV và Lao.
- Dấu hiệu khác: xét nghiệm theo phán đoán lâm sàng.

## 2. Phân loại

- TCKD nặng là TCKD có một trong các vấn đề như suy dinh dưỡng nặng, nhiễm khuẩn huyết, mất nước, viêm phổi hoặc trẻ dưới 2 tháng tuổi.
- TCKD (không nặng) là TCKD không có các vấn đề trên.

## III. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị trong bệnh viện, nếu TCKD có vấn đề kèm theo như:
  - Tuổi < 4 tháng.
  - Cân nặng/Chiều cao < 80% hoặc SSD phù.
  - Mất nước.
  - Nhiễm khuẩn hoặc nghi ngờ nhiễm khuẩn.
- Điều trị tại nhà, nếu TCKD không kèm theo các vấn đề trên.

### 1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nội trú bao gồm các nguyên tắc sau:
  - Điều trị và phòng ngừa mất nước.
  - Cho chế độ ăn đặc biệt (giảm lactose, không lactose).
  - Điều trị nhiễm khuẩn theo phác đồ.
  - Bổ sung sinh tố và khoáng chất.
- Trẻ TCKD kèm SDD nặng, theo phác đồ “Suy Dinh Dưỡng Nặng”.
- Điều trị tại nhà, theo phụ lục: điều trị ngoại trú TCKD.

### 2. Điều trị mất nước

#### a. Xử trí ban đầu

- Điều trị mất nước, theo phác đồ B hoặc C.
- Nếu bù mất nước ORS bị thất bại, cho Lactate Ringer 75 ml/kg/4 giờ.

#### b. Xử trí tiếp theo

- Nếu mất nước trở lại, cho Lactate Ringer 75 ml/kg/4 giờ.
- Nếu phân nhiều nước > 10 lần/ngày và glucose(++)+, thay bằng ORS loãng (1 gói pha 2 lít nước), trong vài ngày.

### 3. Chế độ ăn đặc biệt

- Chế độ ăn theo lứa tuổi. Khẩu phần cung cấp 150 Kcal/kg/24 giờ.
  - Sữa chia 8 bữa hoặc hơn. Thức ăn chia 6 bữa hoặc hơn.
  - Theo dõi nếu chế độ ăn đầu tiên thất bại, chuyển qua chế độ ăn thứ nhì.
- Thất bại chế độ ăn: có một trong các tình huống sau:
  - Xuất hiện mất nước hoặc



- Không tăng cân (cuối ngày 7 so với lúc bắt đầu chế độ ăn đó).

**a. Trẻ < 6 tháng tuổi**

- Xử trí ban đầu:
  - Nếu chỉ cho bú mẹ, khuyến khích bú mẹ hoàn toàn.
  - Nếu cho thức ăn hoặc sữa khác, ngừng thức ăn và sữa đang dùng.
  - Khuyến khích bú mẹ, nếu còn sữa mẹ và
  - Cho uống sữa không lactose.
- Xử trí tiếp theo:
  - Nếu sữa không lactose thất bại, chuyển qua sữa protein thủy phân.
  - Nếu sữa protein thủy phân thất bại, hội chẩn với khoa dinh dưỡng.

**b. Trẻ ≥ 6 tháng tuổi**

- Xử trí ban đầu: ngừng thức ăn và sữa khác đang dùng.
  - Khuyến khích bú mẹ nếu còn sữa mẹ và
  - Cho chế độ ăn giảm lactose (công thức A).
- Xử trí tiếp theo: (xem bảng 1)
  - Nếu thất bại với công thức A, chuyển qua công thức B hoặc lactose free.
  - Nếu thất bại với công thức B, hội chẩn với khoa dinh dưỡng để dùng công thức thủy phân hoặc acid amin.
  - Nếu ăn < 80 Kcal/kg/ngày, nuôi ống dạ dày tối thiểu 110 Kcal/kg/ngày.

**c. Bổ sung sinh tố và yếu tố vilượng: mỗi ngày folate 50 µg, zinc 10 mg, vitamin A 400 µg, iron 10 mg, copper 1 mg, magnesium 80 mg**

- Centrum + calci 500 mg.
  - < 6 tháng (mỗi thứ nửa viên).
  - > 6 tháng (mỗi thứ một viên).

Chia 4 - 6 lần mỗi ngày, uống 2 tuần.
- Vitamin A, nếu trong tháng qua trẻ chưa dùng. Ngày nhập viện và ngày hôm sau, mỗi ngày uống 1 lần, liều:
 

< 6 tháng	50.000 đv
6 -12 tháng	100.000 đv
từ 12 tháng	200.000 đv

**Bảng 1.** Công thức A, B

Thành phần	Công thức A (gam)	Công thức B (gam)
	Cream lactose	Không lactose
Gạo	80	80
Sữa bột	30 (sữa già)	00
Đậu nành	20	00
Dương mía	20	00
Đậu thực vật	35,5	40
Dương glucose	00	30
Thịt nạc gà	00	80
Năng lượng/1.000 ml	850 kcal	700 kcal
Khẩu phần: 150 Kcal/kg/ngày	175 ml/kg/ngày	215 ml/kg/ngày
Lượng ăn đạt >110 Kcal/kg/ngày	> 130 ml/kg/ngày	> 155 ml/kg/ngày



#### 4. Điều trị nhiễm khuẩn

##### a. Ngoài đường tiêu hóa: theo phác đồ điều trị của bệnh viện.

- Điều trị nhiễm khuẩn huyết nếu cấy máu dương tính hoặc nghi ngờ.
- Điều trị nhiễm khuẩn cơ quan như hô hấp, tiết niệu, tai mũi họng...

##### b. Trong đường tiêu hóa

###### • Xử trí ban đầu:

- Phân có máu hoặc soi phân có hồng cầu hay bạch cầu đa nhân.
  - + Ciprofloxacin (kháng sinh 1):
    - < 20 kg: 125 mg x 2 lần/ngày cho 5 ngày.
    - > 20 kg: 250 mg x 2 lần/ngày cho 5 ngày.
    - hoặc 15 mg/kg x 2 lần/ngày, TTM nếu không uống được.
    - hoặc Pefloxacin 10 - 15 mg/kg x 2 lần/ngày.
  - + Nếu < 2 tháng tuổi:
    - Ceftriaxon 100 mg IM x 1 lần/ngày, cho 5 ngày.
- Phân có *Giardia* (dưỡng bào hoặc nang) hoặc *E.histolytica* (dưỡng bào).
  - Metronidazol 10 mg/kg x 3 lần/ngày x 5 ngày.
- Cấy phân có vi trùng, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- *LGG, S boulardii*, hỗn hợp *Lactobacillus casei & Lactobacillus acidophilus* strains CERELA có tác dụng làm giảm 4,02 (4,61-3,43) ngày tiêu chảy; 8,2 (8,6-7,8) ngày nằm viện so với placebo trên bệnh nhân tiêu chảy kéo dài.

###### • Xử trí tiếp theo:

- Điều trị 2 ngày nếu kháng sinh 1 thất bại, chuyển kháng sinh thứ 2.
  - Metronidazol 10 mg/kg x 3 lần/ngày, cho 5 ngày.
- Điều trị 2 ngày nếu kháng sinh 2 thất bại, hội chẩn khoa.

### 5. Theo dõi và xử trí tiếp theo

- Theo dõi và tổng kết mỗi 24 giờ, vào giờ cố định:
  - Lần tiêu chảy và tính chất phân.
  - Lượng ăn đã nhận được (Kcal/kg/ngày).
  - Cân trẻ (dùng cân nhạy 10 gram).
  - Thân nhiệt.
  - Dấu hiệu đang nhiễm khuẩn.
- Theo dõi những vấn đề tồn tại và phát sinh:
  - Nếu còn sốt, không tăng cân, còn tiêu chảy. Kiểm tra nhiễm khuẩn.
  - Nếu thở nhanh, ói. Kiểm tra viêm phổi, rối loạn điện giải - kiềm toan.
  - Nếu bụng chướng. Kiểm tra thủng ruột, đại tràng nhiễm độc, liệt ruột.
  - Nếu bầm máu dưới da. Kiểm tra hội chứng tán huyết tăng urê huyết.
- Theo dõi nhiễm khuẩn bệnh viện, những dấu xuất hiện sau 2 ngày nằm viện:
  - Lิ bì hoặc ăn uống kém.
  - Sốt. Ho. Tiêu chảy tăng.
  - Những dấu hiệu nặng khác.

## IV. XUẤT VIỆN VÀ THEO DÕI

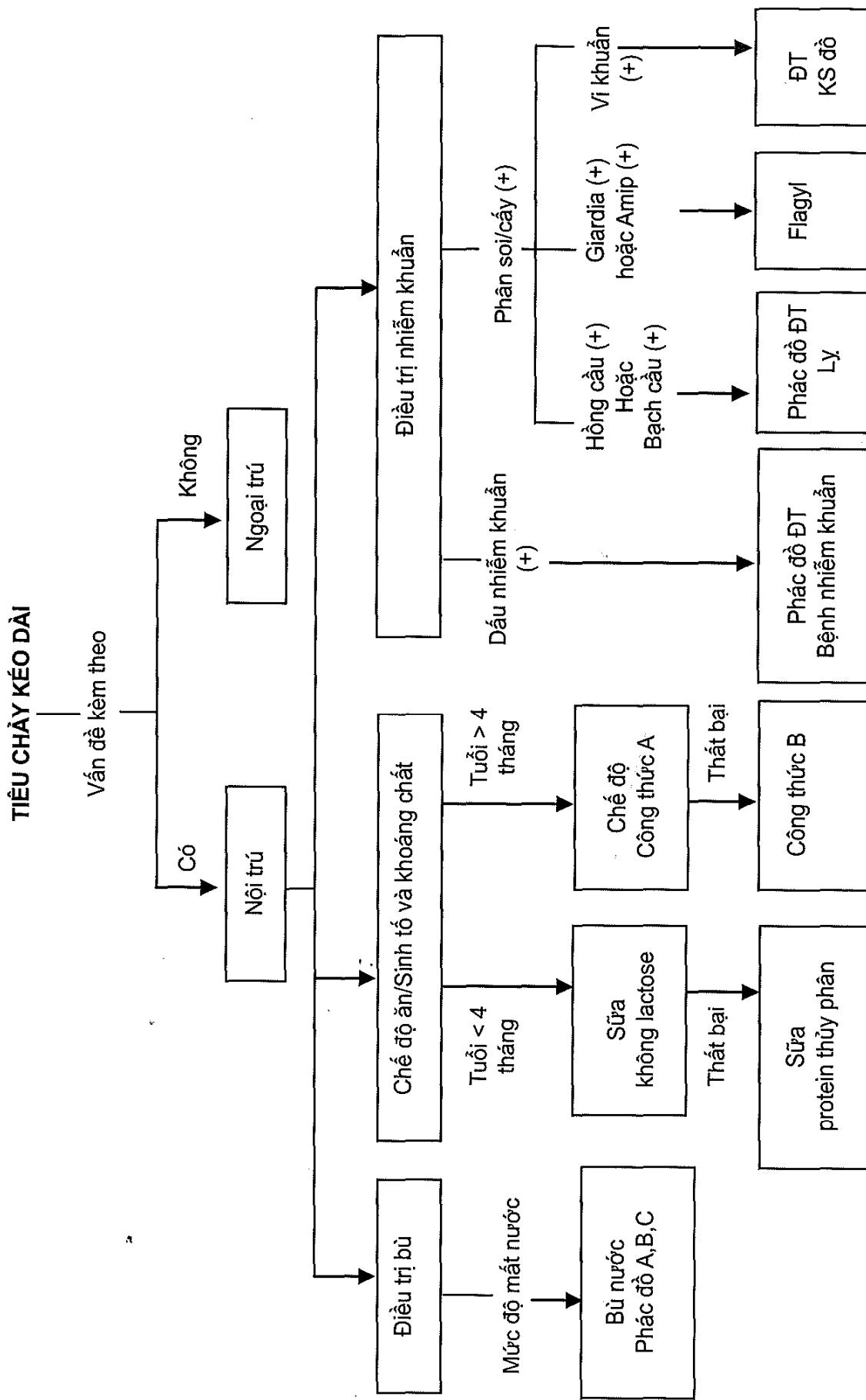
- 
- Thành công điều trị, bao gồm các điều kiện:
    - Ăn được (> 110 Kcal/kg/ngày).
    - Tăng cân.
    - Hết tiêu chảy.
    - Hết sốt.
  - Khi thành công điều trị. Chuyển về chế độ ăn thường, kể cả sữa công thức. Thời gian chuyển dần từ 2 - 4 ngày.
  - Xuất viện khi trẻ trở lại chế độ ăn thường và hội đủ các điều kiện:
    - Trẻ ăn đạt tối thiểu 110 Kcal/kg/ngày.
    - Trẻ có cân nặng/chiều cao > 70%: mẹ được tham vấn dinh dưỡng.
    - Tái khám dinh dưỡng nếu trẻ cân nặng/chiều cao < 80%.

Vấn đề	Mức độ chứng có	Mức độ khuyên cáo	Tài liệu tham khảo
Chế độ ăn là thành phần quan trọng trong điều trị tiêu chảy kéo dài	I	Mạnh	WHO Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses - 2nd ed, 2013
Cần phải bổ sung vitamin, các yếu tố vi lượng mỗi ngày x 2 tuần trong điều trị tiêu chảy kéo dài	I	Mạnh	WHO Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses - 2nd ed, 2013
<i>L. reuteri</i> , <i>S. boulleii</i> , hỗn hợp <i>Lactobacillus casei</i> & <i>Lactobacillus acidophilus</i> strain C12RELA có tác dụng làm giảm 4,02 (4,61-3,43) ngày tiêu chảy, 8,2 (8,6-7,8) ngày giảm viêm so với placebo trên bệnh nhân tiêu chảy kéo dài	II	Khuyến cáo	Bernadola Ajorette G, Bada Manzella CA, Carreazo NY, Rojas Galarraga RA. Probiotics for treating persistent diarrhoea in children. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2013;2013(3):CD007401. Published 2013 Aug 20

## PHỤ LỤC: ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TCKD

- Trẻ TCKD được điều trị tại nhà nếu đủ các điều kiện dưới đây:
  - > 4 tháng tuổi.
  - Cân nặng/chiều cao > 80%.
  - Không dấu gợi ý nhiễm khuẩn.
- Hướng dẫn bà mẹ 3 nguyên tắc điều trị tại nhà:
  - Uống nhiều dịch để ngừa mất nước.
    - + Nước thường: nước chín, nước dừa tươi, nước cam vắt.
    - + Oresol giảm áp lực thẩm thấu: theo hướng dẫn trong phác đồ A.
  - Cho thức ăn và sữa khác như sau:
    - + Khuyến khích bú mẹ nếu còn sữa mẹ và
    - + Tăng lượng thức ăn bỗ dưỡng. Số bữa ăn > 6 lần.
    - + Giảm lượng sữa khác < 50 ml/kg/24 giờ.
  - Theo dõi và tái khám: đưa trẻ đi khám ngay nếu có một trong các biểu hiện:
    - + Trẻ mệt hoặc sốt.
    - + Giảm ăn uống hoặc giảm bú.
    - + Phân có máu.
    - + Khát nước.
- Quyết định, sau 5 ngày đã điều trị tại nhà:
  - Nếu ngừng tiêu chảy, giữ nguyên chế độ ăn, bú đã hướng dẫn.
  - Nếu còn tiêu chảy, cho nhập viện và điều trị trong bệnh viện.





## I. ĐỊNH NGHĨA

- Lý: là tất cả các trường hợp tiêu chảy phân có máu. Nguyên nhân đa phần là do *Shigella* (50%) ngoài ra có thể do vi trùng khác hoặc ký sinh trùng.
- Lý *Shigella* thường ở lứa tuổi 6 tháng - 3 tuổi, ít khi ở trẻ dưới 6 tháng. Có thể bệnh nhẹ tự hết cho đến dạng rất nặng với nhiễm độc nặng, co giật, tăng thân nhiệt, phù não và tử vong nhanh chóng mà không có nhiễm khuẩn huyết hay mất nước đáng kể (H/C Ekiri).
- *Shigella* gây triệu chứng nhiễm độc toàn thân nặng nhưng ít khi có nhiễm khuẩn huyết. Biến chứng nhiễm khuẩn huyết và đông máu nội mạch lan tỏa thường chỉ gặp ở trẻ nhỏ, trẻ suy dinh dưỡng, tỷ lệ tử vong cao.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Công việc chẩn đoán

#### a. Hỏi bệnh

- Thời gian bệnh.
- Có sốt.
- Đau bụng, mót rặn.
- Tính chất phân: đờm lẫn máu.
- Điều trị trước.
- Co giật.
- Sa trực tràng.
- Sởi trong 6 tuần qua.

#### b. Thăm khám

- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Dấu hiệu mất nước: xem thêm phần thăm khám trẻ bị tiêu chảy trong phác đồ điều trị tiêu chảy.
- Cần chú ý phát hiện biến chứng:
  - Triệu chứng thần kinh: co giật, mê sảng, cứng cổ, hôn mê.
  - Triệu chứng nhiễm khuẩn nhiễm độc.
  - Rối loạn điện giải: li bì, co giật, giảm trương lực cơ, chướng bụng...
  - Toan chuyển hóa: thở nhanh sâu.

- Hạ đường huyết.
- Sa trực tràng.
- Chướng bụng.
- Suy thận.
- Suy dinh dưỡng.

**c. Xét nghiệm**

- Công thức máu.
- Soi phân: khi không rõ máu đại thè.
- Cấy máu, cấy phân trong những trường hợp nặng.
- Ion đồ, khi có rối loạn tri giác, triệu chứng thần kinh, chướng bụng, giảm trương lực cơ.
- Đường huyết: khi nghi ngờ hạ đường huyết.
- X quang bụng, siêu âm bụng khi có chướng bụng, khi cần loại trừ lồng ruột.
- Phết máu, đếm tiểu cầu, chức năng thận khi nghi ngờ có Hội chứng tán huyết urê huyết cao.

**2. Chẩn đoán**

**a. Chẩn đoán xác định ly *Shigella*:** hội chứng ly + cấy phân *Shigella* (+).

**b. Chẩn đoán có thè**

- Sốt, tiêu chảy kèm triệu chứng thần kinh: co giật, li bì, hôn mê, h/c màng não.
- Sốt, tiêu chảy soi phân có bạch cầu, hồng cầu.

**c. Chẩn đoán phân biệt**

- Lòng ruột: vài giờ đầu có thè vẫn còn đi tiêu phân bình thường, sau đó tiêu máu tươi hoặc đỏ bầm (thường trong 12 giờ). Quấy khóc từng cơn, nôn ói. (xem thêm bài lòng ruột).
- Tiêu máu do polyp trực tràng: tiêu phân đặc lẩn đờm máu, bệnh lâu ngày, không sốt. Xác định bằng nội soi.
- Ly amip ít gặp ở trẻ < 5 tuổi. Soi phân có dương bào ăn hồng cầu.
- Tiêu máu do thiếu Vitamin K ở trẻ sơ sinh: kèm xuất huyết ở vị trí khác.

**III. ĐIỀU TRỊ**

**Nguyên tắc điều trị:**

- Kháng sinh: lựa chọn kháng sinh điều trị tiêu đờm máu theo kinh nghiệm là lựa chọn kháng sinh điều trị *Shigella*.
- Điều trị biến chứng.
- Dinh dưỡng.

**1. Kháng sinh**

**a. Đối với trường hợp tiêu đờm máu không biến chứng, chưa điều trị**

- Chọn kháng sinh điều trị *Shigella* tùy theo dữ liệu tại địa phương.  
Nếu tại địa phương chưa có dữ liệu thì dựa vào dữ liệu của vùng lân cận.

Nếu vùng lân cận chưa có dữ liệu thì dựa vào dữ liệu của quốc gia.

Nếu quốc gia chưa có dữ liệu thì dựa vào dữ liệu của quốc gia lân cận.

- Tại Việt Nam: kháng sinh dầu tay chọn lựa là Ciprofloxacin.  
Không dùng Acid Nalidicid.  
Cân nhắc sử dụng kháng sinh Cotrimoxazole, Cefixim tùy vào kinh nghiệm của địa phương.
- Ciprofloxacin 15 mg/kg x 2 lần/ngày x 3 ngày.
  - Theo dõi 02 ngày:
    - + Đáp ứng: dùng tiếp đủ 05 ngày.
    - + Không đáp ứng: làm kháng sinh đồ, đổi sang Ceftriaxon.

### b. Các trường hợp nặng có biến chứng

- Nếu trẻ dưới 2 tháng tuổi: ceftriaxon 50 - 100 mg/kg TTM 1 lần/ngày x 3 - 5 ngày.
- Trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi: bắt đầu điều trị bằng Ciprofloxacin (uống) với liều như trên; nếu không uống được có thể truyền tĩnh mạch Ciprofloxacin với liều 20 - 30 mg/kg/ngày chia 2 lần x 5 ngày. Theo dõi 02 ngày nếu không đáp ứng sẽ:
  - Có kết quả kháng sinh đồ cấy máu cấy phân: theo kháng sinh đồ.
  - Cấy (-): dùng Ceftriaxon.

### c) Theo dõi các dấu hiệu sau để đánh giá có đáp ứng hay không

- Hết sốt.
- Bớt máu trong phân.
- Bớt số lần đi tiêu.
- Thèm ăn.
- Hoạt động trở lại bình thường.
- Sau khi dùng 02 loại kháng sinh liên tiếp không đáp ứng tìm chẩn đoán khác.

**Có kết quả cấy máu, cấy phân điều trị theo gợi ý của kháng sinh đồ**

### 2. Điều trị biến chứng: xem các phác đồ tương ứng.

- Hạ đường huyết: xem phác đồ tương ứng.
- Co giật: xem phác đồ điều trị co giật.
- Sa trực tràng: dùng khăn ướt đẩy vào.
- Rối loạn điện giải thường là hạ Natri, Kali máu (xem phác đồ).
- Mất nước: bù nước theo phác đồ điều trị tiêu chảy.

### 3. Dinh dưỡng

Trẻ bị lỵ thường chán ăn cần khuyến khích trẻ ăn, cho ăn làm nhiều bữa, ăn các thức ăn mà trẻ thích.



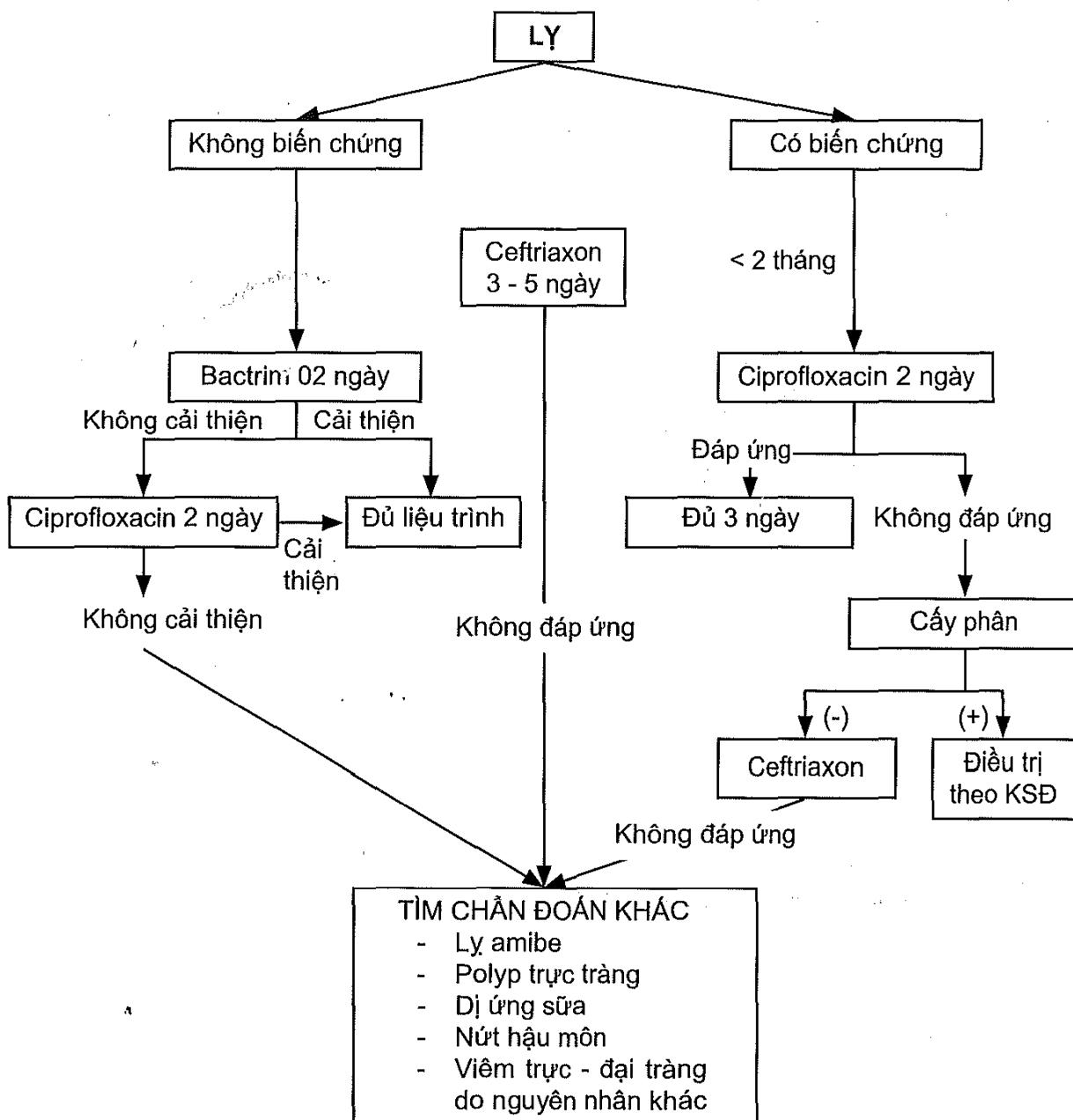
## IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- 
- Có rối loạn trí giác.
  - Có co giật.
  - Chướng bụng.
  - Tiêu ít.

- Sa trực tràng.

Vấn đề	Mức độ chứng cứ	Mức độ khuyên cáo	Tài liệu tham khảo
Opencoloxacin là lựa chọn đầu tiên để điều trị <i>Shigella</i>	I	Mild	EBSCO 2004, WHO 2005, International Clinical Practices (Australia) 2014, AAP 2015, BMJ Clinical Evidence 2016, The University of Oxford 2018

### LƯU ĐỒ XỬ TRÍ LÝ TRỰC TRÙNG



# VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

## I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm loét dạ dày tá tràng (DDTT) do dịch vị để chỉ một hay nhiều vùng niêm mạc dạ dày tá tràng không còn nguyên vẹn cấu trúc hay có thay đổi trên mô học, những tổn thương này thay đổi theo diện tích, độ sâu, vị trí, giai đoạn bệnh và nguyên nhân.

Theo bệnh sinh:

- Loét DDTT nguyên phát: khi không có bệnh nền, bệnh kèm theo hay thuốc phá hủy niêm mạc gây ra, vi trùng *Helicobacter pylori* được xem là nguyên nhân quan trọng.
- Loét DDTT thứ phát: xảy ra khi bệnh nhân có bệnh nền như ngạt thở, thở máy, bỗng, chấn thương đầu, u não, xuất huyết não hay do thuốc gây ra.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Công việc chẩn đoán

#### a. Hỏi tiền sử

- Vị trí đau, thời gian đau, đau cơn hay liên tục, đau có lan đi nơi khác không, cường độ đau, đau có liên hệ đến đi tiêu hay bữa ăn không, có tăng lên khi ăn không, cách làm giảm đau, triệu chứng kèm theo khi đau, số lần đau trong tuần, trong tháng. Người trong gia đình có ai đau như thế không, có ai đau bao tử không?
- Trẻ có uống loại thuốc gì ảnh hưởng đến bao tử không? Có thay đổi gì trong chế độ ăn trước khi đau? Sốt? Tiêu vàng? Tiêu đau?

#### b. Thăm khám: vì dấu hiệu lâm sàng và triệu chứng thực thể của bệnh loét DDTT rất nghèo nàn nên bắt đầu từ chẩn đoán loại trừ. Tìm dấu hiệu thiếu máu, khám tất cả cơ quan gan, túi mật, tiết niệu, thăm trực tràng. Dấu hiệu suy dinh dưỡng. Đôi khi thấy dấu hiệu biến chứng như xuất huyết tiêu hóa (tiêu phân đen, ói máu, thiếu máu) hay hẹp môn vị.

#### c. Đề nghị xét nghiệm

- *Chụp X quang DDTT có sữa soạn*: xác định được 50% loét dạ và 89% loét tá tràng.
- *Nội soi DDTT*: chính xác hơn X quang, qua nội soi cần sinh thiết để khảo sát mô học tìm nguyên nhân dù hoàn toàn bình thường trên nội soi.

- Công thức máu, men gan, amylase máu, tổng phân tích nước tiểu, soi phân, siêu âm: khi cần loại trừ các nguyên nhân đau bụng khác. KHÔNG thực hiện những test kháng thể (IgG, IgA) của HP trong huyết thanh, máu toàn phần, nước tiểu, hay nước bọt trong lâm sàng (khuyến cáo mạnh, mức độ chứng cứ cao).

**Chỉ định tìm HP:** khi cần điều trị triệt căn HP. Trong các trường hợp sau:

- Loét dạ dày hoặc loét tá tràng ở trẻ em (khuyến cáo mạnh, mức độ chứng cứ cao).
- Đối với trẻ thiếu máu thiếu sắt kháng trị và đã loại trừ các nguyên nhân khác (khuyến cáo yếu, mức độ chứng cứ thấp).
- Test chẩn đoán HP không xâm lấn có thể chỉ định khi tìm nguyên nhân giảm tiêu cầu miễn dịch mạn tính (khuyến cáo yếu, mức độ chứng cứ thấp).

## 2. Chẩn đoán

**a. Chẩn đoán có thể:** đau thượng vị khi ăn, ói, tiêu phân đen, gia đình có tiền sử viêm loét DDTT là yếu tố giúp chẩn đoán. Không có triệu chứng bệnh của cơ quan khác, xét nghiệm khác trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân không có triệu chứng nặng có thể điều trị thử. Nếu bệnh nhân không giảm hay có dấu hiệu nặng thêm sẽ tiến hành nội soi.

### b. Chẩn đoán nguyên phát hay thứ phát

TCLS	Nguyên phát	Thứ phát
Tiền sử đau bụng	Có	Không
Sử dụng thuốc NSAID	Không	Có
Tiền sử gia đình đau DDTT	Có	Không
Tuổi	Trẻ lớn	< 5
Bệnh nền	Không có	Có
Triệu chứng lâm sàng nổi bật	Đau bụng mạn	Xuất huyết tiêu hóa
Đau hiếu nội soi	Loét mạn	Loét tươi, nhiều ổ

### c. Chẩn đoán xác định

- X quang dạ dày tá tràng có sửa soạn baryte: có hình ảnh niêm mạc phù nề, ổ đọng thuốc.
- Nội soi có thể thấy viêm đỏ sung huyết, ổ loét, niêm mạc không đều, trào ngược dịch mật.
- Xét nghiệm mô học: trong khi nội soi dạ dày, sinh thiết vùng hang vị cách lỗ môn vị 2 cm, nhuộm eosin và trichome tìm *Helicobacter*. Cần ngưng PPI ít nhất 2 tuần; ngưng kháng sinh ít nhất 4 tuần trước khi test tìm HP.
- Cấy và làm kháng sinh đồ HP để giúp định hướng điều trị HP.

#### d. Chẩn đoán phân biệt

- **Đau bụng chức năng:** đau quanh rốn đột ngột thường xảy ra buổi chiều tối, có cử động bất thường trong cơn đau, nhức đầu, chóng mặt.
- **Rối loạn co thắt đường mật:** đau vùng túi mật, điểm Murphy, ói, vàng mắt.
- **Viêm túi mật:** đau, ói, sốt, vàng da, siêu âm bất thường.
- **U nang ổng mật chủ:** khói vùng bụng, đau bụng, siêu âm có nang dịch.
- **Viêm gan:** sốt nhẹ, vàng kết mạc, tiểu vàng, gan to đau, men gan tăng
- **Viêm tụy:** cơn đau cấp tính dữ dội, amylase tăng.
- **Viêm dạ dày ruột do eosinophile.**
- **Henoch scholein:** có ban máu 2 chi dưới, đau khớp.
- **Nhiễm trùng đường tiêu, sỏi thận:** có dấu hiệu bất thường trong tổng phân tích nước tiểu.

### III. ĐIỀU TRỊ

Điều trị viêm loét dạ dày tá tràng tùy thuộc nguyên nhân.

#### 1. Viêm loét nguyên phát - phát hiện được *Helicobacter pylori*

##### a. Điều trị tiệt căn *H.pylori*: nhân mạnh sự tuân thủ thuốc nghiêm ngặt.

Để đạt được tỷ lệ tiệt căn HP là 90%, việc chỉ định kháng sinh cần theo hướng dẫn kháng sinh đồ.

- Nhóm chọn lựa hàng đầu:

Độ nhạy cảm của <i>H.pylori</i>	Khuyên cáo điều trị
Có kết quả kháng sinh đồ Nhạy CLA, nhạy MET Kháng CLA, nhạy MET Nhạy CLA, kháng MET Kháng CLA, kháng MET	PPI-AMO-CLA 14 ngày, liều tiêu chuẩn PPI-AMO-MET 14 ngày hoặc kèm bismuth * PPI-AMO-CLA 14 ngày hoặc kèm bismuth * PPI-AMO-MET 14 ngày, AMO liều cao hoặc kèm bismuth **
Không có kết quả kháng sinh đồ	Liều cao PPI-AMO-MET 14 ngày, hoặc kèm bismuth **

AMO = amoxicillin; CLA = clarithromycin; MET = metronidazole; PPI = proton pump inhibitor

\* Trong trường hợp trẻ dị ứng penicillin: nếu chủng HP nhạy CLA và MET, dùng phác đồ 3 thuốc liều tiêu chuẩn (PPI-MET-CLA); nếu chủng HP kháng CLA thì dùng phác đồ có bismuth và thay thế AMO bằng tetracycline nếu trẻ trên 8 tuổi

# Hoặc phác đồ phối hợp (PPI-AMO-MET-CLA) trong 14 ngày



Thuốc	Cân nặng	Phác đồ liều tiêu chuẩn		Phác đồ liều cao cho Amoxicillin	
		Liều (mg) Buổi sáng	Liều (mg) Buổi tối	Liều (mg) Buổi sáng	Liều (mg) Buổi tối
PPI = proton pump inhibitor	15 - 24 kg	20	20		
	25 - 34 kg	30	30		
	> 35 kg	40	40		
Amoxicillia	15 - 24 kg	500	500	750	750
	25 - 34 kg	750	750	1.000	1.000
	> 35 kg	1.000	1.000	1.500	1.500
Clarytromycin	15 - 24 kg	250	250		
	25 - 34 kg	500	250		
	> 35 kg	500	500		
Metronidazole	15 - 24 kg	250	250		
	25 - 34 kg	500	250*		
	> 35 kg	500	500		
Bismuth subsalicylate	<10 tuổi	262 (4 lần/ ngày)			
	>10 tuổi	524 (4 lần/ ngày)			

\*Liều của các loại PPI khác nhau có thể khác nhau

# Nếu có thuốc dạng nước, liều có thể chia đều cách nhau 12 giờ

**b. Điều trị ồ loét:** nếu điều trị tiệt căn bằng PPI cần điều trị thêm PPI cho đủ 4 - 6 tuần. Các nghiên cứu ở người lớn cho thấy Esomeprazol có thể làm lành ồ loét trong 2 tuần nên không cần điều trị thêm nếu điều trị tiệt trừ HP đã đủ 14 ngày.

### c. Theo dõi

Đánh giá khả năng tiệt trừ HP sau điều trị ít nhất 4 tuần bằng những test Hp không xâm lấn: (a) test hơi thở C-urea hoặc (b) test kháng nguyên HP trong phân.

## 2. Viêm loét thứ phát

- Loại bỏ yếu tố gây bệnh, có thể dự phòng nếu không loại bỏ được yếu tố gây bệnh.
- Điều trị thuốc ức chế bơm proton hoặc kháng thực thể  $H_2$  trong 4-6 tuần.

### 3. Dinh dưỡng và dự phòng

Ăn đầy đủ các thức ăn theo 4 ô vuông thực phẩm, kiêng các thức ăn kích thích.

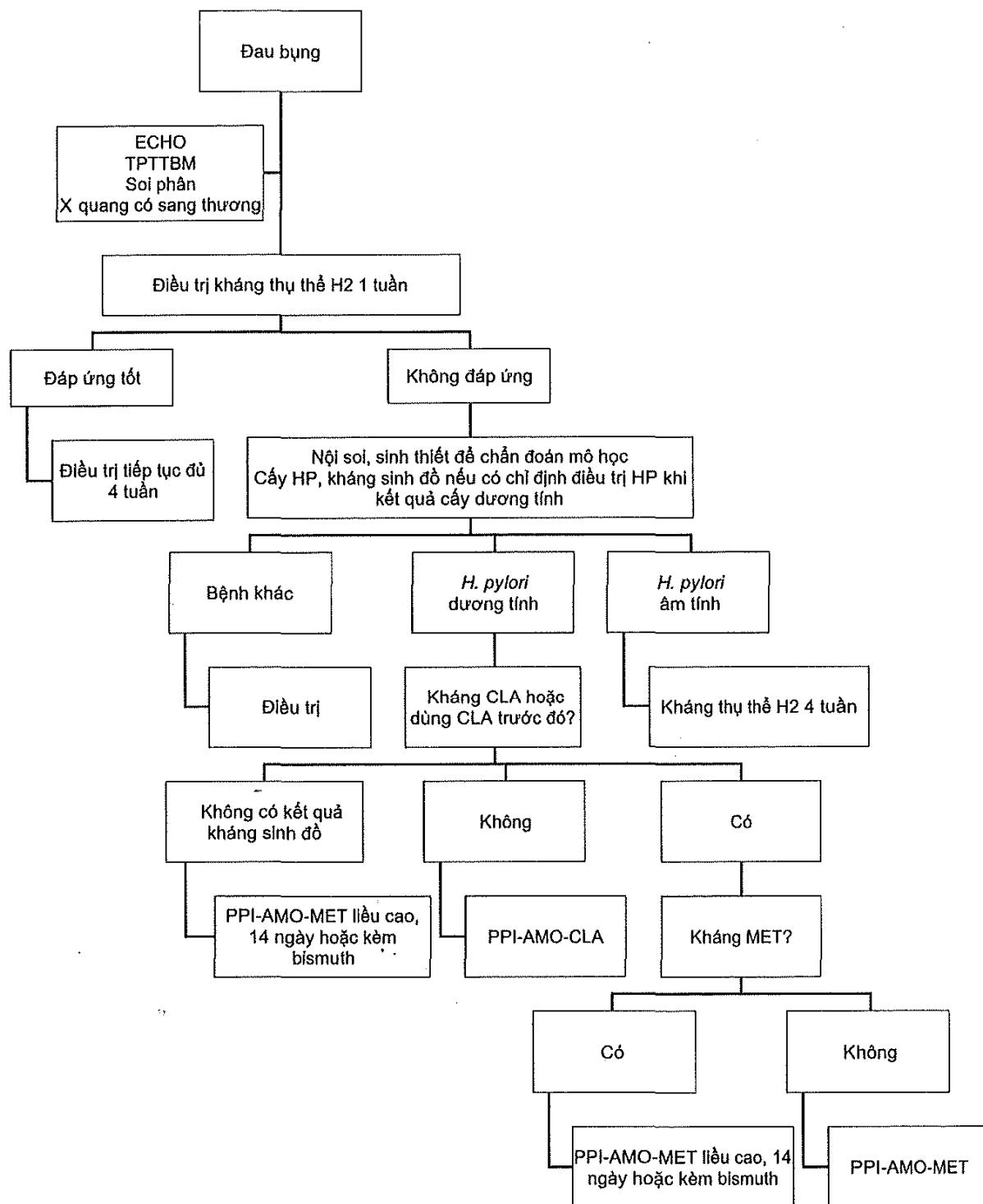
Vấn đề	Mức độ chứng cứ	Mức độ khuyến cáo	Tài liệu tham khảo
Đánh giá làm sang những triệu chứng tiêu hóa phải xác định nguyên nhân của các triệu chứng đó. Không chỉ có tìm sự hiện diện HP	Ý kiến đồng thuận chuyên gia	Khuyến cáo	Joint ESPGHAN/NASPGHAN guideline 2016 Jones NL et al. Guidelines for the Management of Helicobacter pylori in Children and Adolescents (Update 2016). <i>J Pediatr Gastroenterol Nutr</i> . 2017;64(6):991-1003
Chỉ định tìm HP trong loét dạ dày hoặc loét tá tràng	Cao	Mạnh	
Không chỉ định tìm HP trong đau bụng chướng nausea	Cao	Mạnh	
Không tìm HP trong tìm nguyên nhân lùn	Trung Bình	Mạnh	
Nêu tình cờ phát hiện HP trong nòi sứ, phải làm khác, theo luận hợp đồng/kiết luận điều trị HP với trẻ/cha mẹ trẻ	Thấp	Khuyến cáo	
Đánh giá khả năng tịt trừ HP sau điều trị ít nhất 4 tuần	Trung bình	Mạnh	
Đánh giá khả năng tịt trừ HP sau điều trị bằng những test HP không xâm lấn: test hơi thở C urea hoặc kháng nguyên HP trong phân	Cao	Mạnh	

#### Mức độ chứng cứ:

- Cao: nghiên cứu thêm cũng không làm thay đổi độ tin cậy trong ước lượng hiệu quả.
- Trung bình: nghiên cứu thêm có thể có tác động quan trọng trong thay đổi độ tin cậy và thay đổi ước lượng hiệu quả.
- Thấp: cần nghiên cứu thêm.
- Rất thấp: ước lượng hiệu quả không chắc chắn.



## LƯU ĐÒ XỬ TRÍ VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG



# VIÊM RUỘT MẠN

## I. ĐỊNH NGHĨA

- Bệnh viêm ruột mạn-bao gồm hai bệnh chính là bệnh Crohn và viêm loét đại tràng (VLĐT) là bệnh lý viêm mạn tính của đường tiêu hóa, đặc trưng bởi những đợt tái phát và lui bệnh không dự đoán trước được.
- Nguyên nhân gây bệnh hiện vẫn còn chưa rõ. Tuổi khởi bệnh thường gấp nhất là giai đoạn 10-20 tuổi. Bệnh có thể gây nên các biến chứng tại đường tiêu hóa hay toàn thân như chàm lớn, chàm dày thì và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Công việc chẩn đoán

#### a. Bệnh sử

- Triệu chứng toàn thân: sốt, sụt cân.
- Triệu chứng tại đường tiêu hóa: tính chất đi tiêu (tiêu chảy, mót rặn...), tính chất phân (phân lỏng, có đàm hay có máu...), đau bụng.
- Triệu chứng ngoài đường tiêu hóa: viêm khớp, loét miệng, hồng ban nút, viêm da mủ hoại thư, viêm mống mắt, viêm màng bồ đào...

#### b. Thăm khám

- Tổng trạng, cân nặng và chiều cao.
- Sinh hiệu.
- Mức độ dậy thì theo phân độ Tanner.
- Khám bụng tìm điểm đau, chướng bụng, u ổ bụng và khám hậu môn tìm bệnh quanh hậu môn (da thừa, dò, áp-xe, chít hẹp).
- Triệu chứng ngoài đường tiêu hóa (như đã nói ở trên).

#### c. Cận lâm sàng

- Tổng phân tích tè bào máu: Hct giảm, tiểu cầu tăng.
- Soi, lấy phân để loại trừ nhiễm trùng đường ruột, đặc biệt là *Yersinia* và lao.
- Calprotectin trong phân: giúp chẩn đoán tình trạng viêm tại đường tiêu hóa.
- Nếu bệnh sử nghi ngờ hội chứng ruột kích thích + calprotectin < 50 ug/g → ít khả năng là viêm ruột mạn → không cần nội soi tiêu hóa.

**Có thể dùng để theo dõi diễn tiến bệnh**

- CRP tăng.
- VS tăng.
- Albumin máu giảm: do tình trạng viêm làm mất albumin qua đường tiêu hóa
- Nội soi tiêu hóa: nên nội soi đường tiêu hóa trên và đại tràng cho tất cả các trẻ nghi ngờ viêm ruột mạn và lấy nhiều mẫu sinh thiết ở dọc khung đại tràng để chẩn đoán xác định viêm ruột mạn, phân loại bệnh Crohn và VLĐT và chẩn đoán mức độ nặng của bệnh Crohn.
- Giải phẫu bệnh: viêm xuyên thành, u hạt (nhuộm hóa mô miễn dịch CD68 (+)), viêm khu trú, loét sâu nhiều nơi.
- Chụp X quang ruột non cản quang: phát hiện hình ảnh hẹp hoặc dò ruột non.

**2. Chẩn đoán**

- a. **Chẩn đoán xác định:** Khi bệnh sử gợi ý, đã loại trừ nhiễm trùng đường ruột kèm theo một trong các tiêu chuẩn sau:
- Calprotectin trong phân > 200 ug/g.
  - Nội soi phù hợp.
  - Kết quả giải phẫu bệnh phù hợp.
  - Có tổn thương xuyên thành.
- b. **Chẩn đoán có thể:** bệnh sử nghi ngờ viêm ruột mạn, đã loại trừ các nguyên nhân nhiễm trùng và một trong các tiêu chuẩn sau:
- Calprotectin từ 50- 200 ug/g.
  - Có hình ảnh hẹp trên X quang ruột non cản quang.
- c. **Chẩn đoán phân biệt**
- Các bệnh nhiễm trùng đường ruột.
  - Hội chứng ruột kích thích.
  - Suy giảm miễn dịch tiên phát (xem bài “Suy giảm miễn dịch tiên phát”).
- d. **Chẩn đoán mức độ nặng:** dựa vào bảng điểm PCDAI (đối với bệnh Crohn) và PUCAI (đối với viêm loét đại tràng) (xem phụ lục).

**III. ĐIỀU TRỊ**

Mục tiêu điều trị là làm giảm triệu chứng lâm sàng và mô học bằng cách kiềm chế tình trạng viêm với ít nhất tác dụng phụ của thuốc và cung cấp dinh dưỡng, từ đó duy trì chất lượng cuộc sống.

**1. Điều trị bệnh Crohn**

**1.1. Điều trị tấn công khi mới chẩn đoán hoặc trong các giai đoạn tái phát**

**a. Liệu pháp dinh dưỡng đường ruột chuyên biệt (LPDDR)**

- Hội chẩn với khoa Dinh dưỡng.
- Thường kéo dài 6-8 tuần, sau đó, cho ăn lại thường ăn đặc dần dần trong 1-3 tuần.

- Ít tác dụng phụ và cải thiện được tình trạng dinh dưỡng so với steroids.

### b. Corticosteroids

- Prednisone 1-2 mg/kg/ngày (tối đa 40 mg/ngày), giảm dần và ngưng thuốc sau 10 tuần nếu được (xem phụ lục).

### c. Các điều trị khác

- Kháng sinh: Metronidazole ± Ciprofloxacin nếu có bệnh quanh hậu môn.
- Mesalazine: Mesalazine uống (50-100 mg/kg/ngày, tối đa 3 g/ngày) hoặc Sulphasalazine 30-60 mg/kg/ngày: chỉ có hiệu quả nếu bệnh rất nhẹ.
- Steroids đường tĩnh mạch: ở bệnh nhân biểu hiện bệnh nặng, có thể sử dụng steroids đường tĩnh mạch: methylprednisolone 1-1,5 mg/kg/ngày (tối đa 40 mg) chia 2 lần/ngày.
- Azathioprine: có thể bắt đầu sử dụng ngay ở bệnh nhân nặng nhưng cần ít nhất 3 tháng để phát huy hết tác dụng.
- Phẫu thuật: khi có các biến chứng như áp-xe, dò...
- Nuôi ăn tĩnh mạch: có thể áp dụng để hỗ trợ dinh dưỡng cho bệnh nhân nặng và có biến chứng.

## 1.2. Bệnh Crohn kháng trị hoặc không đáp ứng

- Với những bệnh nhân này, nên cân nhắc về vấn đề phẫu thuật hoặc dùng các thuốc điều hòa miễn dịch.
  - Azathioprine (2-2,5 mg/kg/ngày) hoặc 6-mercaptopurine (1-1,25 mg/kg/ngày).
  - Methotrexate.
  - Infliximab.
  - Phẫu thuật: nên cân nhắc phẫu thuật ở những bệnh nhân thất bại với điều trị nội khoa, đặc biệt là ở trẻ chưa hoặc vừa mới dậy thì kèm chậm tăng trưởng và có bệnh Crohn khu trú.

## 1.3. Điều trị duy trì

- Steroid không có vai trò trong duy trì lùi bệnh. Nếu bệnh nhân lệ thuộc steroid, nên chuyển hướng sang phương pháp điều trị khác.
- Mesalazine uống hoặc Sulphasalazine: không có bằng chứng rõ ràng nhưng vẫn được sử dụng ở trẻ em vì rất ít tác dụng phụ.
- Azathioprine hoặc 6-mercaptopurine nếu bệnh nhân tái phát trong vòng 6 tháng, tái phát ≥ 2 lần/năm sau khi đã đạt được lùi bệnh hoặc trong tất cả các trường hợp lệ thuộc steroid.
- Methotrexate: nếu không đáp ứng với azathioprine hoặc 6-mercaptopurine.
- LPDDR chuyên biệt: có thể làm giảm nguy cơ tái phát đồng thời cải thiện dinh dưỡng và tăng trưởng.
- Infliximab: nếu đạt được lùi bệnh với Infliximab, nên điều trị duy trì bằng Infliximab.



2. Điều trị viêm loét đại tràng (VLĐT): điều trị phụ thuộc vào mức độ và vị trí tổn thương.

**2.1. Điều trị tấn công khi mới chẩn đoán hoặc trong các giai đoạn tái phát**

**a. VLĐT trái hoặc VLĐT mức độ nhẹ**

- Mesalazine đường hậu môn có thể có hiệu quả nếu tổn thương chỉ ở đại tràng trái và mức độ nhẹ-trung bình.
- Mesalazine uống hoặc Sulphasalazine.
- Steroid uống ở những bệnh nhân không đáp ứng với 5-ASA.

**b. VLĐT mức độ trung bình- nặng**

- Steroids, thường là Prednisone 1-2 mg/kg/ngày, tối đa 40 mg/ngày, giảm liều dần trong 10 tuần (xem phụ lục).

**c. Viêm đại tràng cấp nặng/Phình đại tràng nhiễm độc**

- Hội chẩn Ngoại khoa.
- Truyền dịch/máu.
- Methylprednisolone đường tĩnh mạch, nếu không đáp ứng sau 72 giờ, nên cân nhắc lên thang điều trị hoặc cắt đại tràng.
- Theo dõi X quang ít nhất mỗi ngày nếu bệnh nhân không đáp ứng tốt.
- Kháng sinh tĩnh mạch nếu nghi ngờ có nhiễm trùng: Cefotaxime và Metronidazole.
- Cân nhắc Cyclosporine, Tacrolimus hoặc Infliximab nếu không đáp ứng với steroid.

**2.2. Điều trị duy trì**

- Aminosalicylate: có thể áp dụng cho tất cả các bệnh nhân. Cân nhắc ngưng thuốc ở bệnh nhân bị nhẹ và lui bệnh > 2 năm (Mesalazine uống hoặc Sulphasalazine, có thể phối hợp với đường thụt thảo).
- Steroids: không có vai trò trong điều trị duy trì.
- Azathioprine hoặc 6-mercaptopurine ở những bệnh nhân không ngưng được steroids, tái phát trong vòng 6 tháng hay tái phát ≥ 2 lần/năm dù đã điều trị 5-ASA phù hợp.
- Infliximab: nên cân nhắc sử dụng ở bệnh nhân không kiểm soát được bệnh dù đã sử dụng 5-ASA và thiopurines.
- Hội chẩn Ngoại khoa nếu bệnh vẫn hoạt động hoặc lệ thuộc steroids dù đã điều trị tối đa bằng 5-ASA, thiopurines và anti-TNF; hoặc khi bệnh nhân có loạn sản đại tràng.

**3. Theo dõi**

- Cân nặng, chiều cao, tốc độ tăng trưởng.
- Công thức máu, VS, CRP, albumin, calprotectin/phân.
- Diễn tiến bệnh theo thang điểm PCDAI hoặc PUCAI.
- Tác dụng phụ của điều trị.

## Phụ lục

**Bảng 1: So sánh bệnh Crohn và viêm loét đại tràng**

Đặc điểm	Bệnh Crohn	Viêm loét đại tràng
Xuất huyết trực tràng	Thỉnh thoảng	Thường gấp
Tiêu chảy, phân nhầy, mũ	Thay đổi	Thường gấp
Đau bụng	Thường gấp	Thay đổi
Khối u ở bụng	Thường gấp	Không có
Chậm tăng trưởng	Thường gấp	Thay đổi
Bệnh quanh hau mòn	Thường gấp	Hiếm
Ánh hường đèn trực tràng	Thỉnh thoảng	Hầu như luôn gấp
Viêm da mũ hoai thư	Hiếm	Có gấp
Hồng ban mề	Thường gấp	ít gấp hơn
Loét miệng	Thường gấp	Hiếm
Huyết khối	ít gấp hơn	Có gấp
Bệnh đại tràng	50- 75%	100%
Bệnh hôi tràng	Thường gấp	Không ngoại trừ viêm hôi tràng ngược dòng
Bệnh dạ dày- thực quản	Thường gấp hơn	Có thể gấp viêm dạ dày mạn
Hẹp	Thường gấp	Hiếm
Nứt	Thường gấp	Hiếm
Đò	Thường gấp	Hiếm
Phình đại tràng nhiễm độc	Không gấp	Có gấp
Viêm xo- dương mai	ít gấp hơn	Có gấp
Nguy cơ ung thư	Tăng	Tăng nhiều lần
Sang thương không liên tục	Thường gấp	Không gấp
Tổn thương xuyên thành	Thường gấp	Hay gấp
Áp-xe hém tụy	ít gấp hơn	Thường gấp
U hạt	Thường gấp	Không
Loét tuyền tĩnh	Không thường gấp	Thường gấp
pANCA (+)	< 20%	70%



**Bảng 2: Chỉ số hoạt động bệnh Crohn ở trẻ em (PCDAI)**

	(0)	2,5	5	(10)
<b>Bệnh sứ (Nhớ lại, 1 tuần)</b>				
<b>Đau bụng</b>	Không		Nhẹ, ngắn, không giới hạn hoạt động	Trung bình-nặng mỗi ngày, kéo dài hơn, giới hạn hoạt động, diễn ra về đêm
<b>Sinh hoạt của bệnh nhân, cảm giác của bệnh nhân</b>	Không giới hạn, cảm giác khỏe		Đối kháng khẩn trong các hoạt động phù hợp theo trào cảm giác của/điều trung bình	Thường xuyên giới hạn hoạt động, cảm giác mệt mỏi
<b>Phân (mỗi ngày)</b>	0-1 lần phân lỏng, không có máu		≤ 2 lần phân sệt có lẫn ít máu hoặc 2-5 lần phân lỏng	Máu lượng nhiều hay > 6 lần phân lỏng hay tiêu chảy về đêm
<b>Cân lâm sàng</b>				
<b>Hematocrit</b>				
< 10 tuổi	> 33%	28-32%	< 28%	
Nam 11-14 tuổi	≥ 35%	30-34%	< 30%	
Nữ 11-19 tuổi	≥ 34%	29-33%	< 29%	
Nam 15-19 tuổi	≥ 37%	32-36%	< 32%	
<b>ESR</b>	< 20 mm/h	20-50 mm/h	> 50 mm/h	
<b>Albumin</b>	≥ 3,5 g/dL		3,1-3,4 g/dL	≤ 3,0 g/dL
<b>Khám</b>				
<b>Cân nặng</b>	Tăng cân hay cân nặng ổn định/sút cân theo ý muốn		Cân nặng ổn định ngoại ý muốn hay sút cân 1-9%	Sút cân ≥ 10%
<b>Chiều cao tại thời điểm chẩn đoán</b>	Giảm < 1 đường percentile chính		Giảm 1-2 đường percentile chính	Giảm > 2 đường percentile chính
<b>Chiều cao tại thời điểm theo dõi</b>	Vận tốc tăng chiều cao ≥ -1 SD		Vận tốc tăng chiều cao -2 đến -1 SD	Vận tốc tăng chiều cao ≥ 2 SD
<b>Bụng</b>	Không phân ống, Không Khối U		Phản ứng thành bụng hoặc có khối u không kèm phản ứng	Phản ứng thành bụng, Khối u rõ, kèm kháng thành bụng
<b>Bệnh quanh hậu môn</b>	Không/mảnh da thừa không triệu chứng	1-2 đờ không đau, đờ ít	Đờ hoạt động, đau hoặc áp-xe	
<b>Triệu chứng ngoại đường tiêu hóa (Sốt ≥ 38,5°C trong 3 ngày trong tuần qua, viêm khớp, viêm màng mạch, viêm da hoại tử, lồng ruột, táo bón, tiêu chảy)</b>	Không		1	>2

- <10 điểm chứng tỏ bệnh không hoạt động, 11- 30 điểm chứng tỏ bệnh hoạt động nhẹ, và > 30 điểm chứng tỏ bệnh hoạt động trung bình-nặng. Điểm PCDAI giảm 12,5 điểm chứng tỏ bệnh đang diễn tiến tốt.

**Bảng 3:** Chỉ số hoạt động viêm loét đại tràng ở trẻ em (PUCAI)

		Điểm
(1) Đau bụng		
Không đau	0	
Đau có thể chịu đựng được	5	
Đau không thể chịu đựng được	10	
(2) Xuất huyết trực tràng		
Không	0	
Lượng ít, < 50% số lần đi tiêu	10	
Lượng ít với phần lớn số lần đi tiêu	20	
Lượng nhiều (> 50% thể tích phân)	30	
(3) Tinh chất phân		
Có khuôn	0	
Có khuôn một phần	5	
Hoàn toàn không có khuôn	10	
(4) Số lần đi tiêu trong 24 giờ		
0-2	0	
3-5	5	
6-8	10	
> 8	15	
(5) Đi tiêu ban đêm (bất kỳ đợt đi tiêu nào gây thức giấc)		
Không	0	
Có	10	
(6) Mức độ sinh hoạt		
Không giới hạn sinh hoạt	0	
Thỉnh thoảng giới hạn sinh hoạt	5	
Giới hạn sinh hoạt nặng	10	
Tổng điểm PUCAI (0-85)		

- < 10 điểm chứng tỏ lùi bệnh, 10-34 là bệnh nhẹ, 35-64 là bệnh trung bình, 65-85 là bệnh nặng. Đáp ứng tốt trên lâm sàng được định nghĩa là điểm PUCAI thay đổi ≥ 20 điểm

**Bảng 4:** Cách giảm liều steroid trong bệnh Crohn cũng như VLĐT

Tuần 1	Tuần 2	Tuần 3	Tuần 4	Tuần 5	Tuần 6	Tuần 7	Tuần 8	Tuần 9	Tuần 10	Tuần 11
40	40	30	30	25	25	20	15	10	5	0
35	35	30	30	25	20	15	15	10	5	0
30	30	30	25	20	15	15	10	10	5	0
25	25	25	20	20	15	15	10	5	5	0
20	20	20	15	15	12,5	10	7,5	5	2,5	0
15	15	15	12,5	10	10	7,5	7,5	5	2,5	0



# VIÊM TỤY CẤP

## I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm của tuyến tụy dẫn đến tổn thương tế bào nang tuyến do sự tiêu hủy của các men tụy. Diễn tiến viêm tụy cấp có thể nhẹ, tự khỏi cho đến nặng gây nguy hiểm đến tính mạng do các biến chứng, hoặc tái phát, hoặc thành mạn tính.

Viêm tụy cấp gọi là tái phát khi xảy ra ít nhất 2 đợt viêm tụy và bệnh nhân hoàn toàn hết đau kéo dài trên 1 tháng hoặc amylase và lipase trở về bình thường giữa 2 đợt.

Viêm tụy cấp ở trẻ em do nhiều nguyên nhân khác nhau, đáng chú ý 15-30% là vô căn.

- Bệnh lý về đường mật (10-30%).
- Bệnh lý toàn thân (10-50%): nhiễm trùng, nhiễm siêu vi, IBD, IBS, HU.
- Thuốc (5-25%): valproic acid, l-asparaginase, 6-mercaptopurin, azathioprine, mesalasamine, furosemide, tacrolimus, steroids, trimethoprim/sulfamethoxazole.
- Chấn thương (10-20%).
- Bệnh chuyển hóa (5-10%).
- Đột biến gen (hiếm).

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Công việc chẩn đoán

#### a. Hỏi

- Đau bụng: đau thường xảy ra bất ngờ, đau tăng dần và có thể đau dữ dội vài giờ sau, thường khu trú vùng thượng vị, quanh rốn,  $\frac{1}{4}$  bụng trên phải, đau có thể lan ra sau lưng, đau tăng lên sau khi ăn. Tư thế giảm đau: nằm nghiêng, mông và gối gấp vào bụng hoặc ngồi thẳng lưng.
- Ói: xảy ra trong đa số các trường hợp (70%) và ói vẫn không làm giảm đau. Nếu không tìm được nguyên nhân gây ói, cần nghĩ đến viêm tụy.
- Cần chú ý đến những bệnh lý, đang dùng thuốc có thể là nguyên nhân gây viêm tụy cấp.

### b. Thăm khám

- Ám đau vùng thượng vị, có thể lan ra sau lưng.
- Nhu động ruột giảm hoặc liệt ruột.
- Vàng da nhẹ có thể xảy ra trong viêm tụy tự phát, nhưng vàng da nặng hoặc trung bình gợi ý viêm tụy do sỏi mật.
- Tìm dấu hiệu viêm tụy cấp nặng:
  - Vẻ mặt nhiễm độc, nhiễm khuẩn.
  - Dấu mắt nước.
  - Dấu hiệu sốc.
  - Suy hô hấp.
  - Da đổi màu xanh tím vùng quanh rốn (*dấu Cullen*) hoặc da đổi màu xanh tím vùng hông (*dấu Grey Turner*) trong viêm tụy thể xuất huyết.
  - Tràn dịch màng phổi.

### c. Cận lâm sàng

- Công thức máu: Hct tăng, có thể giảm do xuất huyết; bạch cầu tăng.
- Amylase máu: thường tăng trên 3 lần trị số bình thường tối đa và tồn tại trong 3-5 ngày, tuy nhiên mức độ tăng có thể không tương ứng với mức độ nặng của bệnh. Khoảng 10-15% trường hợp viêm tụy cấp amylase máu có thể bình thường lúc khởi đầu.
- Amylase nước tiểu tăng và tồn tại hơn 2 tuần, có giá trị khi amylase máu tăng chưa đến 3 lần.
- Lipase máu tăng gấp 3 lần bình thường, có độ đặc hiệu cao hơn amylase máu, nên đo lipase máu trong trường hợp nghi ngờ viêm tụy mà amylase máu bình thường. Lipase máu tăng từ giờ thứ 6 khi bắt đầu triệu chứng, đạt đỉnh vào giờ thứ 24 - 30 và tăng kéo dài hơn 1 tuần.
- Ion đồ, đường huyết, triglyceride, LDH, urê, creatinin, chức năng gan.
- Khí máu trong trường hợp bệnh nặng.
- Siêu âm bụng: có vai trò lớn trong chẩn đoán và theo dõi bệnh. Siêu âm có thể thấy tuyến tụy lớn, phù nề, bờ không rõ, giảm mật độ echo, có thể có dịch hoặc áp-xe. Khoảng 20% trường hợp viêm tụy cấp có thể bình thường dưới siêu âm lúc khởi đầu.
- Cấy máu: khi nghi ngờ nhiễm trùng hoặc khi có hoại tử tụy.
- Các xét nghiệm tìm nguyên nhân khác.
- X quang bụng không sửa soạn: khi cần loại trừ tắc ruột, thủng ruột.
- CT scanner: trong trường hợp có chấn thương bụng hoặc để đánh giá độ nặng, biến chứng.
- MRCP: không thực hiện trong đợt cấp, khi nghi ngờ bất thường giải phẫu tụy.
- Giải trình tự đầy đủ (exon & intron) tất cả các gene PRSS1, CPA1, SPINK1, CTRC và CFTR và test lại allele gene CEL: cho bệnh nhân viêm tụy vô căn đợt 2 hoặc vô căn lần đầu + có tiền căn gia đình viêm tụy cấp/mạn.



**Thang điểm Balthaza:****Balthazar 1985 (1)**

Phân độ	Hình ảnh tụy	Điểm
Độ A	Tụy bình thường	0
Độ B	Tụy tăng kích thước lan tỏa hoặc khu trú	1
Độ C	Đàm độ tụy không đồng nhất, thâm nhiễm mô quanh tụy	2
Độ D	Có 1 ổ tụ dịch quanh tụy	3
Độ E	Có ≥ 2 ổ tụ dịch hoặc 1 ổ tụ dịch có khí bên trong	4

**Balthazar bổ sung 1990 (2)**

Không có hoại tử 0 điểm.

Hoại tử &lt; 30% 2 điểm.

Hoại tử 30 - 50% 4 điểm.

Hoại tử &gt; 50% 6 điểm.

**Chỉ số độ nặng trên CT scanner: (1) + (2)**

&lt; 3 điểm: tỷ lệ biến chứng nặng 8%, tỷ lệ tử vong 6%.

4 - 6 điểm: tỷ lệ biến chứng nặng 35%, tỷ lệ tử vong 6%.

7 - 10 điểm: tỷ lệ biến chứng nặng 92%, tỷ lệ tử vong 17%.

**2. Chẩn đoán****a. Chẩn đoán xác định: theo tiêu chuẩn INSPIRE, khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:**

- Đau bụng kiểu viêm tụy cấp.
- Amylase máu và/hoặc lipase máu tăng gấp 3 - 4 lần bình thường.
- Hình ảnh học phù hợp viêm tụy cấp.

**b. Chẩn đoán có thể:** đau bụng không điển hình + Ói + Amylase máu bình thường hoặc tăng nhẹ + Amylase nước tiểu tăng ± Siêu âm bụng nghi ngờ VTC: tuyến tụy lớn, phù nề, giảm mật độ echo.**c. Chẩn đoán độ nặng**

- Nhẹ: không có triệu chứng suy cơ quan và không có biến chứng tại chỗ.
- Vừa: có triệu chứng suy cơ quan thoáng qua (không kéo dài quá 48g) hoặc có biến chứng tại chỗ (hoại tử tụy, tụ dịch quanh tụy).
- Nặng: suy cơ quan kéo dài hơn 48g (sốc, suy thận, suy hô hấp).

**d. Chẩn đoán phân biệt**

- Xoắn ruột: vị trí mạch máu mạc treo bất thường/siêu âm màu.
- Thủng ruột: liềm hơi dưới hoành/X quang bụng không sửa soạn.
- Tắc ruột: hình ảnh mức nước hơi/X quang bụng không sửa soạn.

### III. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc

- Cho tụy nghỉ ngơi và ngăn cản quá trình tự tiêu hủy tuyến tụy.
- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan.
- Điều trị nguyên nhân nếu có.
- Theo dõi sát, phát hiện sớm các biến chứng.
- Chỉ định ngoại khoa kịp thời.

#### 2. Xử trí ban đầu

- Xử trí cấp cứu: sốc, suy hô hấp, suy thận, viêm tụy hoại tử nhiễm trùng hoặc xuất huyết.
- Xử trí đặc hiệu:
  - Dịch truyền: dung dịch tinh thể LR hoặc NS, liều 1,5 - 2 nhu cầu cơ bản kèm theo theo dõi lượng nước tiểu trong 24-48 g đầu.
  - Giảm đau: bằng morphin hoặc meperidine IV nếu không đáp ứng với acetaminophen hoặc NSAIDs.
  - Đặt sonde hút dịch dạ dày (nhất là ở những bệnh nhân có ói).
  - Kháng sinh: trong trường hợp nặng, xem xét trong trường hợp trung bình, không chỉ định trong trường hợp nhẹ.

#### 3. Xử trí tiếp theo

Theo dõi tri giác, M, HA, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng đau bụng, amylase máu

- Nếu đáp ứng tốt: lâm sàng cải thiện thường từ 2 đến 4 ngày sau, hết ói, đau bụng giảm dần và hết hẳn, amylase máu tăng qua đỉnh và giảm dần, có thể cho chế độ ăn bắt đầu bằng carbonhydrat như nước đường. Nếu lâm sàng ổn định và amylase máu không tăng lại thì chuyển dần sang nước cháo → cháo đường → sữa đậm đặc thủy phân → cháo thịt nạc → cháo thịt có dầu mỡ.
- Nếu đáp ứng không tốt: sau 3 ngày điều trị BN vẫn tiếp tục đau bụng, sốt, tiền sốc, nhiễm trùng nhiễm độc, xuất hiện dấu Cullen, Grey-Turner, amylase tăng kéo dài, đường huyết tăng, bạch cầu tăng, hạ canxi máu cần lưu ý các biến chứng: viêm tụy xuất huyết hoại tử, u nang giả tụy, áp-xe tụy → siêu âm kiểm tra và hội chẩn ngoại khoa, cho kháng sinh khi có hoại tử tụy hoặc nghi ngờ áp-xe tụy, nuôi ăn tĩnh mạch. Kháng sinh dùng trong viêm tụy hoại tử nhiễm trùng là loại thẩm qua mô hoại tử như: Carapenem, quinolones, và metronidazole.

#### 4. Biến chứng

- Hầu hết sẽ ổn định trong vòng 7 - 10 ngày mà không có biến chứng.
- 13 - 20% sẽ kéo dài và có biến chứng.
- Tụ dịch quanh tụy và nang giả tụy:
  - Là biến chứng thường gặp nhất (13-16%), thường sau chấn thương.
  - Nghi ngờ nang giả tụy nếu đợt cấp không thuyên giảm, mass ở bụng hoặc viêm tụy tái lại.
  - Chẩn đoán dựa vào siêu âm, CT scan.



- Đa số đáp ứng với điều trị bảo tồn nội khoa nhưng mặc dù hiếm cũng có thể vỡ nang giả tụy ( $> 10$  cm cần theo dõi sát). Nang có thể vỡ vào ổ bụng gây cổ chướng hoặc vào mạch máu gây xuất huyết, sốc.
- Viêm tụy hoại tử, viêm tụy xuất huyết.
- Áp-xe tụy.
- Bệnh não do tụy: bệnh có thể biểu dạng Wernick hoặc hôn mê rồi tử vong. Dự phòng bằng Vitamin B1, kháng sinh nếu có hoại tử tụy.

## 5. Chỉ định ngoại khoa (xem bài viêm tụy cấp nặng)

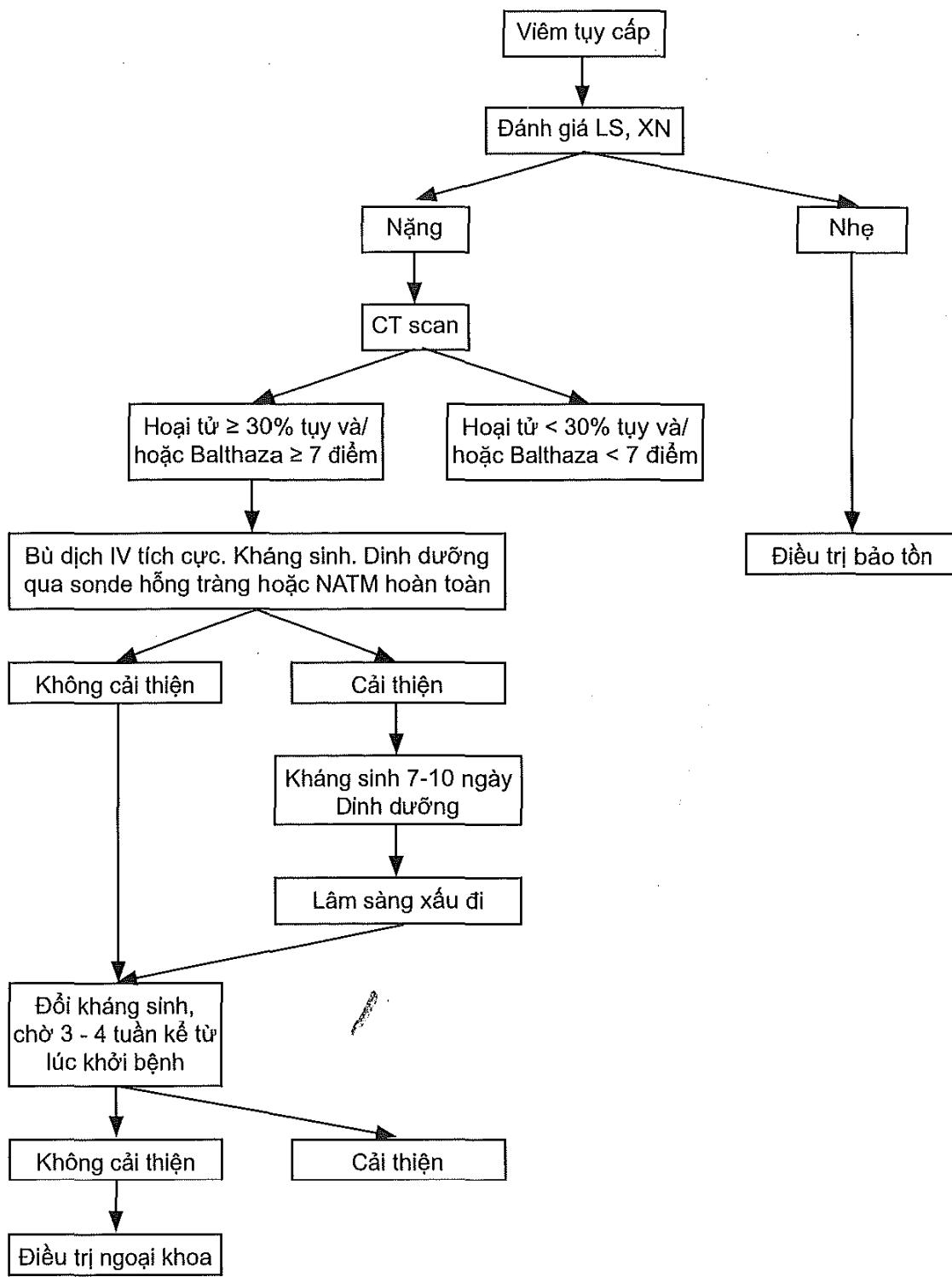
- Viêm tụy hoại tử kèm ói nhiều, chướng bụng, đau khi ăn, vẻ mặt nhiễm khuẩn nhiễm độc.
- Áp-xe tụy kích thước  $> 3$  cm.
- Viêm tụy xuất huyết.
- Nang giả tụy tăng kích thước nhanh hoặc kích thước  $> 5$  cm hoặc tồn tại  $> 4$  tuần.

Vấn đề	Mức độ chứng cứ	Mức độ khuyến cáo	Tài liệu tham khảo
Chẩn đoán viêm tụy cấp dựa vào ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn: đau bụng, amylose máu hoặc lipase máu $\geq 3$ lần giới hạn trên bình thường, chẩn đoán hình ảnh đặc trưng.	Trung bình	Mạnh	Painiczky A, Abu-El-Haija M, Huwail S, et al. EPC/HPSG evidence-based guidelines for the management of paediatric pancreatitis. <i>Pancreatology</i> . 2018
Cần loại trừ bất thường mật tụy khi có chẩn đoán viêm tụy cấp tái phát	Thấp	Khuyến cáo	
Tren bệnh nhân viêm tụy và cần đổi 2 hoặc lén đều nhưng có tiền căn gia đình viêm tụy cấp/máu ở người bình thường (từ dày dặn (exon & intron) đến cả các gene PRSS1, CPAP, SPINK1, CTRC và CFTR và test lại allele gene CEL để tìm nguyên nhân	Cao	Mạnh	

### Mức độ chứng cứ:

- Cao: nghiên cứu thêm cũng không làm thay đổi độ tin cậy trong ước lượng hiệu quả.
- Trung bình: nghiên cứu thêm có thể có tác động quan trọng trong thay đổi độ tin cậy và thay đổi ước lượng hiệu quả.
- Thấp: cần nghiên cứu thêm.
- Rất thấp: ước lượng hiệu quả không chắc chắn.

## LƯU ĐỒ XỬ TRÍ VIÊM TỤY CẤP



TIỂU HÓA  
21

# VIÊM TỤY CẤP NẶNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm tụy cấp là tiến trình tự hủy mô tụy do chính men tụy.
- Phần lớn viêm tụy cấp ở trẻ em mức độ trung bình, tự giới hạn và hồi phục.
- Viêm tụy cấp nặng khi có tổn thương cơ quan (tim mạch, hô hấp và/hoặc thận) hoặc tụy bị hoại tử nhiễm trùng, xuất huyết, gấp khoảng 20 - 30%.
- Tử vong cao gần 50% khi có suy đa tạng.
- Biến chứng bao gồm biến chứng toàn thân và tại chỗ. Trong đó, biến chứng toàn thân xảy ra sớm là do đáp ứng viêm toàn thân (tăng cytokin trong máu), trái lại, biến chứng tại chỗ thường xảy ra muộn sau 1 - 2 tuần.
- Biến chứng:
  - Biến chứng toàn thân: sốc, hội chứng suy hô hấp cấp, nhiễm khuẩn, suy thận cấp, đông máu nội mạch lan tỏa.
  - Biến chứng tại chỗ: tụ dịch quanh tụy, u nang giả tụy, hoại tử tụy vô trùng, nhiễm trùng, áp-xe tụy, viêm phúc mạc, tăng áp lực ổ bụng.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Bệnh sử

- Đau bụng.
- Nôn ói.
- Tiêu chảy.
- Sốt.

### 2. Lâm sàng

Khám thực thể: nghèo nàn:

- Bụng: chướng, dịch ổ bụng, phản ứng thành bụng, tăng áp lực ổ bụng.
- Sốc.
- Tiêu ít hoặc vô niệu.
- Khó thở.
- Nôn máu, tiêu phân đen, xuất huyết da.
- Sốt ( $\pm$ ).
- Vàng da ( $\pm$ ) khi có tổn thương gan hay chèn ép, sỏi ống mật.

### 3. Xét nghiệm

- Công thức máu: bạch cầu tăng, nhất là bạch cầu đa nhân trung tính.
- CRP hoặc procalcitonin tăng trong viêm tụy hoại tử nhiễm khuẩn hoặc bội nhiễm.

- Sinh hóa:

- Amylase máu tăng (mức độ tăng amylase không tương quan với mức độ viêm tụy), bình thường amylase máu 23 - 85 U/L.
- Amylase niệu tăng.
- Lipase máu tăng có giá trị chẩn đoán hơn Amylase, bình thường lipase máu 0 - 160 U/L.
- LDH tăng.
- Đường máu tăng cao: nặng.
- Lipid máu tăng.
- Canxi máu giảm (bình thường 3,2 - 3,65 mmol/l), sau 48 giờ canxi máu giảm (nặng), hoại tử mô tụy càng rộng thì canxi càng hạ thấp.
- Ure máu tăng, bilirubin, phosphatase kiềm, SGOT tăng.
- Nước tiểu: hồng cầu, trụ hạt, protein niệu.
- Siêu âm bụng:
  - + Chỉ định: tất cả trường hợp nghi ngờ viêm tụy cấp.
  - + Tụy to, niêm mạc thô, có dịch quanh tụy, có thể có sỏi tụy, sỏi mật.
- X quang bụng: không có liềm hơi, không có mức nước, mức hơi trong ổ bụng. Có thể thấy chướng hơi đại tràng, dạ dày.
- CT Scan: chỉ định khi viêm tụy cấp nặng trong vòng 72 - 96 giờ đầu.
- Chụp MRI mật tụy ngược dòng (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography: MRCP) hoặc nội soi mật tụy ngược dòng (EndoscopicRetrograde Cholangiopancreatography: ERCP) nếu có điều kiện khi nghi ngờ nguyên nhân là sỏi ống mật chủ.



#### 4. Chẩn đoán viêm tụy cấp nặng

- Viêm tụy cấp: có ≥ 2 dấu hiệu:
  - Đau bụng kiểu viêm tụy cấp.
  - Amylase máu và/hoặc lipase máu ≥ 3 lần giới hạn bình thường trên.
  - Hình ảnh siêu âm hoặc CT/MRI gợi ý viêm tụy cấp.
- Kèm một trong các dấu hiệu sau:
  - Sốc.
  - Hội chứng suy hô hấp gấp.
  - Nhiễm khuẩn huyết.
  - Suy thận cấp.
  - Tụ dịch quanh tụy hoặc u nang giả tụy.
  - Hoại tử tụy.
  - Áp-xe tụy.
  - Viêm phúc mạc.
  - Tăng áp lực ổ bụng.

#### 5. Chẩn đoán phân biệt

- Sốc nhiễm khuẩn.
- Thủng dạ dày, ruột.
- Tắc ruột.
- Viêm phúc mạc.
- Nhồi máu mạc treo.
- Nhồi máu cơ tim.

### III. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc điều trị

- Hỗ trợ hô hấp.
- Hồi sức sốc nếu có.
- Nhịn ăn đường miệng: giảm tiết men tụy.
- Truyền dịch.
- Điều trị rối loạn điện giải.
- Kháng sinh.
- Phát hiện và điều trị kịp thời các biến chứng.
- Phẫu thuật khi có chỉ định.
- Điều trị nguyên nhân.

#### 2. Điều trị: viêm tụy cấp nặng phải được điều trị và theo dõi tại khoa hồi sức.

##### a. Điều trị nội khoa bảo tồn

- Hỗ trợ hô hấp:
  - Thở oxy.
  - ARDS (xảy ra khoảng 15 - 25% viêm tụy cấp, do cytokin, tử vong cao gần 50%):
    - + Thở áp lực dương liên tục qua mũi.
    - + Thở máy với thể tích khí lưu thông thấp 6 ml/kg kết hợp PEEP cao.
  - Hồi sức sốc:
    - + Sốc trong viêm tụy cấp là sốc giảm thể tích đơn thuần do tăng cytokin hoặc kết hợp với nhiễm khuẩn.
    - + Xảy ra trong tuần đầu.
    - + Bù dịch nhanh Lactate Ringer hoặc Normal Saline 20ml/kg/giờ, cao phân tử khi thất bại với điện giải.
    - + Sử dụng Adrenaline khi thất bại với bù dịch.
  - Kháng sinh:
    - + Chỉ định tất cả viêm tụy cấp nặng hoặc procalcitonin tăng hoặc chọc hút dịch quanh tụy/có mủ.
    - + Kháng sinh vào mô tụy cao: Aminoglycoside, Cephalosporin thế hệ 3, Piperacillin/Tazobactam, Quinolone (Ciprofloxacin và Moxifloxacin), Carbapenem, Metronidazole (vi khuẩn kị khí).
    - + Nhiễm khuẩn huyết: kháng sinh Imipenem hoặc Meropenem kèm Aminoglycosid.
    - + Viêm tụy nhiễm khuẩn hoặc chưa loại trừ nhiễm khuẩn: Ciprofloxacin kèm Metronidazole.
      - Điều trị rối loạn đông máu nếu có.
      - Giảm tiết men tụy:
        - Đặt sonde dạ dày, hút dịch dạ dày ngắt khoảng khi bụng chướng căng.
        - Nhịn ăn đường miệng.
        - Thuốc ức chế men tụy Protease không khuyến cáo.
      - Truyền dịch và điều trị rối loạn điện giải:

- Truyền dịch: Dextrose 5% trong Normal Saline 1,5 - 2 lần nhu cầu cơ bản và theo dõi lượng nước tiểu trong 24 - 48 giờ đầu, giữ lượng nước tiểu  $\geq 1\text{ml/kg/giờ}$ .
- Thời gian truyền dịch: 24 - 48 giờ.
- Điều trị hạ canxi huyết, hạ natri máu, hạ kali máu nếu có.
- Điều trị tăng đường huyết bằng insulin truyền tĩnh mạch giữ đường huyết từ 80 - 120 mg/dL.
- Giảm đau: Morphine hoặc Fentanyl.
- Probiotics: không khuyến cáo do không hiệu quả.
- Dinh dưỡng:
  - Nhịn ăn uống đường miệng.
  - Dinh dưỡng tĩnh mạch từ 1 - 2 tuần. Hiện nay chưa có bằng chứng dung dịch lipid là chống chỉ định.
  - Bắt đầu ăn qua sonde hống tràng sớm thường sau 1 tuần, khi lâm sàng ổn định, hết đau bụng, không biến chứng, men tụy giảm về gần mức bình thường và phải theo dõi sát.
  - Sữa cho qua sonde hống tràng được chọn: sữa thủy phân hoàn toàn (pregestimil), sữa thủy phân một phần, sữa acid amin chuỗi phân nhánh hoặc sữa triglyceride chuỗi trung bình.
  - Trong trường hợp không có sonde hống tràng có thể tập cho ăn đường miệng hoặc qua sonde dạ dày bắt đầu với nước đường.
  - Ngưng cho ăn qua sonde hống tràng khi bệnh nhân đau bụng, bụng chướng hoặc men tụy tăng, đặc biệt là tăng lipase và chuyển sang dinh dưỡng tĩnh mạch trở lại.
- Lọc máu liên tục:
  - + Mục đích loại bỏ bớt cytokin và các chất biến dưỡng.
  - + Chỉ định:
    - Suy thận cấp.
    - Sốc nặng không kèm đáp ứng với bù dịch và vận mạch.
    - Tổn thương cơ quan.
- Phát hiện và điều trị kịp thời các biến chứng:
  - + Tăng áp lực ổ bụng: nghĩ đến tăng áp lực ổ bụng khi bụng căng chướng, vòng bụng tăng, tăng PIP kèm ứ CO<sub>2</sub> khi thở máy hoặc siêu âm có nhiều dịch trong ổ bụng. Nếu áp lực ổ bụng (áp lực bằng quang)  $> 27 \text{ cmH}_2\text{O}$  là có hội chứng chèn ép ổ bụng giảm tưới máu cơ quan gây suy cơ quan, cần chọc hút ổ bụng giải áp (xem phác đồ tăng áp lực ổ bụng).
  - + Viêm tụy hoại tử nhiễm khuẩn/áp-xe tụy (siêu âm hoặc CT):
    - Nghĩ đến nhiễm khuẩn khi có hơi trong mô tụy hoại tử hoặc bạch cầu, CRP tăng cao.
    - Kháng sinh phổ rộng Imipenem hoặc Meropenem kèm Aminoglycosid.
    - Chọc hút mủ dưới hướng dẫn của siêu âm thường sau 4 tuần khi ổ mủ có thành bao bọc.
  - + Tụ dịch quanh bao tụy hoặt nang giả tụy:
    - Chẩn đoán dựa trên siêu âm hoặc CT scanner.
    - Điều trị nội khoa bảo tồn.

- Theo dõi biến chứng nhiễm khuẩn, xuất huyết, tăng kích thước.
- Chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm khi kích thước to > 6 cm và kéo dài > 6 tuần.

### b. Phẫu thuật

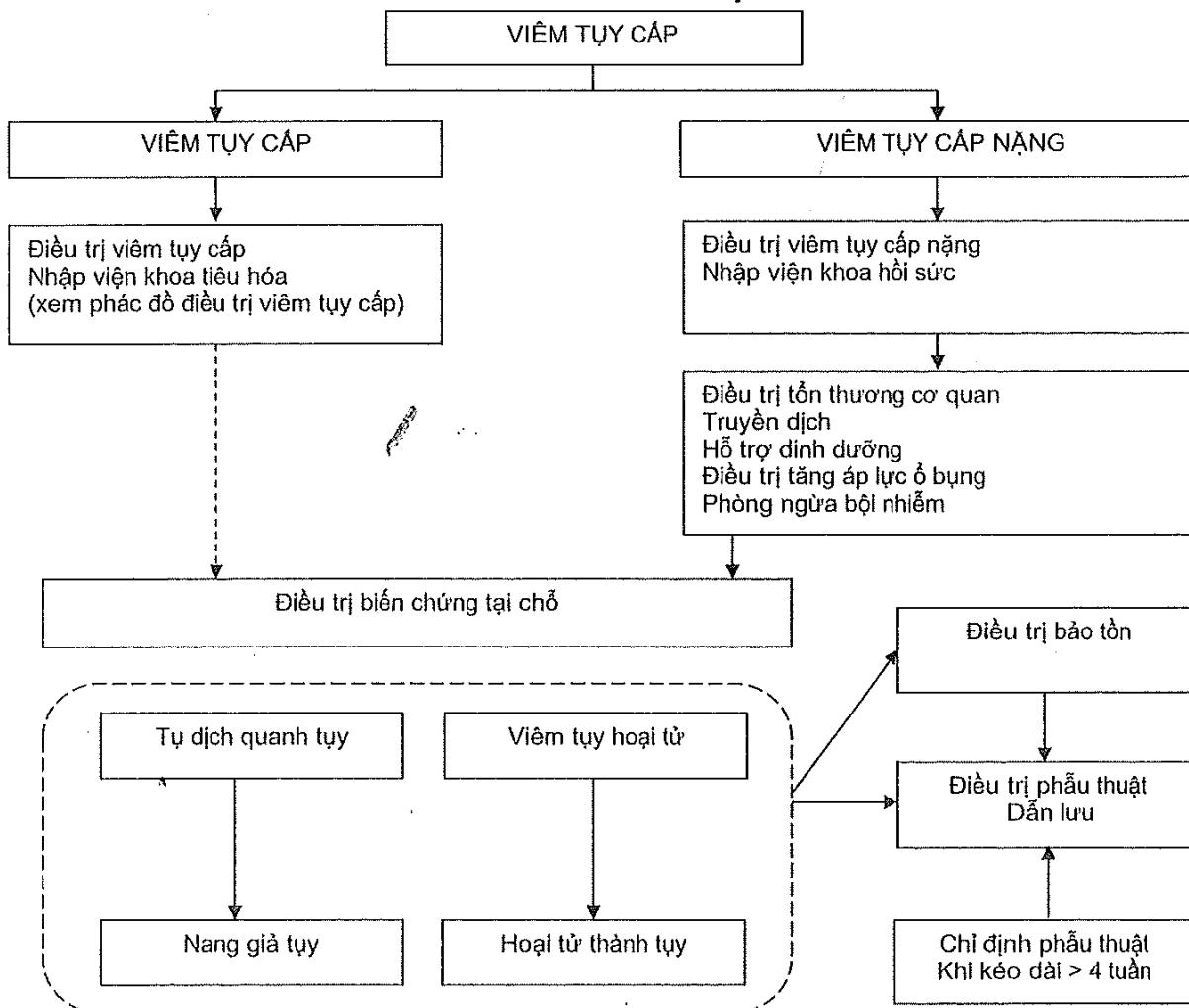
Chỉ định:

- Viêm phúc mạc.
- Xem xét phẫu thuật giải áp ổ bụng khi áp lực ổ bụng > 35 cmH<sub>2</sub>O kèm thắt bại điều trị nội khoa bảo tồn.
- Áp-xe tụy khi thắt bại chọc hút.
- Sỏi túi mật (có thể nội soi lấy sỏi mật) khi bệnh nhân ổn định.

## IV. THEO DÕI

- Dấu hiệu sinh tồn, SpO<sub>2</sub>.
- Lipase máu, amylase máu và nước tiểu.
- Tình trạng bụng, đo áp lực ổ bụng, bụng ngoại khoa.
- Lượng dịch xuất nhập.

### LƯU ĐỒ XỬ TRÍ VIÊM TỤY CẤP



# TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

## I. ĐỊNH NGHĨA

Trào ngược dạ dày thực quản (TNDDTQ) là từ dùng để chỉ sự hiện diện chất chứa trong dạ dày ở thực quản. Trào ngược dạ dày thực quản có thể sinh lý, chức năng (không ảnh hưởng sinh hoạt và phát triển thể chất của trẻ) hoặc bệnh lý có thể gây ra suy dinh dưỡng, viêm thực quản và một số biến chứng hô hấp khác, thậm chí tử vong.

Phần này chỉ đề cập đến TNDDTQ ở trẻ từ 2 tháng tuổi trở lên.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Công việc chẩn đoán

#### a. Hỏi bệnh

- Ói, ợ sữa hoặc thức ăn liên quan tới bữa ăn.
- Quấy khóc vô cớ, biếng ăn.
- Ói máu, triệu chứng thiếu máu mạn.
- Đau bụng, cảm giác rát bỏng sau xương ức, khó nuốt (trẻ lớn).
- Triệu chứng hô hấp kéo dài: ho, khò khè, suyễn không đáp ứng điều trị, cơn ngừng thở.
- Tiền căn gia đình: dị ứng, khói thuốc.

#### b. Khám: toàn diện, chú ý.

- Tình trạng dinh dưỡng.
- Thiếu máu.
- Triệu chứng hô hấp.
- Bệnh lý đi kèm: bại não, hội chứng Down, các rối loạn chậm phát triển tâm thần khác...
- Quan sát gia đình cho trẻ ăn, bú.

#### c. Xét nghiệm

- Đo pH thực quản: tiêu chuẩn vàng nhưng chỉ có giá trị nghiên cứu, ít có ứng dụng thực tiễn, hiện chưa thực hiện được.
- Siêu âm ngực bụng: có > 3 lần trào ngược/5 phút trên siêu âm, xem như có TNDDTQ.
- X quang thực quản dạ dày cản quang:
  - Chiếu: có thể phát hiện trào ngược từ dạ dày lên thực quản.

- Chụp: khi nghi ngờ có viêm họng thực quản hoặc cần phân biệt bệnh lý làm hẹp đường tiêu hóa.
- Nội soi: nghi ngờ có viêm thực quản.
- Datacells, máu ẩn trong phân: khi có ói máu, thiếu máu.

## 2. Chẩn đoán

a. **Chẩn đoán xác định:** lâm sàng + đo pH thực quản 24 giờ.

b. **Chẩn đoán có thể**

- Trường hợp nhẹ: ọc 1 - 2 lần/ngày lượng ít, trẻ hoàn toàn khỏe mạnh, không suy dinh dưỡng + không có yếu tố nguy cơ + Điều trị bảo tồn có kết quả.
- Lâm sàng gợi ý + siêu âm (+).
- Lâm sàng gợi ý + đáp ứng điều trị.

c. **Chẩn đoán phân biệt:** theo triệu chứng nổi bật.

- Ói.
- Đau thượng vị, rát bǒng sau xương ức.
- Hô hấp.

## III. ĐIỀU TRỊ

1. **Nguyên tắc điều trị**

- Điều hòa hoạt động cơ thắt thực quản dưới.
- Tránh các yếu tố làm giảm trương lực cơ thắt thực quản dưới.
- Chỉ dùng thuốc khi có biểu hiện TNDDTQ bệnh lý.

2. **Điều trị đặc hiệu:** không có.

3. **Điều trị triệu chứng**

a. **Bước 1:** điều trị không dùng thuốc.

- Nằm sấp, kê đầu giường cao 30° hoặc đầu bằng. Cần lưu ý nằm sấp có thể làm tăng nguy cơ đột tử ở trẻ nhỏ.
- Làm q hơi sau bú.
- Tránh các yếu tố làm tăng áp lực ổ bụng: ho, bón, quần áo quá chật...
- Tránh các thuốc, thực phẩm làm giãn cơ thắt: anticholinergic, adrenergic, xanthine, khói thuốc lá, sôcôla...
- Làm đặc thức ăn. Thêm bột vào sữa ở trẻ bú bình. Chia nhỏ bữa ăn (không quá 7 lần/ngày).
- Nếu nghi ngờ dị ứng protein sữa bò: dùng sữa thủy phân protein trong 2 tuần hoặc loại trừ protein sữa bò ra khỏi chế độ ăn của mẹ nếu trẻ bú mẹ.

b. **Bước 2:** dùng thuốc. Khi bước 1 thất bại sau 1 tuần hoặc có dấu hiệu nặng (hô hấp). Thời gian điều trị thường là 8 tuần. Ngừng dùng nếu sau 1 tháng vẫn không có kết quả. Chú ý vẫn giữ bước 1 và thêm.

- Khi có viêm thực quản:

- Úc chế bơm proton được FDA Mỹ cho dùng ở trẻ em > 1 tuổi là Omeprazol, Esomeprazole và Lansoprazole: Omeprazole (1-4 mg/kg/lần): dùng liều thấp và tăng dần nếu không có hiệu quả. Uống buổi sáng, lúc đói, trước ăn 30 phút. Thời gian điều trị 12 tuần (hoặc lâu hơn nếu có viêm chợt thực quản).
- Famotidine 1 mg/kg/ngày tối đa 40 mg nếu dị ứng PPI.

c. **Chống ói trong TNDDTQ:** cần xác định trẻ ói chứ không phải trớ trước khi dùng thuốc chống ói.

- Domperidone: cải thiện làm trống dạ dày do úc chế thụ thể Dopamin ở CTZ. Liều dùng: 0,5 mg/kg/liều x 3-4 lần/ngày.
- Metoclopramide: chống nôn tác động lên thần kinh trung ương. Liều dùng: 0,1-0,2 mg/kg/lần tối đa 4 lần/ngày. Cần cân nhắc giữa hiệu quả và tác dụng phụ.

d. **Phẫu thuật: khi bước 2 thất bại.** Cần cân nhắc phẫu thuật sớm nếu có triệu chứng hô hấp nặng (cơn ngừng thở, bệnh phổi mạn).



#### IV. THEO DÕI

- Trường hợp nhẹ: 1 tuần để đánh giá đáp ứng, sau đó có thể ngừng tái khám.
- Trường hợp khác: 1 tuần trong tháng đầu, 1 lần sau 1 tháng. Sau đó mỗi 3 tháng để chỉnh liều theo cân nặng.

Vấn đề	Mức độ chứng cứ	Mức độ khuyến cáo	Tài liệu tham khảo
Không dùng nội soi để chẩn đoán TNDDTQ. Nội soi và sinh thiết chỉ dùng để đánh giá biến chứng viêm thực quản của TNDDTQ hoặc để chẩn đoán phân biệt bệnh nền khi có hoặc trước khi điều trị lâu tháng	Thấp	Khuyến cáo	ESPGHAN guide-lines 2018, Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines, J Pediatr Gastroenterol Nutr 2013;66(3):516-554.
Không dùng cách điều trị thử PPI để chẩn đoán TNDDTQ ở trẻ nhỏ	Thấp	Khuyến cáo	
Có thể điều trị thử 4-8 tuần PPI cho trẻ lớn có triệu chứng điển hình (rối loạn sau xung lực, đau thượng vị/sau xương ức) để chẩn đoán TNDDTQ bệnh IV	Thấp	Khuyến cáo	
Không dùng cách điều trị thử PPI để chẩn đoán TNDDTQ có các biểu hiện ngoại thực quản	Thấp	Khuyến cáo	
Có thể dùng chế độ ăn loại trừ sữa bò 2-4 tuần cho trẻ bú sữa công thức nếu không đáp ứng với các biện pháp không dùng sữa bò	Thấp	Khuyến cáo	

**Mức độ chứng cứ:**

- Cao: nghiên cứu thêm cũng không làm thay đổi độ tin cậy trong ước lượng hiệu quả.
- Trung bình: nghiên cứu thêm có thể có tác động quan trọng trong thay đổi độ tin cậy và thay đổi ước lượng hiệu quả.
- Thấp: cần nghiên cứu thêm.
- Rất thấp: ước lượng hiệu quả không chắc chắn.

# VÀNG DA Ứ MẬT TRẺ EM

## I. ĐẠI CƯƠNG

Vàng da ứ mật là tình trạng tăng bilirubin trực tiếp/máu > 1 mg% (nếu bilirubin toàn phần < 5 mg%) hoặc bilirubin trực tiếp/máu > 20% nếu bilirubin toàn phần > 5 mg%. Đây là hậu quả của rất nhiều bệnh. Xử trí vàng da ứ mật cần lưu ý các điểm sau: việc chẩn đoán cần phải nhanh chóng và quyết định được các nguyên nhân có thể điều trị được, cần phân biệt được tình trạng tắc mật ngoài gan với các rối loạn tắc mật trong gan vì can thiệp ngoại khoa sớm sẽ có tiên lượng tốt hơn và phát hiện các biến chứng nội khoa của tình trạng tắc mật vì điều trị sẽ cải thiện được kết quả cuối cùng và chất lượng cuộc sống nói chung.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Công việc chẩn đoán

#### a. Hỏi bệnh sử

- Tuổi hiện tại, tuổi khởi đầu vàng da (ngay sau sanh, ngày thứ 2 - 3, 4 - 7, sau 1 tuần, thời gian vàng da (kéo dài trong tháng đầu?). Tính chất phân (bạc màu, trắng, liên tục hay không, phân mỡ).
- Tiền sử gia đình: vàng da, khí phế thũng, chết trẻ em.
- Trước sanh: nhiễm khuẩn thai kỳ, nguy cơ viêm gan siêu vi, chủng ngừa của mẹ, thuốc dùng.
- Sau sanh: cân nặng lúc sanh, hạ đường huyết, ói, lị bì khó đánh thức sau khi cho bú, không phân su, phân bạc màu.
- Thuốc dùng.

#### b. Thăm khám

- Tổng trạng: dấu mắt nước, vẻ mặt nhiễm khuẩn.
- Sinh hiệu: M, HA, nhiệt độ, nhịp thở.
- Da: bầm máu, rash lan tỏa, vàng sậm màu ánh xanh, tươi cam nghệ, màu đồng, vết trầy xước do gãi.
- Hạch cổ, bẹn.
- Đầu: đầu nhỏ, bướu má, mắt cách xa nhau, trán quá cao, thóp rộng, chummer môi (pursed lips: hội chứng Zellweger).

- Mắt: (xin khám Mắt) đục thủy tinh thể, u vàng, viêm màng mạch võng mạc.
- Tim: âm thổi, nhịp tim.
- Ngực: rale bất thường.
  - Bụng: nhu động ruột, âm thổi vùng gan, đau hạ sườn phải, kích thước gan, bờ gan, lách, cổ chướng, rốn lồi.
  - Thần kinh: li bì, khó đánh thức, giảm trương lực cơ, rung vẩy.

**c. Cận lâm sàng:** (xem bảng 1).

**Bảng 1.** Cận lâm sàng trong xử trí vàng da ứ mật ở trẻ nhỏ

<b>Bước 1: tầm soát</b>
• Công thức máu, tiểu cầu đêm, hồng cầu mạng, phết máu.
• Bilirubin T, D, I, SGOT, SGPT, PAL, GGT,
• Đạm máu, albumin máu.
• Prothrombin time
• 10 chỉ số nước tiểu
• Máu phân
• Siêu âm bụng
<b>Bước 2: đánh giá</b>
Nhiễm:
• Cây máu, nước tiểu, dịch náo tuy nếu nghi ngờ.
• Huyết thanh chẩn đoán: CMV, virus viêm gan B, C, A (xem bài viêm gan), giang mai.
Chuyển hóa:
• Điểm đếm protein máu
• T3, T4, TSH nếu nghi ngờ
Cấu trúc:
• X quang tim phổi (nếu nghi ngờ)
• Xạ hình gan
• Sinh thiết gan

**2. Chẩn đoán nguyên nhân:** (xem bảng 2)

**a. Các nguyên nhân có thể điều trị**

- Vi khuẩn: xem bài nhiễm khuẩn sơ sinh.
- Viêm gan siêu vi: xem bài viêm gan siêu vi.

**Bảng 2.** Nguyên nhân vàng da tăng bilirubin trực tiếp ở trẻ nhỏ

<b>Các phẫu:</b>	<b>Bất thường chức năng tiết mật</b>
<b>Ngoài gan</b>	Hội chứng Dubin-Johnson Hội chứng Rotor Hội chứng Summerskill Bệnh Byler
<b>Thủng ống mật</b>	
<b>Bùn ống mật</b>	
<b>Sỏi mật/u tân sinh.</b>	
<b>Trong gan</b>	<b>Nhiễm</b>
Hội chứng Alagille	TORCH (Toxoplasmosis, Other agents, Rubella, CMV, H. simplex)
Giảm sản ống mật giàn thùy không phải hội chứng.	Giang mai
Bệnh Caroli.	HIV
Xo gan bẩm sinh.	Virus varicella-zoster
Mật đặc.	Cocksakies
Nội tiết: suy giáp, cận giáp	Virus viêm gan (A, B, C, D và E)
<b>Chuyển hóa/di truyền</b>	Echo virus
Thiểu α1-antitrypsin	Lao
Galactosemia	Nhiễm trùng Gram âm
Không dung nạp fructose	<i>Listeria monocytogenes</i>
Bệnh tích tụ glycogen	<i>Staphylococcus aureus</i>
Tyrosinemia	Nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng tiêu.
Hội chứng Zellweger	
Bệnh xơ gan	
	<b>Khác</b>
	Trisomie 17, 18, 21
	Nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn.
	Vàng da hậu phẫu
	Viêm gan sơ sinh vô căn.



- **Galactosemia:** ói và tiêu chảy xuất hiện vài ngày sau dùng sữa, vàng da và gan to xuất hiện trong vòng 1 tuần và có thể tăng hơn nếu có tán huyết nặng đi kèm. Đục thủy tinh thể, co giật, chậm phát triển tâm thần, nhiễm trùng do *E coli*. Đo galactose-1-phosphate uridyltransferase trong hồng cầu. Dùng chế độ ăn không có galactose sẽ cải thiện triệu chứng.
- **Bất dung nạp fructose:** bệnh di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường. Thiếu men fructose-1-phosphate aldolase ở gan, vỏ thận, ruột non. Triệu chứng xuất hiện sau khi trẻ dùng thực phẩm có fructose (thường ở lứa tuổi ăn dặm: trái cây, nước ép trái cây, rau...). Tuổi càng nhỏ, lượng fructose đưa vào càng nhiều triệu chứng càng nặng.
  - *Biểu hiện cấp tính:* đồ mồ hôi, run rẩy (trembling), ù tai, buồn nôn, ói, hôn mê, co giật.
  - *Biểu hiện mạn tính:* ăn kém, ói, suy dinh dưỡng, gan lách to, vàng da, xuất huyết, phù, cổ chướng).
  - Triệu chứng thường cải thiện khi loại bỏ fructose ra khỏi khẩu phần ăn.
  - Tiêu lượng tốt khi loại trừ sucrose và fructose ra khỏi chế độ ăn.
  - Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và test dung nạp fructose đường tĩnh mạch.
- **Suy giáp:** xem bài suy giáp.
- **Thuốc:** acetaminophen, INH, pemoline.
- Nuôi ăn tĩnh mạch.

## b. Bệnh lý ngoại khoa

### b.1. U nang đường mật

- Chẩn đoán nhờ siêu âm, lâm sàng có thể sờ thấy nang.
- Chụp đường mật có cản quang: thường không cần thiết.

### b.2. Teo đường mật

- *Chẩn đoán xác định:*
  - Chụp đường mật trong lúc mổ.
  - Lâm sàng + sinh thiết gan (+).
- *Chẩn đoán có thể:* lâm sàng + siêu âm không thấy túi mật/túi mật rất nhỏ sau nhịn bú.
- *Chẩn đoán loại trừ:* khi có 1 trong các điểm sau:
  - Tiêu phân vàng (phân có màu).
  - Có mật trong dịch hút dạ dày tá tràng.

**4 yếu tố gợi ý teo đường mật  
theo Alagille**

- Cân nặng lúc sanh: # 3.000g.
- Tiêu phân bạc màu/trắng; > 10 ngày liên tục/quan sát trong 3 ngày.
- Vàng da xuất hiện khoảng ngày 16 sau sanh.
- Gan to, chắc, bờ gồ ghề, có nốt.

c. **Viêm gan sơ sinh vô căn:** sau khi loại trừ bệnh ngoại khoa và làm hết xét nghiệm tìm nguyên nhân nhưng không có kết quả và trên sinh thiết gan có hiện tượng viêm gan đại bào có xáo trộn cấu trúc tiêu thùy gan. Chiếm khoảng 30%.

d. **Viêm gan CMV** (có thể kèm theo viêm võng mạc và giảm thính lực).

- Có nhiễm CMV: IgM +, PCR +, hay IgG con > mẹ.
- Và có bằng chứng viêm gan trên mô gan phù hợp : thể vùi CMV, hóa mô miễn dịch và hình ảnh viêm gan.

## III. ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG

Ngoại trừ các nguyên nhân có thể trị được và một số trường hợp viêm gan sơ sinh vô căn, hầu như các nguyên nhân còn lại đều đưa đến bệnh gan mạn tính. Xử trí mật mạn tính chủ yếu dựa vào kinh nghiệm.

### 1. Kém hấp thu, suy dinh dưỡng

- Bổ sung vitamin: mỗi ngày
  - A : 5.000 – 25.000 UI (loại tan trong nước).
  - D : 2.500 - 5.000 UI (cholecalciferol).  
3 - 5 µg/kg/ngày (25-OH cholecalciferol).
  - K : 2,5 - 5 mg cách ngày (phytonadione K1).
  - E : 50 - 400 UI (loại tan trong nước).
- Tań trong nước: 2 lần nhu cầu bình thường.
- Dùng MCT (triglycerid chuỗi trung bình) hoặc các sữa công thức có chứa MCT.
- Trẻ biếng ăn có thể đặt sonde dạ dày.

## 2. Xanthoma, ngứa

- Cholestyramin: 0,25 - 0,5 g/kg/ngày chia làm 2 - 3 lần (tác dụng phụ: tắc ruột, toan chuyển hóa, tăng clo máu, tiêu chảy phân mỡ).
- Phenobarbital: ngứa trong vàng da ứ mật trong gan, cản thận tác dụng phụ, liều dùng 5 - 10 mg/kg/ngày.
- Ursodeoxycholic: 15 - 30 mg/kg/ngày.

## 3. Tăng áp tĩnh mạch cửa: (xem bài tăng áp cửa).

### a. Cỗ chướng

- Giới hạn Na: 1 - 2 mEq/kg/ngày.
- Spironolacton: 3 - 5 mg/kg/ngày chia 3 - 4 lần, tăng liều khi cần, có thể lên đến 10 - 12 mg/kg/ngày.
- Chọc tháo + truyền albumin (1 - 2 g/kg trong 6 giờ) nếu cỗ chướng không đáp ứng điều trị như trên hoặc có ảnh hưởng chức năng hô hấp.

### b. Giãn tĩnh mạch thực quản, dạ dày

- Phòng: propranolol 2 - 8 mg/kg/24 giờ, uống chia 3 lần.
- Chích xơ qua nội soi.
- Vasopressin: 0,3 U/1,73m<sup>2</sup>/phút.

## 4. Viêm gan CMV

- Ganciclovir: 10 mg/kg TTM 2 lần/ngày khoảng 14-21 ngày. Theo dõi CTM. Ngưng khi bạch cầu hạt < 500 tế bào hay tiểu cầu < 25.000, hay Hb < 8 g/dl.



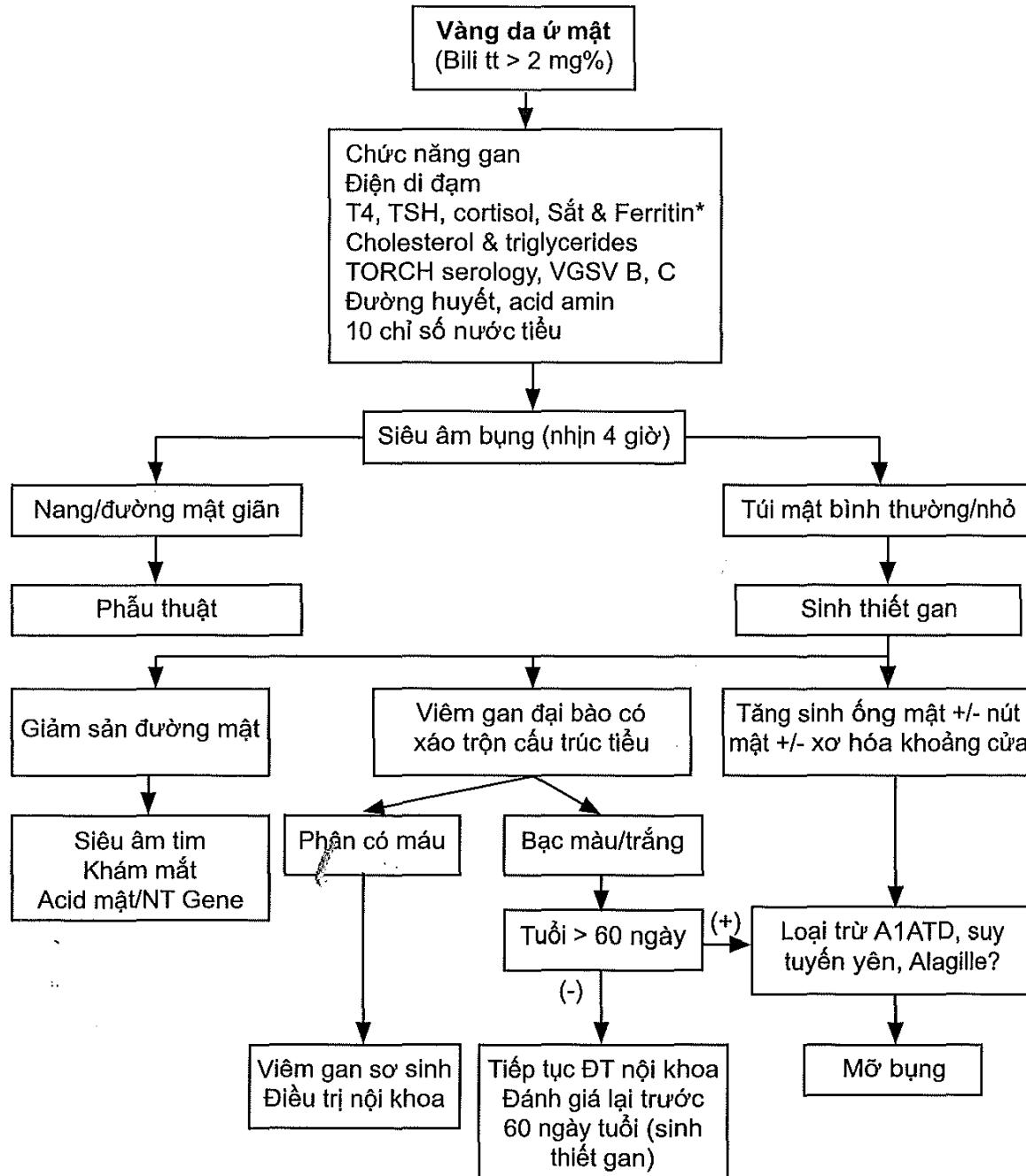
Vấn đề	Mức độ chứng cứ	Mức độ khuyến cáo	Tài liệu tham khảo
Nán tháo bilirubin trực tiếp/máu ném trẻ sơ sinh độn vàng da sau 2 tuần (nếu bú bình) hoặc 3 tuần (nếu bú mẹ)	Cao	Mạnh	Fawaz R, Baumgartner U, Ekong U, et al. Guideline for the Evaluation of Cholestatic Jaundice in Infants: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. <i>J Pediatr Gastroenterol Nutr</i> . 2017;64(1):154-168
Quan sát máu phân trực tiếp, rất quan trọng trong lượng giá trẻ vàng da ứ mật	Cao	Mạnh	Recommendaions of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. <i>J Pediatr Gastroenterol Nutr</i> . 2017;64(1):154-168
Siêu âm bụng được chỉ định với tất cả các trẻ vàng da ứ mật không rõ nguyên nhân	Cao	Mạnh	Recommendaions of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. <i>J Pediatr Gastroenterol Nutr</i> . 2017;64(1):154-168
Sinh thiết gan được chỉ định ở hầu hết các trẻ vàng da ứ mật nặng không rõ nguyên nhân	Trung bình	Mạnh	Recommendaions of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. <i>J Pediatr Gastroenterol Nutr</i> . 2017;64(1):154-168
Cần xét nghiệm tìm các nguyên nhân cho tái cát các trẻ vàng da cấp tính hoặc đã có chẩn đoán chung không đáp ứng điều trị ban đầu	Đồng thuận	Khuyến cáo	NASPGHAN 2004

### Mức độ chứng cứ:

- Cao: nghiên cứu thêm cũng không làm thay đổi độ tin cậy trong ước lượng hiệu quả.

- Trung bình: nghiên cứu thêm có thể có tác động quan trọng trong thay đổi độ tin cậy và thay đổi ước lượng hiệu quả.
- Thấp: cần nghiên cứu thêm.
- Rất thấp: ước lượng hiệu quả không chắc chắn.

## LƯU ĐỒ XỬ TRÍ VÀNG DA Ủ MẶT Ở TRẺ NHỎ \*\*



\* Đối với trẻ sơ sinh thiếu tháng: XN ban đầu và siêu âm bụng loại trừ nang đường mật, dinh dưỡng, dùng UDCA đến khi > 2,5 kg hoặc tuổi bằng trẻ đủ tháng, nếu còn vàng da và tiêu phân bạc màu thì sẽ sinh thiết gan. Mốc để đánh giá lại là 6 tuần kể từ khi trẻ được tính đủ tháng.

\*\* Nếu nghi ngờ

# TĂNG ÁP CỬA

## I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng áp cửa là tình trạng áp lực hệ tĩnh mạch cửa tăng bất thường và kéo dài. Nguyên nhân có thể là trước gan, tại gan hoặc sau gan (Bảng 1). Vì hệ cửa không có van, nên lưu lượng máu sẽ tăng và cũng làm tăng đồng thời áp lực hệ tạng. Hậu quả sẽ hình thành các tuẫn hoàn bàng hệ làm cho máu hệ cửa bỏ qua gan mà về hệ chủ, thường tại các vị trí như thực quản, dạ dày, đại tràng. Khi chênh lệch áp lực hệ cửa - chủ tăng vượt quá 12 mmHg thì sẽ có các biến chứng của tăng áp cửa như vỡ giãn tĩnh mạch, lách to cường lách, cổ chướng, bệnh não do gan.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Công việc chẩn đoán

#### a. Hỏi bệnh

- Xuất huyết tiêu hóa: là triệu chứng thường gặp nhất (50-90%) và có thể xảy ra ở trẻ nhũ nhi. Thường là ói máu, tiêu phân đen hoặc tiêu máu đỗ tươi (chảy máu nặng hoặc do trĩ).
- Tiền căn:
  - Nhiễm trùng sơ sinh (rốn, đặt catheter tĩnh mạch rốn, nhiễm trùng huyết, tiêu chảy).
  - Chấn thương, viêm tụy.
  - Bệnh gan trước đây.

#### b. Khám lâm sàng

- Lách to (25%).
- Cổ chướng.
- Tuần hoàn bàng hệ.
- Trĩ, đặc biệt ở trẻ nhỏ.
- Gan: có thể bình thường, to hoặc teo.
- Các dấu hiệu của bệnh gan mạn: suy dinh dưỡng, vàng da, ngón tay dùi trống, vú to ở bé trai, sao mạch, bàn tay són...

#### c. Biến chứng tim phổi: Biểu hiện qua 2 dạng là hội chứng gan-phổi và tăng áp phổi do hệ cửa.

- Hội chứng gan-phổi: biểu hiện lâm sàng: thở nhanh, mệt hơn khi vận động, khó thở khi thay đổi sang tư thế đứng, ngón tay dùi trống,  $\text{SpO}_2 < 96\%$ . Siêu âm tim có cản quang đánh giá tình trạng shunt trong phổi. Khi bệnh nhân có hội chứng gan phổi thì chỉ điều trị ghép gan là có hiệu quả.
- Tăng áp phổi do hệ cửa: được định nghĩa khi xuất hiện tình trạng tăng áp lực động mạch phổi  $> 25 \text{ mmHg}$  lúc nghỉ, tăng kháng lực mạch máu phổi trên bệnh nhân tăng áp cửa và loại trừ các nguyên nhân khác gây tăng áp phổi. Biểu hiện lâm sàng: mệt mỏi, thở nhanh, đau ngực, ngất, dấu hiệu suy tim (P). Chụp X quang ngực, siêu âm tim, chụp mạch máu qua can thiệp catheter giúp xác định chẩn đoán.

#### d. Đề nghị cận lâm sàng

- CTM, tiểu cầu đếm: cường lách?
- Đông máu toàn bộ.
- Chức năng gan.
- Siêu âm bụng (Doppler khi cần).
- Nội soi tiêu hóa trên: tìm và đánh giá mức độ giãn tĩnh mạch thực quản, dạ dày.
- Sinh thiết gan qua da: xác định nguyên nhân, đánh giá mức độ tổn thương gan.
- Chụp động mạch số xóa nền (DSA) hoặc CT cản quang: xác định nguyên nhân, vị trí.

**Bảng 1. Nguyên nhân tăng áp cửa**

Triệu chứng	Tại gan	Sau gan
<ul style="list-style-type: none"> <li>Huyết khối tĩnh mạch cửa*</li> <li>Hẹp/kéo窄narrowing tĩnh mạch cửa bẩm sinh*</li> <li>Huyết khối tĩnh mạch lách*</li> <li>Đo động tĩnh mạch</li> </ul>	<p>Tai xoang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Scleroderma gan bẩm sinh (Congenital hepatic fibrosis)</li> <li>Viêm gan mãn</li> <li>Bệnh lý tăng sinh Uy (bệnh Hodgkin, bạch cầu cao)</li> <li>Bệnh u hạt (nhiễm sán máng Schistosoma, lao)</li> <li>Bệnh Gaucher</li> <li>Nang gan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Budd-Chiari syndrome (tắc bất kỳ vị trí từ tĩnh mạch gan đến cửa hố tĩnh mạch chủ dưới vào nhĩ phải)</li> <li>Suy tim (P)</li> <li>Viêm màng ngoài tim cơ thể</li> </ul>
	<p>Tai xoang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Xo gan*</li> <li>Bệnh Wilson</li> <li>Bệnh ứ sát</li> <li>Viêm gan cấp</li> <li>Storage disease (gan nhiễm mỡ, rối loạn chuyển hóa glycogen, Niemann-Pick, thiếu hụt α1-antitrypsin)</li> </ul>	
	<p>Sau xoang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bệnh lý tắc nghẽn mạch máu (Veno-occlusive disease=VOD)</li> </ul>	

(\*: thường gặp)

## 2. Chẩn đoán xác định

- Tiêu chuẩn vàng: đợt áp lực hệ cửa trực tiếp. Đây là thủ thuật xâm lấn rất nguy hiểm nên rất ít làm.
- Chẩn đoán xác định khi có giãn tĩnh mạch thực quản trên nội soi.
- Chẩn đoán có thể: khi có các tình huống sau:
  - Lách to.
  - Tuần hoàn bàng hệ/trĩ ở trẻ nhỏ.
  - Cổ chướng dịch thám.
  - Xuất huyết tiêu hóa trên và siêu âm (+).

## 3. Chẩn đoán phân biệt

- Các nguyên nhân lách to, cổ chướng, tuần hoàn bàng hệ khác.
- Các nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa trên khác: có đến 30% trẻ có giãn tĩnh mạch thực quản nhưng lại xuất huyết từ các chỗ khác như dạ dày, tá tràng (viêm loét, bệnh dạ dày do tăng áp cửa).

## 4. Chẩn đoán vị trí

### a. Trước gan

- Thường có những đợt ói máu tái phát và lách to, hiếm khi có cổ chướng.
- Gan bình thường trên lâm sàng, xét nghiệm và siêu âm, không có tiền sử hoặc triệu chứng bệnh gan mạn tính.
- Tiền sử nhiễm trùng nặng trong thời kỳ sơ sinh hoặc nhũ nhi (nhiễm trùng rốn, tiêu chảy mất nước nặng, nhiễm trùng huyết, đặt catheter tĩnh mạch rốn kéo dài hoặc khó đặt). Tiền sử chấn thương, viêm tụy, viêm phúc mạc.
- Sinh thiết gan bình thường.

### b. Tại gan: triệu chứng bệnh gan mạn tính, gan thường teo hoặc cấu trúc thô trên siêu âm, xơ gan trên giải phẫu bệnh.

### c. Sau gan

- Thường bệnh cảnh cấp, đau bụng, gan to và đau, suy gan nhanh, cổ chướng lượng nhiều và luôn luôn có. Không có dấu hiện bệnh gan mạn. Mất phản hồi gan tĩnh mạch cổ. Có thể có vàng da, tiêu chảy, ói, ói máu.
- Có yếu tố tăng đồng, tắc nghẽn, bệnh lý tim mạch.

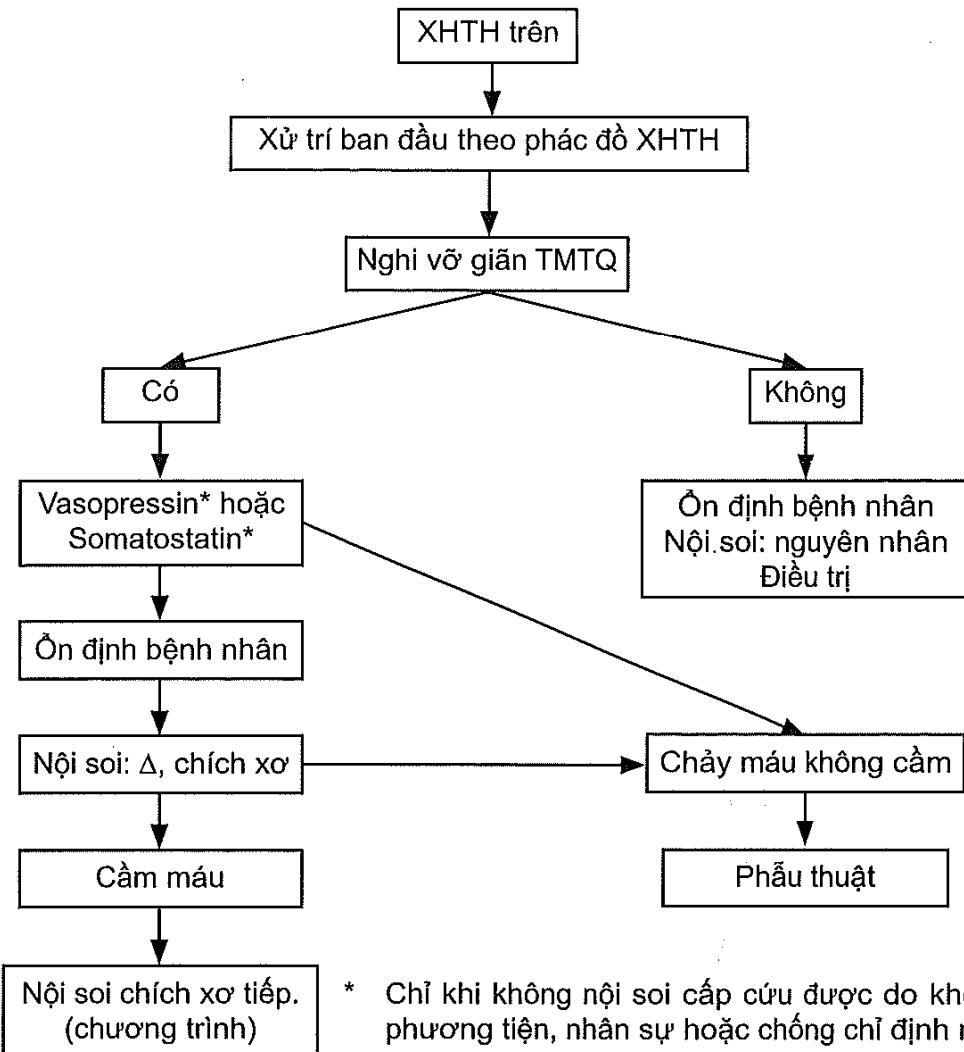


## III. ĐIỀU TRỊ

### 1. Mục đích

- Xử trí tốt đợt xuất huyết tiêu hóa cấp. Dự phòng tái phát. Dự phòng nguyên phát đợt xuất huyết đầu tiên nếu phát hiện được tăng áp cửa trên bệnh nhi không xuất huyết tiêu hóa.
- Điều trị các biến chứng khác: cường lách, cổ chướng, hôn mê gan, hội chứng gan-phổi và tăng áp phổi do hệ cửa.
- Tìm và điều trị các nguyên nhân có thể điều trị được.

## 2. Xử trí xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãm tĩnh mạch thực quản



## 3. Điều trị các biến chứng khác

### a. Lách to và cường lách

- Lách to: thận trọng trong sinh hoạt nguy cơ vỡ lách do chấn thương.
- Cường lách: tiểu cầu < 50.000 con/mm<sup>3</sup>.
  - Làm nhồi máu một phần lách (50 - 75% mô lách) bằng cách thuỷt tắc các nhánh động mạch lách ngoại vi (chưa làm được).
  - Cắt lách: cố gắng trì hoãn cho đến khi trẻ > 5 tuổi. Chống ngừa phế cầu và não mô cầu cho trẻ > 2 tuổi trước khi cắt lách và dự phòng PNC sau khi cắt lách.

### b. Cỗ chướng

- Dinh dưỡng hỗ trợ.
- Giới hạn muối: 3 - 4 mEq/kg/ngày.
- Lợi tiểu:
  - Spironolacton: 2 - 5 mg/kg/ngày, có thể phối hợp.
  - Hydrochlorothiazid: 2 - 5 mg/kg/ngày.

- Nếu suy hô hấp do cổ chướng quá căng: 1 trong 2 cách sau:
  - Albumin 1 g/kg TTM trong 2 giờ + Furosemid 1 mg/kg khi truyền albumin được 1 giờ.
  - Bệnh nhân ngồi, chọc tháo dịch báng 20% cân nặng + truyền thay thế đồng thời bằng Albumin 25%.
- Cổ chướng trơ không đáp ứng điều trị: tiên lượng rất xấu, phải ghép gan. Viêm phúc mạc nguyên phát: cefotaxim X 10-14 ngày. Tử vong 20-40%. Tái phát cao (70%/năm). Dự phòng tái phát bằng Trimethoprim-sulfamethoxazol.

c. **Hôn mê gan:** xem bài suy gan.

d. **Hội chứng gan-phổi:** chỉ điều trị ghép gan là có hiệu quả.

e. **Tăng áp phổi do hệ cửa:** phát hiện và điều trị ghép gan sớm có thể hồi phục tình trạng tăng áp phổi. Có thể dùng sildenafil để làm giảm áp phổi.

#### 4. Điều trị nguyên nhân

- Tạo hình mạch máu, tạo shunt, thông tim can thiệp khi nguyên nhân tắc nghẽn.
- Ghép gan trong trường hợp xơ gan giai đoạn cuối.

#### 5. Điều trị dự phòng

- Dự phòng tiền-nguyên phát (Pre-Primary prophylaxis) : giúp ngừa hình thành và phát triển dãy tĩnh mạch.  
Thuốc úc chế Beta không chọn lọc (propranolol): không hiệu quả ở người lớn, không có dữ liệu nghiên cứu ở trẻ em.  
→ Không có chỉ định.
- Dự phòng nguyên phát (Primary prophylaxis) : giúp ngừa đợt xuất huyết đầu tiên khi đã hình thành dãy tĩnh mạch.  
Vai trò của phẫu thuật MesoRex bypass (MRB) đối với trường hợp tăng áp cửa do nguyên nhân trước gan: tỷ lệ điều trị lành bệnh thành công có thể > 90% nếu đạt được các điều kiện về ngoại khoa, sau đó không phải điều trị duy trì dự phòng gì thêm → xu hướng điều trị tối ưu hiện nay.
- Dự phòng thứ phát (Secondary prophylaxis): giúp ngừa những đợt xuất huyết tiếp theo kể từ lần xuất huyết đầu tiên.
  - Nội soi chích xơ hoặc thắt vòng mỗi chu kỳ 2-4 tuần cho đến khi loại bỏ hết dãy tĩnh mạch thực quản, thường kéo dài khoảng 5 chu kỳ. Nội soi thắt vòng ít tai biến hơn nội soi chích xơ. Tuy nhiên phương pháp dự phòng qua nội soi nhằm loại bỏ hết dãy tĩnh mạch thực quản sẽ làm tăng nguy cơ xuất huyết từ dãy tĩnh mạch dạ dày rất khó cầm máu.
  - Kết hợp dùng propranolol.



## IV. TIỀN LƯỢNG

- Tùy thuộc nguyên nhân, lứa tuổi.
- Tăng áp cửa trước gan: tùy thuộc vị trí, hiệu quả của chích xơ, mạch máu còn lại để phẫu thuật tạo shunt và kinh nghiệm phẫu thuật viên. Tuổi bắt đầu

ói máu càng lớn tiên lượng càng tốt. Một số trẻ ổn định với điều trị nội khoa khi qua tuổi vị thành niên tiên lượng sẽ tốt hơn.

- Tử vong trong tăng áp cửa sau gan do tắc nghẽn tĩnh mạch gan rất cao 95%.

Vấn đề	Mức độ chứng cớ	Mức độ khuyên cáo	Tài liệu tham khảo
Siêu âm Doppler bụng có độ nhạy 91% & đặc hiệu 100% trong chẩn đoán tăng áp cửa do tắc nghẽn tĩnh mạch của ngoài gan	III	Khuyến cáo	Flores-Calderón J, Morán-Villota S, Rouassant SH, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of extrahepatic portal vein obstruction (EHPVO) in children. <i>Ann Hepatol</i> . 2013;12 Suppl1:S3-S24
Octreotide nên được cho càng sớm càng tốt trước nội soi bệnh nhân nghỉ ngơi và dẫn tĩnh mạch thực quản	I	Mạnh	Flores-Calderón J, Morán-Villota S, Rouassant SH, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of extrahepatic portal vein obstruction (EHPVO) in children. <i>Ann Hepatol</i> . 2013;12 Suppl1:S3-S24
Nội soi逆行 tiên trong 12-24 giờ sau chảy máu, khi bệnh nhân đã có lọc bù máu và ổn định huyết động	I	Mạnh	Flores-Calderón J, Morán-Villota S, Rouassant SH, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of extrahepatic portal vein obstruction (EHPVO) in children. <i>Ann Hepatol</i> . 2013;12 Suppl1:S3-S24

# ÁP-XE GAN

Áp-xe gan là sự tích tụ mủ trong gan thành một ổ mủ hoặc thành nhiều ổ mủ rải rác, thường có áp-xe gan do amip và áp-xe gan do vi trùng.

## ÁP-XE GAN DO AMIP

### I. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Công việc chẩn đoán

**1.1. Tiền sử:** áp-xe gan do amip thường xảy ra trên bệnh nhân có viêm đại tràng mạn do amip.

#### 1.2. Lâm sàng

- Các triệu chứng thường gặp:
  - Sốt: khởi đầu sốt cao ( $39^{\circ}\text{C}$  -  $40^{\circ}\text{C}$ ) sau đó giảm dần ( $37,5\text{-}38^{\circ}\text{C}$ ).
  - Có thể ho hoặc náu cựt do kích thích cơ hoành.
  - Đau bụng (có thể khu trú ở hạ sườn phải hoặc không) đau tăng lên khi ho, đi lại, hít vào sâu, nằm nghiêng phải.
  - Sụt cân.
- Khám:
  - Gan to, mềm, mặt ~~lắng~~, rung gan (+), ấn kẽ sườn (+).
  - Phế âm giảm ở đáy phổi phải.
  - Vàng da ( $< 10\%$ ).

#### 1.3. Cận lâm sàng

- Máu:
  - Bạch cầu thường tăng cao.
  - Tốc độ lắng máu tăng.
  - Chức năng gan: phosphatase kiềm tăng, transaminase, bilirubin có thể tăng.
  - Huyết thanh chẩn đoán amip (+) trong 95% trường hợp.
- Phân: thường không có amip trong phân.
- X quang:
  - Bóng cơ hoành phải bị nâng cao.
  - Có thể có tràn dịch màng phổi phải.

- Siêu âm: có thể phát hiện được ổ áp-xe > 2 cm. Là phương tiện giúp chẩn đoán và theo dõi diễn tiến của áp-xe gan rất tốt, xác định vị trí ổ mủ và hướng dẫn chọc dò.
- CT scan: có thể phát hiện được ổ áp-xe < 1 cm.

## 2. Chẩn đoán xác định

- Rung gan (+), ấn kẽ sườn (+).
- Huyết thanh chẩn đoán.
- Siêu âm.
- Chọc dò ra mủ màu nâu hoặc màu vàng, xanh (bị bội nhiễm).

## 3. Chẩn đoán có thể: gan to, đau, siêu âm có hình ảnh ổ áp-xe, huyết thanh chẩn đoán amip (+):

## 4. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm trùng đường mật, viêm túi mật.
- Áp-xe gan do vi trùng.
- Viêm phổi.
- Ung thư gan.
- Viêm gan.

## II. BIẾN CHỨNG

Vỡ ổ áp-xe:

- Vào màng tim gây chèn ép tim.
- Vào ổ bụng gây viêm phúc mạc.
- Vào màng phổi gây tràn dịch màng phổi phải.

## III. ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị đặc hiệu: thuốc diệt amip.
- Theo dõi, phát hiện, điều trị kịp thời các biến chứng.

### 2. Điều trị nội khoa

- Hầu hết các áp-xe do amip không có biến chứng có thể đáp ứng tốt với thuốc diệt amip.
- Metronidazol 30 - 50 mg/kg/ngày chia 3 lần uống (hoặc truyền tĩnh mạch) 5-10 ngày (không quá 500 - 750 mg/liều).
- Sau đó: Paromomycin (Humatin) 25 mg/kg chia 3 lần uống 7 ngày (không quá 2 g/ngày).

### 3. Điều trị ngoại khoa

Dẫn lưu ổ áp-xe khi:

- Kích thước ổ áp-xe > 5 cm.
- Áp-xe thùy trái gan có nguy cơ vỡ vào màng tim.
- Không đáp ứng sau 5 - 7 ngày điều trị nội khoa.

## ÁP-XE GAN DO VI KHUẨN

Áp-xe gan do vi khuẩn thường là biến chứng của nhiễm khuẩn đường mật hoặc nhiễm khuẩn huyết.

Các vi khuẩn thường gặp là *Enterobacteriaceae*, *Streptococcus milleri*, *Bacteroides*.

## I. CHẨN ĐOÁN

### 1. Công việc chẩn đoán

#### 1.1. Lâm sàng

- Các triệu chứng thường gặp:
  - Sốt cao (39-40°C) kèm dấu hiệu nhiễm khuẩn (môi khô, lưỡi đỏ).
  - Mệt mỏi, chán ăn.
  - Có thể ho hoặc náu cựt do kích thích cơ hoành.
  - Đau bụng (có thể khu trú ở hạ sườn phải hoặc không).
  - Sụt cân.
- Khám:
  - Gan to, mềm, mặt láng, rung gan (+), ấn kẽ sườn (+).
  - Phế âm giảm ở đáy phổi phải.
  - Vàng da (< 25%).

#### 1.2. Cận lâm sàng

- Máu:
  - Bạch cầu thường tăng cao.
  - Tốc độ lắng máu tăng.
  - Chức năng gan: phosphatase kiềm tăng.
  - Transaminase, Bilirubin có thể tăng.
  - Cấy máu (+) trong 50% trường hợp.
- X quang:
  - Bóng cơ hoành phải bị nâng cao.
  - Có thể có tràn dịch màng phổi phải.
- Siêu âm: có thể phát hiện được ổ áp-xe > 2 cm. Là phương tiện giúp chẩn đoán và theo dõi diễn tiến của áp-xe gan rất tốt, xác định vị trí ổ mủ và hướng dẫn chọc dò.
- CT scan: có thể phát hiện được ổ áp-xe < 1 cm.



**2. Chẩn đoán xác định**

- Rung gan (+), ấn kẽ sườn (+).
- Siêu âm.
- Chọc dò ra mủ màu vàng, xanh.

**3. Chẩn đoán có thể:** gan to, đau, siêu âm có hình ảnh ổ áp-xe, có nhiễm khuẩn huyết hoặc nhiễm khuẩn đường mật.

**4. Chẩn đoán phân biệt**

- Nhiễm khuẩn đường mật, viêm túi mật.
- Áp-xe gan do amip.
- Viêm phổi.
- Ung thư gan.
- Viêm gan.

## II. BIẾN CHỨNG

---

- Võ Ổ áp-xe:
  - Vào màng tim gây chèn ép tim.
  - Vào ổ bụng gây viêm phúc mạc.
  - Vào màng phổi gây tràn dịch màng phổi phải.
- Shock nhiễm khuẩn.

## III. ĐIỀU TRỊ

---

**1. Nguyên tắc điều trị**

- Điều trị đặc hiệu: kháng sinh thích hợp, dẫn lưu.
- Theo dõi, phát hiện, điều trị kịp thời các biến chứng.

**2. Điều trị nội khoa**

- Áp-xe gan do vi khuẩn không có biến chứng có thể đáp ứng với kháng sinh trong trường hợp không thể chọc hút được vì bệnh nhân quá nặng hoặc áp-xe đa ổ:
  - Ampicillin + Gentamycin + Metronidazol hoặc
  - Metronidazol + Cefotaxim hoặc Ciprofloxacin.
  - Theo kháng sinh đồ nếu cấy máu/mủ dương.
- Thời gian điều trị kháng sinh có thể kéo dài đến 12 tuần trong trường hợp áp-xe đa ổ.

# ÓI CHU KỲ

## I. ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng ói chu kỳ đặc trưng bởi những đợt ói nặng, cấp tính kéo dài vài giờ vài ngày, xen kẽ với những khoảng thời gian không triệu chứng. Các nhà nghiên cứu tin rằng sự liên quan giữa ói chu kỳ và chứng đau đầu Migraine.

## II. CÔNG VIỆC CHẨN ĐOÁN

### 1. Hỏi bệnh

- Ói mấy đợt? mỗi đợt kéo dài bao lâu? tính chất mỗi đợt ói có giống nhau hay không? số lần ói trong 1 giờ?
- Giữa các đợt ói bệnh nhân có trở về hoàn toàn bình thường hay không?
- Ói ra dịch mật? ói ra máu?
- Có kèm đau bụng dữ dội không?
- Có kèm các triệu chứng thần kinh như đau đầu, co giật?
- Các đợt ói có khởi phát sau 1 đợt bệnh hoặc nhịn đói hay sau 1 bữa ăn nhiều protein không?
- Yếu tố khởi phát: nhiễm trùng, stress về tâm lý, thức ăn (chocolate, bơ..), vận động quá mức, thiếu ngủ, say xe, hành kinh.

### 2. Khám lâm sàng

- Dấu mắt nước.
- Rối loạn trí giác.
- Triệu chứng thần kinh: phù gai, cử động mắt bất thường, vận động không đối xứng, dáng bộ bất thường.

### 3. Cận lâm sàng

- Ion đồ, ure, creatinin, đường huyết.
- Amylase, lipase: để loại bệnh tụy.
- Các xét nghiệm tìm bệnh chuyển hóa: lactate máu, amoniac máu, amino acid, ketone nước tiểu khi lâm sàng gợi ý như toan chuyển hóa, thay đổi trí giác.
- X quang dạ dày tá tràng để loại trừ ruột xoay bất toàn.
- Siêu âm bụng: loại trừ các nguyên nhân gây ói khác.

- Nội soi dạ dày tá tràng: khi có ói máu hoặc kèm đau bụng hoặc các đợt ói xảy ra gần hơn lúc trước.
- MRI não: khi có dấu hiệu thần kinh.

### III. CHẨN ĐOÁN

Không có xét nghiệm nào giúp chẩn đoán đặc hiệu, chẩn đoán chủ yếu dựa vào loại trừ các bệnh lý có thể gây ra nôn ói:

Tiêu chuẩn chẩn đoán: (consensus of NASPGHAN 2008).

- Có ít nhất 5 đợt ói trước giờ hoặc ít nhất 3 đợt ói trong vòng 6 tháng.
- Mỗi đợt ói có thể kéo dài từ 1 giờ đến 10 ngày và các đợt xảy ra cách nhau ít nhất 1 tuần lễ.
- Các đợt ói diễn ra tương tự nhau.
- Ói ít nhất 4 lần/giờ và kéo dài ít nhất 1 giờ.
- Giữa các đợt ói bệnh nhân trở về bình thường.

### IV. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Điều trị đợt cấp

- Truyền dịch, điều chỉnh rối loạn điện giải.
- Dùng thuốc chống nôn: Ondansetron.
- Nếu không đáp ứng với Ondansetron, hội chẩn chuyên khoa thần kinh để xem xét phối hợp với thuốc an thần như: Lorazepam, Diphenhydramin, Chlopromazin.
- Dùng Ranitidin hoặc Famotidin hoặc Omeprazole nếu đau thượng vị hoặc ói ra máu.

#### 2. Điều trị dự phòng

- Tránh các yếu tố khởi phát.
- Dùng thuốc:
  - Trẻ dưới 5 tuổi: Cyproheptadin, Propanolol.
  - Trẻ trên 5 tuổi: Amitriptylin.

Vấn đề	Mức độ chứng cứ	Mức độ khuyến cáo	Tài liệu tham khảo
Ondansetron là thuốc lựa chọn điều trị ói dạ dày ở trẻ em qua chẩn đoán rõ ràng	Thấp	Khuyến cáo	NASPGHAN guidelines 2018

#### Mức độ chứng cứ:

- Cao: nghiên cứu thêm cũng không làm thay đổi độ tin cậy trong ước lượng hiệu quả.
- Trung bình: nghiên cứu thêm có thể có tác động quan trọng trong thay đổi độ tin cậy và thay đổi ước lượng hiệu quả.
- Thấp: cần nghiên cứu thêm.
- Rất thấp: ước lượng hiệu quả không chắc chắn.

# BỆNH WILSON

## I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh Wilson là bệnh di truyền tính lặn, gen gây bệnh nằm trên nhiễm sắc thể 13. Gen ATP7B bị đột biến làm sản phẩm protein của nó, men ATP7B bị thay đổi hoặc mất chức năng làm đồng không thể thải ra ngoài qua mật, bị tích tụ tại gan sau đó lắng đọng ở các cơ quan khác, thường nhất là não, mắt và hồng cầu, gây ra các biểu hiện bệnh tương ứng.

Tần suất mắc bệnh mới là 1:30.000. Nếu không được điều trị bệnh nhân chắc chắn tử vong hoặc tàn tật. Mặc dù là bệnh hiếm nhưng bệnh Wilson là bệnh gan di truyền thường gặp nhất. Đây là bệnh gan có thể điều trị được, thậm chí khi xơ gan đã ở giai đoạn trễ.

Chi phí điều trị cho các trường hợp trễ rất cao và thời gian hồi phục thường rất lâu. Phát hiện sớm sẽ giúp phòng các biến chứng nặng và làm giảm chi phí điều trị.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Công việc chẩn đoán

#### a. Hỏi: xem bảng 1

- Luôn luôn chú ý sự phối hợp triệu chứng của bệnh gan và thần kinh.
- Triệu chứng của bệnh gan: suy gan tối cấp, viêm gan cấp tính, mạn tính, suy gan, xơ gan.
- Triệu chứng thần kinh: viết chữ xấu đi, nói khó, rối loạn các vận động tinh tế, co cứng cơ.
- Triệu chứng thiếu máu tán huyết.
- Sa sút học lực.
- Do lắng đọng đồng ở các cơ quan khác: đau khớp, mệt.
- Có thể bệnh nhi hoàn toàn vô triệu chứng.

#### b. Thăm khám: xem bảng 1

- Gan: tùy thể lâm sàng có thể bình thường, to, chắc hoặc teo.
- Lách to khi ở giai đoạn có tăng áp cửa do xơ gan.
- Vàng da: suy gan hoặc có tán huyết.

- Triệu chứng thần kinh: nói khó, không rõ chữ, giảm phối hợp vận động tinh tế, ở giai đoạn sau thì triệu chứng nặng hơn như gương mặt vô cảm, chảy nước dãi, cứng đơ dystonia, nuốt khó, vì bệnh nhân chỉ bị rối loạn vận động mà không giảm sút trí tuệ, cảm giác nêu dễ bị rối loạn tâm thần dạng hưng phấn hoặc ức chế, khó ngủ.
- Vòng Kayser-Fleischer (+)/mắt.

Bảng 1. Triệu chứng bệnh Wilson

Thần Kinh	Gan
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rối loạn vận động (run, cử động không tự ý)</li> <li>Chảy nước bọt, khó nói</li> <li>Loạn trương lực cơ co cứng</li> <li>Lิết dạng hành não</li> <li>Các cơn động kinh (seizures)</li> <li>Nhức đầu dạng migraine</li> <li>Khó ngủ (insomnia)</li> <li>Trầm cảm</li> <li>Các chứng loạn thần kinh</li> <li>Thay đổi nhận cách</li> <li>Chứng loạn tâm thần</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gan to đơn thuần không triệu chứng</li> <li>Lách to</li> <li>Tăng men gan AST, ALT kéo dài</li> <li>Gan nhiễm mỡ</li> <li>Viêm gan cấp</li> <li>Viêm gan giả tự miễn</li> <li>Xo gan (còn búi hoặc mất búi)</li> <li>Suy gan tối cấp</li> <li>Cơ quan khác</li> <li>Tiểu đường amidit, sỏi thận</li> <li>Loãng xương sọ, viêm khớp</li> <li>Bệnh cơ tim, rối loạn nhịp tim</li> <li>Viêm tụy</li> <li>Nhuộm cặn giáp</li> <li>Rối loạn kinh nguyệt, vô sinh, sảy thai liên tiếp</li> </ul>

### c. Cận lâm sàng: xem bảng 2

- XN giúp chẩn đoán đặc hiệu: ceruloplasmin máu, đồng nước tiểu 24 giờ.
- Đồng máu: tăng trong bệnh cảnh tối cấp, giảm trong các thể lâm sàng khác.
- Công thức máu: Hct có thể giảm nếu có tán huyết, xuất huyết tiêu hóa.
- Chức năng gan: AST, ALT, Phosphatase kiềm, Bilirubin. Cần đặc biệt lưu ý bệnh Wilson trong bệnh cảnh suy gan có bilirubin tăng rất cao mà Phosphatase kiềm lại thấp.
- Siêu âm bụng: gan cấu trúc rất thô.
- MRI não: khi có triệu chứng tâm thần kinh. Dấu hiệu: tăng tín hiệu vùng hạch đáy não, teo chất xám, chất trắng, tổn thương nhân đậu, nhân răng, chất đen và thùy nhộng tiểu não.

**Bảng 2.** Các xét nghiệm và dấu hiệu lâm sàng thường quy trong chẩn đoán bệnh Wilson

Xét nghiệm	Kết quả đặc trưng	Âm tính giả	Đương tính giả
Ceruloplasmin huyết thanh	Giảm	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bình thường ở bệnh nhân có viêm gan nặng</li> <li>- Cao giả tạo nếu đo bằng phương pháp miễn dịch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thấp trong:</li> <li>- Kém hấp thu</li> <li>- Bệnh aceruloplasminemia</li> <li>- Suy gan</li> <li>- Người dị hợp tử</li> </ul>
Đồng/nước tiểu 24 giờ	> 100 µg	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bình thường:</li> <li>- Hứng không đủ</li> <li>- Trẻ em không có biểu hiện gan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoại tử gan nhiều</li> <li>- Nhiễm đồng ngoại sinh</li> </ul>
Đồng tự do huyết thanh	< 10 µg/dL	Bình thường nếu đo ceruloplasmin bằng phương pháp miễn dịch	
Đồng/gan	> 250 µg/g mô gan khô	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sinh thiết vào mô gan ít đồng do đồng phân bố không đều trong gan ở bệnh nhân</li> <li>- Có bệnh đang hoạt động</li> <li>- Có nốt tái sinh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Các tình trạng ứ mật</li> <li>- Viêm gan do rượu</li> </ul>
Vòng Kayser-Fleischer	Hiện diện	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tới 40% bệnh nhân có biểu hiện gan không có vòng này</li> <li>Hầu hết bệnh nhân tiền triệu chứng không có vòng này</li> </ul>	Xơ gan ứ mật nguyên phát

## 2. Chẩn đoán

**Bảng điểm chẩn đoán bệnh Wilson của Ferenci**

Các chỉ số	Điểm	Các chỉ số	Điểm
<b>Vòng Kayser-Fleischer</b>		<b>Đồng trong mô gan (không có ứ mật)</b>	
Có	2	> 5 giới hạn trên (>250 µg/g)	2
Không	0	50 - 250 µg/g	1
<b>Các triệu chứng thần kinh</b>		<b>Bình thường (&lt; 50 µg/g)</b>	
Nặng	2	Có các hạt Rhodamine (+)	1
Nhẹ	1	<b>Đồng/nước tiểu 24 giờ (không có viêm gan cấp)</b>	
Không có	0	Bình thường	0
<b>Ceruloplasmin/máu</b>		1 - 2 lần giới hạn trên	1
Bình thường (> 0,2 g/L)	0	> 2 lần giới hạn trên	2



Các chỉ số	Điểm	Các chỉ số	Điểm
0,1 - 0,2 g/L	1	Bình thường, nhưng > 5 lần giới hạn trên sau khi dùng D-penicillamin	2
< 0,1 g/L	2		
Thí nghiệm tan huyết Coombs âm tính	0	Phân tích đột biến	
Có	1	Có 2 nhiễm sắc thể	4
Không	0	Chỉ 1 nhiễm sắc thể	1
		Không phát hiện được	0

a. Chẩn đoán xác định: ≥ 4 điểm.

b. Chẩn đoán có thể: 3 điểm.

c. Chẩn đoán phân biệt: cần nghĩ đến bệnh Wilson trong các tình huống sau:

- Bệnh gan không rõ nguyên nhân.
- Bệnh thần kinh không rõ nguyên nhân.
- Tân huyết Coom âm tính chưa rõ nguyên nhân.

### III. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc

Thải đồng qua đường niệu và hạn chế đồng vào cơ thể qua đường tiêu hóa.

#### 2. Lựa chọn cách điều trị

Tùy thuộc vào các yếu tố:

- (1) Bệnh đã có biểu hiện rõ ràng bằng lâm sàng hay bằng các bất thường sinh hóa hoặc mô học của tổn thương viêm tiến triển; hay
- (2) Được chẩn đoán tiền triệu chứng;
- (3) Biểu hiện chính là gan, hay thần kinh và
- (4) Điều trị ban đầu hay duy trì:

Đối với các bệnh nhân có triệu chứng hoặc bệnh tiến triển lựa chọn được khuyến cáo là điều trị thải đồng mặc dù có vài báo cáo cho thấy kẽm có thể đáp ứng đủ cho một số bệnh nhân.

Loại thuốc	Cơ chế tác động	Triệu chứng thận kinh nặng hơn	Tác dụng phụ	Lưu ý
D-Penicillamine	Nấm bát và bát hoạt động làm tăng thái động qua nướco tiêu	10% - 20% trong pha khởi đầu điều trị	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sỏi, phai bãm, táo đậm, phân tàng glóng</li> <li>- Lupus</li> <li>- Suy tủy</li> <li>- Giảm bạch cầu</li> <li>- Giảm tiểu cầu</li> <li>- Hỗn chung thận hú</li> <li>- Thoái biến da</li> <li>- Elastosis perforans serpiginosa</li> <li>- Viêm vòi mạc thanh dịch</li> <li>- Độc gran</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giảm liều khi phẫu thuật để thúc đẩy sự lành vết thương</li> <li>- Giảm liều trong thai kỳ</li> <li>- Liều tối đa 20 mg/kg/ngày</li> <li>- Giảm khoảng 25% khi làm sang ống định</li> </ul>
Imatinin	Nấm bát và bát hoạt động làm tăng thái động qua nướco tiêu	10% - 15% trong pha khởi đầu điều trị	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viêm dạ dày</li> <li>- Suy tủy, hiem</li> <li>- Thiếu máu nguyên bào sắt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giảm liều khi phẫu thuật để thúc đẩy sự lành vết thương</li> <li>- Giảm liều trong thai kỳ - Liều tối đa 20 mg/kg/ngày</li> <li>- Giảm khoảng 25% khi làm sang ống định</li> </ul>
Zinc	Tảo metallo(hematina) và chế biến sau đồng o-rutit	Có thể xảy ra trong pha khởi đầu điều trị	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viêm dạ dày, viêm tủy sinh học</li> <li>- Tích turkeum</li> <li>- Có thể thay đổi chức năng thận dịch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Không cần giảm liều khi phẫu thuật hay trong thai kỳ</li> <li>- Liều thường dùng ở người lớn: 50 mg/kém/ ngày x 3 lần/ ngày</li> <li>- Liều tối thiểu ở người lớn: 50 mg/50 ml kém/ ngày x 2 lần/ ngày</li> </ul>



### 3. Theo dõi

- *CTM, chức năng gan, INR, TPTNT:*
  - Dùng D-Penicillamin: vào N 3, 6, 9 và 12 → mỗi tuần trong 1 tháng → 2 lần mỗi tuần trong 1 tháng → mỗi 2 tuần trong 2 tháng → mỗi tháng trong 6 tháng, mỗi 3 tháng trong 1 năm → mỗi 6 tháng trong 2 năm → mỗi 6 tháng.
  - Dùng Trientin: mỗi tuần trong 1 tháng → mỗi 2 tuần trong 2 tháng → mỗi tháng trong 6 tháng → mỗi 3 tháng trong 1 năm → mỗi 6 tháng trong 2 năm → mỗi 6 tháng.
- *Đồng/NT 24 giờ, đồng tự do/máu: 4 lần/năm đầu → mỗi 6 tháng.*

Vấn đề	Mức độ chứng cứ	Mức độ khuyến cáo	Tài liệu tham khảo
Nên nghĩ bệnh Wilson như là chẩn đoán phân biệt ở trẻ em > 1 tuổi có biểu hiện gan từ tăng men gan không triệu chứng đến xơ gan gan lách to và cổ chướng hoặc suy gan cấp	Cao	Mạnh	ESPGHAN guidelines 2018 Socha P et al. Wilson's Disease in Children: A Position Paper by the Hepatology Committee of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018;66(2):334-344.
Nên dùng thang điểm Ferenci để chẩn đoán bệnh Wilson ở trẻ em	Cao	Mạnh	

#### Mức độ chứng cứ:

- Cao: nghiên cứu thêm cũng không làm thay đổi độ tin cậy trong ước lượng hiệu quả.
- Trung bình: nghiên cứu thêm có thể có tác động quan trọng trong thay đổi độ tin cậy và thay đổi ước lượng hiệu quả.
- Thấp: cần nghiên cứu thêm.
- Rất thấp: ước lượng hiệu quả không chắc chắn.

# **CHỈ ĐỊNH VÀ CHUẨN BỊ NỘI SOI TIÊU HÓA**

## **I. CHỈ ĐỊNH NỘI SOI**

### **1. Thực quản dạ dày tá tràng**

- Bệnh kém hấp thu.
- Đau bụng, đau ngực chưa rõ nguyên nhân.
- Nghi ngờ viêm niêm mạc tiêu hóa.
- Xuất huyết tiêu hóa.
- Khó nuốt, nuốt đau.
- Uống hóa chất hay nuốt dị vật.
- Ói không giải thích được.
- Rối loạn hô hấp nghi do trào ngược dạ dày thực quản.
- Chẩn đoán tăng áp lực tĩnh mạch cửa.
- Điều trị:
  - Đốt điện, chích cầm máu.
  - Lấy dị vật.
  - Đặt ống dạ dày nuôi ăn.
  - Theo dõi ung thư.
  - Chích xơ tĩnh mạch thực quản giãn.

### **2. Trực tràng, đại tràng**

- Nội soi đại tràng với sinh thiết:
  - Thiếu máu, thiếu sắt không thể giải thích được.
  - Tiêu phân đen không thể giải thích được.
  - Tiêu máu đỏ.
  - Tiêu chảy nặng không thể giải thích được nguồn gốc.
  - Đánh giá bệnh viêm ruột.
  - Đánh giá bất thường X quang.
  - Theo dõi loạn sản có khả năng ác tính.
- Nội soi điều trị:
  - Cắt polyp.
  - Cầm máu.
  - Chích xơ điều trị sa trực tràng.
  - Điều trị nứt hậu môn mạn.

## II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- **Tuyệt đối:** tình trạng hô hấp, tim mạch, thần kinh không ổn định.
- **Tương đối:** rối loạn đông máu, có nguy cơ thủng ruột, tổn thương thành ruột nặng, giãn đại tràng nhiễm độc, bán tắc ruột, nhiễm trùng cấp tính nặng tại ruột, sửa soạn ruột không sạch, rối loạn điện giải.

## III. CHUẨN BỊ TRƯỚC NỘI SOI

**1. Nguyên tắc chuẩn bị chung:** bệnh nhân phải được chuẩn bị trước.

### a. Nhịn ăn

Thời gian nhịn ăn theo tuổi	Ngừng ăn uống (giờ)
< 6 tháng tuổi	4
6 tháng đến 36 tháng	6
> 36 tháng	8

**b. Ngừng một số thuốc như Malox, thuốc có chất sắt, Bismuth**

**c. Rửa ruột, rửa dạ dày**

**d. Các xét nghiệm cần thiết**

**e. Công tác tư tưởng**

**2. Chuẩn bị bệnh nhân nội soi thực quản dạ dày tá tràng**

- Trường hợp thông thường: cần theo đúng nguyên tắc chung.
- Trường hợp có xuất huyết tiêu hóa: cần đặt thông dạ dày và rửa dạ dày trước. Dùng nước muối sinh lý ở nhiệt độ thường 50 ml/lần cho trẻ sơ sinh x 3 lần và 100 - 200 ml/lần cho trẻ lớn x 3 lần.

**3. Cách thực tháo cho nội soi trực tràng**

- Ngày trước nội soi:
  - Trẻ dưới một tuổi bơm hậu môn Glycerine Borat, 1 ống sáng, 1 ống chiều.
  - Trẻ 1 tuổi - 5 tuổi bơm Norgalax: 1 ống sáng, 1 ống chiều.
  - Trẻ trên 5 tuổi Bisacodyl 5 - 10 mg uống sáng - chiều.
  - Sáng, trưa: uống nước đường, sữa, nước chín.
  - Nhịn ăn uống hoàn toàn theo nguyên tắc chung.
- Ngày nội soi: buổi sáng: rửa ruột bằng nước muối 9‰ ấm cho đến khi nước trong (200 ml/kg).

#### 4. Cách thụt tháo cho nội soi đại tràng

- Trẻ dưới 10 tuổi:
  - Thuốc theo chỉ định của nội soi trực tràng.
  - Chế độ ăn: sáng, trưa, chiều: uống sữa nước đường, dịch không màu, không ăn chất xơ.
  - Sáng ngày nội soi rửa ruột bằng nước muối 9‰ ấm.
- Trẻ trên 10 tuổi:
  - Bisacodyl 5 đến 10 mg uống sáng, chiều.
  - Chế độ ăn: sáng, trưa, chiều uống nước đường, dịch trong.
  - Nhịn ăn uống 4 giờ trước khi uống Fortran vào lúc 18 giờ: 200 ml/kg mỗi 10 phút cho đến khi đi tiêu ra nước trong.
  - Đặt ống thông dạ dày nếu bệnh nhân không uống đủ lượng trong 30 phút đầu.



# SINH THIẾT GAN QUA DA

## I. ĐẠI CƯƠNG

Lấy mô gan sống (sinh thiết gan) thường là một bước cần thiết trong lượngh giá bệnh lý gan mật hoặc trong bệnh lý toàn thân có liên quan đến gan. Có nhiều cách lấy mô gan sống. Bài này chỉ đề cập đến sinh thiết gan qua da.

## II. CHỈ ĐỊNH

### Lượng giá các bất thường nói chung của gan

Viêm gan/vàng da ứ mật sơ sinh  
Ứ mật  
Viêm gan/men gan tăng  
Gan lách to  
**Chẩn đoán/lượng giá sự tiến triển bệnh gan đặc hiệu**  
Teo đường mật  
Viêm gan tế bào khổng lồ (giant)  
Viêm gan siêu vi  
Xơ gan  
Thiếu α1-antitrypsin  
Các bất thường duodenal plate  
Viêm đường mật (đặc biệt khi có sốt, tăng men gan hoặc ứ mật trở lại sau mổ Kasai)  
Hội chứng Alagille  
Viêm xơ đường mật  
Hội chứng Byler  
Ứ mật trong gan kéo dài có tính gia đình  
**Lượng giá bệnh gan trong ghép gan**  
Thái mảnh ghép cấp/mạn  
Nhiễm trùng  
Bệnh tăng sinh lympho bào  
Thiếu năng mạch máu

### Lượng giá các rối loạn chuyên hóa

Bệnh ứ động glycogen  
Galactosemia  
Bất dung nạp Fructose di truyền  
Tyrosinemia  
Rối loạn chuyên hóa lipid  
MCAD & LCAD  
Bệnh Gaucher  
Bệnh Niemann-Pick  
Bệnh Wolman  
Bệnh dự trữ cholesterol ester  
Các khiếm khuyết chu trình urê  
Rối loạn peroxisomal  
Bệnh Wilson  
Hội chứng Zellweger  
Hội chứng Ivemark  
**Lượng giá bệnh gan trong các bệnh ngoại gan hoặc bệnh hệ thống**  
Bệnh ký chủ thải mảnh ghép  
Histiocytosis tế bào Langerhan  
Hội chứng thực bào máu  
Thoái biến dạng bột  
Sarcoidosis  
Bệnh u hạt  
Bệnh nhiễm trùng  
Bệnh ruột viêm  
Ngô độc thuốc/chất độc

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tương đối:	Tuyệt đối:
- Rối loạn đông máu mức độ vừa	- Rối loạn đông máu nặng, không điều chỉnh được
- Trần dịch màng phổi phải/viêm phổi phải	- K gan
- Cô chướng	- Sang thương mạch máu
- Cần lấy nhiều mẫu mô gan	- Thiếu người có kinh nghiệm

### IV. XÉT NGHIỆM TRƯỚC THỦ THUẬT

- Công thức máu. Tiểu cầu đếm:  $< 50.000$  con/mm<sup>3</sup> → truyền tiểu cầu ngay trước làm sinh thiết.
- Đông máu toàn bộ: PT  $> 1,5$  lần so với giá trị cao nhất của trị số bình thường → truyền huyết tương tươi đông lạnh 10 - 15 ml/kg trước sinh thiết 30 phút và liên tục trong 2 giờ sau đó.
- Nhóm máu: đăng ký săn máu tươi cùng nhóm trong trường hợp cần điều chỉnh đông máu, giảm tiểu cầu hoặc ở trẻ sơ sinh.



### V. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN & DỤNG CỤ

- Nhịn ăn 4 giờ.
- Giấy cam kết phẫu thuật.
- Chuẩn bị 1 đường truyền TM.
- Midazolam (Hypnovel) : tùy cân nặng
- Lidocain 2% : 01 ống
- Normal saline 0,9% : 1 chai
- Kim sinh thiết gan : Hepafix
- Ống chích 5 cc : 01 cái
- Gant vô trùng : 01 bộ
- Bộ đê : 01 bộ
- Lọ đựng mẫu sinh thiết : 01 lọ
- Máu: đăng ký săn máu tươi cùng nhóm trong trường hợp cần điều chỉnh đông máu, giảm tiểu cầu hoặc ở trẻ sơ sinh.

### VI. TIẾN HÀNH THỦ THUẬT

- Kiểm tra lại phần chuẩn bị dụng cụ.
- Bệnh nhân nằm nghiêng trái hoặc nếu nằm ngửa thì đặt tay phải vòng qua sát đỉnh đầu.
- Siêu âm đánh dấu chỗ sinh thiết, ước lượng chiều dài qua da và độ sâu xuyên gan.
- Sát trùng, trải khăn lỗ, gây tê dưới da và cơ thành bụng.
- Kiểm tra nòng trong kim sinh thiết.
- Rút 3 - 5 ml Normal saline (dùng kim có săn trong bộ sinh thiết).

- Lắp kim sinh thiết.
- Rạch da.
- Đâm kim thẳng góc mặt da, khi có cảm giác vào khoang phúc mạc thì dừng lại, bơm 1 ml Normalsalin (để rửa sạch mô da, cơ cùn dính trong kim), từ từ đẩy kim hướng về mũi ức khi chạm bao gan thì dừng lại. Đánh dấu chiều dài qua gan. Rút ngược piston (tạo áp lực âm). Đâm kim vô gan nhanh, dứt khoát và rút kim liền (thời gian kim sinh thiết nằm trong mô gan không được quá 1 (một) giây).
- Cho mô gan vào lọ đựng bệnh phẩm. Tránh không đựng kim vào thành lọ vì có thể phải dùng lại nếu mẫu sinh thiết không đạt yêu cầu.

**Chú ý:**

- Nếu lâm sàng đánh giá gan mềm có thể vừa đâm kim vừa rút piston để mô gan không bị nát.
- Mẫu sinh thiết đủ thường có chiều dài  $> 1$  cm (số khoảng cửa =  $0,8 \pm 0,5/\text{mm}^2$  hay 6 khoảng cửa/ $\text{cm}^2$  nếu dùng kim 16G).
- Cấu trúc mô học gan ngoại biên khác mô gan nằm sâu hơn. Nói chung nếu đâm kim qua bao gan  $> 0,5$  cm thì có thể đủ.
- Chỉ có thể đâm kim qua gan tối đa 3 lần trong một cuộc sinh thiết.

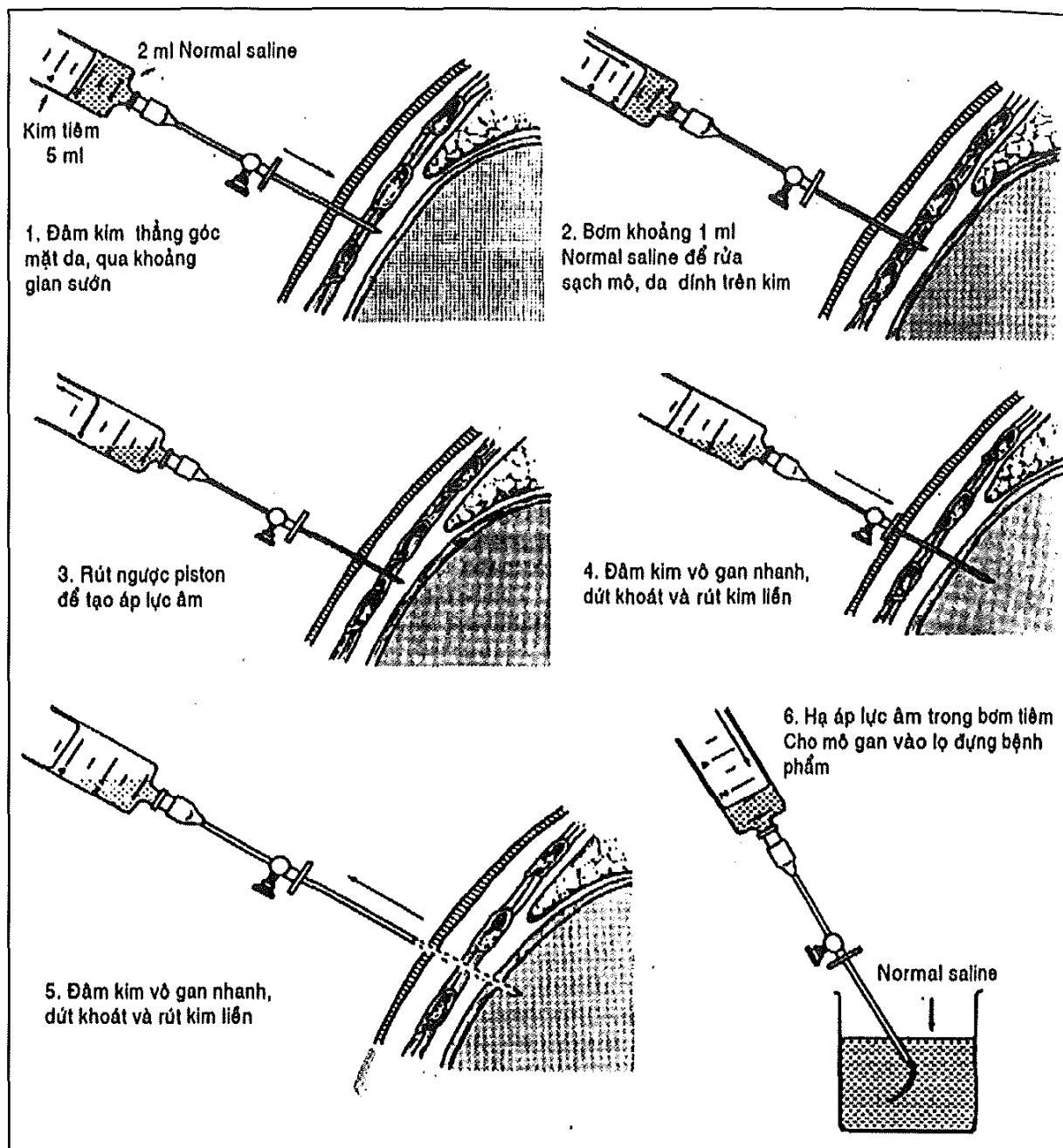
**VII. THEO DÕI SAU THỦ THUẬT**

- Đè ép điểm sinh thiết 5 phút bằng ngón tay.
- Đặt bệnh nhân nằm yên tư thế sấp/nghiêng về bên phải trong 4 giờ. (Trẻ nhỏ cho người nhà bé càng bất động trẻ càng tốt miễn không để trẻ khóc).
- Theo dõi sinh hiệu mỗi 15 phút trong 1 giờ, sau đó mỗi 30 phút trong 2 giờ, rồi mỗi giờ trong 3 giờ.

*Nhip tim nhanh hoặc hạ huyết áp: phải xem như có xuất huyết cho đến khi có bằng chứng ngược lại.*

**VIII. BIẾN CHỨNG**

<b>Do thuốc</b>	<b>Biến chứng nặng</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dị ứng</li> <li>- Suy hô hấp</li> <li>- Nôn/buồn nôn</li> <li>- Sốt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xuất huyết gan</li> <li>- Trần khí màng phổi</li> <li>- Trần máu màng phổi</li> <li>- Dụ khuẩn huyết</li> <li>- Áp-xe gan</li> <li>- Rì mật</li> <li>- Rì dịch bàng</li> <li>- Chảy máu đường mật</li> <li>- Đâm trúng túi mật</li> <li>- Đâm trúng ruột</li> <li>- Tử vong</li> </ul>
<b>Biến chứng nhẹ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ngứa tại chỗ sinh thiết</li> <li>- Đau cơ: giãn sườn, cơ hoành</li> <li>- Đau do máu tụ dưới bao gan</li> <li>- Bầm máu da</li> <li>- Trần khí màng phổi, trần khí dưới da</li> <li>- Mẫu mô lấy không đạt yêu cầu</li> </ul>	



CHƯƠNG 21: TIÊU HÓA