**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT HOẠI TỬ SƠ SINH**

**1. ĐỊNH NGHĨA:**

Viêm ruột hoại tử sơ sinh là bệnh lý đường tiêu hóa nặng, thường gặp ở trẻ non tháng. Nguyên nhân chưa rõ, nhiều yếu tố có liên quan đến sinh bệnh học: nhiễm trùng, dinh dưỡng qua đường tiêu hóa, tổn thương mạch máu tại chỗ.

Tỉ lệ mắc càng tăng nếu trẻ càng non tháng, bệnh thường khởi phát trong vòng 3-10 ngày sau sanh.

**2. CHẨN ĐOÁN:**

**2.1. Công việc chẩn đoán:**

*2.1.1. Hỏi:*

Khai thác tiền sử tìm các yếu tố nguy cơ.

Tiêu ra máu, bú kém, ọc sữa.

*Các yếu tố nguy cơ sau sanh:*

Sanh ngạt.

Suy hô hấp sau sanh (bệnh màng trong).

Có đặt catherter động/tũủi mạch rốn, thay máu.

Sốc.

Hạ thân nhiệt.

Thiếu máu, đa hồng cầu.

*Dinh dưỡng:*

Ăn sữa công thức.

Lượng sữa quá nhiều và tăng lượng sữa mỗi cữ quá nhanh. Pha sữa quá đặc.

*2.1.2. Khám:*

Các triệu chứng của viêm ruột hoại tử sơ sinh gồm hai nhóm:

Triệu chứng toàn thân rất giống nhiễm trùng huyết.

Triệu chứng tiêu hóa: Lưu ý các dấu hiệu sớm như không dung nạp sữa, thay đổi tính chất phân, chướng bụng.

*Tìm triệu chứng toàn thân:*

Li bì.

Cơn ngưng thở.

Thân nhiệt không ổn định.

Tưới máu da kém.

*Tìm triệu chứng đường tiêu hóa:*

Chướng bụng.

Không dung nạp sữa.

Ọc sữa hoặc dịch xanh.

Tiêu máu đại thể hoặc vi thể.

Sờ thấy khối u ở bụng.

Thành bụng nề đỏ.

Các triệu chứng có thể khởi phát từ từ hoặc đột ngột:

*Khởi phát đột ngột:*

Trẻ đủ tháng hoặc non tháng.

Tổng trạng diễn tiến xấu rất nhanh.

Suy hô hấp.

Sốc, toan chuyển hóa.

Chướng bụng rõ rệt.

*Khởi phát từ từ:*

Thường ở trẻ non tháng.

Tổng trạng xấu từ từ trong vòng 1-2 ngày.

Không dung nạp sữa.

Thủi chất phân thay đổi.

Bụng chướng từng đợt.

Máu ẩn trong phân.

***2.1.3. Đề nghị xét nghiệm:***

Các xét nghiệm đánh giá nhiễm trùng: phết máu, CRP, cấy máu.

Khí máu, điện giải đồ, chức năng đông máu.

Tìm máu ẩn trong phân.

X-Quang bụng:

Hình ảnh hoi trong thành ruột: là dấu hiệu đặc trưng giúp chẩn đoán. Hơi tự do trong ổ bụng: cho biết biến chứng thủng ruột.

Quai ruột bất động giãn to trên phim: quai ruột hoại tử.

Không có hơi ứong lòng ruột: viêm phúc mạc.

***2.2. Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Triệu chứng Giai đoạn | | Toàn thân | Tại chỗ | XQ Bụng |
| I (∆ có thể) | | Không đặc hiệu: thân nhiệt không ổn định, li bì, ngưng thở, nhịp tim chậm | Ăn không tiêu, dịch dư dạ dày, tiêu máu vi thể/ đại thể | Bình thường hoặc liệt ruột nhẹ |
| II | IIA (∆ chắc chắn - nhẹ) | Tương tự giai đoạn I | Chướng bụng, không nghe âm ruột, phân máu | Quai ruột giãn, hơi trong thành ruột |
|  | IIB (∆ chắc chắn - TB) | GĐI + toan CH + giảm tiểu cầu | IIA + bụng đề kháng + viêm mô tế bào thành bụng | IIA + hơi trong TM cửa ± dịch ổ bụng |
| m | IIIA (∆ chắc chắn - nặng) | GĐIIB + sốc, DIC | IIB + VPM toàn thể | IIB + nhiều dịch ổ bụng |
|  | IIIB (∆ chắc chắn - BC thủng ruột) | Giống m A | Giống IIIA | IIB + hơi tự do trong ổ bụng |

**2.3. Hướng xử trí:**

Giai đoạn 1: điều trị nội khoa.

Giai đoạn 2, 3: chuyển ngoại nhi.

**3. ĐIỀU TRỊ:**

**3.1. Nguyên tắc điều trị:**

Điều trị nội khoa: kháng sinh, dinh dưỡng tĩnh mạch, theo dõi biến chứng ngoại khoa.

Điều trị ngoại khoa: can thiệp phẫu thuật kịp thời.

**3.2. Điều trị nội khoa:**

Các biện pháp điều trị nội khoa nên được áp dụng ngay khi nghĩ đến bệnh viêm ruột hoại tử (giai đoạn I) không chờ đến chẩn đoán chắc chắn vì đã muộn.

Nhịn ăn đường miệng, đặt ống thông dạ dày dẫn lưu dịch dạ dày, chỉ cho ăn đường miệng trở lại khi diễn tiến lâm sàng tốt (hết tiêu máu, bụng không chướng) và/hoặc ít nhất 5 ngày sau khi X-Quang trở về bình thường (không còn hoi thành ruột).

Nếu đang đặt catheter tĩnh mạch rốn: rút bỏ catheter tĩnh mạch rốn.

Bồi hoàn dịch điện giải, chống sốc, điều tộ DIC, khi huyết động học ổn định chuyển sang dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch toàn phần (1-2 tuần).

Kháng sinh:

Kháng sinh ban đầu: Ampicilline + Cefotaxime/Gentamycine ± Metronidazol.

Nếu không đáp ứng, thay đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ, nếu không có kháng sinh đồ: Ciproíloxacin + Vancomycin. Có thể phối hợp Metronidazole. Thời gian cho kháng sinh: 10-14 ngày.

Theo dõi sát: dấu hiệu lâm sàng của tắc ruột, vòng bụng, X-Quang bụng mỗi 8-12 giờ trong giai đoạn bệnh chưa ổn định để kịp thòi phát hiện biến chứng ngoại khoa.

**3.3. Điều trị ngoại khoa:**

Chỉ định can thiệp phẫu thuật:

Thủng ruột: Có hơi tự do trong ổ bụng / Xquang bụng.

Viêm phúc mạc: Thành bụng nề đỏ, chọc dò dịch ổ bụng ra máu hoặc mủ soi tươi có vi trùng Gr(-).

Quai ruột giãn bất động trên nhiều phim.

Lâm sàng: tắc ruột, sờ thấy khối trong ổ bụng. Thất bại điều trị nội khoa: sốc, toan chuyển hóa kéo dài, DIC.

**3.4. Bắt đầu dinh dưỡng tiêu hóa lại:**

Khi LS cải thiện, đáp ứng điều trị, thường sau 7-14 ngày. VRHT độ I, có thể cho ăn lại sau 3 ngày nếu hồng cầu trong phân (-).

Dùng sữa mẹ, hoặc sữa thủy phân phù hợp với trẻ (đủ tháng hay non tháng). Bắt đầu 10ml/kg/ngày, tăng chậm thêm 10ml/kg/ngày.

Không dùng đường uống các thuốc có nồng độ thẩm thấu cao ( vitamin) & caf-fein cho đến khi lượng sữa đạt 100 ml/kg/ngày

Theo dõi sát dịch dư dạ dày, tình trạng chướng bụng, máu trong phân.

**3.5. Phòng ngừa:**

Giảm tối đa các nguy cơ liên quan sản khoa: sinh non, sinh ngạt, suy hô hấp sau sinh.

Sữa mẹ có nhiều yếu tố bảo vệ (IgA, IgG, IgM, lysozyme, lactoperoxidase, lactoferrin, ...) sữa mẹ là sữa duy nhất làm giảm nguy cơ viêm ruột hoại tử nhất là trẻ non tháng.

Ngưng ăn đường miệng không phải là biện pháp phòng ngừa, đôi khi tác dụng ngược lại vì niêm mạc ruột không phát triển. Biện pháp tốt nhất đối với trẻ non tháng là cho ăn từ từ từng lượng nhỏ, tăng dần không quá 20ml/kg/ngày và theo dõi sát, đánh giá tình trạng dung nạp.

|  |  |
| --- | --- |
| **Vấn đề** | **Mức độ chứng cớ** |
| Chưa có chứng cớ cho thấy tính hiệu quả của việc sử dụng kháng sinh uống để phòng ngừa viêm ruột hoại tử sơ sinh | **I** Cochrane 2000 |
| Cung cấp sữa mẹ sớm cho trẻ non tháng không làm tăng nguy cơ viêm ruột hoại tử | **I** Cochrane 2000 |