

BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Trào ngược dạ dày thực quản là hiện tượng trào ngược các chất chứa trong dạ dày vào thực quản có thể là sinh lý hay bệnh lý. Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (TNDDTQ) là sự có mặt của các chất trong dạ dày trào ngược lên thực quản gây nên các triệu chứng khó chịu và hoặc các biến chứng (5).

2. NGUYÊN NHÂN

Bệnh TNDDTQ là do sự dẫn nở bất thường của cơ thắt thực quản dưới (5). Các yếu tố nguy cơ cao với bệnh TNDDTQ:

- Sau mổ teo thực quản thực quản
- Thoát vị khe hoành trượt
- Bệnh lý thần kinh
- Béo phì
- Rối loạn hô hấp mạn tính: loạn sản phế quản phổi, xơ nang, xơ hóa kẽ, xơ hóa nang.
- Ghép phổi, đẻ non (2)

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

Bảng 1: Các triệu chứng lâm sàng (2)

Trẻ bú mẹ	Trẻ lớn
- Khóc khi ăn	- Đau bụng hoặc ợ nóng
- Nôn tái diễn	- Nôn tái diễn
- Cân nặng thấp	- Nuốt khó
- Quấy khóc không rõ nguyên nhân	- Hen
- Rối loạn giấc ngủ	- Viêm phổi tái diễn
- Các biểu hiện hô hấp tái diễn: ho khò khè, khàn tiếng, thở rít	- Biểu hiện hô hấp trên mạn tính: ho, khàn tiếng

Trong trường hợp nôn trớ, phải loại trừ các dấu hiệu báo động trước khi nghĩ đến bệnh TNDDTQ (2).

Bảng 2: Các dấu hiệu báo động

- Nôn dịch mật	- Gan lách to
- Chảy máu tiêu hóa	- Thóp phồng
- Nôn máu	- Não to hoặc não bé
- Ỉa máu	- Co giật
- Nôn tốc độ mạnh	- Bụng chướng
- Sốt	- Các số liệu hoặc bằng chứng gợi ý hội chứng di truyền hoặc chuyển hóa
- Li bì	- Bệnh mạn tính đi kèm

Biểu hiện hô hấp gợi ý mối liên quan giữa bệnh TNDDTQ và hô hấp:

- Nôn và khò khè 3 giờ đầu khi ngủ
- Viêm thanh quản và hen không tìm thấy nguyên nhân hoặc giảm biểu hiện hô hấp, giảm tiêu thụ corticoit khi điều trị trào ngược và sự xuất hiện lại các triệu chứng hô hấp khi ngừng điều trị chống trào ngược.

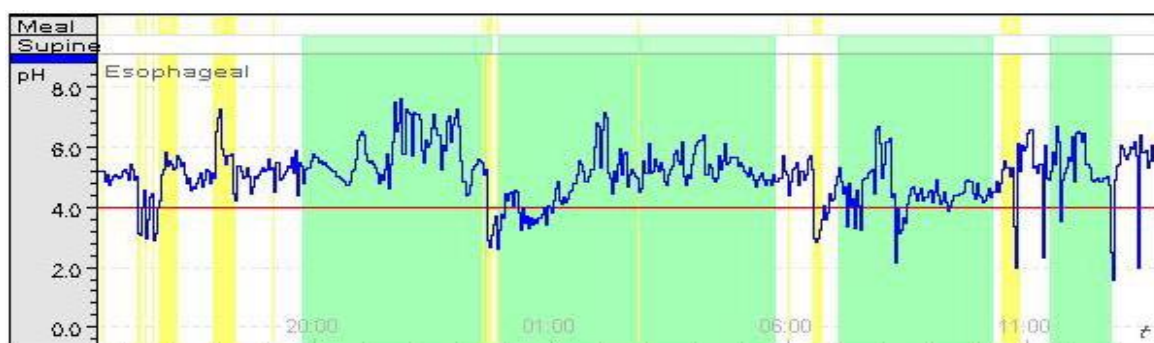
Ngoài ra, viêm tai giữa, viêm xoang mãn tính (2) và biểu hiện khác như hơi thở hôi, sâu răng có thể liên quan đến trào ngược (4).

3.2. Cận lâm sàng

- Mặc dù, các phương pháp chẩn đoán bệnh TNDDTQ phát triển nhưng hiện nay không có một phương pháp nào có giá trị cho tất cả các tình huống. Do vậy, xét nghiệm thăm dò được chỉ định tùy theo từng bệnh nhân cụ thể.

3.2.1. Đo pH thực quản 24 giờ

- Đây là một xét nghiệm rất quan trọng trong chẩn đoán bệnh TNDDTQ (2).
- Khi chỉ số trào ngược (tỷ lệ % pH thực quản dưới 4 trong cả quá trình đo) > 7% là bệnh lý (5).



Hình 1: Đường biểu diễn pH thực quản 24 giờ

3.2.2. Nội soi tiêu hóa trên:

Là phương pháp chẩn đoán viêm thực quản và phát hiện các bất thường về giải phẫu như vị trí bất thường tâm-phình vị hoặc hẹp thực quản, hẹp thực quản (4).

3.2.3. Tế bào học thực quản:

Giúp loại trừ nguyên nhân viêm thực quản do tăng bạch cầu ái toan, do nấm và chẩn đoán dị sản thực quản (2).

3.2.4. Chụp lưu thông thực quản dạ dày tá tràng:

Có giá trị loại trừ các bất thường giải phẫu (hẹp thực quản, ruột quay bất thường, thoát vị khe... (4).

3.2.5. Chụp phóng xạ, siêu âm:

Không được khuyến cáo thường qui trong bệnh TNDDTQ (2).

3.2.6. Các xét nghiệm khác:

Đo áp lực và chức năng vận động thực quản góp phần tìm hiểu nguyên nhân của trào ngược (7). Đo trở kháng nhiều kênh: phát hiện cả trào ngược axit và không axit (2). Tuy nhiên, các xét nghiệm này chủ yếu sử dụng trong nghiên cứu.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Giảm các triệu chứng để đạt cân nặng và tăng trưởng bình thường.
- Khỏi viêm thực quản.
- Dự phòng các biến chứng hô hấp và biến chứng khác phối hợp với trào ngược mạn tính (3).

4.2. Chăm sóc và thay đổi lối sống

- Trong 2-4 tuần, không ăn sữa mẹ, chế độ ăn hạn chế sữa và trứng ít nhất về buổi sáng. Áp dụng sữa thủy phân protein hoặc axit amin.
- Tăng độ quánh của thức ăn bằng cách cho thêm 1 thìa cà phê bột gạo vào 30g sữa công thức hoặc sử dụng loại sữa tăng độ quánh nhưng không khuyến cáo dùng cho trẻ sơ sinh để non <37 tuần tuổi .
- Tránh thuốc lá thụ động và chủ động, cafein, rượu, chế độ ăn cay.
- Tư thế khuyến cáo chung là nằm ngửa hoặc nửa nằm nửa ngồi (2).

4.3. Điều trị bằng thuốc

4.3.1. Kháng bài tiết

- Thuốc điều trị chủ đạo trong bệnh TNDDTQ là thuốc kháng bài tiết axit. Trong đó thuốc ức chế bơm Proton: có hiệu quả hơn hẳn nhóm kháng H₂ (2, 5). Thời gian điều trị trung bình từ 8-12 tuần (2).

Bảng 3: Thuốc kháng bài tiết axit

Thuốc	Liều mg/kg/ngày	Lứa tuổi áp dụng
Cimetidine	30–40mg; chia 3-4 lần	≥16 tuổi
Ranitidine	5–10mg; chia 2-3 lần	1 tháng-16 tuổi
Omeprazole	0.7–3.3 mg/kg/d	2-17 tuổi
Lansoprazole	0.7–3 mg/kg/d	1-17 tuổi
Esomeprazole	0.7–3.3 mg/kg/d	1-17 tuổi

4.3.2. Bảo vệ niêm mạc, trung hoà axit và điều hòa nhu động

- Ngày nay, các nhóm thuốc này không được khuyến cáo sử dụng thường qui trong bệnh TNDDTQ nữa do hiệu quả không rõ ràng và nguy cơ tác dụng phụ (2).

4.4. Điều trị ngoại khoa

- Điều trị nội khoa không đáp ứng
- Nguy cơ hít, không bảo vệ được đường thở (2).

5. TIẾN TRIỂN VÀ TIÊN LƯỢNG

- Bệnh TNDDTQ rất thường gặp ở trẻ bú mẹ và phần lớn tự ổn định từ 6-18 tháng tuổi (4). Khoảng 60% trẻ bú mẹ bị trào ngược ngừng nôn ngay khi có ăn thức ăn đặc, 90% không có các biểu hiện tiêu hóa nữa sau 4 tuổi. Tuy nhiên, các biểu hiện ngoài tiêu hóa lại hay gặp hơn và tần xuất phát hiện trào ngược chiếm khoảng 40-60% ở các bệnh nhân có biểu hiện hô hấp tái diễn (1).

- Nếu chẩn đoán và điều trị muộn có thể dẫn đến viêm, loét thậm trí ung thư thực quản hoặc ngạt xiu và tử vong (4).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bacular A (1995), "Reflux gastro - oesophagien et affections respiratoires répétées de l'enfant", *Réalités pédiatriques*; (2), pp: 14-17.
2. Lightdale JR., Gremse DA (2013), "Gastroesophageal Reflux: Management Guidance for the Pediatrician", *Pediatrics*, 131 (5), pp: 1684-95.
3. Rudolph CD., Mazur LJ., Liptak GS. et al. (2001), "Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition", *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 32 Suppl 2, pp. S1-31.
4. Vandenplas Y. (2000), "Reflux gastro-oesophagien", *Gastroentérologie pédiatrique. Flammarion Medicine-Sciences, Paris*, pp: 131-45.
5. Vandenplas Y., Rudolph CD., Lorenzo CD. et al (2009), "Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines", *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 49(4), pp: 498-547.