

# RỐI LOẠN ĐI TIÊU

**THS. BS. ĐẶNG MINH LUÂN**  
**BỘ MÔN NỘI – ĐHYD TPHCM**



# Nội dung

- Mục tiêu
- Tiếp cận bệnh nhân tiêu chảy
- Tiếp cận bệnh nhân táo bón

# Mục tiêu








- Trình bày được định nghĩa của tiêu chảy và táo bón.
- Trình bày được sinh lý bệnh của tiêu chảy và táo bón.
- Trình bày được phân loại tiêu chảy.
- Nêu được nguyên nhân gây tiêu chảy mạn và táo bón.
- Phân tích được cách tiếp cận một bệnh nhân tiêu chảy mạn và táo bón.

# TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TIÊU CHẢY

# Định nghĩa

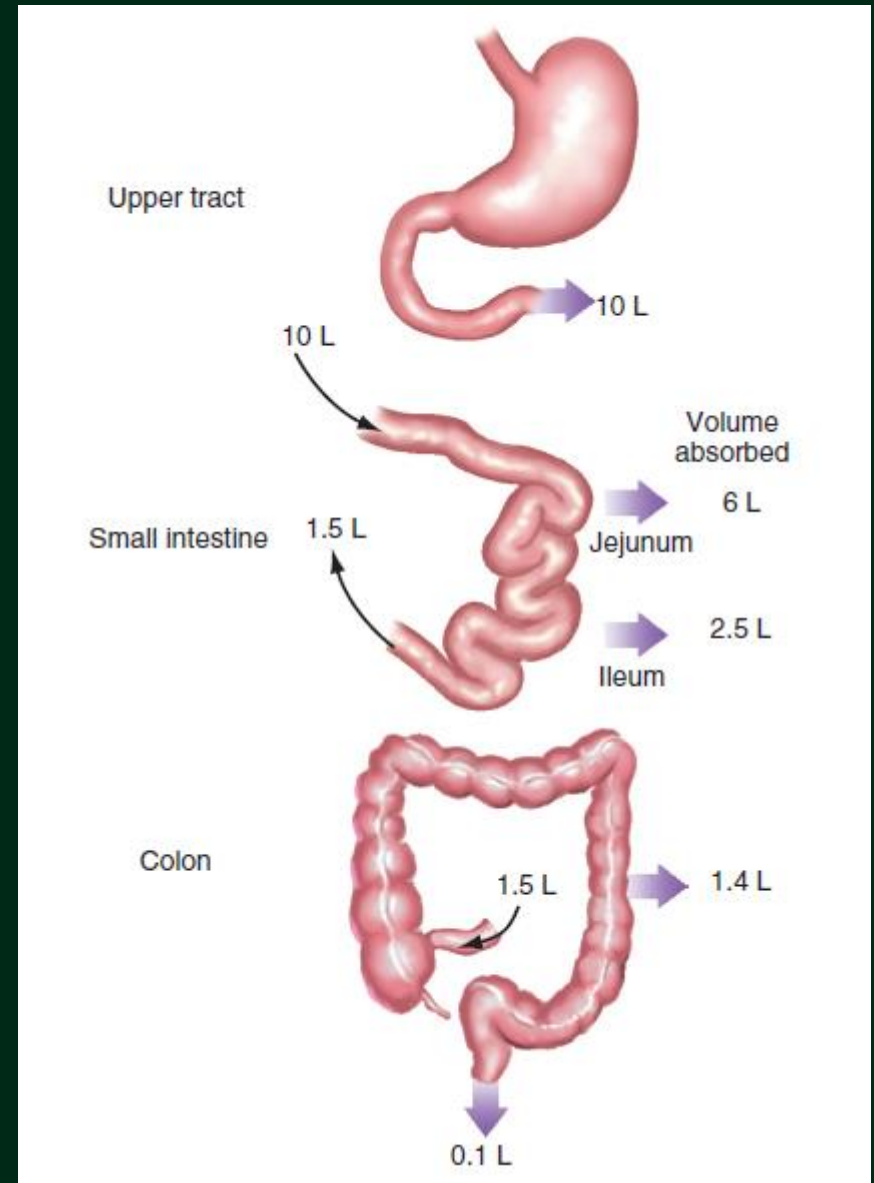
- Lượng phân  $\geq 200$  g/ngày.
- Phân lỏng  $> 2$  lần/ ngày

# Thang Bristol đánh giá hình dạng phân

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

- Đáp ứng bảo vệ
- Tăng lượng nước trong phân
- ↓hấp thu và/hoặc ↑ bài tiết nước



## 4 cơ chế gây tiêu chảy

- Tiêu chảy thẩm thấu
  - Magne, sulfate, phosphate, lactose
- Tiêu chảy dịch tiết
  - $\uparrow$  tiết anion hay  $\downarrow$  hấp thu natri
- Tiêu chảy do viêm (dịch rỉ)
- Rối loạn vận động ruột



# Phân loại

- **Phân loại theo thời gian.**

- TC cấp:  $< 2$  tuần
- TC kéo dài:  $2 - 4$  tuần
- TC mạn:  $> 4$  tuần

- **Phân loại theo đặc điểm phân**

- Tiêu chảy nước
- Tiêu chảy mỡ
- Tiêu chảy do viêm

- **Phân loại theo sinh lý bệnh**

- Tiêu chảy thẩm thấu
- Tiêu chảy dịch tiết

# Nguyên nhân 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, *Yersinia*), 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

# Nguyên nhân tiêu chảy mạn

## 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 tiêu chảy mạn

- Tiếp cận ban đầu
- Tiếp cận tiêu chảy mạn khó chẩn đoán

# Tiếp cận ban đầu tiêu chảy mạn

3 mục tiêu:

- Xác định đúng tiêu chảy mạn
- Nguyên nhân thực thể hay chức năng.
- Nguyên nhân thường gặp

# Triệu chứng báo động

- > 45 tuổi
- Mới xuất hiện (< 3 tháng)
- Tiêu chảy về đêm
- Tiêu chảy liên tục
- Thay đổi hình dạng phân
- Tiêu ra máu
- Sụt cân nhiều
- Sốt
- Thiếu máu
- Tiền căn gia đình bị ung thư đại trực tràng



# Thang điểm APCS

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

# Thang điểm APCS

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)



# Hỏi bệnh sử

- Thời gian xuất hiện triệu chứng
- Thời gian xuất hiện tiêu chảy trong ngày
- Triệu chứng gợi ý mất nước
- Đặc điểm phân (máu, mủ, hình dạng phân)
- Mối liên quan giữa tiêu chảy và các bữa ăn hay nhịn đói
- Các triệu chứng đi kèm (đau bụng, chướng bụng, sốt, sụt cân, mót rặn)

# Hỏi tiền căn

- Bệnh lý đại tràng (u, viêm ruột mạn tính, lao, túi thừa)
- Viêm tụy
- Bệnh nội tiết: cường giáp, đái tháo đường
- Phẫu thuật đại trực tràng
- Xạ trị
- Thuốc đang sử dụng
- Chế độ ăn
- Tiền căn gia đình bị ung thư đại trực tràng, bệnh viêm ruột mạn tính

# Khám lâm sàng

- Các dấu hiệu mất nước
- Các dấu hiệu gợi ý nhiễm trùng
- Khám bụng (khối u, vị trí đau)
- Các triệu chứng gợi ý nguyên nhân (tuyến giáp to, hạch to...)
-

# Cận lâm sàng ban đầu

- Hỏi bệnh và khám bệnh định hướng nguyên nhân → cận lâm sàng xác định
- BN có triệu chứng báo động → loại trừ các nguyên nhân thực thể

# Cận lâm sàng ban đầu

- Công thức máu, điện giải, chức năng gan thận, protein, albumin
- CRP
- Xét nghiệm gợi ý nguyên nhân: chức năng tuyến giáp, glucose máu
- Chẩn đoán hình ảnh (siêu âm bụng hay CT scan bụng)
- Nội soi đại tràng
  - Thường được chỉ định khi bệnh nhân có dấu hiệu báo động
- Xét nghiệm phân ban đầu: máu ẩn trong phân, bạch cầu trong phân và ký sinh trùng.

# Tiếp cận tiêu chảy mạn khó chẩn đoán

## Phân loại

- Tiêu chảy nước
  - Tiêu chảy dịch tiết
  - Tiêu chảy thẩm thấu
- Tiêu chảy do viêm
- Tiêu chảy mỡ

# Làm sao để phân loại?

- Máu ẩn trong phân và bạch cầu trong phân
- Calprotectin trong phân
- Lượng mỡ trong phân
- Nồng độ natri và kali trong phân → tính khoảng trống thẩm thấu (osmotic gap) =  $290 - 2 \times (\text{Na}^+ + \text{K}^+)$ 
  - $> 100 \text{ mOsm/kg}$ : tiêu chảy thẩm thấu
  - $< 50 \text{ mOSm/kg}$ : tiêu chảy dịch tiết

**TIỆP CẬN BỆNH NHÂN TÁO BÓN**










## Định nghĩa

- 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)

**TÁO BÓN MẠN:  $> 3$  THÁNG**

# Thang Bristol đánh giá hình dạng phân

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

# CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Chậm vận chuyển đại tràng
- Rối loạn thoát phân
- Cảm nhận sai về thói quen đi tiêu
-

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

- Phụ nữ trẻ, quang tuổi dậy thì
- Khởi phát từ từ
- Giảm số lần đi tiêu (<1 lần/tuần), không muốn đi tiêu
- Triệu chứng đi kèm: đau bụng, chướng hơi, mệt mỏi.
- Triệu chứng không cải thiện với chế độ ăn nhiều chất xơ, các thuốc nhuận tràng thẩm thấu.
- Xét nghiệm thời gian vận chuyển đại tràng (colorectal transit time): giảm thời gian vận chuyển đại tràng

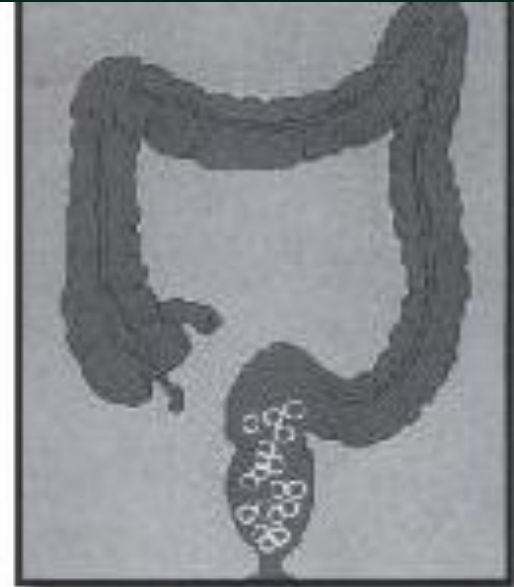
# Xét nghiệm thời gian vận chuyển đại tràng



**A.** If 5 or fewer markers remain, patient has grossly normal colonic transit.



**B.** Most rings are scattered about the colon. Patient most likely has hypomotility or colonic inertia.

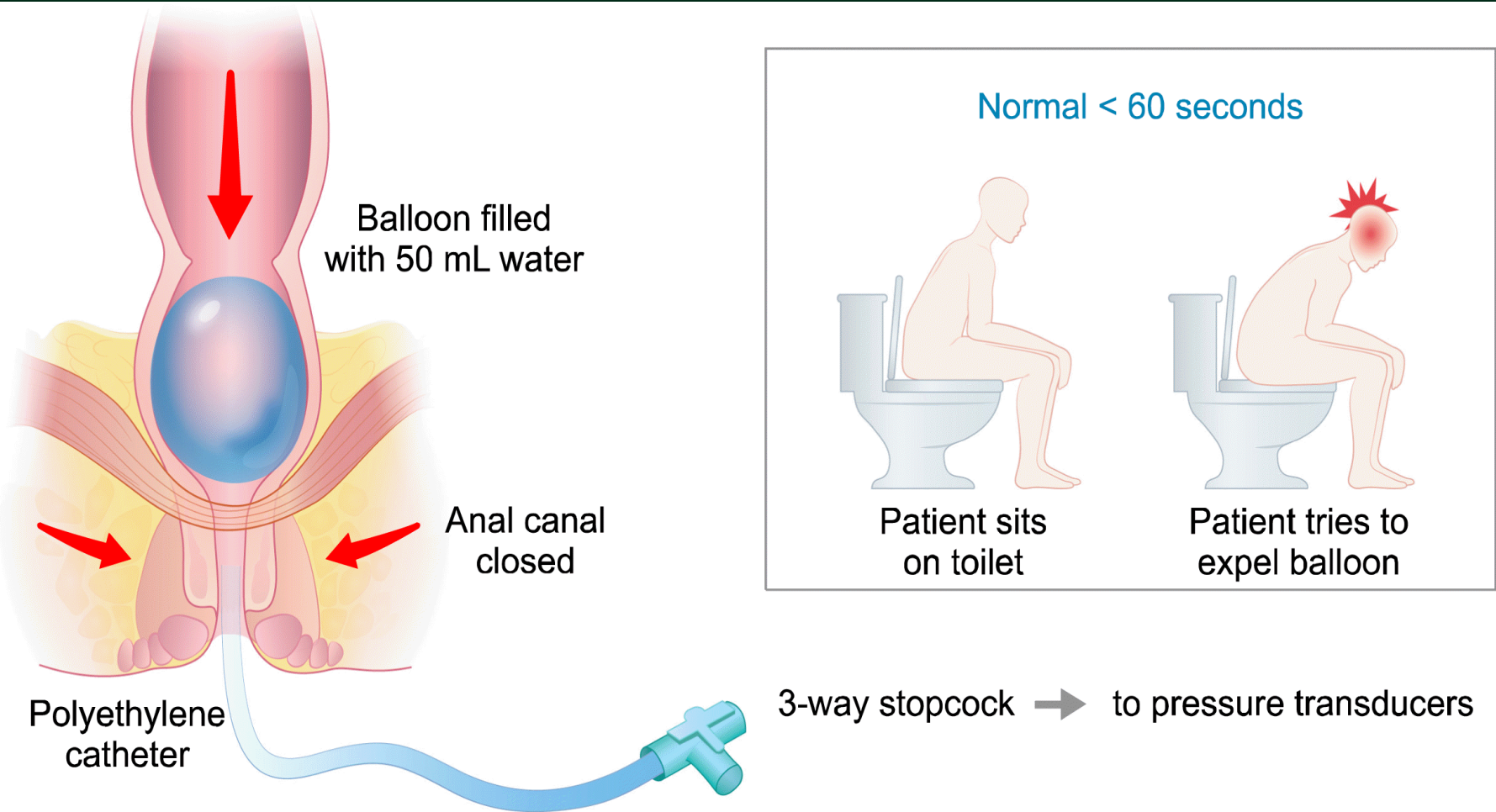


**C.** Most rings are gathered in the rectosigmoid. Patient has functional outlet obstruction.

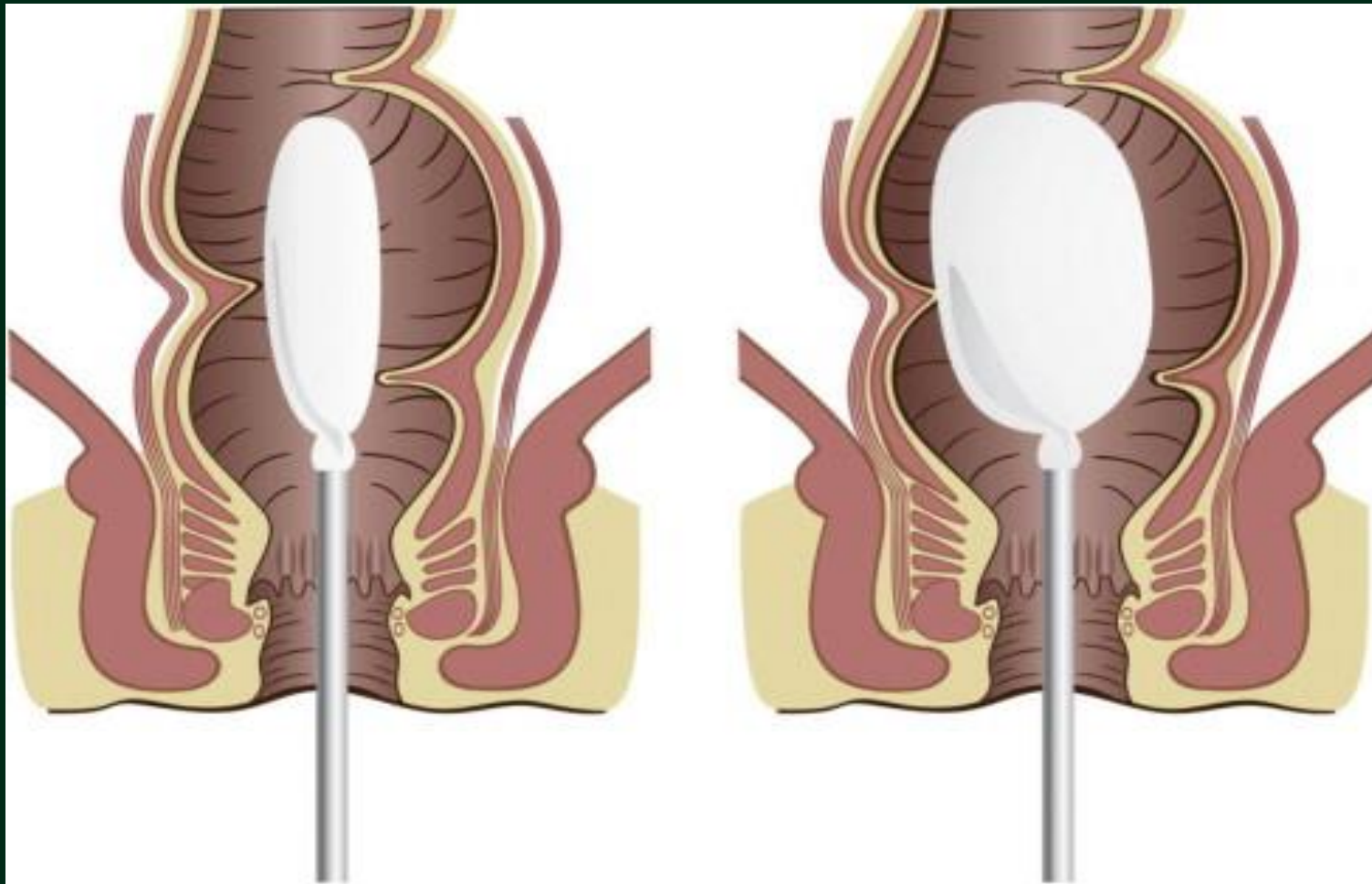
# Rối loạn thoát phân

- Quá trình làm trống trực tràng không hiệu quả
- Nhiều bệnh nhân có kèm chậm vận chuyển ở đại tràng.
- Phổ biến ở những người già bị táo bón mạn tính
- 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)
- Bất thường xét nghiệm tổng xuất bóng và/hoặc đo áp lực hậu môn trực tràng

# Xét nghiệm tổng xuất bóng



## Đo áp lực hậu môn trực tràng





# Cảm nhận sai về thói quen đi tiêu

- Táo bón với vận chuyển đại tràng bình thường
- Đi tiêu không hết phân. Đau bụng có thể có nhưng thường không phải là đặc điểm nổi bật.
- Thường có kèm các rối loạn về tâm lý – xã hội.
- Các xét nghiệm sinh lý thường bình thường

# Nguyên nhân

## **Rối loạn làm đầy trực tràng**

Bệnh lý đường tiêu hóa gây hẹp lòng ruột

- U lành hoặc ác tính.
- Viêm: ly 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

# Nguyên nhân

## **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

- 90% trường hợp không có bệnh lý nền cải thiện khi uống đủ nước, chế độ ăn đủ chất xơ và vận động.
- Mục tiêu xác định táo bón nguyên phát hay thứ phát.
- 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

# Triệu chứng báo động

- > 45 tuổi
- Mới xuất hiện (< 3 tháng)
- Tiêu chảy về đêm
- Tiêu chảy liên tục
- Thay đổi hình dạng phân
- Tiêu ra máu
- Sụt cân nhiều
- Sốt
- Thiếu máu
- Tiền căn gia đình bị ung thư đại trực tràng



# Tiền căn

- Bệnh lý ống tiêu hóa (viêm đại tràng, u, loét hậu môn, rò hậu môn...)
- Bệnh lý thần kinh (TBMMN, Parkinson)
- Bệnh nội tiết (đái tháo đường, suy giáp)
- Thai kỳ.
- Các thuốc đang điều trị
- Chế độ ăn
- Các yếu tố tâm lý xã hội

# Khám lâm sàng

- Thể trạng chung (suy giáp, trầm cảm, Parkinson)
- Chú ý loại trừ các rối loạn thần kinh trung ương
- Khám bụng (u, chướng bụng).
- Thăm hậu môn – trực tràng
  - Nhìn xem có sẹo, dò, nứt, trĩ ngoại.
  - Khối phân nhệt, chít hẹp, khối u.

# Cận lâm sàng

- 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.



# Thang điểm APCS

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

# Thang điểm APCS

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)

# Cận lâm sàng

- Sinh hóa máu: Ion đồ, chức năng tuyến giáp, đường huyết
- Nội soi đại tràng
- Các xét nghiệm sinh lý (physiologic measurement):
  - Các trường hợp không đáp ứng với điều trị.
  - Xác định thời gian vận chuyển ở đại tràng, đánh giá chức năng sản chậu khi tổng xuất phân