



# TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN Ở TRẺ SINH NON

**BS. Nguyễn Việt Trường**

*Bệnh viện Nhi Đồng I*

**T**ào ngược dạ dày thực quản (GER) là triệu chứng thường gặp ở trẻ nhỏ, nhất là trẻ sơ sinh non tháng. Việc chẩn đoán thường khó khăn do triệu chứng không điển hình và các xét nghiệm chẩn đoán thường hạn chế. Tuy nhiên, việc điều trị tích cực không phải lúc nào cũng cần thiết vì triệu chứng thường có xu hướng giảm dần và tự giới hạn trong năm đầu đời.

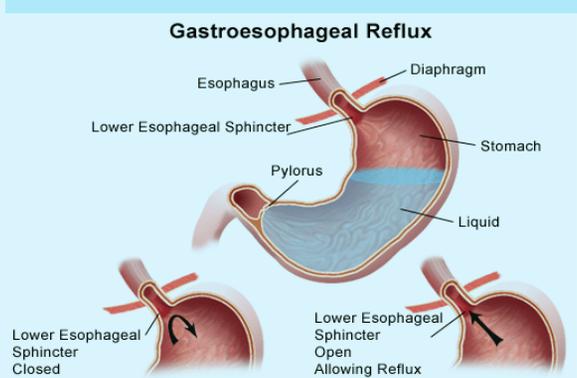
## CƠ CHẾ

- Sự lỏng lẻo của cơ thắt thực quản dưới: tức là sự giảm đột ngột áp suất cơ vòng thực quản dưới, thấp hơn áp suất trong dạ dày, điều này không liên quan đến việc nuốt và gây ra sự nôn trớ từ dạ dày vào thực quản.
- Trống dạ dày: thời gian trống dạ dày tăng theo sự giảm của tuổi thai. Điều này làm tăng thể tích dịch lỏng dạ dày giúp dễ trào ngược.
- Cử động thực quản trẻ non tháng thường chưa trưởng thành để gây trào ngược.

- Rối loạn hô hấp: có thể vì tăng công thở làm tăng áp lực ổ bụng so với áp lực lồng ngực.
- Sonde dạ dày: sự hiện diện của sonde dạ dày miệng hay dạ dày mũi làm tăng sự thư giãn cơ vòng thực quản dưới và làm giảm sự trống dạ dày.

## TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

- Triệu chứng chung: kích thích, khó chịu, nôn trớ, ưỡn eo, làm nặng thêm bệnh phổi, và chậm tăng trưởng.



Trào ngược thường xảy ra sau bú.

- Loạn sản phế quản phổi: do sự hít dịch dạ dày vào phổi.
- Chậm tăng trưởng.
- Liên quan ngưng thở:
  - + Ngưng thở  $\geq 15$  giây liên quan 1% giai đoạn trào ngược.
  - + Ngưng thở  $\geq 10$  giây liên quan 8,5% giai đoạn trào ngược.

## CHẨN ĐOÁN

Là một thách thức do triệu chứng không đặc hiệu và các xét nghiệm chẩn đoán còn hạn chế.

### Bệnh sử và thăm khám

Các dấu hiệu không đặc hiệu như trớ sữa, nôn ói, kích thích, uốn éo, triệu chứng hô hấp. Ngược lại, các dấu hiệu ói dịch mật, xuất huyết tiêu hóa, tiêu chảy, táo bón, sốt, li bì, chướng bụng và gan lách to thường gợi ý chẩn đoán khác hơn là trào ngược.

### Xét nghiệm chẩn đoán

- Đo pH thực quản: đo pH acid dạ dày trào ngược ở đoạn thực quản xa. Xét nghiệm được đo trong 24 giờ. Chỉ số trào ngược được tính bằng tỷ lệ thời gian pH  $< 4$  trên tổng thời gian thực hiện.
- Kháng trở gian ống: cho phép chẩn đoán GER dựa trên sự thay đổi kháng trở đối với dòng điện lưu hành khi có sự di chuyển dòng nước hay khí giữa 2 điện cực. Ưu điểm là có thể đánh giá trào ngược sau bú.
- Các kỹ thuật khác: thường dùng cho trẻ lớn hơn như nội soi và đo áp lực thực quản.



## ĐIỀU TRỊ

Khởi đầu là bảo tồn bao gồm thay đổi chế độ ăn uống và giáo dục cha mẹ bệnh nhân. Liệu pháp thuốc áp dụng cho trẻ thất bại điều trị bảo tồn và trào ngược nhiều.

- Điều trị không thuốc: bao gồm thay đổi chế độ ăn và giáo dục cha mẹ. Chúng ta cần cho cha mẹ biết rằng trào ngược là hiện tượng sinh lý thường gặp ở trẻ non tháng, thường tự giới hạn và không cần can thiệp đặc hiệu.

Chế độ ăn uống: chia nhỏ cữ bú, làm đặc sữa và chế độ không sữa bò...

Tư thế: một số nghiên cứu cho thấy tư thế nằm sấp có liên quan đến hội chứng đột tử trẻ em nên sau khi xuất viện trẻ được khuyến khích nằm ngửa khi ngủ lúc ở nhà.

Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào cho thấy tư thế lý tưởng nhất giúp giảm trào ngược cho trẻ. Các nghiên cứu được tiến hành so sánh giữa 2 tư thế sấp và ngửa, nghiêng phải và trái và cho thấy sự khác biệt về hiệu quả giảm trào ngược không có ý nghĩa thống kê.

- Điều trị thuốc

+ Thuốc ức chế acid: thuốc ức chế làm tăng pH dạ dày, do đó làm giảm tiếp xúc acid thực quản trong giai đoạn trào ngược. Thuốc bao gồm kháng thụ thể H<sub>2</sub> như Cimetidine, Famotidine, Ranitidine, hay Nizatidine và ức chế bơm proton như Omeprazole và Lansoprazole.

- Úc chế acid: được sử dụng rộng rãi trong thực hành trẻ sơ sinh với ít bằng chứng về tác dụng ngắn và lâu dài.

Kháng thụ thể H<sub>2</sub> như Ranitidine làm giới hạn hoạt động histamine được phóng thích từ tế bào mast.

- Úc chế bơm proton như Omeprazole và Lansoprazole được sử dụng rộng rãi do tác dụng làm giảm acid hiệu quả trong điều trị ngắn hạn và dài hạn.

Tuy nhiên, cũng ghi nhận tác dụng phụ như:

- Úc chế acid dạ dày có liên quan viêm ruột hoại tử, thay đổi vi khuẩn thường trú dạ dày và trong

vài nghiên cứu làm tăng nhiễm trùng huyết, viêm phổi và các nhiễm trùng khác.

- Một nghiên cứu về Cimetidine cho trẻ rất nhẹ cân đã phải dừng lại vì theo dõi thấy tăng nguy cơ tử vong và xuất huyết não thất.

+ Thuốc tăng nhu động: cải thiện trống dạ dày và tăng trương lực cơ thắt thực quản, bao gồm Metoclopramide hay Cisapride.

Thuốc tăng nhu động thường hạn chế vì hiệu quả không chắc chắn và tiềm tàng tác dụng không mong muốn.

- Tác dụng Metoclopramide không rõ ràng. Vài báo cáo cho thấy thuốc gây kích thích, rối loạn trương lực và các triệu chứng khác.
- Cisapride đã bị loại bỏ vì nguy cơ loạn nhịp nhất.
- Baclofen, thuốc ức chế thụ thể gamma-aminobutyric acid B thúc đẩy làm trống dạ dày nhưng tính an toàn và hiệu quả chưa đủ thuyết phục.
- Erythromycin không làm giảm sự dung nạp thức ăn.

Một thử nghiệm trẻ non tháng tuổi trung bình 29 tuần tuổi thai kết hợp Metoclopramide và Ranitidine không làm giảm triệu chứng mà còn làm chậm nhịp tim khi so sánh với giả dược.

- Nuôi ăn xuyên môn vị: như sonde tá tràng hay hồng tràng theo giả thuyết có làm giảm GER nhưng đòi hỏi kỹ thuật đặt đúng vị trí và giữ cố định.
- Phẫu thuật: áp dụng cho trẻ bệnh trào ngược dạ dày thực quản nặng, đã được điều trị nội khoa tích cực. Những bệnh nhân này thường có bệnh lý thần kinh trung ương hay hô hấp hay đe dọa tính mạng có liên quan trào ngược.

## TÓM TẮT VÀ KHUYẾN CÁO

Trào ngược dạ dày thực quản thường gặp trong giai đoạn nhũ nhi, đặc biệt là trẻ sinh non. Tăng nguy cơ trào ngược được nghĩ là do sự chưa trưởng thành hay khiếm khuyết các yếu tố giải phẫu và sinh lý mà các yếu tố này vốn dĩ làm hạn chế trào ngược. Đa phần trẻ

không có triệu chứng và thường tự giới hạn trong năm đầu nên không nhất thiết phải chẩn đoán và can thiệp.

Chẩn đoán GER là thử thách ở trẻ non tháng do triệu chứng không đặc hiệu và các phương pháp chẩn đoán hạn chế. Xét nghiệm thường dùng chẩn đoán là theo dõi pH thực quản.

Điều trị thường khởi đầu bằng các biện pháp không thuốc như thay đổi chế độ ăn (chia nhỏ cữ bú và làm đặc sữa bằng ngũ cốc).

Điều trị thuốc bao gồm kháng thụ thể H2, ức chế bơm proton, thuốc tăng nhu động. Hiện tại, điều trị này chưa thấy hiệu quả mà còn có thể gây ra tác dụng không mong muốn nên chỉ sử dụng trong trường hợp trẻ bệnh nặng, thất bại điều trị bằng các biện pháp không dùng thuốc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Corvaglia L, Zama D, Gualdi S, et al. Gastro-oesophageal reflux increases the number of apnoeas in very preterm infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2009; 94:F188.
2. Di Fiore J, Arko M, Herynk B, et al. Characterization of cardiorespiratory events following gastroesophageal reflux in preterm infants. J Perinatol 2010; 30:683.
3. Farhath S, He Z, Nakhla T, et al. Pepsin, a marker of gastric contents, is increased in tracheal aspirates from preterm infants who develop bronchopulmonary dysplasia. Pediatrics 2008; 121:e253.
4. Golski CA, Rome ES, Martin RJ, et al. Pediatric specialists' beliefs about gastroesophageal reflux disease in premature infants. Pediatrics 2010; 125:96.
5. Mendes TB, Mezzacappa MA, Toro AA, Ribeiro JD. Risk factors for gastroesophageal reflux disease in very low birth weight infants with bronchopulmonary dysplasia. J Pediatr (Rio J) 2008; 84:154.
6. Omari TI. Apnea-associated reduction in lower esophageal sphincter tone in premature infants. J Pediatr 2009; 154:374.
7. Slocum C, Arko M, Di Fiore J, et al. Apnea, bradycardia and desaturation in preterm infants before and after feeding. J Perinatol 2009; 29:209.
8. Tipnis NA, Tipnis SM. Controversies in the treatment of gastroesophageal reflux disease in preterm infants. Clin Perinatol 2009; 36:153.