

VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG Ở TRẺ EM (K29.9)

I. ĐỊNH NGHĨA VÀ NGUYÊN NHÂN

- Viêm loét dạ dày tá tràng (VLDDTT) là tình trạng tổn thương niêm mạc dạ dày hay tá tràng với nhiều mức độ khác nhau do sự mất cân bằng giữa yếu tố bảo vệ và yếu tố tấn công.

Yếu tố bảo vệ	Yếu tố tấn công
Dịch nhầy	Acid hydrochloric
Bicarbonate	Pepsin
Lưu lượng máu đến niêm mạc	NSAIDS
Prostaglandins	Acid mật
Lớp niêm mạc kỵ nước	Stress
	Helicobacter pylori (HP)

VLDDTT gồm hai nguyên nhân:

- *VLDDTT nguyên phát*: hầu hết viêm dạ dày và loét tá tràng nguyên phát đều liên quan đến nhiễm *Helicobacter pylori*.
- *VLDDTT thứ phát*: xảy ra khi có yếu tố tấn công gây mất thăng bằng nội mô bình thường của niêm mạc dạ dày tá tràng.
- Cần chú ý đánh giá triệu chứng và bệnh lý đi kèm để xác định nguyên nhân gây VLDDTT, không chỉ tập trung vào H.pylori.

II. LÂM SÀNG

1. Bệnh sử

- Triệu chứng của bệnh thường không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn các bệnh lý khác, bệnh nhi có thể đến khám vì những triệu chứng điển hình như:
 - + Xuất huyết tiêu hóa: ói máu hoặc tiêu phân đen
 - + Hội chứng dạ dày tá tràng: đau bụng vùng thượng vị, đau liên quan ăn uống, xuất hiện lúc đói hoặc ngay sau ăn kèm đầy bụng, ợ hơi, ợ chua, buồn nôn, có cơn đau gây thức giấc buổi tối...
- Tuy nhiên phần lớn bệnh nhi đến khám vì triệu chứng đau bụng mơ hồ, do đó cần hỏi kỹ bệnh sử, khám lâm sàng và làm một số xét nghiệm sàng lọc ban đầu ở trẻ đau bụng mạn để tìm "Dấu hiệu cảnh báo" bệnh lý Viêm dạ dày.
- Dấu hiệu bệnh sử cảnh báo tổn thương dạ dày tá tràng trên trẻ đau bụng mạn:
 - + Đau bụng kéo dài ở trẻ < 5 tuổi
 - + Đau vùng thượng vị, đau liên quan đến ăn uống
 - + Cơn đau thức giấc buổi tối
 - + Ói mửa nặng
 - + Sụt cân không rõ nguyên nhân
 - + Chậm trắng trường không rõ nguyên nhân

- + Ói máu, tiêu máu
 - + Thiếu máu không rõ nguyên nhân
 - + Máu ẩn/phân (+)
2. **Tiền căn Dấu hiệu tiền sử cảnh báo bệnh ở dạ dày tá tràng**
- Bản thân: dùng thuốc ảnh hưởng dạ dày như Corticoid, Aspirin, NSAIDs, thay đổi chế độ ăn, sang chấn tâm lý,...
 - Gia đình: có người viêm loét dạ dày tá tràng do H.pylori hoặc người thân trực hệ ung thư dạ dày.
3. **Khám lâm sàng**
- Khám toàn diện để loại trừ bệnh lý ở các hệ cơ quan khác gây đau bụng: vàng da, gan lách to, túi mật to, hệ tiết niệu, dấu thiếu máu, suy dinh dưỡng, thăm trực tràng.
 - Tìm "Dấu hiệu cảnh báo lâm sàng" bệnh ở dạ dày tá tràng: ấn đau vùng thượng vị, thiếu máu: chóng mặt, da xanh niêm nhợt,...

III. CẬN LÂM SÀNG

1. **Chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng trẻ đau bụng có "Dấu hiệu cảnh báo lâm sàng" bệnh ĐDTT cần được chỉ định nội soi dạ dày để xác định chẩn đoán**
- X-quang dạ dày tá tràng cản quang: hiện nay ít sử dụng, có thể phát hiện ổ loét bằng phương pháp chụp đối quang kép (chỉ thực hiện ở nơi không có nội soi)
 - Nội soi dạ dày tá tràng: là phương pháp tin cậy giúp chẩn đoán chính xác mức độ tổn thương niêm mạc, sinh thiết khảo sát mô học, tìm H.pylori.
 - Xét nghiệm khác: công thức máu, chức năng gan, chức năng thận, Amylase, Lipase máu, tổng phân tích nước tiểu, soi phân tìm ký sinh trùng, siêu âm bụng,... nhằm loại trừ các nguyên nhân đau bụng khác khi lâm sàng không rõ.
2. **Chẩn đoán nhiễm Hp**
- Chỉ làm xét nghiệm chẩn đoán nhiễm H.pylori khi trẻ có chỉ định nội soi dạ dày, để đánh giá H.pylori có phải là nguyên nhân gây tổn thương dạ dày trong các trường hợp sau:
 - + Viêm loét dạ dày tá tràng trên nội soi
 - + U MALT trên mô học
 - + Loạn sản dạ dày hay viêm teo niêm mạc dạ dày
 - + Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch mãn tính
 - + Thiếu máu thiếu sắt kháng trị đã loại trừ các nguyên nhân khác.
 - Không làm các xét nghiệm tầm soát nhiễm H.pylori trên trẻ đau bụng khi chưa có chỉ định nội soi dạ dày, 01 xét nghiệm không xâm lấn dương tính không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm H.pylori ở trẻ em (xem Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm H.pylori ở trẻ em), không trả lời được trẻ có bệnh do H.pylori không, do đó không có chỉ định tiết

trừ H.pylori, đặc biệt huyết thanh chẩn đoán không dùng làm tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm H.pylori.

- Các xét nghiệm dùng trong chẩn đoán nhiễm H.pylori ở trẻ em:
 - + *Xâm lấn* (cần nội soi sinh thiết): dùng để đánh giá nhiễm H.pylori lần đầu
 - Cây H.pylori
 - Mô học
 - Urease test (Clotest)
 - PCR
 - + *Không xâm lấn*: chỉ dùng để đánh giá hiệu quả diệt trừ H.pylori sau điều trị
 - Test hơi thở ^{13}C
 - Xét nghiệm kháng nguyên H.pylori trong phân (HpSA).

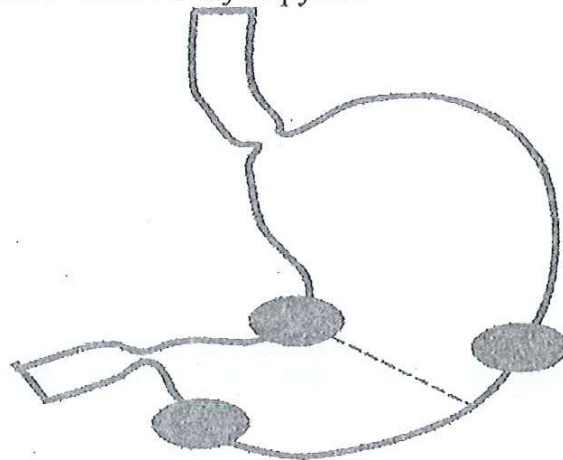
IV. HƯỚNG DẪN CHUẨN BỊ NỘI SOI DẠ DÀY

1. Xử trí trẻ khi có chỉ định nội soi dạ dày tá tràng

- Nếu trẻ có triệu chứng lâm sàng nặng: Nhập viện nội soi sớm.
- Nếu trẻ không có triệu chứng lâm sàng nặng: cho thuốc điều trị triệu chứng trong thời gian chờ nội soi (nhóm thuốc trung hòa acid hoặc nhóm bảo vệ niêm mạc dạ dày), không cho PPI, trừ khi trẻ có hội chứng dạ dày tá tràng điển hình, đau bụng nhiều, nhưng phải ngưng PPI ít nhất 2 tuần trước nội soi, anti H₂ ngưng ít nhất 2 ngày trước nội soi.

2. Chuẩn bị bệnh nhân trước nội soi

- Ngưng PPI ít nhất 2 tuần trước nội soi nếu trước đó có sử dụng.
- Làm XN tiền phẫu: tổng phân tích tế bào máu bằng máy đếm laser trước ngày nội soi + dặn dò bệnh nhân cách nhịn ăn uống.
- BS lâm sàng cần ghi rõ trong phiếu chỉ định y lệnh cây H .pylori và làm KSD, Mô học và Clotest, để BS nội soi thực hiện.
- Nội soi đánh giá sang thương dạ dày tá tràng theo hệ thống phân loại Sydney. Sinh thiết ít nhất 3 - 6 mẫu NM dạ dày theo lưu đồ để làm XN Clotes t - GPB và cây H.pylori.



3. Xử trí bệnh nhân sau nội soi

- Nếu bệnh nhân có loét DDTT trên nội soi, cho thuốc PPI 1 tuần, hẹn tái khám mỗi tuần đánh giá nguy cơ trong khi chờ kết quả cấy H.pylori.
- Nếu bệnh nhân chỉ có viêm DDTT trên nội soi, cho thuốc PPI 1 - 3 tuần, hẹn tái khám chờ kết quả cấy H.pylori.
- Khi có đủ kết quả xét nghiệm (GPB, Clotes t, cấy H.pylori) đánh giá trẻ có đủ tiêu chuẩn nhiễm H.pylori (xem *Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm H.pylori ở trẻ em*) và có chỉ định tiết trừ hay không (xem *Chỉ định tiết trừ*) để quyết định cho phác đồ tiết trừ.

V. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

- VLDDTT trên nội soi: khi thấy sang thương loét hoặc viêm nốt, viêm loét, phù nề, sung huyết mức độ trung bình - nặng.
- VDDTT trên GPB: khi thấy thâm nhiễm tế bào viêm $\geq 2-5$ tế bào lympho tương bào và hoặc đại thực bào trong 1 vi trường.
- Nhiễm H.pylori: **Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm H.pylori lần đầu ở trẻ em**
 - + Cấy dương tính, hoặc
 - + Mô học và Clo test cùng dương tính, hoặc
 - + Mô học và PCR cùng dương tính
 - + Trường hợp đang XHTH thì chỉ cần 1 trong các XN trên (+)
- VLDDTT do H.pylori: Nội soi dạ dày có tổn thương đặc biệt sang thương nốt hang vị hoặc loét tá tràng và đủ tiêu chuẩn nhiễm H.pylori.

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Trẻ VLDDTT có triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, triệu chứng hay gặp là đau bụng đôi khi không điển hình, cần loại trừ các nguyên nhân khác gây đau bụng như:

- Các nguyên nhân đau bụng cấp (xem bài Đau bụng cấp)
- Các nguyên nhân đau bụng mạn (xem bài Đau bụng mạn)

VII. MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ

- Làm lành vết loét hoặc viêm, ngừa loét tái phát và biến chứng
- Điều trị nguyên nhân gây viêm loét, tiết trừ H.pylori khi có chỉ định
- **Chỉ định tiết trừ H.pylori**
 - + Loét dạ dày hay loét tá tràng + đủ tiêu chuẩn nhiễm H.pylori
 - + Viêm teo dạ dày kèm chuyển sản ruột + nhiễm H.pylori
 - + Thiếu máu thiếu sắt dai dẳng kháng trị (sau khi loại trừ bệnh lý thực thể khác) + nhiễm H.pylori
 - + Xuất huyết giảm tiêu cầu miễn dịch mãn tính + nhiễm H.pylori
 - *Xem xét điều trị HP khi* (chưa đủ chứng cứ, tùy lâm sàng): Viêm DDTT không kèm loét. Trường hợp này, quyết định tiết trừ cần cân nhắc dựa vào:
 - + Tuổi bệnh nhi: < 5 tuổi khả năng tái nhiễm cao và tuân thủ điều trị kém

- + Độ nặng của triệu chứng lâm sàng
- + Tiền sử gia đình có người bị loét DDTT (nhiễm H.pylori độc lực cao)
- + Độ nặng của sang thương dạ dày trên nội soi
- + Độ nặng của viêm dạ dày trên GPB
- + Mức độ nhiễm H.pylori trên GPB
 - *Không điều trị tiệt trừ H.pylori khi*
- + Đau bụng mạn + các test H.pylori không xâm lấn (+) mà chưa có nội soi đánh giá sang thương dạ dày. (Không khuyến cáo làm các XN không xâm lấn tìm H.pylori ở trẻ đau bụng mạn khi không có chỉ định nội soi dạ dày).
- + Nhiễm Hp + Đau bụng mạn nhưng không có tổn thương dạ dày trên nội soi.
- + Nhiễm H.pylori không triệu chứng.

VIII. ĐIỀU TRỊ

1. Viêm loét dạ dày tá tràng không do nhiễm H.pylori

- Ngưng thuốc ảnh hưởng dạ dày
- Điều trị nguyên nhân nếu có thể
- Điều trị thuốc chống loét
- Thời gian điều trị: 4 tuần

Thuốc	Liều dùng
Antacids	
Aluminum/Magnesium hydroxide	0,5 mL/kg/lần mỗi 3 – 6 giờ uống sau ăn
Ức chế thụ thể H₂	
Ranitidine	2-6 mg/kg/ngày uống chia 2-3 lần 3-4 mg/kg/ngày IV chia 3-4 lần
Ức chế bơm proton	
Omeprazole	1.5 - 2.5 mg/kg/ngày uống chia 1-2 lần
Lansoprazole	1.5 - 2.5 mg/kg/ngày uống chia 1-2 lần
Esomeprazole	1.5 - 2.5 mg/kg/ngày uống chia 1-2 lần
Thuốc bảo vệ niêm mạc	
Sucralfate	40-80 mg/kg/ngày chia 4 lần

2. Loét dạ dày hay loét tá tràng do H.pylori

- Thời gian điều trị: 6-8 tuần
- Phác đồ điều trị:

Khuyến cáo điều trị khởi 1 - 3 tuần PPI để ức chế toan tốt điều trị sang thương dạ dày và chờ kết quả cấy H.pylori. Sau khi có KSD, chọn phác đồ điều trị tùy vào kiểu đề kháng kháng sinh. Sau khi điều trị đủ 14 ngày kháng sinh, cần tiếp tục điều trị PPIs cho đủ 6 - 8 tuần để làm lành ổ loét.

Lựa chọn phác đồ tiệt trừ đầu tiên theo KSD:

(+) Nhảy CLA, nhảy MET PPI+AMOX+CLARI liều chuẩn 14 ngày

- + Kháng CLA, nhạy MET PPI+AMOX+METRO liều chuẩn 14 ngày hoặc phác đồ 4 thuốc có Bismuth.
- (+) Nhạy CLA, kháng MET PPI+AMOX+CLARI liều chuẩn 14 ngày hoặc phác đồ 4 thuốc có Bismuth.
- (+) Kháng CLA, Kháng MET PPI+AMOX+METRO 14 ngày với AMOX liều cao hoặc phác đồ có Bismuth.

Lựa chọn phác đồ đầu tiên theo khuyến cáo nếu nuôi cấy *H.pylori* không mọc:

- + PPI+AMOX+METRO 14 ngày với AMOX liều cao hoặc phác đồ 4 thuốc có Bismuth.
- + PPI+AMOX+CLARI+METRO liều chuẩn 14 ngày.

❖ **Liều các thuốc trong chiến lược liều chuẩn**

Thuốc	Cân nặng	Liều sáng (mg)	Liều tối (mg)
PPI	15–24kg	20	20
	25–34kg	30	30
	>35kg	40	40
AMOX	15–24kg	500	500
	25–34kg	750	750
	>35kg	1000	1000
CLARI	15–24kg	250	250
	25–34kg	500	250
	>35kg	500	500
METRO	15–24kg	250250	
	25–34kg	500	250
	>35kg	500	500
BISMUTH subsalylate	<10 Tuổi	262mg x 4lần/ngày	
	>10 Tuổi	524mg x 4lần/ngày	

➤ Bismuth subcitrate: 8 mg/ kg/ngày chia 4 lần

- PPIs: 1.5 – 2.5 mg/kg/ngày chia 2 lần. Có thể chọn một trong các PPI: Omeprazole , Esomeprazole , Rabeprazole tùy khả năng trẻ nuốt được nguyên viên hay không, kiểu hình CYP₂C₁₉.

❖ **Chiến lược Amox liều cao**

THUỐC	CÂN NẶNG	LIỀU SÁNG	LIỀU TỐI
AMOX	15– 24kg	750	750
	25– 34kg	1000	1000
	>35kg	1500	1500

❖ Trong thời gian điều trị phác đồ diệt trừ *H.pylori*, hạn chế cho thêm các thuốc không cần thiết để tăng khả năng tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Tất cả các thuốc nên được dùng hai lần/ngày. PPI uống trước ăn ít nhất 30 phút, thuốc phải được uống nguyên viên để tránh sự phá hủy của acid dạ dày. Nếu phải sử dụng liều nhỏ, cần chọn những chế phẩm PPI có thể chia nhỏ liều (thuốc có công nghệ MUPS). Kháng sinh uống sau ăn. Trong phác đồ có Bismuth, Bismuth uống sau ăn 01 giờ.

IX. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN, XUẤT VIỆN

1. Tiêu chuẩn nhập viện

- Xuất huyết tiêu hoá trên
- Thiếu máu nặng
- Đau bụng dữ dội
- Ói nhiều nặng

2. Xuất viện khi các triệu chứng giảm.

X. HƯỚNG DẪN THÂN NHÂN

- Cần hướng dẫn trước cả liệu trình điều trị lâu dài để bệnh nhân tăng tuân thủ, không bỏ tái khám.
- Tư vấn kỹ cách dùng thuốc PPI kháng sinh. Tư vấn cho thân nhân chọn lựa chế phẩm thuốc phù hợp bệnh nhi để tối ưu hóa hiệu quả điều trị.
- Những điều nên làm:
 - + Đảm bảo chế độ ăn phải đầy đủ các chất dinh dưỡng
 - + Nên ăn nhiều bữa ăn nhỏ
 - + Nên ăn đúng giờ, không để quá đói hoặc quá no,
 - + Nên ăn thức ăn mềm, dễ tiêu
 - + Dùng thuốc đầy đủ theo đúng hướng dẫn của bác sĩ
 - + Nghỉ ngơi hợp lý, tránh căng thẳng, lo âu
 - + Tái khám theo hẹn
- Những điều nên tránh:

- + Không ăn bữa cuối trong ngày gần giấc ngủ (nên ăn cách đi ngủ > 3 giờ).
- + Không ăn thức ăn quá chua, quá cay, quá nóng, quá nhiều gia vị
- + Tránh cho trẻ uống cafe, trà, nước có ga, nước tăng lực
- + Tránh các thuốc ảnh hưởng đến dạ dày (báo bác sĩ trước khi sử dụng các thuốc khác uống kèm)
- + Không tự ngưng điều trị ngay cả khi trẻ cảm thấy giảm bệnh nhiều

XI. TÁI KHÁM VÀ THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ

- Tái khám định kỳ trong và sau khi ngưng thuốc để theo dõi kết quả điều trị.
- Theo dõi đánh giá lành sang thương niêm mạc dạ dày và tiết trừ H.pylori
 - + Lâm sàng: sự cải thiện triệu chứng đau bụng, cải thiện tổng trạng ăn uống ngon miệng tăng cân...
 - + CLS: máu ẩn/phân sau khi kết thúc điều trị 04 tuần để đánh giá lành sang thương niêm mạc. Kháng nguyên H.pylori/phân (HpSA) hoặc xét nghiệm hơi thở sau khi ngưng kháng sinh ít nhất 04 tuần và ngưng PPI ít nhất 2 tuần để đánh giá tiết trừ H.pylori.

XII. HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ MỘT SỐ TÌNH HUỐNG SAU ĐIỀU TRỊ

1. Bệnh nhân có loét đường tiêu hóa

- Nên nội soi kiểm tra sau khi kết thúc liệu trình điều trị để đánh giá lành ổ loét và tình trạng nhiễm H.pylori.
- Nếu còn loét, tiếp tục điều trị PPI và tiết trừ lại bằng phác đồ 2 theo KSD.
- Nếu lành ổ loét và H.pylori (-): Theo dõi lâm sàng, CTM và máu ẩn/phân định kỳ mỗi 3 – 6 tháng.

2. Bệnh nhân không có loét đường tiêu hóa

- Lâm sàng ổn + XN máu ẩn/phân (-), H.pylori (-): tái khám định kỳ 03 tháng, theo dõi triệu chứng đau bụng + CTM, máu ẩn/phân.
- Lâm sàng ổn + XN máu ẩn/phân (-), H.pylori (+): giải thích cho thân nhân về diễn tiến sau nhiễm H.pylori, phần lớn trẻ sẽ không có biến chứng loét, do đó nếu lâm sàng ổn cần cân nhắc sự cần thiết tiết trừ H.pylori tiếp tục hay không. Hướng dẫn theo dõi dấu hiệu cảnh báo tái khám định kỳ mỗi 1 - 3 tháng, xét nghiệm CTM, máu ẩn/phân. Nếu lâm sàng ổn, máu ẩn/phân (-), tiền sử gia đình không có người bị loét DDTT, chỉ theo dõi không tiết trừ lại.
- Lâm sàng còn đau bụng + XN máu ẩn/phân (-), H.pylori (-): theo dõi lâm sàng tìm nguyên nhân đau bụng khác. Thử điều trị theo hướng Đau bụng chức năng sau khi loại trừ các nguyên nhân gây đau bụng khác.
- Lâm sàng còn đau bụng + XN máu ẩn/phân (+) và H.pylori (+): tìm nguyên nhân gây đau bụng khác, tiết trừ H.pylori bằng phác đồ 2

theo kháng sinh đồ. Nếu lần đầu cây không mọc, nên nội soi lại và cấy H.pylori.

XIII. CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ THAY THẾ SAU THẤT BẠI TIỆT TRỪ

- Tùy thuộc vào kháng sinh sử dụng trong phác đồ tiết trừ lần đầu, sự nhạy cảm với các KS còn lại và tuổi của bệnh nhi để chọn lựa phác đồ tiết trừ lần 2.
- Nếu trẻ > 9 tuổi phác đồ 4 thuốc PPI + Metro + Tetra + Bismuth, cho thấy có hiệu quả tiết trừ cao > 95% trong 1 thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm ở những người lớn thất bại tiết trừ với 1 hoặc nhiều phác đồ trước đó.
- Nếu trẻ < 9 tuổi và phác đồ lần 1 chưa sử dụng Bismuth, nên chọn chiến lược PPI + Metronidazole + Amoxicillin + Bismuth, với Amox và Metro liều cao.
- Cần lưu ý khả năng thất bại tiết trừ do PPI, phác đồ tiết trừ lần 2 nên tăng liều PPI đến mức tối đa, hướng dẫn sử dụng PPI đúng cách.
- Trước khi tiếp tục tiết trừ lần 2, cần đánh giá kỹ yếu tố gây thất bại tiết trừ, kiểm soát các yếu tố đó để đảm bảo tối ưu hóa khả năng thành công cho phác đồ tiếp theo:
 - + *Sự tuân thủ điều trị của bệnh nhi* trẻ có uống đủ liều đủ thời gian, cách uống PPI, kháng sinh có đúng theo hướng dẫn? Nếu lần đầu thân nhân chưa được tư vấn tốt cách uống thuốc, cần tư vấn kỹ lại cho thân nhân, sử dụng tờ bướm thông tin để nhấn mạnh tầm quan trọng của uống thuốc đúng cách đủ thời gian liệu trình điều trị. Chú ý vai trò giám sát của thân nhân khi cho trẻ uống thuốc, nên chọn thời điểm phù hợp để tiết trừ lại (tốt nhất nên chọn dịp nghỉ hè, nghỉ tết...) để đảm bảo trẻ có thể tuân thủ uống thuốc đúng dưới sự giám sát của người nhà.
 - + *Chất lượng chế phẩm thuốc*: nên tư vấn cho thân nhân chọn chế phẩm thuốc có chất lượng tối ưu, chế phẩm phù hợp khả năng uống của trẻ. Chú ý trẻ có khả năng nuốt được nguyên viên thuốc hay không?
 - + *Vai trò PPI* rất quan trọng trong phác đồ tiết trừ H.pylori, cần lưu ý khả năng thất bại tiết trừ do PPI bảo vệ kháng sinh không hiệu quả. Nên chọn Rabeprazole hoặc Esomeprazole MUPS để giảm tác động chuyển hóa qua CYP₂C₁₉ làm mất hiệu quả thuốc. Có thể khuyên trẻ uống Esomeprazole MUPS hoặc Rabeprazole trước ăn 1 giờ để thuốc đạt nồng độ tối đa trong máu thời điểm trẻ ăn vào.