

# TIÊU CHẢY CẤP NGƯỜI LỚN

## Quá trình bệnh lý

### Tiêu chảy cấp ở người lớn

- Chẩn đoán và điều trị tiêu chảy cấp.
- Chẩn đoán một trường hợp tiêu chảy cấp do nhiễm trùng dựa vào dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng.
- Phân tích kết quả soi phân trong trường hợp tiêu chảy nhiễm trùng do tác nhân xâm lấn và không xâm lấn.
- Đánh giá được mức độ mất nước và cách bù nước ở bệnh nhân tiêu chảy cấp.
- Chỉ định kháng sinh phù hợp trước 1 trường hợp tiêu chảy cấp do nhiễm trùng.

#Bài liên kết: Tiêu chảy nhiễm trùng (Nhiễm Y5), Bệnh dịch tả (Nhiễm Y5)

## QUÁ TRÌNH BÌNH THƯỜNG

### ► NHU CẦU NƯỚC ĐIỆN GIẢI

	Nước	K <sup>+</sup>	Na <sup>+</sup>
<b>Thừa</b>	Giảm Na <sup>+</sup> , suy tim, hủy cơ, suy thận	Tăng K <sup>+</sup> máu, rối loạn nhịp tim, tử vong	Nguy cơ tăng huyết áp, bệnh tim mạch, đột quỵ
<b>Thiếu</b>	Mất nước	Hạ K <sup>+</sup> máu, liệt cơ, chướng bụng	Hạ Na <sup>+</sup> máu, giảm thể tích tuần hoàn
<b>Nhu cầu</b>	Tính theo kg cân nặng → công thức Hollidays Segar: 100 mL/kg x 10 kg đầu + 50 mL/kg x 10 kg tiếp theo + 20 mL/kg x số kg còn lại. Tính theo diện tích da: 1500 mL/m <sup>2</sup> da. Tính theo tổng năng lượng nhập: 1,5 mL/kcal cho trẻ em và 1 mL/kg cho người lớn. Tính theo lít/ngày: 0,7 – 0,8 (0 – 12 tháng); 1,3 (1 – 3 tuổi); 1,7 (4 – 8 tuổi); 2,4 (nam)/2,1 (nữ) (9 – 13 tuổi); 3,3 (nam)/2,3 (nữ) (14 – 18 tuổi); 3,7 (nam)/2,7 (nữ) (≥ 19 tuổi); 3 (có thai); 3,8 (cho con bú)	0 – 6 tháng: 400 mg/ngày 7 – 12 tháng: 700 mg/ngày 1 – 8 tuổi: 3000 – 3800 mg/ngày 9 – 30 tuổi: 4500 – 4700 mg/ngày	0 – 6 tháng: 120 mg/ngày 7 – 12 tháng: 370 mg/ngày 1 – 8 tuổi: 1000 – 1200 mg/ngày > 9 tuổi, người lớn: 1500 mg/ngày
<b>Nguồn gốc</b>	Thực phẩm (dưa hấu, thịt, cháo,...)	Trái cây, rau (rau lá xanh, trái cây leo, rau dền, rau cải, hạt (hạnh nhân, điều), thịt, sữa	Thức ăn, muối thêm vào

## QUÁ TRÌNH BỆNH LÝ

### TIÊU CHẢY CẤP Ở NGƯỜI LỚN

#### A. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN:

**Tiêu chảy nhiễm trùng:** bệnh lý ống tiêu hóa do tác nhân vi sinh vật:

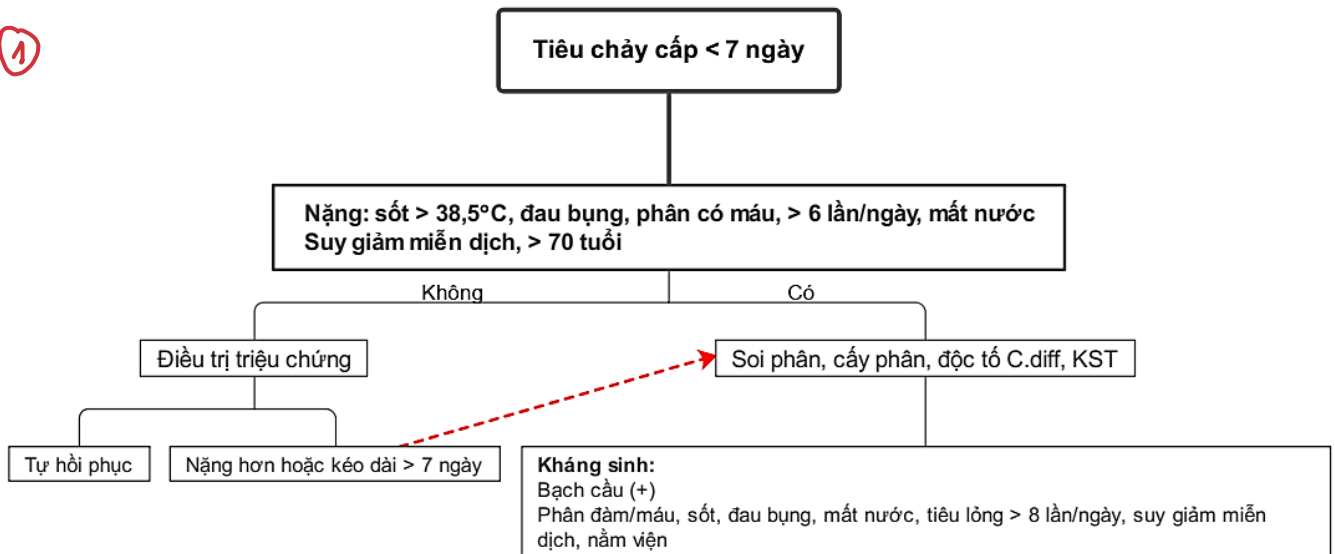
- Do độc tố có sẵn trong thức ăn (preformed toxin).
- Do vi sinh vật vào ống tiêu hóa, phát triển và gây bệnh.

Ngoài ra, tiêu chảy có thể không phải nhiễm trùng tiêu hóa mà là rối loạn do bệnh toàn thân nặng cần được xử trí tích cực (nhiễm trùng nặng (sốt rét, nhiễm trùng huyết), bệnh lý nội, ngoại khoa). Một số nguyên nhân khác:

- Bệnh đường tiêu hóa không do nhiễm trùng:
  - Hội chứng ruột kích thích
  - Nhiễm trùng trong ổ bụng: như viêm phúc mạc
  - Tắc ruột: như bướu đường tiêu hóa
  - Viêm đại tràng mạn
- Rối loạn nội tiết hay chuyển hóa:
  - Cơn bão giáp, tăng Ure huyết, đái tháo đường, bệnh Addison's

- Thiếu máu ác tính (pernicious diarrhea)...
- Thuốc:
  - Thuốc nhuận trường, colchicine, ethanol, digoxine, quinidine, cai thuốc an thần
  - Viêm đại tràng giả mạc

1



### Hướng dẫn đánh giá tiêu chảy cấp

#### 1. Lâm sàng:

##### a. Tìm các dấu hiệu báo hiệu bệnh nặng:

- Rối loạn tuần hoàn: mạch nhanh nhẹ, hạ huyết áp tư thế, da lạnh,...
- Toan hóa máu: nôn ói, thở nhanh sâu (Kussmaul), môi khô đỏ, âm phế bào nghe thô, rõ, rối loạn tri giác, thường kèm dấu mất nước, dấu hiệu sốc.
- Suy thận có hay không dấu mất nước (vô niệu, thở nhanh,...)
- Triệu chứng toàn thân nặng: sốt, run, thở nhanh, đau cơ, tổn thương gan thận,...
- Bụng ngoại khoa (đau hố chậu phải, phản ứng dội)
- Nôn ói > 24 giờ: nhiễm trùng ổ bụng, tắc ruột.

**Note:** cần chú ý cơ địa diễn biến nhanh: (1) Tuổi quá nhỏ/lớn tuổi; (2) Bệnh lý: bệnh mạn tính, cắt dạ dày, thiếu máu ác tính; (3) Thuốc: kháng sinh kéo dài, thuốc kháng acid,...; (4) Suy giảm miễn dịch (thiếu  $\gamma$  - globulin, AIDS,...)

##### b. Loại trừ các bệnh lý cấp cứu nội ngoại khoa.

##### c. Hỏi bệnh:

Bệnh sử	Tiền căn
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiêu chảy:               <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Tính chất phân: lượng, màu phân, nước &gt; phân/ phân &gt; nước/ toàn nước? nhầy, máu? mùi tanh?</li> <li>+ Tính chất đi tiêu: mấy ngày? ngày mấy lần? mót rặn?</li> <li>+ Diễn tiến tiêu chảy</li> </ul> </li> <li>- Triệu chứng kèm theo: sốt, nôn ói, đau bụng quanh rốn/hạ vị/hố chậu trái, tiểu lắt nhắt, mót rặn</li> <li>- Triệu chứng biến chứng: hóng mặt, khát, vã mồ hôi, khó thở, vọp bẻ, nước tiểu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiền căn tiêu chảy tương tự trước đây.</li> <li>- Dịch tễ (tìm đường lây, nguồn bệnh)?               <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Tiền căn gia đình và gần nhà có người bị tiêu chảy tương tự.</li> <li>+ Đi đến vùng nào có nhiều người bị tiêu chảy.</li> <li>+ Nguồn nước uống, nước chế biến thức ăn từ đâu, có hợp vệ sinh không?</li> <li>+ Ăn hải sản như cua, sò, ốc gần đây?</li> <li>+ Uống vaccine tả?</li> </ul> </li> <li>- Cơ địa diễn biến nhanh:               <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Dùng thuốc kháng sinh kéo dài, PPI kéo dài, cắt dạ dày (thiếu máu)?</li> <li>+ Bệnh mạn tính tim gan thận</li> </ul> </li> </ul>

	+ Giảm miễn dịch (AIDS, ĐTĐ)
--	------------------------------

**d. Thăm khám ghi nhận:**

- Tri giác: tỉnh táo, bứt rứt, vật vã, li bì?
- Sinh hiệu: sốt, mạch nhanh, thở nhanh, tụt huyết áp
- Dấu mất nước:
  - Quan trọng: tri giác, mắt trũng, môi khô, lưỡi khô, uống háo hức, dấu véo da.
  - Khác: tỉnh mạch cổ xẹp, hõm nách khô, thở nhanh sâu, mạch nhanh nhẹ, hạ huyết áp tư thế, chi lạnh, CRT kéo dài, nước tiểu.
- Dấu hiệu nhiễm trùng: môi khô, lưỡi dơ, vè mặt nhiễm trùng.
- Khám cơ quan.
- Khám bụng:
  - Đau bụng: quanh rốn (co thắt ruột non), hạ vị/hộ chậu (T) (viêm đại tràng sigma),...
  - Bụng căng chướng, tăng âm ruột, điểm đau?
- Khám hậu môn – trực tràng.

**Note:** (1) Triệu chứng xâm lấn, rối loạn ở ruột già (sốt, phân nhầy, mót rặn, tiêu lỏng nhất). (2) Tổn thương thực tràng: mót rặn, tiêu lỏng nhất.

**2. Cận lâm sàng:**

**a. Xét nghiệm chẩn đoán:**

- Soi phân tươi:
  - Bạch cầu đa nhân (nhuộm xanh Methylene).
  - Hồng cầu: tổn thương đến mạch máu.
  - Đường bào hoạt động ăn hồng cầu.
  - Ấu trùng giun lươn.
  - Virus (KHSV điện tử, nhuộm miễn dịch)
- Tìm lactoferrin trong phân.
- Cấy phân: Dùng môi trường chuyên biệt theo tác nhân (*V. cholera*, *Campylobacter*, *Shigella*, *Clostridium*, *Yersinia*)
- Soi trực tràng, đại tràng, sinh thiết.

**b. Xét nghiệm đánh giá mức độ nặng và biến chứng:**

- Công thức máu: đánh giá cô đặc máu (Hct tăng, WBC tăng nhẹ).
- Ion đồ, KMDM: rối loạn điện giải, kiềm toan.
 

**Note:** cần lưu ý giảm K, toan chuyển hóa tăng anion gap (tăng lactate, protid, phosphat).
- Suy thận: tăng ure, Creatinin máu.
- Đường huyết: hạ đường ở trẻ con và người già do thiếu dự trữ và nôn ói.

**3. Chẩn đoán:**

**a. Tiêu chảy cấp:**

- (1) Đi tiêu  $\geq 3$  lần/ngày + (2) thay đổi tính chất phân bất thường (tiêu lỏng phân nhiều nước/tiêu phân nước) + (3)  $< 7$  ngày  $\rightarrow$  tiêu chảy cấp.

**b. Phân độ mất nước do tiêu chảy.**

Triệu chứng	Không dấu mất nước ( $\leq 5\%$ trọng lượng)	Có mất nước (6 – 9% trọng lượng) $\geq 2$ với ít nhất 1 dấu hiệu*	Mất nước nặng ( $\geq 10\%$ trọng lượng) $\geq 2$ với ít nhất 1 dấu hiệu*
Tổng trạng	Tốt, tỉnh táo	Bứt rứt	Mệt lả, li bì
Mắt	Không	Trũng*	Trũng sâu và khô*
Nước mắt	Còn	Không*	Không*
Miệng, lưỡi	Còn ướt	Khô*	Rất khô*
Khát	Không	Khát, háo nước	Không uống được

Véo da	Mất nhanh	Mất chậm	Mất rất chậm
<b>Note:</b> - Người lớn, trẻ > 5 tuổi, mất nước nặng có thêm dấu hiệu: huyết áp thấp, mất mạch quay - Trẻ SDD thể teo hay thể phù không đánh giá dấu véo da - Nước mắt dùng đánh giá cho trẻ em			

c. Nguyên nhân tiêu chảy cấp nhiễm trùng:

	Tiêu chảy không biểu hiện viêm	Tiêu chảy biểu hiện viêm
<b>Bệnh cảnh</b>	Tiêu phân lỏng nhiều nước, phân không nhầy máu  Bệnh nhẹ, tự giới hạn Mất nước, hạ K <sup>+</sup> , toan chuyển hóa  Virus/độc tố vi khuẩn không xâm lấn  Chẩn đoán tác nhân khi bệnh nặng / kéo dài > 7 ngày	Tiêu phân lỏng ít, có nhầy máu, sốt cao, đau bụng  HUS, viêm đại tràng xuất huyết  Vi khuẩn xâm lấn/độc tố  Chẩn đoán: cấy phân tìm vi khuẩn, KST, độc tố Clostridium
<b>Tác nhân</b>	<b>Virus:</b> <i>Rotavirus</i> <i>Calicivirus</i> <i>Adenovirus</i> <i>Astrovirus</i> <i>Norovirus</i> <i>Coronavirus</i> <i>SAR-CoV-2</i> <i>Sapovirus</i>	<b>Virus:</b> CMV
	<b>Vi trùng không xâm lấn</b> (gây bệnh bằng độc tố ruột gây tiết nước + điện giải ở ruột non) <i>Virio cholera</i> <i>ETEC (LT &amp; ST)</i> <i>Vibrio vulnificus</i> <i>S. aureus</i> <i>Bacillus cereus</i> <i>C. perfringens</i>	<b>Vi trùng xâm lấn</b> (gây viêm loét niêm mạc đại tràng ± độc tố ruột) <i>Shigella</i> <i>EIEC, EHEC, EAEC</i> <i>Salmonella enteritidis (Salmonella spp)</i> <i>Campylobacter jejuni</i> <i>Plesiomonas shigelloides</i> <i>Aeromonas hydrophilia</i> <i>Listeria monocytogenes</i>
	<b>Ký sinh trùng không xâm lấn</b> <i>Cryptosporidium parvum</i> <i>Cyclospora cayetanasis</i> <i>Microsporidia</i> <i>Isospora belly</i> <i>Strongyloides</i> <i>Giardia lamblia</i>	<b>Ký sinh trùng xâm lấn</b> <i>Entamoeba histolytica</i>

Hội chứng lâm sàng (Vị trí tổn thương)	Cơ chế bệnh sinh	Tác nhân	Bệnh cảnh lâm sàng
<b>Viêm dạ dày – ruột</b> (dạ dày – ruột non)	Rối loạn hấp thu của niêm mạc ruột (virus)	<b>Virus</b> <i>Rotavirus</i> <i>Norovirus</i> <i>Enteric adenovirus</i>	<b>Nôn nhiều, sớm</b> Tiêu phân nước Tự giới hạn sau 7 ngày

<b>Note:</b> đặc trưng của hội chứng là nôn ói nhiều	Độc tố sản trong thức ăn gây nôn, co thắt, hay tiết nước điện giải	<b>Vi trùng</b> <i>S. aureus</i> <i>B. cereus</i>	Bệnh cảnh ngộ độc thức ăn Thời gian ủ bệnh ngắn (< 6h - <48h) Tự giới hạn sau 12 – 24h
<b>Tiêu phân nước cấp</b> (Ruột non)	Rối loạn hấp thu ở vili	<b>Virus</b> <i>Rotavirus</i> <i>Norovirus</i> <i>Enteric adenovirus</i>	<u>Phân nhiều nước, tần số tương ứng lượng phân</u> <u>Không đau bụng hoặc đau quanh rốn</u> <u>Bạch cầu phân: (-)</u>
	Độc tố ruột (invivo) gây tiết nước, điện giải (vi trùng)	<b>Vi trùng</b> <i>Vibrio cholera</i> <i>ETEC</i> <i>S. aureus</i> <i>Bacillus cereus</i> <i>Clostridium perfringens</i>	
	Rối loạn hấp thu ở vili hay bờ bàn chải bởi niêm mạc viêm	<b>Ký sinh trùng:</b> <i>Cryptosporidium</i> <i>Cyclospora cayentanensis</i> <i>Giardia</i> , <i>Trichomonas</i> <i>Giun lươn</i>	Oocyte trong phân (nhuộm kháng acid) Dưỡng bào hoạt động không ăn hồng cầu
<b>Viêm đại tràng cấp</b> (ruột già, đoạn cuối hồi tràng)	Viêm, hoại tử tạo ổ loét hồi tràng & ruột già	<b>Vi trùng</b> <i>Shigella</i> <i>EIEC, EHEC</i> <i>Salmonella sp.</i> <i>Campylobacter spp</i> <i>Clostridium difficile</i>	Triệu chứng <u>toàn thân, sốt</u> <u>Đau quặn hạ vi/hố chậu (T)</u> <u>Tiêu lỏng nhất, mót rặn</u> <u>Phân nhầy</u> Ấn đau dọc khung ĐT Phân: BC đa nhân(+++), HC (+)
		<b>Ký sinh trùng</b> <i>E. histolytica</i>	Dưỡng bào hoạt động ăn HC

4

\*

Một số chẩn đoán tiêu chảy cấp thường gặp	Bệnh cảnh
<u>Bệnh tả</u>	Tiêu chảy xối xả, phân nước trong hoặc đục như nước vo gạo, mùi tanh đặc trưng + không sốt, không đau bụng, không nôn hoặc nôn muợn khi đi tiêu chảy nhiều + mất nước sớm và nặng
Tiêu chảy do vi khuẩn sinh độc tố khác	Phân nước vàng, không có mùi tanh + đau bụng quanh rốn, có thể nôn + mất nước không đáng kể
<u>Tiêu chảy do siêu vi</u>	Thường nôn sớm và nổi bật, tự giới hạn
Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn	Khởi phát sớm trong vòng 6h sau ăn, nôn sớm ra thức ăn + đau bụng thượng vị nhiều
<u>Lý trực trùng</u> giai đoạn khởi phát	Sốt cao, nhiễm trùng nhiễm độc + tiêu lỏng không đặc trưng
Sốt rét ác tính thể tiêu chảy	Dịch thể sốt rét + sốt + tìm thấy KSTSR trong phết máu ngoại biên
Tiêu chảy do nhiễm độc chất	Tiền sử tiếp xúc với độc chất + tiêu chảy diễn biến chậm vào kéo dài

d. Biến chứng:

Do mất dịch, điện giải	Do tổn thương niêm mạc	Ngoài ruột
------------------------	------------------------	------------

Mất nước ưu trương Suy thận Sốc giảm thể tích Hạ K <sup>+</sup> máu	Xuất huyết Lồng ruột Kém hấp thu Không dung nạp lactose	Nhiễm trùng huyết, viêm màng não, viêm nội tâm mạc Không do nhiễm trùng: Guillain Barre, hội chứng Reiter, HUS
--	--	---

## B. ĐIỀU TRỊ:

### 1. Bù nước, điện giải:

(5)

#### a. Dung dịch bù nước, điện giải:

- Uống:
  - OSR chuẩn
  - ORS giảm ALTT
  - Nước cháo muối
  - Dung dịch muối đường

**Note:** dung dịch Oresol áp lực thẩm thấu thấp (chỉ chứa 60-75 mEq Natri/L) thích hợp cho dịch tả ở trẻ con (do phân tả chứa ít Natri hơn), nhưng không thích hợp tốt cho người lớn

- Dịch truyền: Lactate Ringer. Chỉ định dịch truyền:
  - Suy tuần hoàn.
  - Mất nước nhanh không uống kịp (dịch tả).
  - Không bù được bằng đường uống (ói liên tục, hôn mê,...).

**Note:** thường dùng Lactate Ringer để bù nhanh thể tích tuần hoàn, tuy nhiên nồng độ Kali lại thấp (chỉ 4 mEq Kali/L) nên không phù hợp trong bù Kali mất do tả → dùng ORS ngay khi bệnh nhân có thể uống được để bồi hoàn Kali và Bicarbonate

DỊCH	Nồng độ điện giải (mEq/l)			
	Natri	Kali	Clor	Bicarbonate
Phân tả				
Người lớn	130	20	100	45
Trẻ em	100	30	90	30
Huyết tương	140	4	110	25
Ringer Lactate	130	4	109	28
DD ORS	90	20	80	30
ORS giảm ALTT	60-75	20	65	30

Thành phần điện giải trong phân tả và các dung dịch bù nước, điện giải

#### b. Phác đồ bù dịch:

(\*)

- Bù nước mất trước nhập viện: theo Chương trình chống tiêu chảy quốc gia hay IMCI (Xử trí lồng ghép trẻ bệnh)

Mức độ mất nước	Phác đồ bù dịch	
<b>Không mất nước</b> (Mất nước nhẹ: ≤ 5 % trọng lượng cơ thể)	Phác đồ A	Đường uống: <u>ORS sau khi tiêu</u> hoặc ORS 50 ml/kg/4 giờ hoặc ORS ALTTT, nước cháo muối, nước muối đường sau mỗi lần đi tiêu
<b>Có mất nước</b> (6-9% trọng lượng cơ thể)	Phác đồ B	Đường uống: <u>ORS 75 mg/kg/4 giờ</u>
<b>Mất nước nặng</b> (≥ 10% trọng lượng cơ thể)	Phác đồ C	Đồng thời: Dịch truyền + ORS uống <ul style="list-style-type: none"> <li>Dịch truyền: <ul style="list-style-type: none"> <li>Người lớn, trẻ ≥ 1 tuổi: <u>100 ml/kg trong 3 giờ: chia 30 ml/kg/30 phút đầu, 70 ml/kg/2h30' sau</u></li> <li>Trẻ &lt; 1 tuổi: 100 ml/kg trong 6 giờ: chỉ 30 ml/kg/1h đầu, 70ml/kg/5h sau.</li> </ul> </li> <li>ORS uống ngay (nếu còn uống được)</li> </ul>

- Theo dõi:
  - Mạch, huyết áp, dấu hiệu mất nước, nước tiểu, da niêm.
    - Note:** cần theo dõi nước tiểu được 0,5-1 ml/kg/h sau khi đã có huyết áp để xác định chức năng thận còn tốt và tiếp tục bù dịch qua tình mạch
  - Triệu chứng lâm sàng: nôn ói, tiêu chảy,...
  - Dấu hiệu bù nước hiệu quả: mạch, huyết áp cải thiện nhanh sau 30 - 60 phút, khỏe, hết khát tiếng, da ẩm, hết nôn, tiểu được.

- Bù dịch không cải thiện: đánh giá lại tốc độ truyền dịch và lượng nước mất.
  - Bù nước duy trì: tùy tốc độ mất nước, căn cứ vào
    - Bảng xuất nhập mỗi giờ theo ghi chú điều dưỡng.
    - Tính chất phân:
      - Nước trong: 10 – 20 ml/kg/giờ.
      - Nước xanh: 5 ml/kg/giờ.
- Note:** trong những giờ đầu có toan chuyển hóa có thể đánh giá sai tình trạng thiếu Kali máu ( $H^+$  vào nội bào trao đổi  $K^+$ ) → sau khi bù nước và điều chỉnh toan chuyển hóa có thể xảy ra tình trạng hạ Kali máu nặng gây liệt ruột, liệt cơ
- Bù nước nhu cầu trong ngày

## 2. Kháng sinh:

Không có chỉ định kháng sinh khi tiêu < 4 lần/ngày

### Chỉ định kháng sinh:

- Nghi ngờ Shigella, tác nhân xâm lấn khác
- Triệu chứng toàn thân nặng
- Cơ địa đặc biệt đáp ứng kém, dễ chuyển nặng
- Người đi du lịch

### a. Kháng sinh điều trị Vibrio cholera:

Tác dụng: giảm mất nước, mau hồi phục

Kháng sinh	Liều dùng/ngày		Số ngày
	Trẻ em	Người lớn	
Erythromycine	12,5 mg/kg x 4 lần	250 mg x 4 lần	3 ngày
Azithromycin	20 mg/kg	1 g	Liều duy nhất
Ciprofloxacin	15 mg/kg x 2 lần	500 mg x 2 lần	3 ngày
Tetracycline (ở vùng không kháng thuốc)	12,5 mg/kg x 4 lần (không áp dụng cho trẻ < 8 tuổi)	500 mg x 4 lần	3 ngày
Doxycyclin	4 - 6 mg/kg (không áp dụng cho trẻ < 8 tuổi)	300 mg	Liều duy nhất

### b. Kháng sinh điều trị Shigella:

Tác dụng: giảm mất nước, giảm sốt, giảm biến chứng

Kháng sinh	Liều dùng/ngày		Số ngày
	Trẻ em	Người lớn	
Vùng không kháng thuốc			
Ampicillin	25 mg/kg x 4	500 mg x 4	5 ngày
TMP - SMX	10/50 mg/kg x 2	160/800 mg x 2 lần	5 ngày
Vùng kháng thuốc			
A. nalidixic	15 mg/kg x 4	1000 mg x 4	3 ngày
Ceftriaxone	50 mg/kg	2 g/ngày	5 ngày
Cefixime	4 mg/kg x 2 (tối đa 400 mg)	200 mg x 2	5 ngày
Ciprofloxacin	15 mg/kg x 2	500mg x 2	3 ngày
Norfloxacin		400 mg x 2	
Ofloxacin		200 mg x 2	
Levofloxacin		500 mg/ngày	



Azithromycine	Ngày 1: 12 mg/kg (tối đa 12 mg/kg) → Ngày 2, 3, 4, 5: 6 mg/kg (tối đa 250 mg/kg)	Liều duy nhất: 1g. Hoặc: Ngày 1: 500 mg → ngày 2, 3, 4, 5: 250 mg	5 ngày
---------------	--	--	--------

**c. Kháng sinh điều trị ký sinh trùng:**

- Giardia lamblia, E. histolytica: Metronidazole 500 – 700 mg mỗi 8 giờ x 7 – 10 ngày.
- Isospora: Cotrimoxazole 160 mg/800 mg 1 viên x 2 lần x 7 – 10 ngày.
- Strongyloides: Thiabendazole, Ivermectin, Albendazole.
  - Sử dụng Ivermectin:
    - Không SGMD: 200 mcg/kg x 1 lần/ngày x 1 – 2 ngày.
    - SGMD: 200 mcg/kg x 1 lần/ngày x 2 ngày, lặp lại sau 2 tuần.
    - Nặng, lan tỏa: 200 mcg/kg x 1 lần/ngày, sử dụng đến 15 ngày sau khi soi phân âm tính hoặc khi bệnh hồi phục.

**3. Điều trị triệu chứng:**

- Hạ sốt.
- Chống co giật
- Thuốc hấp thu nước.
- Thuốc chống nhu động.

**Note:** Chống chỉ định thuốc chống nhu động: hội chứng lỵ (sốt, phân có đờm, máu); trẻ < 12 tuổi (lử đừ, tăng tổn thương đại tràng)

- Hâm loét hậu môn.
- Sa trực tràng.