1. **ĐẠI CƯƠNG**

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. Những tổn thương này thay đổi theo diện tích, độ sâu, vị trí, giai đoạn bệnh và nguyên nhân.

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

1. **NGUYÊN NHÂN**

VLDDTT gồm 2 nhóm nguyên nhân:

* VLDDTT nguyên phát: khi không có bệnh nền, 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. Bệnh nhân có bệnh nền như ngạt thở, thở máy, bỏng, chấn thương đầu, u não, xuất huyết não hay do thuốc gây ra.

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*.

1. **CHẨN ĐOÁN**
2. **TIẾP CẬN 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 sẽ đến khám vì triệu chứng đau bụng mơ hồ, do đó cần sử dụng *bảng kiểm* để hỏi kỹ tiền sử, 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 tăng trưởng không rõ nguyên nhân.
* Ói máu, tiêu máu.
* Thiếu máu không rõ nguyên nhân.
* Máu ẩn/phân (+).
  1. **Tiền căn:** Dấu hiệu tiền sử cảnh báo bệnh ở dạ dày tá tràng
* Bản thân: dùng thuốc ảnh hưởng dạ dày như Corticoids, 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.
  1. **Khám lâm sàng:**
* Khám toàn diện để loại trừ bệnh lý ở 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 hậu môn 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,..)

**Lưu đồ 1:** Tiếp cận bệnh nhi đau bụng mạn

**Đau bụng mạn**

**Ngoài đường TH**

**Làm CLS chuyên sâu tương ứng**

**Tại đường TH**

**Có lẽ ĐBCN**

**Nội soi DDTT**

**(+)**

**(-)**

**Bảng kiểm LS**

* 1. **Bảng kiểm lâm sàng trẻ đau bụng mạn:** xem phần phụ lục

1. **CẬN LÂM SÀNG**
   1. **Để chẩn đoán VLDDTT**

* Trẻ đau bụng có “dấu hiệu cảnh báo lâm sàng” bệnh DDTT cần được chỉ định nội soi dạ dày để quan sát sang thương niêm mạc và lấy mẫu sinh thiết dạ dày làm giải phẫu bệnh xác định chẩn đoán.
* X- Quang DDTT 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).
* 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.
  1. **Để chẩn đoán nhiễm H.pylori:**
* Chỉ làm xét nghiệm tìm *H.pylori* khi trẻ có chỉ định nội soi dạ dày, và thấy dạ dày tá tràng có các tổn thương 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
* Thiếu máu thiếu sắt kháng trị đã loại trừ các nguyên nhân khác.
* Ngoại lệ: trẻ có chỉ định tìm *H.pylori* dù không có chỉ định nội soi dạ dày trong trường hợp xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch mãn tính
* 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 tiệt 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): dùng để đánh giá nhiễm *H.pylori* lần đầu
  + Cấy *H.pylori*
  + Mô học
  + Urease test (Clotest)
  + PCR
* Không xâm lấn: dùng để đánh giá hiệu quả tiệt trừ *H.pylori* sau điều trị
  + Test hơi thở 13C
  + XN kháng nguyên *H.pylori* trong phân (HpSA).

1. **TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN**

* VLDDTT trên nội soi: khi thấy sang thương loét hoặc viêm nốt, viêm xướt, phù nề, sung huyết mức độ trung bình - nặng.
* VDDTT trên GPB: khi thấy thâm nhiễm tế bào viêm ≥ 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 theo khuyến cáo NASPGHAN - ESPGHAN
* 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 dương tính
* 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.

1. **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:

* Đau bụng chức năng: đau quanh rốn đột ngột thường xảy ra buổi chiều tối, có cử động bất thường trong cơn đau, nhức đầu, chóng mặt.
* Rối loạn co thắt đường mật: đau vùng túi mật, điểm Murphy, ói, vàng mắt.
* Viêm túi mật: đau, ói, sốt, vàng da, siêu âm bất thường.
* U nang ống mật chủ: khối vùng bụng, đau bụng, siêu âm có nang dịch.
* Viêm tụy: cơn đau cấp tính dữ dội, Amylase tăng.
* Viêm dạ dày ruột do Eosinophile.
* Henoch Scholein: có ban máu 2 chi dưới, đau khớp.
* Nhiễm trùng đường tiểu, sỏi thận: có dấu hiệu bất thường trong tổng phân tích nước tiểu.

1. **ĐIỀU TRỊ**
   * + 1. **QUYẾT ĐỊNH ĐIỀU TRỊ TIỆT TRỪ H.pylori:**

* Mục tiêu điều trị:
* Làm lành vết loét hoặc viêm, ngừa loét tái phát và biến chứng
* Điều trị nguyên nhân gây viêm loét, tiệt trừ *H.pylori* khi có chỉ định
* Chỉ định tiệt 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 tiểu cầu miễn dịch mãn tính + nhiễm *H.pylori*
* Cân nhắc tiệt trừ *H.pylori* (chưa đủ chứng cứ, tùy lâm sàng): Viêm DDTT không kèm loét. Trường hợp này, quyết định tiệt trừ cần 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
* Độc lực của chủng *H.pylori* đang nhiễm
* Không tiệt trừ *H.pylori* khi:
* Đau bụng mạn + các xét nghiệm *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 *H.pylori* đủ tiêu chuẩn theo khuyến cáo + Đau bụng mạn nhưng không có tổn thương dạ dày trên nội soi.
* Nhiễm *H.pylori* đủ tiêu chuẩn theo khuyến cáo không có triệu chứng.

1. **Điều trị VLDDTT không do 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 - 6 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 2 lần |
| Lansoprazole | 1,5 – 2,5 mg/kg/ngày uống chia 2 lần |
| Esomeprazole | 1,5 – 2,5 mg/kg/ngày uống chia 2 lần |
| Thuốc bảo vệ niêm mạc |  |
| Sucralfate | 40 - 80 mg/kg/ngày chia 4 lần |

1. **Loét dạ dày hoặc loét tá tràng do H.pylori**

* Thời gian điều trị: 6 - 8 tuần
* Liệu trình điều trị: Khuyến cáo điều trị khởi đầu 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 KSĐ, 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.

|  |  |
| --- | --- |
| Độ nhạy cảm của H. Pylori | Khuyến cáo điều trị |
| Có kết quả kháng sinh đồ  Nhạy CLA, nhạy MET  Kháng CLA, nhạy MET  Nhạy CLA, kháng MET  Kháng CLA, kháng MET | PPI-AMO-CLA: 14 ngày, liều chuẩn  PPI-AMO-MET: 14 ngày, liều chuẩn, hoặc kèm Bismuth  PPI-AMO-CLA: 14 ngày, liều chuẩn, hoặc kèm Bismuth  PPI-AMO-MET: 14 ngày, AMO liều cao, (+/-) Bismuth |
| Không có kết quả kháng sinh đồ hoặc cơ sở y tế không nuôi cấy được Hp | PPI-AMO-MET: 14 ngày, AMO liều cao, (+/-) Bismuth  PPI-AMO-CLA-MET: 14 ngày, liều chuẩn |

AMO = amoxicillin; CLA = clarithromycin; MET = metronidazole; PPI = proton pump inhibitor

Trong trường hợp dị ứng Penicillin:

* Nếu chủng HP nhạy CLA và MET: dùng phác đồ (PPI-MET-CLA)
* Nếu chủng HP kháng CLA: dùng phác đồ (PPI-MET-Tetracyline-Bismuth) nếu trẻ > 8 tuổi

***Lưu ý:*** các chiến lược điều trị này được NASPGHAN - EPSGHAN xây dựng dựa trên mô hình kháng thuốc đối với Clarithromycine và Metronidazole, mà không quan tâm đến đề kháng Amoxicilline, vì tỷ lệ đề kháng Amox ở Châu Âu và Bắc Mỹ còn thấp, trong khi thực tế đề kháng Amox tại khu vực phía Nam Việt Nam theo các nghiên cứu năm 2018 - 2019 dao động từ 80 - 90%, do đó cần quan tâm đề kháng Amox khi thiết kế điều trị, nếu có kháng Amox nguyên phát thì phác đồ lần đầu phải dùng Amox liều cao + Bismuth.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thuốc** | **Cân nặng** | **Phác đồ liều tiêu chuẩn** | | **Phác đồ liều cao cho Amoxicillin** | |
| **Liều sáng (mg)** | **Liều tối (mg)** | **Liều sáng (mg)** | **Liều tối (mg)** |
| **PPI** | 15 - 24 kg | 20 | 20 |  |  |
| 25 - 34 kg | 30 | 30 |  |  |
| > 35 kg | 40 | 40 |  |  |
| **Amoxicilline** | 15 - 24 kg | 500 | 500 | 750 | 750 |
| 25 - 34 kg | 750 | 750 | 1000 | 1000 |
| > 35 kg | 1000 | 1000 | 1500 | 1500 |
| **Clarithromycine** | 15 - 24 kg | 250 | 250 |  |  |
| 25 - 34 kg | 500 | 250 |  |  |
| > 35 kg | 500 | 500 |  |  |
| **Metronidazole** | 15 - 24 kg | 250 | 250 |  |  |
| 25 - 34 kg | 500 | 250 |  |  |
| > 35 kg | 500 | 500 |  |  |
| **Bismuth subsalicylate** | < 10 tuổi | 262 mg x 4 lần/ngày |  |  |  |
| > 10 tuổi | 524 mg x 4 lần/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. Nếu không có kiểu hình CYP2C19 chỉ chọn Esomeprazole hoặc Rabeprazole.

Trong thời gian điều trị phác đồ tiệt 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 huỷ 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.

1. **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.
  1. **Xuất viện:** khi các triệu chứng giảm

1. **TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG (N/A)**
2. **PHÒNG BỆNH**
   * + 1. **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, sử dụng phiếu kế hoạch điều trị.
* 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 gas, 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.

1. **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 tiệt 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 tiệt trừ H.pylori.

1. **TÀI LIỆU THAM KHẢO**
2. *Phác đồ điều trị nhi khoa*, Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2020)
3. *Hướng dẫn điều trị nhi khoa,* Bệnh viện Nhi Đồng 2 (2019)
4. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* Bộ Y tế (2015)
5. *Thực hành lâm sàng Nhi khoa,* Bộ môn Nhi – Đại học Y dược TP.HCM (2020)