

# TIẾP CẬN BỆNH NHÂN RỐI LOẠN ĐI TIÊU

Đặng Minh Luân, Bùi Hữu Hoàng

## MỤC TIÊU

### Kiến thức

1. Trình bày được định nghĩa của tiêu chảy và táo bón.
2. Trình bày được sinh lý bệnh của tiêu chảy và táo bón.
3. Trình bày được phân loại tiêu chảy.
4. Trình bày được nguyên nhân gây tiêu chảy mạn và táo bón.

### Kỹ năng

1. Khai thác được bệnh sử có định hướng
2. Thực hiện đúng các kỹ thuật thăm khám ở bệnh nhân tiêu chảy mạn và táo bón
3. Viết và trình bày bệnh án theo hướng tiếp cận vấn đề
4. Phân tích được các kết quả cận lâm sàng ban đầu ở bệnh nhân tiêu chảy mạn và táo bón
5. Thiết lập được lưu đồ chẩn đoán bệnh nhân tiêu chảy mạn và táo bón dựa vào hỏi bệnh, khám lâm sàng và phân tích kết quả cận lâm sàng ban đầu.

### Thái độ

1. Đồng cảm, thấu cảm với bệnh nhân và gia đình
2. Tôn trọng cảm xúc, nhu cầu riêng tư, tín ngưỡng của bệnh nhân và gia đình
3. Tôn trọng, cộng tác tốt với điều dưỡng, bác sĩ, nhân viên y tế khác
4. Tuân thủ các nội quy, quy định của bộ môn, bệnh viện








# TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TIÊU CHẢY

## ĐỊNH NGHĨA

Tiêu chảy là tình trạng tiêu phân lỏng > 2 lần/ ngày với lượng phân  $\geq 200$  g/ngày.

Tiêu chảy không phải là bệnh mà là một triệu chứng do nhiều nguyên nhân gây ra.

Thang Bristol thường được sử dụng giúp cho bệnh nhân mô tả độ đặc của phân (hình 1). Những bệnh nhân type 6 và 7 được xem là bị tiêu chảy.

Type 1		Phân rời thành cục nhỏ, rắn, cứng
Type 2		Phân thành khối gồ, nhiều cục nhỏ dính vào nhau
Type 3		Phân khuôn, có các vết nứt thành khe trên bề mặt
Type 4		Phân khuôn, bề mặt trơn nhẵn và mềm
Type 5		Phân mềm, thành các viên tròn có bờ rõ ràng
Type 6		Phân mềm, thành từng mẫu nhỏ bờ không rõ ràng
Type 7		Phân lỏng nước

## SINH LÝ BỆNH

Tiêu chảy thường là đáp ứng bảo vệ của cơ thể chống lại các tác nhân gây hại. Bình thường, ruột non hấp thu hầu hết dịch trong lòng ống tiêu hóa. Nhu động ruột tạo một môi trường thuận lợi cho việc hấp thu này. Nếu trong lòng ruột có sự hiện diện của vi trùng, độc tố hay những chất gây hại thì quá trình bài tiết dịch và nhu động ruột sẽ bị kích thích để loại trừ những yếu tố này và gây ra tiêu chảy. Đáp ứng này có tác dụng bảo vệ cấp tính nhưng nếu kéo dài sẽ không còn là một đáp ứng có lợi.

Tiêu chảy thường do hậu quả của gia tăng lượng nước trong phân. Điều này gợi ý rằng quá trình vận chuyển nước trong ruột bị bất thường ở bệnh nhân tiêu chảy. Bình thường, ruột non và đại tràng hấp thu 99% tổng lượng dịch nhập và dịch tiêu hóa được bài tiết. Chỉ cần giảm 1% lượng dịch bị hấp thu là có thể gây tiêu chảy. Do đó, để hiểu được sinh lý bệnh tiêu chảy, chúng ta cần hiểu được quá trình hấp thu và bài tiết nước cũng như những bất thường gây ảnh hưởng đến quá trình này.

Quá trình hấp thu và bài tiết nước phụ thuộc vào áp lực thẩm thấu được tạo ra do sự vận chuyển các chất hòa tan (điện giải và các chất dinh dưỡng). Bình thường, quá trình hấp thu và bài tiết diễn ra cùng lúc nhưng quá trình hấp thu trội hơn quá trình bài tiết. Giảm hấp thu hay tăng bài tiết sẽ gây tăng lượng dịch trong lòng ống tiêu hóa và gây tiêu chảy. Tiêu chảy còn có thể do sự hiện diện của các chất thẩm thấu không được hấp thu trong lòng ruột (magne, lactulose...) làm giữ nước trong lòng ruột.

Có 4 cơ chế chính gây tiêu chảy

- **Tiêu chảy thẩm thấu (osmotic diarrhea)** xảy ra khi trong lòng ruột có một lượng lớn các chất có tính thẩm thấu cao nhưng không được hấp thu. Niêm mạc ruột hoạt động như một màng bán thấm nên nồng độ thẩm thấu cao trong lòng ruột sẽ gây ra sự di chuyển Natri và nước vào trong lòng ruột. Các chất thường gây ra tiêu chảy thẩm thấu bao gồm các ion (magne, sulfate, phosphate) hay đường disaccharide (như lactose). Tiêu chảy thẩm thấu sẽ ngừng diễn tiến nếu bệnh nhân nhịn đói hay ngừng ăn hoặc uống thêm các thực phẩm có chứa các chất này. Ngoài ra, do quá trình hấp thu các chất điện giải không bị ảnh hưởng trong tiêu chảy thẩm thấu, nồng độ các chất điện giải trong phân thường thấp.
- Tiêu chảy gây ra do rối loạn vận chuyển các chất điện giải được gọi là **tiêu chảy dịch tiết (secretory diarrhea)**. Loại tiêu chảy này có nhiều nguyên nhân và thường là hậu quả của tăng bài tiết các anion (chloride hay bicarbonate) hoặc giảm hấp thu natri. Một ví dụ của tiêu chảy dịch tiết là tiêu chảy do nhiễm trùng. Độc tố ruột của vi trùng (*Vibrio cholerae*, *E. coli*, *S. aureus*, *Baccillus cereus*) làm tăng bài tiết các anion nên dẫn đến tiêu chảy
- Tiêu chảy cũng có thể do nhiễm các tác nhân xâm lấn niêm mạc gây độc tế bào (*Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Clostridium difficile*, *Entamoeba histolitica*) và được gọi là **tiêu chảy do viêm (dịch rỉ)**. Tại vùng niêm mạc bị tổn thương có hiện tượng bài tiết nhầy, máu, mủ, protein vào lòng ruột. Khả năng hấp thu nước, ion và các chất hòa tan cũng bị rối loạn. Ngoài ra, prostaglandine do hiện tượng viêm nhiễm tạo ra còn làm tăng tiết và tăng nhu động ruột góp phần vào cơ chế gây tiêu chảy.
- Tiêu chảy còn có thể do **rối loạn vận động ruột** (tăng hoặc giảm nhu động ruột). Tình trạng này thường gây tiêu chảy mạn tính và thường gặp trong các bệnh lý như đái tháo đường, cường giáp, suy thượng thận (bệnh Addison) ...

## PHÂN LOẠI TIÊU CHẢY

Trong thực hành lâm sàng, tiêu chảy thường được phân loại dựa vào thời gian, đặc điểm của phân hay sinh lý bệnh.

**Phân loại theo thời gian.** Tiêu chảy có thể được phân loại tùy theo thời gian diễn tiến: tiêu chảy cấp (< 2 tuần), tiêu chảy kéo dài (2 – 4 tuần) và tiêu chảy mạn (> 4 tuần).

**Phân loại theo đặc điểm phân.** Tiêu chảy được phân loại thành tiêu chảy nước (watery diarrhea), tiêu chảy mỡ (fatty diarrhea) hay tiêu chảy do viêm

(inflammatory diarrhea). Tiêu chảy nước thường do bất thường quá trình hấp thu nước gây ra bởi giảm hấp thu hay tăng bài tiết các chất điện giải (tiêu chảy dịch tiết) hay do có các chất thẩm thấu kém hấp thu trong lòng ruột (tiêu chảy thẩm thấu). Tiêu chảy mỡ thường do bất thường hấp thu mỡ ở ruột non. Tiêu chảy do viêm thường ám chỉ sự hiện diện của một tình trạng viêm hay một tổn thương tân sinh trong lòng ruột. Phân loại này thường được áp dụng trong tiêu chảy mạn nhằm giúp cho việc tìm nguyên nhân tiêu chảy được dễ dàng hơn (xem bảng 1).

**Phân loại theo sinh lý bệnh.** Tiêu chảy được phân loại thành tiêu chảy thẩm thấu hay tiêu chảy dịch tiết. Một đặc điểm quan trọng giúp phân biệt là tiêu chảy sẽ ngừng diễn tiến nếu bệnh nhân nhịn đói hay ngưng sử dụng những chất thẩm thấu không hấp thu trong tiêu chảy thẩm thấu. Ngược lại, tình trạng tiêu chảy vẫn tiếp tục dù bệnh nhân nhịn đói trong tiêu chảy dịch tiết. Phân loại này thường được dùng trong tiêu chảy mạn.

## NGUYÊN NHÂN TIÊU CHẢY

### Bảng 1. Nguyên nhân gây tiêu chảy mạn

#### Tiêu chảy mỡ

Kém hấp thu (malabsorption): thiếu máu cục bộ ruột, bệnh lý niêm mạc ruột (bệnh celiac, Whipple), hội chứng ruột ngắn, phát triển quá mức vi trùng ruột non (SIBO)

Kém tiêu hóa (maldigestion): bất thường nồng độ acid mật trong lòng ruột, suy tụy ngoại tiết

#### Tiêu chảy viêm

Viêm túi thừa

Nhiễm trùng: vi trùng xâm lấn (lao, *yersiniosis*), ký sinh trùng xâm lấn (amíp, giun lươn), viêm đại tràng màng giả (*Clostridium difficile*), virus gây loét (CMV, HSV)

Bệnh viêm ruột mạn tính (IBD): viêm đại trực tràng xuất huyết, bệnh Crohn

Viêm đại tràng thiếu máu cục bộ

Tổn thương tân sinh: ung thư đại tràng, lymphoma

Viêm đại tràng do tia xạ

#### Tiêu chảy nước

Tiêu chảy thẩm thấu:

Kém hấp thu carbohydrate

Nhuận trường thẩm thấu ( $Mg^{2+}$ ,  $PO_4^{3-}$ ,  $SO_4^{2-}$ )

Tiêu chảy dịch tiết

Độc tố vi trùng

Các hội chứng bẩm sinh: bất thường đồng vận chuyển chlor bẩm sinh  
Rối loạn nhu động: bệnh lý thần kinh tự chủ do đái tháo đường, hội chứng ruột kích thích, tiêu chảy sau cắt thần kinh tự chủ, tiêu chảy sau cắt thần kinh X  
Viêm túi thừa  
Bệnh lý nội tiết: bệnh Addison, hội chứng Carcinoid, U tiết gastrin (gastrinoma), cường giáp, ung thư tuyến giáp, u tủy thượng thận, u tiết somatostatin  
Tiêu chảy dịch tiết vô căn  
Kém hấp thu acid mật ở hồi tràng  
Bệnh viêm ruột mạn tính: bệnh Crohn, viêm đại trực tràng xuất huyết  
Viêm đại tràng vi thể (microscopic colitis)  
Lạm dụng thuốc nhuận trường  
Thuốc và độc chất (antacid, ức chế bơm proton, kháng sinh, kháng viêm không steroid, thuốc kháng virus, vitamin, thuốc đông y...)  
U tân sinh: ung thư đại trực tràng, lymphoma, u tuyến nhánh trực tràng  
Viêm mạch máu

---

## **TIẾP CẬN MỘT TRƯỜNG HỢP TIÊU CHẢY MẠN**

Trong thực hành lâm sàng, tiếp cận một trường hợp tiêu chảy bắt đầu bằng phân loại tiêu chảy thuộc nhóm tiêu chảy cấp, tiêu chảy kéo dài hay tiêu chảy mạn. Cách tiếp cận một trường hợp tiêu chảy cấp đã được trình bày chi tiết trong module tiêu hóa của năm thứ 3. Bài viết này chỉ phân tích về cách tiếp cận một trường hợp tiêu chảy mạn.

### **Tiếp cận ban đầu đối với một trường hợp tiêu chảy mạn**

#### **Hỏi bệnh và khám bệnh**

Hỏi bệnh và khám bệnh đầy đủ và chi tiết đóng vai trò quan trọng trong tiếp cận ban đầu một trường hợp tiêu chảy. Hỏi bệnh và khám bệnh nhằm 3 mục tiêu:

- Xác định đúng là tiêu chảy mạn: Tiêu chảy mạn được chẩn đoán xác định khi bệnh nhân có tiêu phân lỏng > 2 lần/ngày kéo dài > 4 tuần
- Đánh giá khả năng tình trạng tiêu chảy mạn là do nguyên nhân thực thể (organic) hay chức năng (functional):
  - a. Các triệu chứng báo động gợi ý tiêu chảy mạn là do nguyên nhân thực thể bao gồm: bệnh nhân lớn tuổi (> 45 tuổi), triệu chứng tiêu chảy mới xuất hiện (< 3 tháng), tiêu chảy về đêm, tiêu chảy liên tục, thay đổi hình dạng phân (phân dẹt, phân nhỏ), tiêu ra máu, sụt cân nhiều, sốt, thiếu máu, tiền căn gia đình bị ung thư đại trực tràng

- b. Thang điểm tầm soát ung thư đại trực tràng Châu Á Thái Bình Dương (Asian-Pacific colorectal screening score - APCS) có thể giúp phân loại nguy cơ bị ung thư đại trực tràng. Bệnh nhân sẽ được tính điểm dựa vào các yếu tố nguy cơ (bảng 2) và được chia thành 3 nhóm nguy cơ (bảng 3). Thang điểm này có thể được sử dụng để giúp phân loại bệnh nhân cần ưu tiên thực hiện nội soi đại tràng.

Bảng 2. Thang điểm tầm soát UTĐTT Châu Á Thái Bình Dương (APCS) [51]

Yếu tố nguy cơ	Tiêu chuẩn	Điểm
Tuổi	50-69 tuổi	2
	>70 tuổi	3
Giới	Nam	1
	Nữ	0
Tiền căn gia đình	Thân nhân trực hệ bị UTĐTT	2
Hút thuốc lá	Hiện tại hay quá khứ có hút thuốc lá	1
	Chưa bao giờ hút thuốc lá	0

Bảng 3. Phân tầng nguy cơ và nguy cơ tương đối của u đại trực tràng tiến triển xa [51]

Yếu tố nguy cơ	Tổng điểm APCS	Nguy cơ tương đối (KTC 95%)
Nguy cơ thấp	0 - 1	Tham khảo
Nguy cơ trung bình	2 - 3	2,6 (1,1 - 6,0)
Nguy cơ cao	4 - 7	4,3 (1,8 - 10,3)

- Hướng đến nguyên nhân thường gặp gây tiêu chảy mạn (bảng 1)

Những điểm cần chú ý khi hỏi bệnh sử bệnh nhân tiêu chảy mạn:

- Thời gian xuất hiện triệu chứng: Tiêu chảy mạn là tình trạng tiêu chảy > 4 tuần. Những bệnh nhân tiêu chảy mạn mới xuất hiện < 3 tháng cần chú ý đến những nguyên nhân thực thể trước khi nghĩ đến nguyên nhân chức năng.
- Thời gian xuất hiện tiêu chảy trong ngày: Tiêu chảy về đêm làm bệnh nhân thức giấc gợi ý một nguyên nhân thực thể. Tình trạng này cũng gặp ở bệnh nhân đái tháo đường có bệnh lý thần kinh.
- Triệu chứng gợi ý mất nước: khô miệng, khát, giảm thể tích nước tiểu.
- Đặc điểm phân: Tiêu chảy kèm máu gợi ý tiêu chảy do viêm (ung thư, bệnh viêm ruột mạn tính, nhiễm trùng...). Sự hiện diện của mỡ hay thức ăn trong phân gợi ý hội chứng kém hấp thu hay kém tiêu hóa. Tiêu chảy với khối lượng

phân lớn mỗi lần gợi ý bệnh lý ruột non hoặc đại tràng phải. Tiêu chảy với khối lượng phân rất ít mỗi lần, nhất là kèm mót rặn gợi ý bệnh lý đại tràng trái.

- Mỗi liên quan giữa tiêu chảy và các bữa ăn hay nhịn đói có thể giúp phân biệt tiêu chảy thẩm thấu và tiêu chảy dịch tiết
- Các triệu chứng đi kèm: Cần ghi nhận các triệu chứng đi kèm mà bệnh nhân có như đau bụng, chướng bụng, sốt, sụt cân, mót rặn... Mót rặn gợi ý có tổn thương thấp vùng hậu môn trực tràng. Nếu đau quặn bụng giảm đau sau khi đi tiêu gợi ý bệnh lý đại tràng thì đau quặn bụng không giảm đau sau khi đi tiêu gợi ý bệnh lý ruột non. Sốt gợi ý tình trạng viêm do nhiễm và viêm không do nhiễm ở đường ruột. Sụt cân nhanh gợi ý tình trạng nguyên nhân tiêu chảy mạn là ung thư, bệnh ruột viêm, cường giáp hay kém hấp thu

Những điểm cần chú ý khi hỏi tiền căn bệnh nhân tiêu chảy mạn:

- Tiền căn bệnh lý đại trực tràng: ung thư, viêm ruột mạn tính, lao, túi thừa...
- Viêm tụy cấp tái phát, viêm tụy mạn
- Bệnh nội tiết: cường giáp, đái tháo đường
- Phẫu thuật đại trực tràng hay hồi tràng: giảm tái hấp thu acid mật, phát triển quá mức vi trùng ruột non (SIBO)
- Xạ trị
- Thuốc đang sử dụng: thuốc kê toa, thuốc không kê toa, thuốc đông y, vitamin, thực phẩm chức năng...)
- Chế độ ăn: cần chú ý hỏi tiền căn sử dụng caffein, lactose, rượu, chất tạo ngọt nhân tạo như sorbitol,...
- Tiền căn đi du lịch gần đây
- Tiền căn gia đình bị ung thư đại trực tràng, bệnh viêm ruột mạn tính

Những điểm cần chú ý khi khám lâm sàng bệnh nhân tiêu chảy mạn:

- Các dấu hiệu mất nước (da véo da, thay đổi sinh hiệu tư thế)
- Các dấu hiệu gợi ý nhiễm trùng (sốt, vết loét nhiễm trùng...)
- Khám bụng chú ý tìm khối u, vị trí đau để hướng đến nguyên nhân
- Các triệu chứng gợi ý nguyên nhân có thể gây tiêu chảy mạn: tuyến giáp to gợi ý bệnh lý tuyến giáp, hạch to gợi ý lymphoma, lao hay AIDS...

### **Cận lâm sàng**

Trong nhiều trường hợp, hỏi bệnh sử và khám lâm sàng ban đầu có thể giúp gợi ý nguyên nhân tiêu chảy mạn và cận lâm sàng sẽ được thực hiện nhằm xác định chẩn đoán. Ví dụ đối với một bệnh nhân tiêu chảy mạn kèm đau bụng kiểu bán tắc và sụt

cân nhiều, chụp cắt lớp ổ bụng và nội soi đại tràng sẽ được thực hiện để loại trừ các nguyên nhân tắc nghẽn.

Xét nghiệm cũng được thực hiện khi bệnh nhân có các triệu chứng báo động để loại trừ các nguyên nhân thực thể như ung thư đại trực tràng, bệnh viêm ruột mạn tính.

Các cận lâm sàng ban đầu thường được thực hiện ở bệnh nhân tiêu chảy mạn:

- Công thức máu, điện giải, chức năng gan thận, protein, albumin: chú ý đánh giá thiếu máu, mất dịch, rối loạn điện giải, suy dinh dưỡng.
- Xét nghiệm đánh giá tình trạng viêm: CRP
- Xét nghiệm gợi ý nguyên nhân: chức năng tuyến giáp, glucose máu
- Chẩn đoán hình ảnh: siêu âm bụng hay chụp cắt lớp hoặc chụp cộng hưởng từ vùng bụng có thể giúp xác định các bất thường giải phẫu (hẹp, dò, ung thư,...), đánh giá tình trạng viêm trong bệnh viêm ruột mạn tính hay chẩn đoán viêm tụy mạn
- Nội soi đại tràng có thể giúp hỗ trợ chẩn đoán ung thư, bệnh viêm ruột mạn tính, viêm đại tràng do các nguyên nhân khác. Nội soi đại tràng thường được chỉ định khi bệnh nhân có dấu hiệu báo động
- Xét nghiệm phân ban đầu tìm máu ẩn trong phân, bạch cầu trong phân và ký sinh trùng.

### **Tiếp cận một trường hợp tiêu chảy mạn khó chẩn đoán**

Do tiêu chảy mạn có thể do rất nhiều nguyên nhân gây ra nên chẩn đoán phân biệt không phải lúc nào cũng dễ dàng. Nếu nguyên nhân gây tiêu chảy mạn không thể xác định bằng các bước tiếp cận ban đầu như đã trình bày (hỏi bệnh, khám bệnh và các cận lâm sàng ban đầu), tiêu chảy mạn nên được phân loại thành tiêu chảy nước, tiêu chảy mỡ hay tiêu chảy viêm bằng xét nghiệm phân. Tiếp theo, những bệnh nhân trong nhóm tiêu chảy nước có thể phân loại thành tiêu chảy dịch tiết hay tiêu chảy thẩm thấu. Cách phân loại này sẽ giúp khu trú nguyên nhân gây bệnh để cho việc chẩn đoán được dễ dàng hơn.

Xét nghiệm phân (stool analysis) có thể được thực hiện dựa vào thu thập phân tại một thời điểm hay thu thập phân theo thời gian (24, 48 hay 72 giờ). Thu thập theo thời gian giúp đo lường các thành phần trong phân (như mỡ) chính xác hơn. Tuy nhiên, xét nghiệm phân tại một thời điểm cũng có thể cung cấp thông tin giúp ích cho phân loại.

Các xét nghiệm nên được xem xét thực hiện: Nồng độ natri và kali trong phân, pH phân, máu ẩn trong phân, soi phân tìm bạch cầu, ký sinh trùng, calprotectin trong phân, lượng mỡ trong phân.



- Nồng độ natri và kali trong phân giúp xác định khoảng trống thẩm thấu (osmotic gap) trong tiêu chảy nước để phân biệt tiêu chảy dịch tiết hay tiêu chảy thẩm thấu. Khoảng trống thẩm thấu là hiệu số của 290 trừ 2 lần tổng số của nồng độ natri và kali trong phân. Khoảng trống thẩm thấu  $< 50$  mOsm/kg gợi ý rằng áp lực thẩm thấu của phân là do các chất điện giải không được hấp thu hoàn toàn vốn là một đặc điểm của tiêu chảy dịch tiết. Khoảng trống thẩm thấu  $> 100$  mOsm/kg thường là do có một chất kém hấp thu trong lòng ruột, vốn là một đặc điểm của tiêu chảy thẩm thấu.
- pH phân có thể cung cấp những thông tin hữu ích giúp chẩn đoán kém hấp thu carbohydrate. Khi bệnh nhân bị kém hấp thu carbohydrate, lượng carbohydrate đến đại tràng sẽ tăng lên. Carbohydrate sẽ được lên men bởi vi khuẩn của đại tràng và phóng thích  $\text{CO}_2$ ,  $\text{H}_2$  cũng như các acid béo. Chính điều này làm cho phân có tính acid. pH phân  $< 6$  gợi ý có kém hấp thu carbohydrate.
- Xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân và bạch cầu trong phân cho phép nhận diện tiêu chảy do viêm, thường là hậu quả của viêm đại tràng hay ung thư đại tràng. Một số nguyên nhân khác gây máu ẩn trong phân là lymphoma ruột non, bệnh celiac hay bệnh sprue.
- Calprotectin là một protein được phóng thích từ bạch cầu đa nhân trung tính khi có tình trạng viêm. Gia tăng nồng độ calprotectin trong phân gợi ý có tình trạng viêm trong lòng ruột (bệnh viêm ruột mạn tính, nhiễm trùng, ung thư...).
- Lượng mỡ trong phân có thể được định lượng bằng cách thu thập phân 48 đến 72 giờ hay ước tính thông qua mẫu phân bất kỳ bằng cách sử dụng phương pháp nhuộm sudan. Tiêu chảy mỡ được định nghĩa là tình trạng gia tăng bài tiết mỡ trong phân ( $>7\%$  –  $9\%$  của lượng ăn vào trong 24 giờ). Kết quả từ các nghiên cứu cho thấy lượng mỡ bài tiết trong phân từ 7 – 14g/24h có độ nhạy thấp trong chẩn đoán bất thường hấp thu mỡ. Lượng mỡ bài tiết trong phân  $> 14\text{g}/24\text{h}$  là một chỉ điểm mạnh của bất thường hấp thu mỡ.

Sau khi phân tích kết quả xét nghiệm phân, chúng ta có thể phân loại tiêu chảy mạn thành tiêu chảy do viêm, tiêu chảy mỡ hay tiêu chảy nước (tiểu chảy thẩm thấu hay tiêu chảy dịch tiết) để tìm nguyên nhân của từng loại tiêu chảy dựa vào bảng 1. Tiêu chảy do viêm thường gây ra do các nguyên nhân nhiễm trùng (vi trùng, ký sinh trùng, virus), viêm không do nhiễm trùng (viêm túi thừa, bệnh ruột viêm, viêm đại tràng thiếu máu cục bộ, xạ trị...) và ung thư. Tiêu chảy phân mỡ thường gây ra do hội chứng kém hấp thu (bệnh lý niêm mạc ruột non, suy tụy ngoại tiết, phát triển quá mức vi trùng ruột non...). Tiêu chảy thẩm thấu thường gây ra do kém hấp thu

carbohydrate hay dùng chất thẩm thấu kém hấp thu (ví dụ: các thuốc nhuận trường, magne...). Tiêu chảy dịch tiết có thể gây ra do độc tố vi trùng, bệnh lý nội tiết, thay đổi nhu động ruột, thuốc, bệnh ruột viêm, ung thư... (bảng 1).

## **TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TÁO BÓN**

### **ĐỊNH NGHĨA**

Theo Trường môn Tiêu hóa Hoa Kỳ, táo bón được đặc trưng bởi các đặc điểm sau:

- Giảm số lần đi tiêu hơn bình thường ( < 3 lần / tuần)
- Phân cứng
- Đi tiêu khó
- Phải rặn nhiều
- Cảm giác đi tiêu không hết phân
- Thời gian đi tiêu kéo dài
- Dùng tay hỗ trợ khi đi tiêu (dùng tay móc phân)

Thang Bristol thường được sử dụng giúp cho bệnh nhân mô tả độ đặc của phân (hình 1). Những bệnh nhân type 1 và 2 được xem là táo bón.

Táo bón mạn tính được định nghĩa là tình trạng táo bón kéo dài hơn 3 tháng

Khi tiếp cận bệnh nhân, cần hỏi bệnh kỹ để đánh giá biểu hiện thực sự của bệnh nhân do có không ít trường hợp bệnh nhân tự cho là bị táo bón nhưng lại không có đặc điểm nào trong các đặc điểm nêu trên.

### **CƠ CHẾ BỆNH SINH**

#### **Chậm vận chuyển ở đại tràng (slow-transit constipation)**

Thường do rối loạn chức năng vận động của đại tràng.

Triệu chứng thường khởi phát từ từ và xảy ra quanh tuổi dậy thì. Đối tượng thường gặp nhất là phụ nữ trẻ. Tình trạng này thường đặc trưng bởi biểu hiện giảm số lần đi tiêu (<1 lần/tuần), không muốn đi tiêu, có các triệu chứng đi kèm (đau bụng, chướng hơi, mệt mỏi, đau cơ). Triệu chứng không cải thiện mặc dù đã sử dụng chế độ ăn nhiều chất xơ, các thuốc nhuận tràng thẩm thấu.

Các xét nghiệm sinh lý (physiologic findings) cho thấy có giảm thời gian vận chuyển đại tràng khi làm xét nghiệm thời gian vận chuyển đại tràng (colorectal transit time) (giữ lại  $\geq 20\%$  chất đánh dấu cản quang (radiologic markers) sau khi uống 5 ngày)

### **Rối loạn thoát phân (defecatory disorders)**

Quá trình làm trống trực tràng không hiệu quả thường do không phối hợp nhịp nhàng của cơ bụng, cơ hậu môn trực tràng và cơ sàn chậu. Bệnh nhân cũng có thể có tình trạng co cơ vòng hậu môn không thích hợp khi rặn. Nhiều bệnh nhân bị rối loạn thoát phân cũng có kèm tình trạng chậm vận chuyển ở đại tràng.

Rối loạn thoát phân thường là do mắc phải và xảy ra từ tuổi nhỏ. Đây có thể là hậu quả của thói quen nín đại tiện nhằm tránh đau khi đi tiêu phân lớn, cứng hoặc khi đang bị nứt hậu môn, trĩ viêm. Rối loạn này cũng đặc biệt phổ biến ở những người già bị táo bón mạn tính, phải rặn nhiều và không đáp ứng với điều trị bằng thuốc. Ngoài ra, rối loạn thoát phân còn có thể gặp ở bệnh nhân bị bất thường về cấu trúc.

Biểu hiện bao gồm đi tiêu không hết phân, rặn nhiều khi đi tiêu nhưng không hiệu quả, phải dùng tay hỗ trợ khi đi tiêu (dùng tay móc phân) nhưng các triệu chứng này không tương ứng với các xét nghiệm sinh lý

Các xét nghiệm sinh lý cho thấy bệnh nhân có bất thường xét nghiệm tổng xuất bóng (ballon exclusive test) và/hoặc đo áp lực hậu môn trực tràng (anorectal manometry)

### **Cảm nhận sai về thói quen đi cầu**

Còn gọi là táo bón với vận chuyển đại tràng bình thường (normal-transit constipation) do tốc độ vận chuyển phân dọc khung đại tràng của bệnh nhân bình thường.

Bệnh nhân thường cảm nhận sai về tần suất đi cầu (bowel frequencies). Một số bệnh nhân có kèm bất thường chức năng cảm giác và vận động ở vùng hậu môn trực tràng và thường khó phân biệt nhóm này với những bệnh nhân táo bón do chậm vận chuyển đại tràng.

Bệnh nhân thường than phiền đi tiêu không hết phân. Đau bụng có thể có nhưng thường không phải là đặc điểm nổi bật. Những bệnh nhân này thường có kèm các rối loạn về tâm lý – xã hội.

Các xét nghiệm sinh lý thường bình thường ở các bệnh nhân này

### **NGUYÊN NHÂN**

Táo bón có thể xảy ra do các bệnh lý thuộc hai nhóm là rối loạn đầy trực tràng và rối loạn tổng xuất trực tràng.

#### **Rối loạn làm đầy trực tràng**

Bệnh lý đường tiêu hóa gây hẹp lòng ruột

- U lành hoặc ác tính.
- Viêm: lý mạn tính, viêm đại trực tràng xuất huyết, bệnh Crohn, viêm túi thừa.

- Rối loạn chức năng: Hội chứng ruột kích thích.
- Bất thường bẩm sinh: Bệnh Hirschsprung.

Thứ phát do rối loạn nội tiết: đái tháo đường, suy giáp, cường phó giáp, đa u nội tiết

Rối loạn điện giải: hạ kali máu, tăng magne máu, tăng calci máu

Thai kỳ

Chế độ ăn ít xơ nhiều đạm

Tác dụng phụ của thuốc: á phiện, kháng cholinergic, antacid, chống trầm cảm, lợi tiểu, kháng viêm không steroid, ức chế calci, chống động kinh, sắt, canxi

### **Rối loạn làm trống trực tràng**

Rối loạn phản xạ đi tiêu do bệnh tại chỗ

- Bệnh lý hậu môn trực tràng (loét hậu môn, nứt hậu môn, dò hậu môn, viêm trực tràng, trĩ, tăng áp lực cơ thắt hậu môn).
- Bệnh lý thần kinh: TBMMN, sa sút trí tuệ, trầm cảm, parkinson, bệnh thần kinh tự động, đa xơ cứng ...
- Thiếu động, cơ bụng yếu, tuổi già.

Rối loạn phản xạ đi tiêu do nguyên nhân khác

- Không tập thói quen đi tiêu tốt
- lạm dụng thuốc nhuận trường
- Nguyên nhân tâm lý

### **TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TÁO BÓN**

Khoảng 90% các trường hợp không có bệnh lý nền và tình trạng táo bón cải thiện khi uống đủ nước, chế độ ăn đủ chất xơ (15 – 25 g/ngày) và vận động. Chính vì thế, mục tiêu quan trọng của việc tiếp cận bệnh nhân táo bón nhằm đánh giá trạng táo bón là nguyên phát hay thứ phát. Điều này có thể được thực hiện bằng cách hỏi bệnh khám bệnh và thực hiện các xét nghiệm ban đầu.

Mục tiêu của hỏi bệnh và khám bệnh ở bệnh nhân táo bón nhằm:

- Xác định bệnh nhân có táo bón.
- Tìm các triệu chứng báo động
- Định hướng cơ chế gây táo bón
- Định hướng nguyên nhân gây táo bón

### **Bệnh sử**

Cần hỏi bệnh sử kỹ lưỡng để xác định bệnh nhân có thực sự bị táo bón không: ngoài việc hỏi số lần đi tiêu còn cần hỏi những đặc điểm khác để xác định có táo bón bao gồm đi tiêu khó, phải rặn nhiều, phân cứng, đi tiêu không hết phân...

Thời gian bị táo bón: Táo bón kéo dài nhưng không ảnh hưởng đến tổng trạng dù đã dùng đến các biện pháp hỗ trợ như chế độ ăn, uống nước, vận động gợi ý các rối loạn đại trực tràng chức năng. Táo bón mới xảy ra, đặc biệt là diễn tiến liên tục và tăng dần gợi ý bệnh lý thực thể quan trọng. Nguyên nhân thường gặp nhất là đang sử dụng các thuốc có tác dụng phụ gây táo bón, chứng nghẹt phân, ung thư đại trực tràng, bệnh lý hậu môn trực tràng gây đau khi đi đại tiện, bệnh lý thần kinh và bệnh lý toàn thân.

Cần hỏi kỹ thói quen đi tiêu và tính chất phân (hình dạng, độ cứng...): Giúp loại trừ các trường hợp bệnh nhân cảm nhận sai về tình trạng táo bón và đồng thời gợi ý cơ chế sinh táo bón. Phân cứng và nhỏ như phân dê thường gặp trong trường hợp chậm vận chuyển đại tràng. Đi tiêu ít lần, đi tiêu không hết phân, cần phải rặn mạnh cũng không hiệu quả và có khi cần phải dùng tay móc phân gợi ý cơ chế rối loạn thoát phân.

Cần chú ý hỏi các triệu chứng báo động: > 45 tuổi, sụt cân, tiêu ra máu, đau bụng, đặc biệt là đau bụng kiểu bán tắc ruột, thay đổi hình dạng phân, táo bón mới khởi phát, thiếu máu, tiền căn gia đình bị ung thư đại trực tràng

Các triệu chứng kèm theo: chướng bụng, đau bụng, đau cơ...

### **Tiền căn**

Bệnh lý ống tiêu hóa: viêm đại tràng, ung thư đại trực tràng, loét hậu môn, rò hậu môn...

Bệnh lý thần kinh: tai biến mạch máu não, parkinson...

Bệnh lý nội tiết: đái tháo đường, suy giáp

Phẫu thuật đại trực tràng

Thai kỳ.

Các thuốc đang điều trị bao gồm cả thuốc nhuận trường, thảo dược.

Chế độ ăn, nhất là chất xơ và lượng nước uống

Các yếu tố tâm lý xã hội, đặc biệt lưu ý các dấu hiệu gợi ý trầm cảm (mất ngủ, giảm sinh lực, chán chường, mất tự tin, cảm giác tuyệt vọng ...)

### **Khám bệnh**

Thể trạng chung và giọng nói của bệnh nhân có thể gợi ý chẩn đoán lâm sàng suy giáp, trầm cảm, Parkinson.

Chú ý loại trừ các rối loạn thần kinh trung ương, nhất là tổn thương tủy sống.

Khám bụng lưu ý tìm u, bụng chướng, phân cứng trong đại tràng.

Thăm hậu môn – trực tràng

- Nhìn xem có sẹo, dò, nứt, trĩ ngoại.

- Thăm hậu môn trực tràng để tìm xem có khối phân nhệt, chít hẹp, khối u.
- Nếu bệnh nhân đang bị táo bón ở thời điểm khám. Khám thấy trực tràng trống hoặc thấy áp lực cơ vòng tăng thì nhiều khả năng bệnh nhân bị rối loạn ở khâu làm đầy trực tràng hơn là ở nhóm tống xuất trực tràng.

### **Cận lâm sàng**

Cận lâm sàng thường không cần thiết cho đa số bệnh nhân trẻ tuổi, có triệu chứng nhẹ và không có các triệu chứng báo động. Cận lâm sàng thường được chỉ định với 2 mục tiêu:

- Loại trừ bệnh lý toàn thân hay bệnh thực thể của đường tiêu hóa là nguyên nhân gây táo bón (táo bón thứ phát)
- Xác định cơ chế sinh lý bệnh gây ra táo bón khi triệu chứng không đáp ứng với điều trị.

Các cận lâm sàng thường được chỉ định ở bệnh nhân táo bón:

- Sinh hóa máu: Ion đồ (đánh giá  $K^+$ ,  $Ca^{+}$ ), xét nghiệm chức năng tuyến giáp, đường huyết nếu nghi ngờ táo bón do nguyên nhân nội tiết, chuyển hóa.
- Chẩn đoán hình ảnh:

Giúp đánh giá độ giãn của đại tràng cũng như loại trừ các trường hợp táo bón do tắc nghẽn.

Nếu triệu chứng táo bón đơn độc và kéo dài, không ảnh hưởng tổng trạng và xảy ra trên người trẻ, chụp đại tràng cản quang có ưu điểm hơn nội soi đại tràng vì rẻ tiền, ít khó chịu và giúp đánh giá được mức độ giãn rộng của khung đại tràng chứng phình đại tràng hoặc bệnh đại tràng do thuốc xổ.

Nếu táo bón mới khởi phát nhất là trên người lớn tuổi hay bệnh nhân có triệu chứng báo động, nội soi đại tràng là phương pháp thăm dò tốt nhất vì có thể quan sát trực tiếp, sinh thiết tổn thương, cắt polyp và điều trị nong chỗ hẹp (nếu có).

Có thể sử dụng thang điểm APCS để phân loại nguy cơ bị ung thư đại trực tràng của bệnh nhân (bảng 4). Theo Đồng Thuận của Châu Á Thái Bình Dương về tầm soát ung thư đại trực tràng, nội soi đại tràng có thể được chọn lựa cho những bệnh nhân có nguy cơ trung bình và cao

- Các xét nghiệm sinh lý (physiologic mearasurement): thường được sử dụng cho các trường hợp không đáp ứng với điều trị. Các xét nghiệm này có thể được thực hiện để xác định thời gian vận chuyển ở đại tràng, đánh giá chức năng sàn chậu khi tống xuất phân hay loại trừ những bất thường giải phẫu có thể gây táo bón.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tiêu chảy và táo bón – Bài giảng cho sinh viên của Module Tiêu hóa năm 3
2. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, tái bản lần thứ 10 (2016). Nhà xuất bản Elsevier
3. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults: British Society of Gastroenterology, 3rd edition - Gut 2018;67:1380–1399
4. Chronic Diarrhea: Diagnosis and Management - Clinical Gastroenterology and Hepatology 2017;15:182–193
5. American Gastroenterological Association Medical Position statement on Constipation - Gastroenterology 2013;144:211–217
6. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines Constipation: a global perspective - World Gastroenterology Organisation, 2010
7. Sung JJY, Ng SC, Chan FKL, *et al.* An updated Asia Pacific Consensus Recommendations on colorectal cancer screening. Gut 2015;64:121-132.