https://nhathuocngocanh.com/

QUẢN LÝ VIÊM DẠ DÀY RUỘT CẤP Ở TRẺ EM THEO ESPGHAN VÀ NASPGHAN 2014

ĐỊNH NGHĨA

Viêm dạ dày ruột cấp nhìn chung được định nghĩa là sự thay đổi tính chất phân (phân lỏng) và/hoặc tăng tần suất đi ngoài (thường ≥ 3 lần trong 24 giờ), có hoặc không có sốt hay buồn nôn; tuy nhiên, sự thay đổi tính chất phân so với trước đó là chỉ điểm tin cậy hơn số lần, đặc biệt trong những tháng đầu đời. Tiêu chảy cấp thường kéo dài < 7 ngày và không > 14 ngày.

DỊCH TỄ

- Tỉ lệ tiêu chảy từ 0.5 đến 2 đợt cho mỗi trẻ trong năm ở trẻ < 3 tuổi tại Châu Âu.
- Viêm dạ dày ruột là nguyên nhân chính nhập viện của trẻ ở khoảng tuổi này.
- Rotavirus là tác nhân thường gặp nhất; tuy nhiên, norovirus dần trở thành nguyên nhân đưa trẻ đi khám ở các quốc gia có tỉ lệ phủ vaccine rotavirus cao.
- Tác nhân vi khuẩn thường gặp nhất là *Campylobacter* hay *Salmonella* tùy theo quốc gia.

YẾU TỐ NGUY CƠ NẶNG VÀ/HOẶC BỆNH KÉO DÀI

Mối liên quan giữa tiêu chảy nặng hoặc kéo dài và tác nhân gây bệnh?

Rotavirus là tác nhân gây bệnh đường ruột nặng nhất (III, C) (khuyến cáo mạnh, mức bằng chứng trung bình).

Ở trẻ tiêu chảy kéo dài, các tác nhân chủ yếu gây tiêu chảy được xác định như sau:

- Rotavirus, norovirus, astrovirus, enteroaggregative, *Escherichia coli*, và *E coli* không điển hình (III, C) (khuyến cáo yếu, mức bằng chứng thấp).
- *Giardia* (I, A) (khuyến cáo yếu, mức bằng chứng trung bình.
- *Cryptosporidium* và *Entamoeba histolytica* (III, C) (khuyến cáo yếu, mức bằng chứng thấp)

Mối tương quan giữa yếu tố liên quan người bệnh và nguy cơ tiêu chảy nặng hoặc dai dẳng?

Yếu tố nguy cơ: Tuổi nhỏ

Tỉ lệ mất nước cao ở trẻ < 6 tháng tuổi liên quan đến tiếp xúc rotavirus (III, C) (khuyến cáo yếu, mức bằng chứng thấp).

Ở các nước đang phát triển, trẻ nhỏ (< 6 tháng) liên quan đến mức độ nặng và sự dai dẳng của tiêu chảy (II, B) (khuyến cáo mạnh, mức bằng chứng thấp).

Yếu tố nguy cơ: Cho bú

https://nhathuochgocanh.com/

Bú mẹ có thể giảm nguy cơ viêm dạ dày ruột cấp ở trẻ nhỏ Châu Âu (III, C) (khuyến cáo mạnh, mức bằng chứng trung bình).

Ở các khu vực đang phát triển, cai bú sớm có thể liên quan đến khởi phát sớm tình trạng tiêu chảy nặng hoặc kéo dài (III, C) (khuyến cáo yếu, mức bằng chứng thấp).

Yếu tố nguy cơ: Bệnh lý nền mạn tính hoặc suy giảm miễn dịch

Trẻ suy giảm miễn dịch có nguy cơ cao hơn phát triển tình trạng bệnh lý nặng hơn và kéo dài (III, C) (khuyến cáo yếu, mức bằng chứng thấp).

Suy dinh dưỡng và suy giảm miễn dịch là các yếu tố nguy cơ tiêu chảy dai dẳng do ký sinh trùng ở các quốc gia đang phát triển (III, C) (khuyến cáo yếu, mức bằng chứng thấp).

C difficile là tác nhân chính gây tiêu chảy nặng trong các bệnh lý mạn tính như IBD và bệnh lý ung thư (III, C) (khuyến cáo yếu, mức bằng chứng thấp).

Mối tương quan giữa tình trạng lâm sàng của đứa trẻ và nguy cơ tiêu chảy nặng hoặc dai dẳng?

Chán ăn, sốt, nôn, và có nhầy trong phân thường liên quan đến tiêu chảy dai dẳng (III, C) (khuyến cáo yếu, mức bằng chứng rất thấp).

Sốt, mất nước nặng, và lơ mơ thường gặp trong nhiễm rotavirus, chỉ điểm tổn thương hệ thống và liên quan đến tiêu chảy nặng (III, C) (khuyến cáo yếu, mức bằng chứng thấp).

ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG VÀ MỨC ĐỘ NẶNG

Chỉ điểm cần đưa trẻ đi khám?

Nên đưa trẻ đi khám nếu thỏa bất kỳ điều nào sau đây:

- Trẻ < 2 tháng tuổi (III, C) (khuyến cáo mạnh, mức bằng chứng thấp)
- Bệnh lý nền nặng (eg, đái tháo đường và suy thận (Vb, D) (khuyến cáo mạnh, mức bằng chứng rất thấp)
- Nôn dai dẳng (III, C) (khuyến cáo mạnh, mức bằng chứng thấp)
- Tiêu chảy lượng nhiều (high-output) với tăng thể tích phân (> 8 lần/ngày) (III, C) (khuyến cáo mạnh, mức bằng chứng thấp)
- Trẻ có mất nước nặng theo đánh giá của người nhà (Vb, D) (khuyến cáo mạnh, mức bằng chứng rất thấp)

Đánh giá mất nước

Phương pháp tốt nhất để đánh giá mất nước là tính phần trăm cân nặng mất đi (Vb, D) (khuyến cáo yếu, mức chứng cứ thấp)

Phân độ mất nước: không có hoặc mất nước tối thiểu, nhẹ-trung bình, và mất nước nặng là cơ bản để điều trị (I, A) (khuyến cáo mạnh, mức bằng chứng trung bình).

https://nhathuocngocanh.com/

Lời kể về triệu chứng mất nước của bố mẹ ít có giá trị đặc hiệu và có thể không hữu ích trên lâm sàng; tuy nhiên nếu bố mẹ bảo lượng nước tiểu ít hơn bình thường thì khả năng có mất nước (Vb, C) (khuyến cáo mạnh, mức chứng cứ thấp).

Ba chỉ điểm lâm sàng đánh giá mất nước là kéo dài CRT, dấu véo da và bất thường hô hấp (III, C) (khuyến cáo yếu, mức bằng chứng trung bình)

BẢNG – Thang điểm đánh giá mất nước trên lâm sàng (CDS) ở trẻ em (tổng điểm từ 0 đến 8)

Đặc điểm	0	1	2
Toàn trạng	Bình thường	Khát, đừ nhưng quấy khóc khi chạm vào	Lơ mơ, lạnh hoặc vã mồ hôi ± hôn mê
Mắt	Bình thường	Trũng nhẹ	Trũng rõ
Niêm mạc	Ẩm	Dính (sticky)	Khô
Nước mắt	Có nước mắt	Ít nước mắt	Không có nước mắt

Điểm 0 là không có mất nước; điểm 1-4 là mất nước nhẹ; điểm 5-8 là mất nước trung bình/nặng.

Đặc điểm lâm sàng gợi ý tác nhân vi khuẩn hơn so với virus trong tiêu chảy?

Sốt cao (> 40°C), có máu trong phân, đau bụng và tổn thương CNS gợi ý tác nhân vi khuẩn. Nôn ói và triệu chứng ho hấp gợi ý liên quan đến virus (III, C) (khuyến cáo yếu, mức bằng chứng thấp).

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN

Viêm dạ dày ruột cấp nhìn chung không cần xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán (Vb, D) (khuyến cáo mạnh, mức bằng chất thấp).

Xét nghiệm vi sinh có hữu ích ở trẻ viêm dạ dày ruột cấp?

Đứa trẻ biểu hiện viêm dạ dày ruột cấp không cần xét nghiệm tìm căn nguyên thường quy; tuy nhiên, trong một vài bệnh cảnh xét nghiệm vi sinh có thể cần thiết trong chẩn đoán và điều trị (Vb, D) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng thấp).

Xét nghiệm vi sinh có thể cần thiết ở trẻ có bệnh lý nền mạn tính (eg, bệnh lý ung thư, IBDs, ...), ở những trẻ có tình trạng bệnh nặng, hoặc ở những trẻ có triệu chứng kéo dài cần xem xét điều trị đặc hiệu.

Có marker trong máu nào đáng tin cậy chỉ điểm tiêu chảy nhiễm khuẩn không?

Phân biệt tác nhân vi khuẩn với tác nhân không do vi khuẩn khả năng không làm thay đổi điều trị. CRP và Pro-calcitonin không được khuyến cáo thường quy trong xác định tác nhân vi khuẩn (Vb, D) (khuyến cáo yếu, bằng chứng thấp).

Marker trong phân có phân biệt được tác nhân vi khuẩn và không do vi khuẩn?

Dựa vào các dữ liệu sẵn có chúng tôi không khuyến cáo thường quy việc sử dụng các markers phân để phân biệt giữ viêm dạ dày ruột do vi khuẩn hay do virus trong bệnh cảnh lâm sàng (Vb, D) (khuyến cáo yếu, bằng chứng thấp).

Có bất kỳ xét nghiệm sinh hóa nào làm thay đổi tiếp cận đứa trẻ viêm dạ dày ruột?

https://nhathuocngocanh.com/

Trị số duy nhất dường như hữu ích trong giảm khả năng mất nước > 5% là bicarbonate huyết thanh (bicarbonate huyết thanh bình thường) (III, C) (khuyến cáo yếu, bằng chứng thấp).

Điện giải nên được kiểm tra:

- Ở trẻ mất nước trung bình có bệnh sử và dấu hiệu thăm khám không tương xứng với mức độ nặng của tình trạng tiêu chảy, và tất cả trẻ mất nước nặng (Va, D) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng thấp).
- Ở tất cả trẻ bắt đầu bù dịch TM, và trong quá trình điều trị, vì tăng hoặc giảm natri máu sẽ thay đổi tốc độ bù dịch (Va, D) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng thấp).

Nội soi và/hoặc mô bệnh học có hữu ích gì trong quản lý đứa trẻ viêm dạ dày ruột cấp?

Không có chỉ định nội soi trừ một số bệnh cảnh hoặc các trường hợp như chẩn đoán phân biệt với IBD ở thời điểm khởi phát (Vb, D) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng thấp).

QUẢN LÝ TRONG BỆNH VIỆN

Chỉ định nhập viện

Các khuyến cáo nhập viện dựa vào đồng thuận và bao gồm bất kỳ tình trạng nào sau đây (Vb, D) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng thấp):

- Shock
- Mất nước nặng (> 9% trọng lượng cơ thể)
- Bất thường thần kinh (lơ mơ, co giật)
- Nôn ra dịch mật hoặc nôn nhiều
- Không uống được
- Nghi ngờ tình trạng bệnh ngoại khoa
- Tình trạng không đảm bảo an toàn khi theo dõi và quản lý tại nhà

Chỉ định bù dịch qua sonde mũi-dạ dày (NG tube)

Khi bù dịch đường uống không khả thi, bù dịch qua NG tube là phương pháp ưu tiên hơn và nên được đề xuất trước khi bù dịch tĩnh mạch (I, A) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng trung bình).

Bù dịch đường tiêu hóa liên quan đến giảm biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện hơn so với bù dịch đường tĩnh mạch và thành công ở hầu hết trẻ (I, A) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng trung bình).

Phác đồ bù dịch nhanh qua sonde mũi dạ dày (40-50 mL/kg trong vòng 3-6 giờ) và bù dịch chuẩn (24 giờ) có hiệu quả tương đương và có thể được khuyến cáo (II, B) (khuyến cáo yếu, bằng chứng trung bình).

Chỉ định bù dịch đường tĩnh mạch

https://nhathuocngocanh.com/

Bù dịch đường tĩnh mạch cần trong những trường hợp sau (Vb, D) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng thấp):

- Shock
- Mất nước có rối loạn tri giác hoặc toan nặng
- Mất nước diễn tiến xấu đi hoặc không cải thiện dù đã bù dịch đường uống hoặc qua sonde.
- Nôn ói dai dẳng dù đã bù dịch đường uống hoặc qua sonde mũi dạ dày
- Bụng chướng căng và liệt ruột

Chỉ định bù dịch TM như thế nào?

Đối với trẻ biểu hiện shock

Đứa trẻ biểu hiện shock thứ phát do viêm dạ dày ruột nên được bù nhanh dịch tinh thể đẳng trương (nước muối 0.9% hoặc Ringer's lactate) với liều 20-mL/kg bolus (Vb, D) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng rất thấp).

Nếu huyết áp không cải thiện sau bolus liều đầu, liều thứ hai (hoặc thậm chí liều thứ ba) 20 mL/kg nên được truyền > 10-15 phút và tìm các nguyên nhân khác có thể gây shock (Vb, D) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng rất thấp).

Đối với đứa trẻ mất nước nặng nhưng không shock

Đứa trẻ mất nước nặng cần truyền dịch TM có thể bù dịch nhanh liều 20 mL/kg/giờ dung dịch NS 0.9% trong 2-4 giờ (II, B) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng trung bình).

Ở đứa trẻ bù dịch TM, dung dịch chứa dextrose có thể được dùng trong duy trì (III, C) (khuyến cáo yếu, bằng chứng thấp).

Dung dịch chứa không < 0.45% saline (ít nhất 77 mEq/L [Na^+]) được khuyến cáo trong 24 giờ đầu bù dịch để ngăn ngừa hạ natri máu (III, C) (khuyến cáo yếu, bằng chứng thấp).

Sau khi đứa trẻ tiểu được và nếu biết được giá trị điện giải trong huyết thanh, thêm 20 mEq/L KCl (Vb, D) (khuyến cáo yếu, mức bằng chứng thấp).

Tốc độ bù dịch TM

Bù dịch nhanh với 20 mL/kg/h trong 2-4 giờ sau đó bù đường uống hoặc truyền liên tục dung dịch dextrose là đủ cho giai đoạn bù dịch ban đầu cho hầu hết bệnh nhân cần nhập viện (II, B) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng trung bình).

Bù dịch TM nhanh có thể liên quan đến bất thường điện giải và kéo dài thời gian nằm viện, do đó không được khuyến cáo (II, B) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng thấp).

BẢNG – Tính dịch duy trì theo phương pháp Holliday-Segar

Cân nặng của đứa trẻ	Nhu cầu dịch cơ bản hàng ngày
1-10 kg	100 mL/kg
10-20 kg	1000 mL + 50 mL/kg cho mỗi kg > 10 kg
>20 kg	1500 mL + 20 mL/kg cho mỗi kg > 20 kg

https://phathuocngocanh.com/

Thành phần dịch bù

Nước muối đẳng trương (0.9%) hiệu quả trong làm giảm nguy cơ hạ natri máu và được khuyến cáo trong bù dịch ban đầu ở hầu hết các trường hợp. Trong những trường hợp hiếm hoi bị shock, dung dịch Ringer's lactate được khuyến cáo (III, C) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng thấp).

Glucose có thể được thêm vào dung dịch nước muối khi thể tích dịch đã được bồi phụ trong pha sau giai đoạn bù dịch ban đầu ("dịch duy trì") (III, C) (khuyến cáo yếu, bằng chứng thấp).

Điều trị tăng natri máu

Bù dịch đường uống hoặc qua sonde mũi dạ dày (NG tube) với ORS hypoosmolar (áp suất thẩm thấu thấp) là điều trị hiệu quả và an toàn, ít có tác dụng phụ hơn so với bù dịch tĩnh mạch (III, C) (khuyến cáo yếu, bằng chứng rất thấp).

Nếu đứa trẻ tăng natri máu và cần bù dịch TM:

- Dùng dung dịch đẳng trương (saline 0.9%) để bồi phụ thể tích dịch thay thế và dịch duy trì (III, C) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng rất thấp).
- Bù dịch thay thế chậm, thường trong 48 giờ với mục đích giảm nó < 0.5 mmol/L/h (III, C) (khuyến cáo yếu, bằng chứng rất thấp).
- Thường xuyên theo dõi natri huyết tương (Vb, D) (khuyến cáo yếu, bằng chứng rất thấp).

Can thiệp điều trị nào có thể giảm thời gian nằm viện?

Dùng các men vi sinh (probiotic) hiệu quả giúp giảm thời gian nằm viện và có thể được xem xét ở trẻ nhập viện vì viêm dạ dày ruột cấp (II, B) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng thấp).

Đứa trẻ nhập viện vì viêm dạ dày ruột nặng do rotavirus có thể có lợi từ việc uống immunoglobulins (III, C) (khuyến cáo yếu, bằng chứng rất thấp).

Sữa công thức free-lactose có thể được xem xét trong quản lý viêm dạ dày ruột cấp ở trẻ dưới 5 tuổi nhập viện (I, A) (khuyến cáo yếu, bằng chứng thấp).

Khi nào cho đứa trẻ viêm dạ dày ruột cấp ra viện?

Xem xét ra viện khi đứa trẻ thỏa mãn đầy đủ các tiêu chí sau:

- Đủ dịch
- Không cần truyền dịch TM
- Lượng dịch uống vào cân bằng hoặc nhiều hơn lượng dịch mất
- Đủ điều kiện theo dõi và tái khám

ĐIỀU TRỊ

Bù dịch

https://phathuocmoi.com/

Reduced osmolarity ORS (50/60 mmol/L Na) là điều trị đầu tay trong quản lý đứa trẻ viêm dạ dày ruột cấp (I, A) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng trung bình).

Reduced osmolarity ORS hiệu quả hơn full-strength ORS về kết cục lâm sàng như giảm lượng phân, giảm nôn, và giảm nhu cầu truyền dịch TM (I, A) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng trung bình).

Thuốc điều trị

Thuốc chống nôn

Ondansetron, theo liều các nghiên cứu và dùng đường uống hoặc tĩnh mạch, có thể mang lại hiệu quả ở trẻ nhỏ có nôn ói liên quan đến viêm dạ dày ruột cấp. Không có bằng chứng hỗ trợ việc dùng các thuốc chống nôn khác (II, B) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng thấp).

Thuốc chống bài tiết (antisecretory drug)

Rocecadotril có thể được xem xét trong quản lý viêm dạ dày ruột cấp (II, B) (khuyến cáo yếu, bằng chứng trung bình).

Bismuth subsalicylate không được khuyến cáo trong quản lý đứa trẻ viêm dạ dày ruột cấp (III, C) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng thấp).

Kẽm – Trẻ > 6 tháng tuổi ở các quốc gia đang phát triển có thể có lợi từ việc dùng kẽm trong điều trị viêm dạ dày ruột cấp; tuy nhiên, ở những khu vực mà hiếm khi thiếu kẽm, không có lợi ích từ việc dùng kẽm (I, A) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng trung bình).

Men vi sinh

Probiotics phối hợp với ORS hiệu quả trong rút ngắn thời gian và biểu hiện triệu chứng của viêm dạ dày ruột. Probiotics có chọn lọc được dùng ở trẻ viêm dạ dày ruột cấp (I, A) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng trung bình). Bằng chứng mới xác nhận probiotic hiệu quả trong rút ngắn thời gian biểu hiện triệu chứng ở trẻ viêm dạ dày ruột cấp (I, A) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng trung bình). Sử dụng các probiotics sau: *L rhamnosus* GG và *S boulardii* nên được xem xét ở đứa trẻ viêm dạ dày ruột cấp (I, A) (khuyến cáo mạnh, bằng chứng thấp).

Việc sử dụng prebiotics trong điều trị viêm dạ dày ruột không được khuyến cáo (II, B) (khuyến cáo yếu, bằng chứng thấp).

BẢNG – Probiotics trong điều trị viêm dạ dày ruột cấp

Probiotic được khuyến cáo	Bằng chứng	Khuyến cáo	Liều
LGG	Thấp	Mạnh	≥10^{10} CFU/ngày (thường 5-7 ngày)
Saccharomyces boulardii	Thấp	Mạnh	250-750 mg/ngày (thường 5-7 ngày)
Lactobacillus reuteri DSM 17938	Rất thấp	Yếu	10^{8}-4 x 10^{8} (thường 5-7 ngày)
Heat-killed Lactobacillus acidophilus LB	Rất thấp	Yếu	Tối đa 5 liều 10^{10} CFU trong 48 giờ; tối đa 9 liều 10^{10} CFU trong 4.5 ngày