

TIÊU CHẢY Ở TRẺ EM

ThS. BS Nguyễn Như Tân

Giảng viên BMN- Khoa Y – ĐHQG HCM

I. Dịch tễ học và căn nguyên bệnh tiêu chảy:

1.1. Tầm quan trọng của bệnh tiêu chảy:

Tiêu chảy là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong cho trẻ em các nước đang phát triển. Ước tính hàng năm có tới 1,3 tỷ lượt trẻ em dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy và 4 triệu trẻ chết vì bệnh này. Trên toàn thế giới, hàng năm mỗi trẻ mắc 3,3 lượt tiêu chảy. Có khoảng 80% trường hợp tử vong do tiêu chảy xảy ra ở nhóm trẻ dưới 2 tuổi, đỉnh cao nhất là 6 - 24 tháng tuổi. Nguyên nhân chính gây tử vong của tiêu chảy cấp tính là do cơ thể bị mất nước và điện giải.

Tiêu chảy là nguyên nhân hàng đầu gây suy dinh dưỡng. Lý do chính của tình trạng này là bệnh nhi ăn ít đi trong khi bị tiêu chảy và khả năng hấp thụ các chất dinh dưỡng bị giảm, trong khi đó nhu cầu dinh dưỡng lại tăng do nhiễm trùng. Mỗi đợt tiêu chảy lại góp phần gây suy dinh dưỡng.

1.2. Dịch tễ học:

1.2.1. Sự lây lan các mầm bệnh tiêu chảy:

Các tác nhân gây tiêu chảy thường truyền bằng đường phân - miệng thông qua thức ăn hoặc nước uống ô nhiễm, hoặc tiếp xúc trực tiếp với phân đã nhiễm khuẩn gây bệnh. Có một số tập quán tạo thuận lợi cho sự lan truyền tác nhân gây bệnh như: không rửa tay sau khi đi ngoài, trước khi chế biến thức ăn, để trẻ bò chơi ở vùng đất bẩn có dịnh phân người hoặc phân gia súc.

1.2.2. Những tập quán làm tăng nguy cơ tiêu chảy:

- Không nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 4 - 6 tháng đầu, tập quán cai sữa trước 1 tuổi.
- Cho trẻ bú chai: Để thức ăn đã nấu ở nhiệt độ trong phòng. Dùng nước uống

đã bị nhiễm các vi khuẩn đường ruột. Không rửa tay sau khi đi ngoài, sau khi dọn phân hoặc trước khi chuẩn bị thức ăn. **Không xử lý phân** (đặc biệt là phân trẻ nhỏ) một cách hợp vệ sinh.

1.2.3. Các yếu tố vật chủ làm tăng tính cảm thụ với bệnh tiêu chảy:

- **Suy dinh dưỡng:** Những trẻ suy dinh dưỡng thì bị tiêu chảy kéo dài và nặng hơn, dễ bị tử vong hơn, nhất là những trẻ suy dinh dưỡng nặng.
- **Sởi:** Trẻ đang bị sởi hay mới khỏi bệnh sởi trong vòng 4 tuần thì mắc tiêu chảy nhiều hơn do bị tổn thương hệ miễn dịch sau sởi hoặc do tổn thương niêm mạc ruột chưa lành hoàn toàn sau thời gian mắc bệnh.
- **Ức chế hoặc suy giảm miễn dịch.** Tình trạng này có thể là tạm thời do một số bệnh nhiễm virus (như sởi) hoặc có thể kéo dài như người bị bệnh suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS).

1.2.4. Tính chất mùa:

Có sự khác biệt theo mùa ở nhiều địa dư khác nhau. Ở những vùng **ôn đới**, tiêu chảy **do vi khuẩn** thường xảy ra vào **mùa nóng**; ngược lại, tiêu chảy do **virus**, **đặc biệt là Rotavirus lại xảy ra cao điểm vào mùa đông**. Ở những vùng **nhiệt đới**, tiêu chảy do **Rotavirus xảy ra quanh năm** nhưng **tăng vào các tháng khô và lạnh**, ngược lại tiêu chảy do vi **khuẩn lại có cao điểm vào mùa mưa và nóng**.

1.3. Căn nguyên của bệnh tiêu chảy:

Ngày nay sử dụng các kỹ thuật mới, các phòng thí nghiệm lớn đã có thể phân lập được tác nhân gây bệnh trong **khoảng 75%** các trường hợp tại cơ sở **điều trị** và **50%** các trường hợp tiêu chảy nhẹ ở tuyến **cộng đồng**.

1.3.1. Cơ chế bệnh sinh:

- Các **virus nhân lên** trong liên bào nhung mao ruột non **phá huỷ cấu trúc liên bào** và làm **cùn nhung mao** gây bài tiết nước và điện giải ở ruột.
- **Vi khuẩn:** gây bệnh theo nhiều cơ chế:
 - + **Bám dính** niêm mạc: Enterotoxigenic Escherichia Coli (ETEC), V. cholerea.
 - + Các **độc tố gây tiết dịch:** V. cholerea.
 - + **Xâm nhập niêm mạc:** Shigella, Campylobacter jejuni, ETEC.

- Đơn bào:
- + Bám dính niêm mạc: Giardia, Cryptosporidium.
- + Xâm nhập niêm mạc: E. histolytica.

1.3.2. Các tác nhân thường gặp nhất gây tiêu chảy cấp.

	Các tác nhân gây bệnh	Tỷ lệ % các trường hợp	Các kháng sinh có tác dụng *
- Virus	- Rotavirus	15 - 25	***
- Vi khuẩn	- Enterotoxigenic	10 - 20	Cotrimoxazol
	+ Escherichia coli		Ciprofloxacin
	- Shigella	5 - 15	Cotrimoxazol
	- Campilobacter jejuni	10 - 15	Ciprofloxacin
	- Vibrio cholerae 01	5 - 10**	Tetracyclin
	- Salmonella (non-typhoid)	1 - 5	
	- Enteropathogenic	1 - 5	***
	+ Escherichiae coli	5 - 15	Ciprofloxacin
- Đơn bào	+ Cryptosporidium	20 - 30***	Cotrimoxazol
- Không tìm thấy tác nhân gây bệnh			***

* Chủng nhạy cảm.

** Ở những vùng bị dịch hay đang lưu hành dịch.

*** Kháng sinh không hiệu quả.

II. Phân loại bệnh tiêu chảy:

Tiêu chảy thường được **định nghĩa** là đi cầu phân lỏng hoặc tóe nước từ 3 lần trở lên trong 24 giờ. Phân lỏng là phân không thành khuôn, (trừ những trẻ

bú mẹ, thường đi mỗi ngày một vài lần phân nhão, đối với những trẻ này xác định tiêu chảy thực tế là phải dựa vào tăng số lần hoặc tăng mức độ lỏng của phân mà các bà mẹ cho là bất thường).

Người ta đã xác định 3 hội chứng lâm sàng khác nhau của tiêu chảy, thể hiện 3 cơ chế bệnh sinh khác nhau, đòi hỏi các biện pháp điều trị khác nhau.

2.1. Tiêu chảy phân lỏng cấp tính:

Thuật ngữ này nói đến bệnh tiêu chảy khởi đầu cấp, kéo dài không quá 14 ngày (thường dưới 7 ngày), phân lỏng hoặc tóe nước, không thấy máu. Tiêu chảy phân lỏng cấp tính gây mất nước. Bệnh nhân có thể bị nôn và sốt. Thức ăn đưa vào cơ thể giảm cũng góp phần gây suy dinh dưỡng. Tử vong xảy ra là do mất nước. Các tác nhân quan trọng gây bệnh ở trẻ em tại các nước đang phát triển là: Rotavirus, ETEC, Shigella, Campylobacter Jejuni, Cryptosporidia và ở một số nơi còn gặp Vibrio cholerae 01, Salmonella và Enteropathogenic Escherichia Coli (EPEC).

2.2. Hội chứng lỵ:

Đây là bệnh tiêu chảy thấy có máu trong phân. Tác hại chính của lỵ gồm: bệnh nhân chán ăn, sụt cân nhanh, niêm mạc bị tổn thương do sự xâm nhập của vi khuẩn. Bệnh còn gây ra các biến chứng khác nữa.

Nguyên nhân quan trọng nhất của lỵ cấp là Shigella các vi khuẩn khác như Campylobacter Jejuni và ít gặp hơn là E. Coli xâm nhập (ETEC), Salmonella. E. Histolytica có thể gây ra hội chứng lỵ nặng ở người lớn nhưng ít gây bệnh hơn cho trẻ em.

2.3. Tiêu chảy kéo dài:

- Là bệnh tiêu chảy khởi đầu cấp tính nhưng kéo dài bất thường (ít nhất là 14 ngày). Bắt đầu mỗi đợt có thể là tiêu chảy phân lỏng cấp hoặc là hội chứng lỵ. Bệnh nhân thường bị sụt cân rõ rệt. Lượng phân đào thải cũng có thể nhiều gây nguy cơ mất nước. Không có tác nhân vi sinh vật riêng biệt nào gây tiêu chảy kéo dài. E. Coli bám dính (EAEC), Shigella và Cryptosporidia có thể có vai trò quan trọng hơn so với các tác nhân khác.

- **Yếu tố nguy cơ của tiêu chảy kéo dài:** suy dinh dưỡng, cho ăn sữa động vật hoặc các loại sữa công nghiệp (hoặc sữa đậu nành), tuổi nhỏ (< 18 tháng), tổn thương hệ miễn dịch, tiêu chảy gần đây.

III. Sinh lý bệnh tiêu chảy phân nước, mất nước, bù nước:

3.1. Nhắc lại sinh lý ruột:

- Bình thường nước và điện giải được hấp thu ở nhung mao và được bài tiết ở các hẻm tuyến của liên bào ruột, điều đó tạo ra luồng trao đổi hai chiều của nước và điện giải giữa lòng ruột và máu. Bất kỳ sự thay đổi nào của luồng trao đổi này đều gây ra giảm hấp thu hoặc tăng bài tiết làm tăng khối lượng dịch xuống ruột già. Nếu lượng dịch này vượt quá khả năng hấp thu của ruột già thì tiêu chảy sẽ xảy ra.

- Khi tiêu chảy xảy ra, sự hấp thu muối natri bị cản trở. Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy rõ ràng rằng sự hấp thu natri nếu có hiện diện của glucose (phân hủy sucrose hoặc tinh bột nấu chín) sẽ tăng gấp 3 lần. Dựa trên đặc điểm này mà các loại dịch bù trong tiêu chảy cần phải có hai chất muối natri và đường glucose. Các chất điện giải quan trọng khác như bicarbonate, citrate và kali được hấp thu độc lập với glucose trong tiêu chảy. Hấp thu bicarbonate hay citrate làm gia tăng hấp thu natri và Cl⁻.

3.2. Cơ chế tiêu chảy phân nước:

- **Tiêu chảy xuất tiết:** Khi bài tiết dịch (muối và nước) vào lòng ruột không bình thường sẽ gây ra tiêu chảy xuất tiết. Việc này xảy ra khi hấp thu Na⁺ (ở nhung mao ruột bị rối loạn trong khi xuất tiết Cl⁻ ở vùng hẻm tuyến vẫn tiếp tục hay tăng lên. Sự tăng bài tiết này gây nên mất nước và muối của cơ thể qua phân lỏng.

- **Tiêu chảy thẩm thấu:** Niêm mạc ruột non được lót bởi lớp liên bào bị "rò rỉ", nước và muối vận chuyển qua lại rất nhanh để duy trì sự cân bằng thẩm thấu giữa lòng ruột và dịch ngoại bào. Vì vậy tiêu chảy thẩm thấu xảy ra khi ăn một chất có độ hấp thu kém và độ thẩm thấu cao.

3.3. Hậu quả tiêu chảy phân nước.

Phân khi bị tiêu chảy chứa một số lượng lớn Na⁺, Cl⁻, K⁺ và bicarbonate.

Mọi hậu quả cấp tính do tiêu chảy phân nước là do mất nước, điện giải, càng tăng thêm nếu có nôn và sốt. Tất cả sự mất mát này gây mất nước (do mất nước và NaCl), gây toan chuyển hoá (do mất bicarbonate) và thiếu Kali. Tuy nhiên điều nguy hiểm nhất vẫn là mất nước vì gây giảm lưu lượng tuần hoàn, trụy tim mạch, tử vong nếu không điều trị ngay.

3.4. Liệu pháp bù dịch:

3.4.1. Bù dịch bằng đường uống.

a) Sử dụng dung dịch **ORS**: Thành phần dung dịch ORS: theo WHO (cũ)

Thành phần	g/l	Nồng độ	mmol/l
Natri clorua	3,0	Sodium	90
Kali clorua	1,5g	Chloride	80
Glucose	20,0g	Glucose	20
Natri bicarbonate	2,5g	Potassium	111
		Bicarbonate	30
		(Citrate)	10

- **Thành phần của ORS rất thích hợp với bệnh nhân bị tiêu chảy do tả hay các loại tiêu chảy khác. Công thức ORS phù hợp để bù dịch mà không sợ ảnh hưởng đến chức năng thận chưa hoàn chỉnh ở trẻ nhỏ**, ngoài ra ORS còn hiệu quả trong trường hợp mất nước ưu trương hay nhược trương. Do đặc điểm này mà ORS đã được sử dụng điều trị có hiệu quả hàng triệu trường hợp tiêu chảy do nhiều nguyên nhân và lứa tuổi khác nhau.

- **Tuy nhiên dung dịch ORS không làm giảm khối lượng phân**, số lần đi tiêu chảy hay thời gian tiêu chảy, trong khi đó bà mẹ (hay cả cán bộ y tế) lại quan tâm rất nhiều về số lần và khối lượng tiêu chảy, vì vậy cần phải thuyết phục bà mẹ lợi ích cũng như hạn chế của sử dụng ORS trong điều trị tiêu chảy.

- **Lợi ích của bù dịch bằng đường uống so với truyền dịch**: ORS đơn thuần

bằng đường uống có thể **phục hồi được 95% các trường hợp tiêu chảy mất nước nhẹ** - trung bình. **ORS có thể sử dụng rộng rãi, rẻ tiền, không cần các phương tiện vô trùng**, bà mẹ tham gia tính cực vào điều trị.

- Hạn chế của bù dịch bằng đường uống:

- + Đi tiêu phân xối xả (> 15 ml/kg/giờ).
- + Nôn nhiều: trên 3 lần/giờ.
- + Mất nước nặng: trong khi chờ đợi truyền dịch cần phải cho uống hay truyền dịch qua ống thông mũi dạ dày.
- + Không uống được hay từ chối uống: do viêm miệng do nấm hay herpes.
- + Bất dung nạp đường glucose: rất ít gặp khi uống ORS có thể gây tiêu chảy nặng thêm.
- + Chướng bụng hay liệt ruột: do sử dụng thuốc cầm tiêu chảy, thiếu kali.
- + Pha và cho uống ORS không đúng cách: pha đậm đặc ORS hay cho uống nhanh có thể gây nôn, cần hướng dẫn bà mẹ pha ORS đúng cách.

b) Dung dịch pha chế tại nhà:

Khi tiêu chảy xảy ra thì điều trị tại nhà bằng đường uống, sử dụng các dung dịch tại nhà rất quan trọng để đề phòng mất nước: dung dịch pha chế tại nhà phổ biến nhất là nước cháo muối.

c) Dùng oresol (mới) có tỷ trọng thấp:

Dung dịch oresol (mới) có nồng độ natri chlorid 2,6g/l; glucose 13,5g/l và có tổng độ thẩm thấu (245mOsm/l), trong khi đó dung dịch oresol (cũ) có nồng độ natrichlorid 3,5g/l; glucose (20g/l) và tổng độ thẩm thấu (311mOsm/l). Như vậy, **dung dịch oresol mới có tỷ trọng thấp hoặc có tổng độ thẩm thấu thấp hơn dung dịch oresol cũ.**

Các nghiên cứu cho thấy: nhóm trẻ dùng dung dịch oresol có tỷ trọng thấp (mới) làm giảm tới 33% số trẻ phải truyền dịch, làm giảm 20% số lượng phân bài tiết và làm giảm 30% số trẻ bị nôn so với nhóm trẻ dùng dung dịch oresol có tỷ trọng cao (cũ). **Bảng so sánh:**

Thành phần	Dung dịch ORS chuẩn trước đây (mEq hay mmol/L)	Dung dịch ORS có nồng độ thẩm thấu thấp (mEq hay mmol/L)
Glucose	111	75
Natri	90	75
Chloride	80	65
Kali	20	20
Citrate	10	10
Độ thẩm thấu	311	245

3.4.2. Bù dịch mất bằng đường truyền tĩnh mạch:

Cần thiết đối với các trường hợp mất nước nặng, bù lại khối lượng tuần hoàn một cách nhanh chóng và điều trị shock.

- Dung dịch tốt nhất: Ringer lactate.
- Các loại dịch dùng được: DD muối sinh lý, DD Ringer lactate and Glucose

IV. Đánh giá bệnh nhân tiêu chảy:

4.1. Đánh giá tình trạng mất nước:

Nhìn: - Toàn trạng - Mắt - Khát	- Tốt, tỉnh táo - Bình thường - Không khát	- Vật vã, kích thích - Trũng - Khát, háo nước	- Li bì, hôn mê - Rất trũng - Không thể uống
Sờ véo da	- Mất nhanh	- Mất chậm	- Mất rất chậm
Quyết định	- Không có dấu mất nước	- Nếu có ≥ 2 dấu hiệu mất nước nhẹ hoặc trung bình	- Có ≥ 2 dấu hiệu mất nước nặng
Điều trị	Sử dụng phác đồ A	Sử dụng phác đồ B	Sử dụng phác đồ C

4.2. Đánh giá những vấn đề khác của bệnh nhi: Lỵ, tiêu chảy kéo dài, suy dinh dưỡng.

4.3. Xét nghiệm:

- Soi phân: Nếu thấy hồng cầu và bạch cầu đa nhân trung tính chứng tỏ nhiễm vi khuẩn xâm nhập như Shigella. Nếu thấy kén hoặc đơn bào Giardia hoặc E. histolitica chứng tỏ chúng là nguyên nhân gây bệnh.
- Cây phân và kháng sinh đồ.
- Điện giải đồ.
- Công thức máu.
- Siêu âm bụng và XQ bụng không chuẩn bị: Khi có bụng chướng, trẻ đau bụng.

V. Điều trị tiêu chảy:

5.1. Phác đồ điều trị A: Điều trị tiêu chảy tại nhà.

Ba nguyên tắc điều trị tiêu chảy tại nhà:

(NT1) Cho trẻ uống nhiều dịch hơn bình thường phòng mất nước:

- Dung dịch pha chế tại nhà, dung dịch ORS, nước trong.
- Số lượng ORS cần uống sau mỗi lần đi ngoài: Uống theo nhu cầu mất nước.
< 24 tháng: 50 - 100 ml.
2 - 10 tuổi : 100 - 200 ml.
> 10 tuổi: Uống tùy thích.
- Tiếp tục cho uống cho đến khi hết tiêu chảy.

(NT2) Cho trẻ ăn nhiều thức ăn giàu dinh dưỡng để đề phòng suy dinh dưỡng.

Tiếp tục cho bú sữa mẹ thường xuyên.

(NT3) Đưa trẻ tới cán bộ y tế nếu không khá lên sau 3 ngày hoặc có một trong các triệu chứng sau:

- Đi tiêu nhiều, phân nhiều nước.
- Ăn hoặc uống kém.
- Sốt.
- Khát nhiều

- Nôn liên tục.
- Có máu trong phân.

5.2. Phác đồ **điều trị B**: Bệnh nhân **mất nước trung bình**.

- Lượng dung dịch ORS cho uống trong 4 giờ đầu (ml) = Trọng lượng cơ thể của bệnh nhân (kg) x 75. (ml = p x 75)
- Khuyến khích mẹ **tiếp tục cho con bú**.
- Quan sát trẻ cẩn thận và giúp mẹ **cho trẻ uống ORS**. Trẻ ói thì cho uống muỗng
- Sau **4 giờ đánh giá lại** theo bảng đánh giá rồi chọn phác đồ A hay B hay C để điều trị tiếp.

5.3. Phác đồ **điều trị C**: Điều trị bệnh nhân **mất nước nặng**.

- **Truyền tĩnh mạch** dung dịch **Ringer lactat 100 ml/kg**, chia số lượng và thời gian như sau:

Tuổi	Lúc đầu cho 30 ml/kg trong	Sau đó truyền 70ml/kg trong
Trẻ nhỏ < 12 tháng	1 giờ	5 giờ
Trẻ lớn hơn	30 phút	2 giờ 30 phút

- Ngay khi bệnh nhân có thể uống được, cho uống **10ml/kg/giờ dung dịch ORS**.
- Sau 3 giờ (trẻ nhỏ) hoặc 4 giờ (trẻ lớn) **đánh giá lại bệnh nhân** bằng bảng đánh giá, **sau đó chọn phác đồ điều trị phù hợp** để tiếp tục điều trị.
- **Nếu không thể truyền dịch** được có thể **bù nước bằng ống thông dạ dày** dung dịch ORS **20 ml/kg/giờ** trong **6 giờ**. Cứ 1 - 2 giờ **đánh giá lại** tình trạng bệnh nhân, nếu sau 3 giờ tình trạng mất nước không tiến triển tốt, chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để truyền dịch tĩnh mạch. (dành cho tuyến cơ sở)

5.4. Điều trị tiêu chảy **kéo dài**:

5.4.1. Dinh dưỡng điều trị:

- **Tiếp tục cho bú sữa mẹ**
- **Giảm tạm thời** số lượng sữa động vật (hoặc đường lactose) trong chế độ ăn.

- **Cung cấp đầy đủ năng lượng**, protein, vitamin, muối khoáng cho cơ thể.
- Tránh cho trẻ những thức ăn hoặc nước uống làm tiêu chảy nặng thêm.
- Đảm bảo chắc chắn cung cấp đầy đủ thức ăn cho trẻ trong thời kỳ lành bệnh để hồi phục tình trạng SDD.

5.4.2. Điều trị **thuốc**:

- Phân **có máu hoặc cấy phân dương tính** đối với Shigella nên **dùng kháng sinh** để điều trị **Shigella**.
- Nếu thấy **kén hoặc các đơn bào ký sinh** như Giardia, E. histolitica trong phân phải cho điều trị một đợt kháng đơn bào thích hợp.

VI. Dinh dưỡng điều trị bệnh tiêu chảy:

- Trong xử trí bệnh tiêu chảy, ngoài việc bù nước và chất điện giải, **cho ăn là khâu không kém quan trọng để phòng ngừa suy dinh dưỡng**. Cách bù dinh dưỡng hữu hiệu nhất là **tiếp tục cho trẻ ăn trong lúc tiêu chảy** và cho trẻ ăn **thêm 1 lần trong hai tuần** sau khi đã ngưng tiêu chảy.
- Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy **60% các chất dinh dưỡng vẫn được hấp thu** trong giai đoạn cấp của tiêu chảy.

6.1. Nuôi dưỡng trong khi bị tiêu chảy:

Nuôi dưỡng trước khi tiêu chảy	0 - 3 tháng	4 - 5 tháng	> 6 tháng
<ul style="list-style-type: none"> - Bú mẹ - Sữa động vật - Sữa công thức 	Tiếp tục Tiếp tục nhưng pha loãng 1/2 trong 2 ngày	Tiếp tục Tiếp tục nhưng pha loãng 1/2 trong 2 ngày, nếu không thì cho thức ăn mềm	Tiếp tục Tiếp tục cho ăn như thường

- Thức ăn mềm hoặc thức ăn đặc (#)	Không	Tiếp tục nếu bình thường đã cho ăn	Tiếp tục hoặc bắt đầu nếu chưa cho ăn
------------------------------------	-------	------------------------------------	---------------------------------------

(#): Những thức ăn này không cho trong khi đang bù nước nhưng phải cho ăn lại ngay sau đó.

6.2. Nuôi dưỡng trong thời kỳ hồi phục và theo dõi:

Cho trẻ ăn thêm mỗi ngày một bữa trong 2 tuần lễ sau khi bị tiêu chảy. Nếu trẻ bị suy dinh dưỡng (SDD) hoặc tiêu chảy kéo dài đang hồi phục thì cần kéo dài hơn thời gian cho ăn thêm bữa phụ cho tới khi tình trạng SDD được khắc phục.

VII. Thuốc kháng sinh và các thuốc khác trong tiêu chảy:

7.1. Kháng sinh:

Kháng sinh không được cho một cách thường qui trong tiêu chảy cấp. 95% các trường hợp tiêu chảy ở trẻ em được điều trị thành công chỉ bằng bù dịch bằng đường uống và cho ăn. Kháng sinh được chỉ định trong tiêu chảy do Shigella và trong tả.

- **Lỵ trực trùng:** Chọn loại thuốc đang còn đáp ứng với vi khuẩn ở tại địa phương: VD: Cotrimoxazol (Bactrim): 50 mg/kg cân nặng/ngày chia 2 lần, trong 5 - 7 ngày hoặc Ciprofloxacin 30 mg/kg/ngày chia 2 lần, trong 5 - 7 ngày.
- **Tả:** Tetracyclin 30 mg/kg/ngày trong 3 ngày hoặc Erythromycin 30 - 40 mg/kg/ngày trong 3 ngày.

7.2. Thuốc chống ký sinh trùng:

Trong tiêu chảy có thể sử dụng những thuốc để điều trị một số bệnh nhiễm trùng khác đi kèm như: viêm phổi, viêm màng não mủ, viêm tai giữa hay sốt rét.

Chỉ điều trị lỵ Amíp khi điều trị lỵ shigella không khỏi hay thấy trong phân có đơn bào amíp ăn hồng cầu.

Điều trị trùng roi (Giardia) khi tiêu chảy kéo dài trên 14 ngày và có kén hay đơn bào trùng roi ở trong phân. Điều trị Giardia: **Metronidazole** 15 mg/kg/ngày chia 2 lần, trong 7 - 10 ngày.

7.3. Bù Kẽm trong tiêu chảy:

- Một số cơ chế tác dụng tốt của kẽm với cơ thể là **kẽm làm tăng khả năng miễn dịch**, giúp cơ thể phòng chống với các tác nhân gây bệnh ; **kẽm làm tăng quá trình phân chia và phát triển tế bào giúp cơ thể phát triển**, **kẽm góp phần lập lại quá trình hấp thu bình thường của ruột bị rối loạn trong thời gian tiêu chảy**, kẽm làm tăng cảm giác ngon miệng ở trẻ suy dinh dưỡng, trẻ biếng ăn. Chính với những lý do trên, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và UNICEF đã đưa ra khuyến cáo nên cho trẻ uống kẽm trong điều trị tiêu chảy cấp .

- Liều lượng là **10 – 20 mg / ngày cho trẻ dưới 5 tuổi** bị tiêu chảy (**10 mg / ngày cho trẻ dưới 6 tháng tuổi** , **20 mg cho trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi**) uống trong vòng 14 ngày.

7.3. Các thuốc không nên dùng trong tiêu chảy:

- Các thuốc chống nhu động ruột như: immodium, các thuốc chống nôn như promethazine, các thuốc hấp phụ như actapulgit, smecta, than hoạt là những thuốc không có ích trong điều trị tiêu chảy.

- Các kháng sinh như sulfaguanidine, neomycine, streptomycine, neomycine cũng không có giá trị gì trong điều trị tiêu chảy.

VIII. Phòng bệnh tiêu chảy:

- Điều trị đúng một trường hợp tiêu chảy gồm phục hồi nước bằng dịch uống (ORS) và nuôi dưỡng có thể làm giảm tác hại của tiêu chảy như mất nước, suy dinh dưỡng và nguy cơ tử vong. Tuy nhiên, dù tần suất các đợt tiêu chảy đã giảm đáng kể thì vẫn cần phải có các biện pháp làm giảm lan truyền vi khuẩn gây tiêu chảy và làm tăng sức đề kháng của cơ thể trẻ, để chống lại các tác nhân gây bệnh.

- Có 7 biện pháp được xác định như là những mục tiêu tuyên truyền.

8.1. Nuôi con bằng sữa mẹ:

- Nuôi con bằng sữa mẹ đảm bảo được vệ sinh.
- Sữa mẹ chứa các thành phần miễn dịch bảo vệ cho trẻ khỏi mắc các bệnh nhiễm trùng, đặc biệt là bệnh tiêu chảy.
- Sữa mẹ luôn luôn thích hợp với trẻ, dễ tiêu hóa và hấp thu.
- Sữa mẹ là thức ăn hoàn hảo, đủ chất, đủ thành phần dinh dưỡng và nước đáp ứng cho nhu cầu bình thường của trẻ trong 4 - 6 tháng đầu.
- Nuôi con bằng sữa mẹ thì rẻ tiền hơn.
- Nuôi con bằng sữa mẹ giúp cho dễ thừa hơn.
- Những trẻ bú mẹ sớm làm tăng tình cảm mẹ con và sớm xác lập vị trí của đứa trẻ trong quan hệ gia đình.

8.2. Cải thiện tập quán cho trẻ ăn dặm:

Ăn dặm là một quá trình tập cho trẻ quen dần với chế độ ăn của người lớn. Ăn dặm là một giai đoạn nguy cơ vì trẻ không có thức ăn đủ giá trị dinh dưỡng, thức ăn cũng như nước uống có thể bị ô nhiễm bởi vì sinh vật gây bệnh, trong đó có nhiều tác nhân gây tiêu chảy.

8.3. Sử dụng nguồn nước sạch cho vệ sinh và ăn uống:

Hầu hết các tác nhân bệnh tiêu chảy lây lan theo đường phân - miệng, thông qua thức ăn, nước uống bị ô nhiễm hoặc lây trực tiếp từ người này sang người khác. Cung cấp đủ nước sạch giúp vệ sinh được tốt hơn như rửa tay, rửa thực phẩm, dụng cụ chứa thức ăn được sạch sẽ. Những việc này có thể ngăn ngừa được lây lan tác nhân gây bệnh tiêu chảy.

8.4. Rửa tay: Rửa tay đặc biệt có hiệu quả trong việc phòng lây lan Shigella, một nguyên nhân quan trọng nhất gây lỵ.

8.5. Sử dụng hố xí: Phân người phải được xử lý làm sao để không dính vào tay và làm ô nhiễm nguồn nước. Cách tốt nhất là mọi người thường xuyên sử dụng hố xí hợp vệ sinh.

8.6. Xử lý an toàn phân trẻ nhỏ:

Ở nhiều nơi, người dân thường cho phân trẻ em là vô hại. Nhưng thực tế trẻ em hay bị nhiễm trùng các vi sinh vật gây bệnh đường ruột và phân trẻ em là một nguồn bệnh nguy hiểm lây lan cho người khác. Đối với trẻ đang tiêu chảy hay bị nhiễm trùng không triệu chứng thì phân trẻ lại càng nguy hiểm.

8.7. Tiêm phòng sởi: Những trẻ em mắc bệnh sởi hay mới khỏi bệnh sởi trong vòng 4 tuần đầu thì dễ mắc tiêu chảy hay bệnh lý nặng và dễ tử vong.

*** TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. QUYẾT ĐỊNH số 4121/QĐ – BYT. Về việc ban hành “ Tài liệu hướng dẫn xử trí tiêu chảy ở trẻ em” ký 28/10/2009 của **BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

2. BS Hoàng Lê Phúc. “ *Tiêu chảy cấp*” Phác đồ điều trị Bệnh viện nhi đồng 1, (2013) tr 788 – 790. Và “ *Lỵ trực trùng* ” Phác đồ điều trị Bệnh viện nhi đồng 1, (2013) tr 805 – 807.

3. BS Phạm Đức Lễ. “ *Tiêu chảy kéo dài*” Phác đồ điều trị Bệnh viện nhi đồng 1, (2013) tr 793 – 795.

4. BS Lê Phan Thị Kim Oanh: “*Bệnh tiêu chảy*” và “*Đặc điểm bộ máy tiêu hóa trẻ em*”– Bài giảng Nhi khoa Tập 1, chương trình Đại học. Bộ môn Nhi trường Đại học Y – Dược TP. HCM. Tr 181; 191- 194; (2007)

5. BS Lê Phan Thị Kim Oanh: “*Hội chứng lỵ*” Thực hành lâm sàng nhi khoa. Bộ môn Nhi trường Đại học Y – Dược TP. HCM. Tr 263- 264.(2007)

6. GS. Nguyễn Duy Thanh: “*Tiêu chảy nhiễm trùng – Bệnh truyền nhiễm*” (Dùng cho hệ sau đại học), Đại học Y Hà nội. tr. 64-100.

7. “Acute Diarrhea – Current Medical Diagnosis & Treatment”, Nelson of pediatrics 19th Edition, p. 561-564. (2011)