

TIÊU CHẢY CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA

- Tiêu chảy: tiêu phân lỏng hay tóe nước hay có máu trong phân > 2 lần trong 24 giờ
- Tiêu chảy cấp : tiêu chảy < 14 ngày

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a) Hỏi bệnh sử:

- Tiêu chảy:
 - Thời gian tiêu chảy
 - Đặc tính phân: có máu / phân
- Dinh dưỡng
- Thuốc đã dùng: Kháng sinh, thuốc cầm tiêu chảy ...
- Khóc cơ kèm tím tái ở trẻ nhỏ gợi ý lồng ruột
- Ổ vùng dịch tễ tả
- Có sốt kèm theo không

b) Thăm Khám:

- Dấu hiệu mất nước:
 - Tri giác: Li bì, khó đánh thức, mất tri giác, hoặc kích thích vật vã.
 - Mắt có trũng không.
 - Không uống được hoặc uống kém, hoặc uống háo hức, khát.
 - Dấu véo da mất rất chậm (> 2giây), hoặc mất chậm (< 2 giây).
- Dấu hiệu biến chứng:
 - Rối loạn điện giải: Co giật, li bì, hôn mê, bụng chướng, liệt ruột giảm trương lực cơ
 - Rối loạn kiềm toan: Thở nhanh sâu.
 - Hạ đường huyết: vã mồ hôi, da nhợt, nhịp tim nhanh, run giật chi, rối loạn tri giác, co giật, hôn mê.
 - Suy thận cấp: tiểu ít, phù, cao huyết áp, lừ đừ.
- Dấu hiệu góp phần:
 - Suy dinh dưỡng: đánh giá dựa vào bảng cân nặng / chiều cao
 - Bệnh đi kèm: viêm phổi, viêm tai giữa, nhiễm trùng huyết...

c) Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu: khi có sốt, tiêu phân có máu, có dấu hiệu mất nước.
- Phân:
 - Soi phân khi nghi ngờ lỵ hoặc phân có đàm, nghi ngờ tả (vùng dịch tễ, phân như nước vo gạo, lượng rất nhiều), hoặc nhiễm trùng nặng.
 - Cấy phân : khi điều trị thất bại.
- Xét nghiệm khác :
 - Ion đồ, đường huyết, khí máu khi nghi ngờ.

- Chức năng thận khi nghi ngờ có suy thận.
- Siêu âm bụng: khi tiêu máu, đau bụng, chướng bụng, ói nhiều ...
- XQ bụng không chuẩn bị khi bụng chướng.
- XQ phổi khi có nghi ngờ viêm phổi.
- ECG khi Kali máu $\leq 2,5\text{mEq} / \text{L}$ hoặc $\geq 6,5 \text{ mEq} / \text{L}$.

2. Chẩn đoán

a) Mức độ mất nước:

Mất nước nặng Có 02 trong các dấu hiệu sau:	Có mất nước Có 02 trong các dấu hiệu sau:	Không mất nước
1. Li bì hoặc hôn mê	1. Kích thích , vật vã.	Không có đủ các dấu hiệu đã được phân loại mất nước, mất nước nặng
2. Mắt trũng	2. Mắt trũng	
3. Không uống được hoặc uống rất kém	3. Uống háo hức, khát	
4. Nếp véo da mắt rất chậm	4. Dấu véo da mắt chậm	

b) Chẩn đoán biến chứng:

- Rối loạn điện giải :
 - Rối loạn Natri
 - + Hạ Natri: Na < 125 mEq / L: ói, co rút cơ, lơ mơ
Na < 115 mEq / L: hôn mê, co giật
 - + Tăng Natri: khi Natri máu > 145 mEq / L
 - Rối loạn kali máu :
 - + Hạ kali máu: Kali < 3,5 mEq / L
 - Cơ : yếu cơ , yếu chi , liệt ruột , bụng chướng
 - Tim: chậm tái phân cực của tâm thất: ST xẹp, T giảm biên độ, xuất hiện sóng U. Nếu giảm kali máu quá nặng: PR kéo dài, QT giãn rộng, rối loạn nhịp (giống ngộ độc digitalis).
 - + Tăng kali máu : Kali > 5 mEq / L
 - Cơ : yếu cơ
 - Tim : T cao nhọn, QT ngắn (K+ = 6.5 mEq / L), block A-V, rung thất (K+ $\geq 9 \text{ mEq} / \text{L}$)
- Rối loạn toan kiềm: Thường là toan chuyển hóa: pH máu động mạch < 7,2 , $\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mEq} / \text{L}$, nhịp thở nhanh sâu
- Hạ đường huyết: đường huyết $\leq 45 \text{ mg}\%$
- Suy thận cấp: BUN, Creatinin / máu tăng.

III. ĐIỀU TRỊ

0. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị đặc hiệu: mất nước, kháng sinh.
- Xử trí kịp thời các biến chứng.
- Dinh dưỡng.

2. Xử trí ban đầu : Xử trí cấp cứu

- Xử trí sốc, co giật, rối loạn điện giải, suy thận ...(xem phác đồ tương ứng)
- Xử trí hạ đường huyết:
 - Cho uống nước đường 50 ml (1muỗng cà phê đường pha 50ml nước chín)
 - Hoặc truyền TM Glucose 10% 5ml / kg / 15 phút
- Xử trí toan chuyển hóa :
 - Khi PH máu động mạch < 7,2 hoặc $\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mEq/L}$
 - Lượng HCO_3^- cần bù tính theo công thức :

$$\text{HCO}_3^- (\text{ mmol }) = \text{Base excess} \times 0,3 \times \text{P} (\text{ Kg })$$

$$1\text{ml NaHCO}_3^- 8,5\% = 1 \text{ mmol HCO}_3^-$$

2. Điều trị đặc hiệu

a) Điều trị mất nước:

- Điều trị mất nước nặng:
 - Bắt đầu truyền TM ngay lập tức. Trong khi thiết lập đường truyền cho uống Oresol nếu trẻ uống được
 - Dịch truyền được lựa chọn: Dextrose 5% in Lactate ringer hoặc Lactate ringer. Nếu không có 2 loại trên dùng Normal saline
 - Cho 100ml / Kg dung dịch được lựa chọn chia như sau :

	Bước đầu truyền 30ml / Kg trong	Sau đó truyền 70ml / Kg trong
< 12 tháng	1 giờ *	5 giờ
≥ 12 tháng	30 phút *	2 giờ 30 phút

- * Lặp lại lần nữa nếu mạch quay vẫn yếu hoặc không bắt được rõ .
- Đánh giá lại mỗi 15 – 30 phút đến khi mạch quay mạnh. Nếu tình trạng mất nước không cải thiện cho dịch truyền tốc độ nhanh hơn sau đó đánh giá lại ít nhất mỗi giờ cho đến khi tình trạng mất nước cải thiện .
- Khi truyền đủ lượng dịch truyền đánh giá lại tình trạng mất nước
 - + Nếu vẫn còn các dấu hiệu mất nước nặng: truyền lần thứ 2 với số lượng trong thời gian như trên.
 - + Nếu cải thiện nhưng còn dấu hiệu có mất nước: Ngưng dịch truyền và cho uống Oresol trong 4 giờ (phác đồ B). Nếu trẻ bú mẹ khuyến khích cho bú thường xuyên.
 - + Nếu không còn dấu mất nước: điều trị theo phác đồ A và khuyến khích bú mẹ thường xuyên. Theo dõi trẻ ít nhất 6 giờ trước khi cho xuất viện .
- * Khi trẻ có thể uống được (thường sau 3-4 giờ đối với trẻ nhỏ 1-2 giờ đối với trẻ lớn) cho uống Oresol (5ml / Kg / giờ).
- Điều trị có mất nước:
 - Bù dịch bằng Oresol 75 ml / kg uống trong 4 – 6 giờ
 - Trẻ < 6 tháng không bú sữa mẹ, được cho uống thêm 100 – 200ml nước sạch trong khi bù nước.
 - Nếu uống Oresol kém < 20ml / Kg / giờ: đặt sonde dạ dày nhỏ giọt.

- Nếu có bụng chướng hoặc nôn ói liên tục trên 4 lần trong 2 – 4 giờ hoặc tốc độ thải phân cao (>10ml / kg/ giờ), hoặc > 10 lần, TTM Lactate Ringer 75ml/ kg trong 4 giờ.

b) Điều trị duy trì (phòng ngừa mất nước):

- Cho bệnh nhi uống nhiều nước hơn bình thường: nước chín, nước trái cây (nước dừa), nước cháo muối, dung dịch Oresol ...
- Tránh không cho bệnh nhi uống nước đường, nước ngọt công nghiệp...
- Nếu cho dung dịch Oresol (ORS), áp dụng liều lượng theo bảng hướng dẫn dưới đây :

Tuổi	Lượng Oresol uống sau mỗi lần tiêu chảy	Lượng Oresol tối đa/ngày
< 24 tháng	50-100ml	500 ml
2 - 10 tuổi	100-200ml	1000ml
> 10 tuổi	theo nhu cầu	2000ml

c) Điều trị kháng sinh:

- Chỉ những bệnh nhân tiêu chảy phân có máu hoặc nghi ngờ tả mới cho kháng sinh (xem phác đồ điều trị lỵ)
- Soi phân có vi trùng dạng tả liên hệ chuyển Trung Tâm Bệnh Nhiệt Đới.

d) Điều trị hỗ trợ:

- Trong 4 giờ đầu tiên bù nước không cho trẻ ăn gì ngoài sữa mẹ
- Trẻ điều trị phác đồ B nên cho ăn sau 4 giờ điều trị
- Khuyến khích trẻ ăn ít nhất 6 lần / ngày và tiếp tục như vậy 2 tuần sau khi tiêu chảy đã ngừng.

IV .THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM

- Tiêu chảy cấp: tái khám ngay khi có 1 trong các dấu hiệu như: ăn uống kém, sốt cao, nôn ói nhiều, tiêu chảy nhiều, phân có máu, khát nước nhiều, trẻ không khá lên trong 3 ngày.

V. CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN:

- Mất nước nặng
- Có mất nước
- Mất nước nhẹ có biến chứng.

Vấn đề	Mức độ chứng cứ
Sử dụng thường qui sữa không có lactose cho trẻ tiêu chảy cấp là không cần thiết	I (Nelson 2004)
Các thuốc chống nhu động ruột (như dẫn xuất thuốc phiện), thuốc hấp phụ (kaolin, pectin), bismus salicylate không được khuyến cáo dùng trong tiêu chảy cấp.	I (Nelson 2004)
Bù dịch bằng đường uống trong điều trị tiêu chảy cấp là phương pháp an toàn và hiệu quả, chỉ thất bại 3.6 %	II CAT of Rochester U.