

VIÊM RUỘT HOẠI TỬ SƠ SINH

I. 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.

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

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

a. 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 catheter động-tĩnh mạch rốn, thay máu.
 - + Sốc.
 - + Hạ thân nhiệt.
 - + Thiếu máu, đa hồng cầu.
- Dinh dưỡng:
 - + Ăn sữa công thức.
 - + Lượng sữa quá nhiều và tốc độ quá nhanh.

b. Khám:

- Các triệu chứng của viêm ruột hoại tử sơ sinh gồm 2 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.
 - + Con ngưng thở.
 - + Thân nhiệt không ổn định.
 - + Tươi máu da kém.
- Tìm triệu chứng đường tiêu hóa:
 - + Chướng bụng.
 - + Không dung nạp sữa.

- + Qc sữa hoặc dịch xanh.
- + Tiêu máu đại thể hoặc vi thể.
- + Sờ thấy khối ở bụng.
- + Thành bụng nề đỏ.
- Các triệu chứng có thể khởi phát từ từ hoặc đột ngột:
 - + Khởi phát đột ngột:
 - o Trẻ đủ tháng hoặc non tháng.
 - o Tổng trạng diễn tiến xấu rất nhanh.
 - o Suy hô hấp.
 - o Sốc, toan chuyển hóa.
 - o Chướng bụng rõ rệt.
 - + Khởi phát từ từ:
 - o Thường ở trẻ non tháng.
 - o Tổng trạng xấu từ từ trong vòng 1-2 ngày.
 - o Không dung nạp sữa.
 - o Tính chất phân thay đổi.
 - o Bụng chướng từng đợt.
 - o Máu ẩn trong phân.

c. 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 hơi 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 dẫn to trên nhiều phim: cho biết quai ruột hoại tử.
 - + Không có hơi ruột: viêm phúc mạc.

2. Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng – Hướng xử trí (Theo Walsh & Kliegman 1986)

TC Giai đoạn		Toàn thân	Tại chỗ	XQ bụng	Hướng xử trí
I (Δ có thể)		Không đặc hiệu: thân nhiệt không ổn định, cơn ngưng thở, li bì, nhịp tim chậm	Ăn không tiêu, dịch dư dạ dày, tiêu máu vi thể/đại thể	Bình thường hoặc liệt ruột nhẹ	Nhịn ăn, KS, LS cải thiện + CLS bình thường sau 3 ngày, có thể ngừng KS & cho ăn
II	IIA (Δ chắc chắn – nhẹ)	Tương tự giai đoạn I	Chướng bụng, không nghe âm ruột, phân máu	Quai ruột dẫn, hơi trong thành ruột	Hỗ trợ hô hấp Hội chẩn ngoại
	IIB (Δ chắc chắn – TB)	Giai đoạn I + toan chuyển hóa + giảm tiểu cầu	IIA + bụng đề kháng + viêm mô tế bào thành bụng	IIA+ hơi tĩnh mạch cửa $\pm$ dịch ổ bụng	
III	IIIA (Δ chắc chắn – nặng)	IIB + sốc, DIC	IIB + Viêm phúc mạc toàn thể	IIB+ nhiều dịch ổ bụng	Hội chẩn Ngoại Nâng huyết áp: dịch truyền, vận mạch $\pm$ Truyền máu, truyền huyết tương, truyền TC
	IIIB (Δ chắc chắn – BC thủng ruột)	Giống IIIA	giống IIIA	IIB + hơi tự do trong ổ bụng	

III. ĐIỀU TRỊ:

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.

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 bụng trở về bình thường (không còn hơi thành ruột).

+ Nếu đang đặt catheter tĩnh mạch rôn: rút bỏ catheter tĩnh mạch rôn.

+ Bồi hoàn dịch điện giải, chống sốc, điều trị 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: ciprofloxacin + 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 thời phát hiện biến chứng ngoại khoa.

3. Điều trị ngoại khoa:

Chỉ định can thiệp phẫu thuật:

- Thủng ruột: Có hơi tự do trong ổ bụng / X quang bụng.
- Viêm phúc mạc: Thành bụng nề đỏ, chọc dò dịch ổ bụng ra máu hoặc mủ hoặc soi tươi có vi trùng Gr(-).
- Quai ruột dẫn bất động trên nhiều phim.
- Lâm sàng: tắc ruột, sờ thấy khối trong ổ bụng. Thất bại trong điều trị nội khoa: sốc, toan chuyển hóa kéo dài, DIC.

4. Bắt đầu dinh dưỡng tiêu hóa lại

- Khi LS cải thiện, đáp ứng điều trị, thường sau 7 – 10 ngày. VRHT độ I, có thể cho ăn lại sau 3 ngày nếu hồng cầu trong phân (-).

- Dùng sữa mẹ, hoặc sữa thủy phân một phần (Pregestimil).

- Bắt đầu 10ml/kg/ngày, tăng chậm thêm 10ml/kg/ngày.
- Không dùng đường uống cho các thuốc có osmol cao (vitamin) & caffeine cho đến khi lượng sữa đạt 100ml/kg/ngày.
- Theo dõi sát dịch dư dạ dày, tình trạng chướng bụng, máu trong phân.

5. Phòng ngừa:

- Giảm tối đa các nguy cơ liên quan sản khoa: sanh non, sanh ngạt, suy hô hấp sau sanh.
- 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.
- Ngừng 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 20 ml/kg/ngày và theo dõi sát, đánh giá tình trạng dung nạp.