

Các note được sub nằm trong ô ghi chú và chữ ở dạng này

## ĐIỀU TRỊ

## Bệnh lý đại tràng thường gặp



Võ Thị Mỹ Dung  
mydungvothi@ump.edu.vn

# MỤC TIÊU

---

1. Trình bày điều trị Viêm loét đại tràng thể nhẹ - trung bình
2. Trình bày điều trị Viêm đại tràng do a-míp
3. Trình bày điều trị Viêm đại tràng do *Clostridium difficile*
4. Trình bày điều trị Viêm túi thừa đại tràng
5. Trình bày điều trị Hội chứng ruột kích thích

# VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG

---



IBD: Inflammatory Bowel Diseases

- Ulcerative Colitis (UC)
  - Viêm loét đại tràng (VLĐT)
  - Viêm trực tràng – đại tràng xuất huyết
- Crohn's Disease
  - Bệnh viêm ruột từng vùng

# The global prevalence of IBD in 2015



Tỷ lệ mới mắc UC 1,2-20,3 ca/100.000 người/năm

Tỷ lệ lưu hành UC 7,6-246 ca/100.000 người

# Đại cương



- Viêm loét đại tràng (VLĐT)
  - Viêm & loét mạn tính, liên tục ở niêm mạc trực tràng & đại tràng, không có u hạt trên sinh thiết
  - Diễn tiến bệnh giảm & tái phát
  - Triệu chứng thường xuất hiện từ từ
  - Điều trị nhằm giảm triệu chứng – lui bệnh & kéo dài giai đoạn lui bệnh
  - Không có trị liệu nội khoa nào chữa khỏi bệnh
  - Tử vong thường do biến chứng

# Triệu chứng VLĐT



- Triệu chứng phụ thuộc mức độ nặng viêm & vị trí tổn thương. Hầu hết triệu chứng nhẹ, trung bình; triệu chứng nặng hơn ở người trẻ tuổi
- Triệu chứng thường gặp
  - tiêu chảy thường có máu & nhầy mủ, ban đêm
  - đau quặn bụng, đau hố chậu trái
  - mắc đi tiêu, mất khả năng tổng thoát phân
  - sụt cân
  - mệt
  - sốt
- Diễn tiến bệnh: một số người lui bệnh kéo dài



**Episcleritis  
Uveitis**



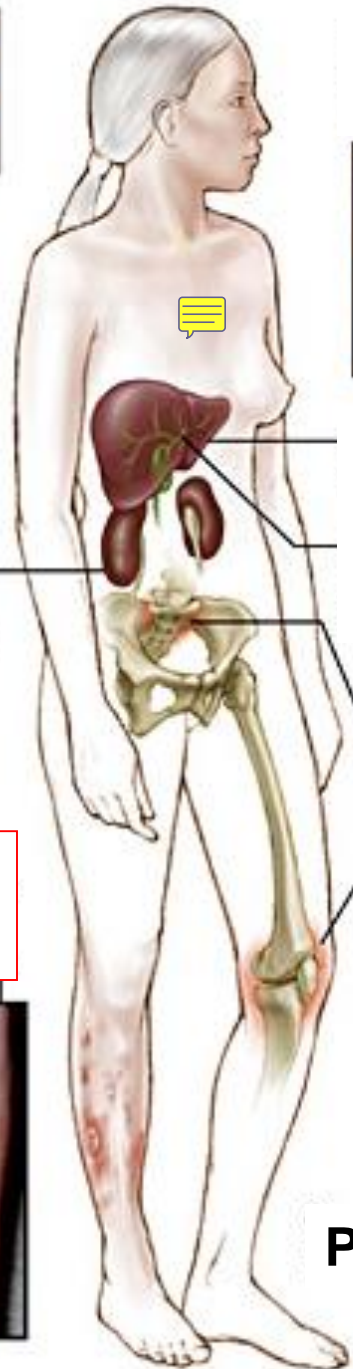
**Nephrolithiasis  
Hydronephrosis  
Fistulae  
Urinary tract infection**

4-5% **Erythema nodosum  
Pyoderma gangrenosum**

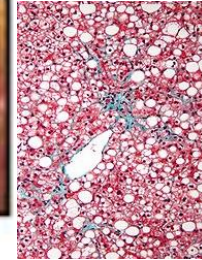
**Biểu hiện  
ngoài ruột**  
10%-30%



M  
B  
GHE



**Stomatitis  
Aphthous ulcers**



**Liver: Steatosis**

**Gallstones  
Sclerosing cholangitis 2-7%**

**Spondylitis 1-2%  
Sacroilitis  
Peripheral arthritis 13-23%**

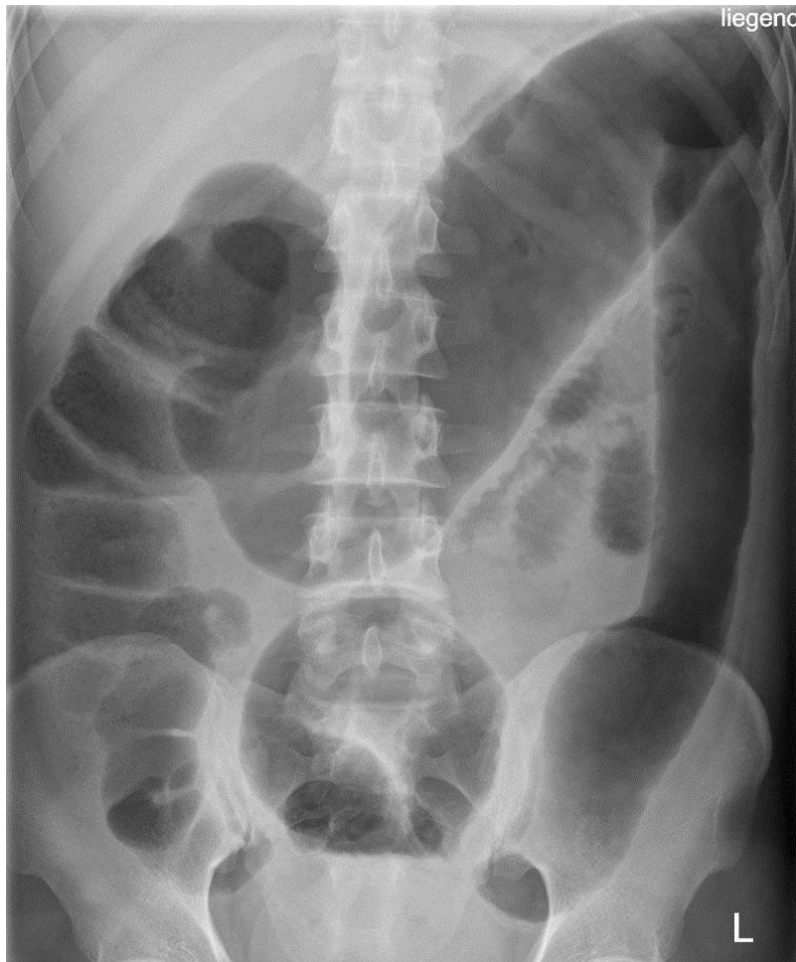
**Phlebitis**

BN nam, 32 tuổi, một tháng nay tiêu lỏng nhầy 7-10 lần/ngày, đôi khi lẫn máu, đau quặn hố chậu trái. Khám: thân nhiệt 38<sup>0</sup>C; lờ đờ; bụng mềm; đau hố chậu trái; thăm trực tràng: rất đau và có máu, chất nhầy dính theo găng. Xét nghiệm nào không nên thực hiện ở thời điểm này vì dễ gây biến chứng phình đại tràng nhiễm độc?

- A. chụp X quang đại tràng cản quang
- B. chụp X quang bụng không sửa soạn
- C. chụp CT scan bụng có cản quang
- D. chụp X quang bụng đứng không sửa soạn



# Biến chứng: Phình đại tràng nhiễm độc



- Nhiễm độc toàn thân
- Đại tràng giãn  $\geq 5,5$  cm
- Yếu tố nguy cơ
  - Hạ kali máu
  - Hạ magne máu
  - Thụt tháo ruột
  - Thuốc kháng tiêu chảy
- Chẩn đoán sớm, điều trị chuyên sâu, phẫu thuật sớm
  - ↓ tỷ lệ bệnh, tỷ lệ tử vong

# Biến chứng: Ung thư đại trực tràng

Có 2 thời gian khởi phát bệnh: 15 - 30, 60 - 80 tuổi

- Nguy cơ ung thư
  - Tỷ lệ mới mắc ~ 2%
  - Nguy cơ tích lũy 20%-30% tại thời điểm 30 năm
- Yếu tố nguy cơ ung thư
  - Thời gian bệnh dài
  - Phạm vi tổn thương rộng
  - Khởi phát bệnh lúc trẻ (trước 15 tuổi)
  - Viêm đường mật xơ hóa nguyên phát
  - Tiền căn gia đình bị ung thư đại tràng

# Chẩn đoán VLĐT

## Biểu hiện lâm sàng

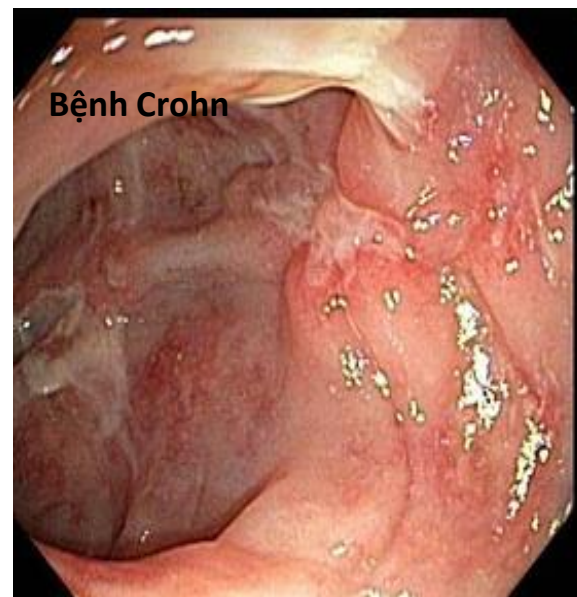
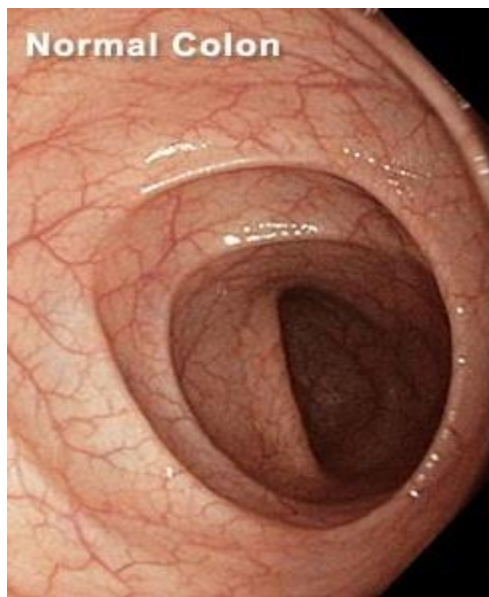
- Triệu chứng tại ruột
- Biểu hiện ngoài ruột
- Biến chứng

## Cận lâm sàng

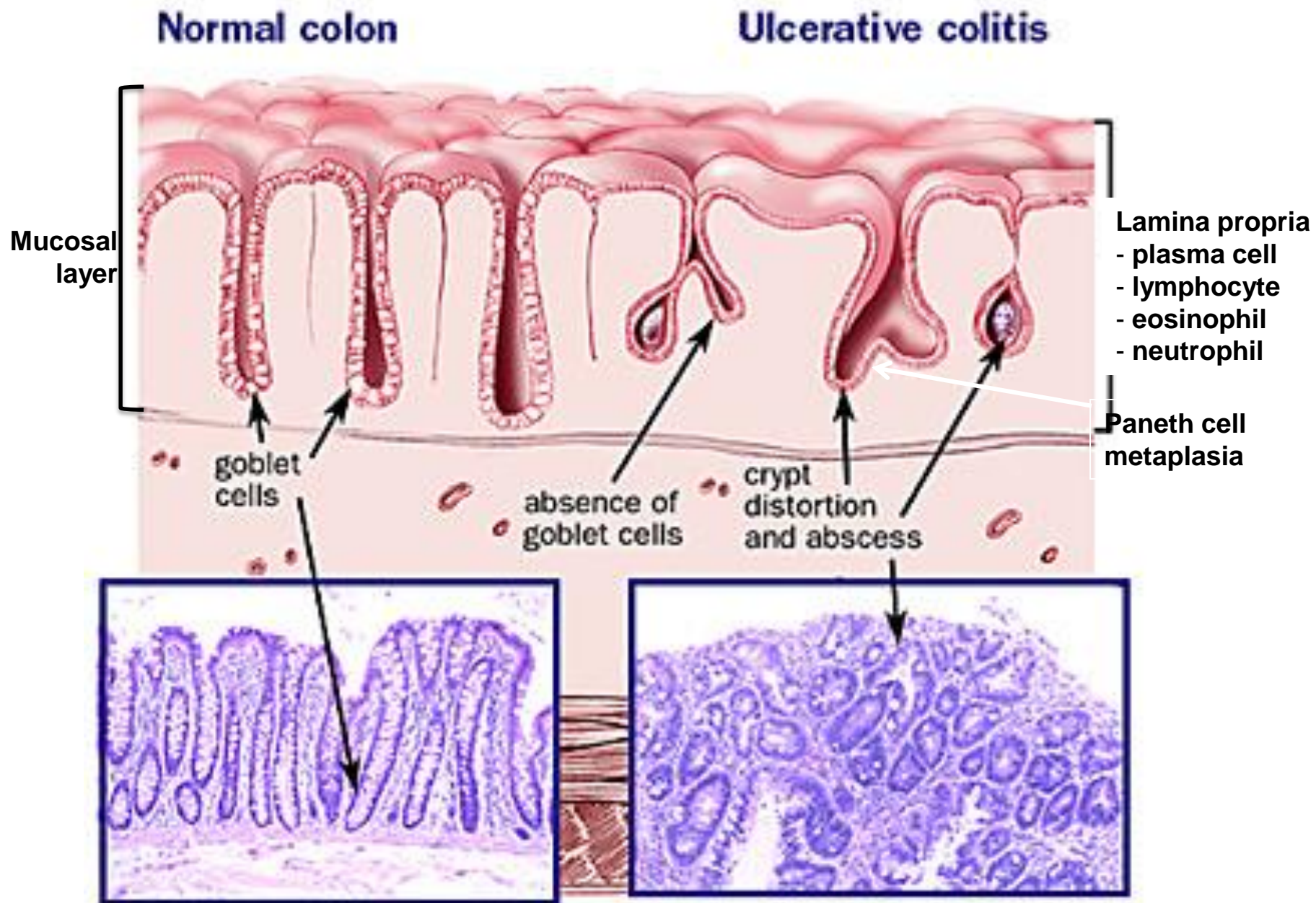
- Thiếu máu
- Nhiễm trùng
- C-reactive protein, VS (↑: bệnh hoạt động)
- pANCA, ASCA
- Phân: bạch cầu ±
- Cấy phân (đợt bùng phát)
- Nội soi đại tràng, sinh thiết
- X quang bụng KSS
- CT scan bụng chậu

# Nội soi đại tràng

- VLĐT: viêm niêm mạc liên tục
- Bệnh Crohn: tổn thương xen kẽ mô lành





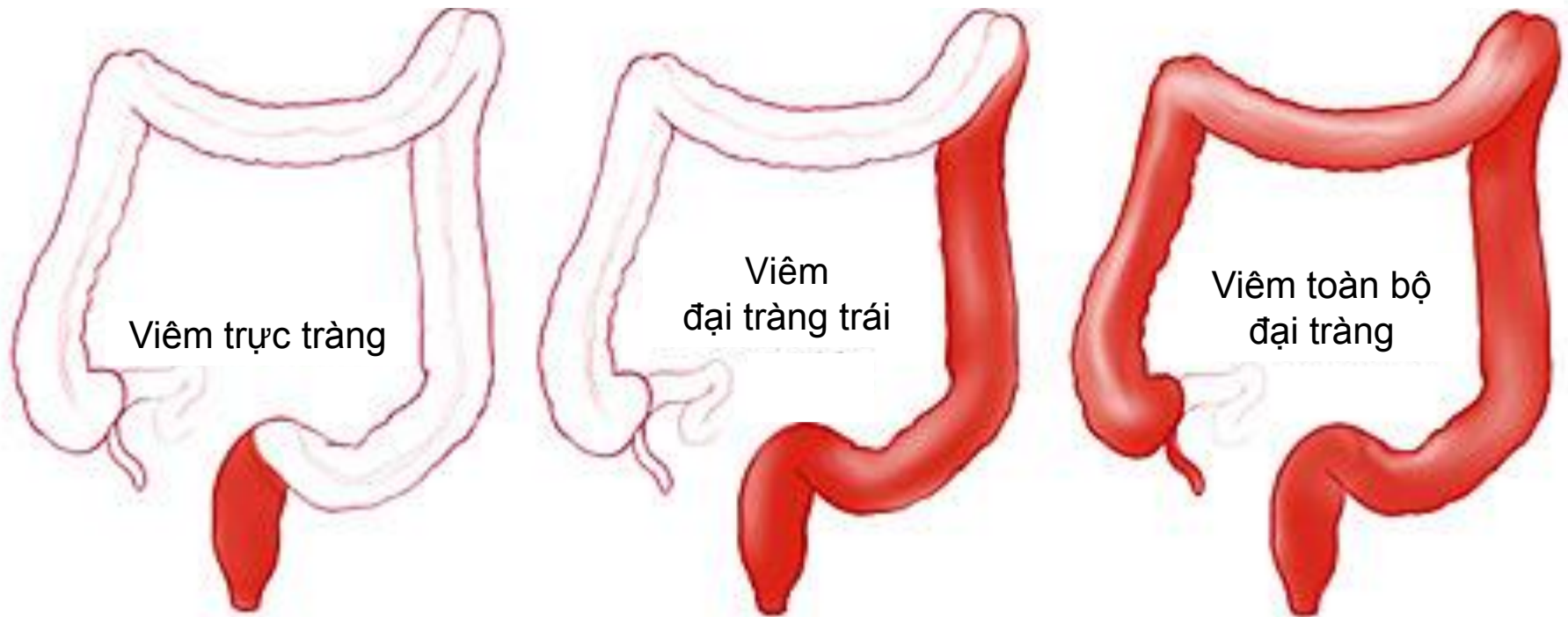


Hình ảnh bình thường: các ống tuyến hình thẳng

Hình ảnh VLDT: mất cấu trúc, tạo ra những ổ áp xe ở bên trong, các hốc xoắn vặn mất cấu trúc

# Vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương & độ nặng của bệnh tương quan với biểu hiện lâm sàng của VLĐT



BN nam, 32 tuổi, một tháng nay tiêu lỏng nhầy 7-10 lần/ngày, đôi khi lẫn máu, đau quặn hố chậu trái. Thân nhiệt  $38^{\circ}\text{C}$ ; bụng mềm; đau hố chậu trái; thăm trực tràng: rất đau và có máu, chất nhầy dính theo găng. Hb máu 10,8 g/dL; bạch cầu máu  $16000/\text{mm}^3$ . Triệu chứng nào đạt tiêu chuẩn đánh giá Viêm loét đại tràng nặng theo Truelove-Witts?

- A. thân nhiệt  $38^{\circ}\text{C}$
- B. thăm trực tràng: rất đau
- C. hemoglobin máu 10.8 g/dL
- D. bạch cầu máu  $16.000/\text{mm}^3$

# Độ nặng theo Truelove – Witts

Số lần đi tiêu là quan trọng nhất

	<b>NHẸ</b>	<b>TRUNG BÌNH</b>	<b>NẶNG</b>
<b>Số lần đi tiêu</b>	< 4 lần/ngày	$\geq 4 - < 6$	$\geq 6$ lần và
<b>Mạch</b>	< 90 lần/ph	$\leq 90$ lần/ph	>90 <i>hoặc</i>
<b>Thân nhiệt</b>	< 37.5°C	$\leq 37.8^{\circ}\text{C}$	>37.8 <i>hoặc</i>
<b>Hemoglobin</b>	> 11.5 g/dL	$\geq 10.5$ g/dL	<10.5 <i>hoặc</i>
<b>ESR</b>	< 20 mm/h	$\leq 30$ mm/h	> 30 <i>hoặc</i>
<b>CRP</b>	bình thường	$\leq 30$ mg/L	> 30 mg/L



BN nam, 32 tuổi, tiêu lỏng nhầy 7-10 lần/ngày, đôi khi có máu, đau quặn hố chậu trái 4 tuần. Nội soi: viêm loét trực tràng. Điều trị 5ASA, tiêu phân vàng 1-2 lần/ngày, không đau bụng, ngừng thuốc sau điều trị 8 tuần. 6 tháng sau khi ngừng thuốc, BN đau quặn hố chậu và hạ vị, tiêu 4-5 lần/ngày lỏng nhầy, đôi khi lẫn máu. Bệnh nhân này thuộc nhóm nào?

- A. tái phát sớm
- B. tái phát không thường xuyên
- C. tái phát thường xuyên
- D. bệnh liên tục

# VLĐT tái phát

**Tái phát:** đợt bùng phát ở bệnh nhân VLĐT đang lui bệnh lâm sàng (lui bệnh tự phát hoặc do điều trị thuốc)

- Tái phát **sớm** <3 tháng sau khi lui bệnh
- Tái phát **không thường xuyên** ( $\leq 1$  lần/năm)
- Tái phát **thường xuyên** ( $\geq 2$  lần tái phát/năm)
- **Bệnh liên tục** (VLĐT có triệu chứng dai dẳng không có giai đoạn lui bệnh)

# ĐIỀU TRỊ

Chú ý thay đổi lối sống

- Thuốc kháng viêm: 5ASA, corticosteroid
- Thuốc ức chế miễn dịch
- Kháng thể đơn dòng – chất sinh học
- Thuốc ức chế calcineurin
- Hướng dẫn điều trị nội
- Phẫu thuật
- Giám sát ung thư
- Thay đổi lối sống

# ĐIỀU TRỊ

- **Mục tiêu điều trị**


Lui bệnh & duy trì lui bệnh nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm nhu cầu sử dụng corticosteroid kéo dài & giảm đến mức tối thiểu nguy cơ ung thư

- **Lui bệnh:** hết triệu chứng, lành niêm mạc

Lâm sàng: số lần đi tiêu  $\leq 3$ /ngày, không chảy máu & không có cảm giác mắc đi tiêu

Không cần nội soi để xác nhận lành niêm mạc

# ĐIỀU TRỊ

- Điều trị VLĐT: thuốc, phẫu thuật?
- Lựa chọn điều trị cho VLĐT xem xét
  - mức độ hoạt động (nhẹ, trung bình, nặng)
  - phạm vi tổn thương (viêm trực tràng, viêm đại tràng trái, viêm toàn bộ đại tràng)
  - diễn tiến của bệnh trong thời gian theo dõi
  - sở thích của bệnh nhân 
  - cân nhắc giữa lợi ích & nguy cơ

BN nam, 33 tuổi, 3 tuần nay tiêu lỏng 4-5 lần/ngày, máu lẫn chất nhầy, đau quặn nửa bụng dưới. Thân nhiệt 37°C, mạch 90 lần/phút, bụng mềm, đau hố chậu trái, thăm trực tràng: rất đau, máu và nhầy dính găng. Hb máu 11 g/dL, creatinine máu 1,7 mg%; nội soi: viêm loét niêm mạc trực tràng và đại tràng sigma. Tiền căn: bệnh thận mạn không rõ chẩn đoán. Điều trị được chọn cho bệnh nhân này là gì?

- A. mesalamine
- B. balsalazide
- C. olsalazine
- D. sulfasalazine

# THUỐC KHÁNG VIÊM: first choice



## ▪ **5-Aminosalicylates (5-ASA)**

Tuân thủ 5ASA: nền tảng để cải thiện kết cuộc

- Sulfasalazine: 5-ASA & sulfapyridine

Tác dụng phụ do sulfapyridine: nhức đầu, nôn, buồn nôn, đau bụng, sốt, độc tính trên gan...

- 5-ASA: mesalamine, balsalazide & olsalazine

Tác dụng phụ trên thận & tụy (hiếm)

Pentasa, apriso: phụ thuộc pH

Asacol: pH=7

Đi thi không hỏi bảng này, nhưng biết để dùng LS  
Lựa chọn thuốc tùy vào vị trí tổn thương

# Aminosalicylate: Tác động trên ruột

Thuốc	Liều (g/day)	Đại tràng xa	Đại tràng gần	Ruột non
<b>Sulfasalazine</b>	<b>2-6</b>	<b>++</b>	<b>+++</b>	<b>–</b>
<b>Olsalazine</b>	<b>1-3</b>	<b>++</b>	<b>+++</b>	<b>–</b>
<b>Balsalazide</b>	<b>6.75-13.5</b>	<b>+++</b>	<b>+++</b>	<b>–</b>
<b>Mesalamine Pentasa</b>	<b>2-4</b>	<b>++</b>	<b>++</b>	<b>++</b>
<b>Asacol</b>	<b>2.4-4.8</b>	<b>++</b>	<b>+++</b>	<b>+</b>
<b>Apriso</b>	<b>1.5</b>	<b>++</b>	<b>++</b>	<b>++</b>
<b>Lialda</b>	<b>2.4-4.8</b>	<b>++</b>	<b>++</b>	<b>–</b>
<b>Rowasa enema</b>	<b>4</b>	<b>+++</b>	<b>–</b>	<b>–</b>
<b>Suppository</b>	<b>2-4</b>	<b>+</b>	<b>–</b>	<b>–</b>



# Corticosteroid

- VLĐT trung bình-nặng không đáp ứng điều trị khác
- Tác dụng phụ: sưng mặt, rậm lông mặt, đổ mồ hôi đêm, mất ngủ & huyết động, tăng huyết áp, đái tháo đường, loãng xương, gãy xương, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp & dễ nhiễm trùng
- Không sử dụng corticosteroid kéo dài
- Prednisone
  - 40-60 mg/ngày (u) đến khi cải thiện triệu chứng
  - ↓ 5-10 mg/tuần đến 20 mg/ngày, ↓ 2,5-5 mg/tuần
- Hydrocortisone 100 mg X 4 lần/ngày tiêm mạch
- Methylprednisolone 40-60 mg/ngày tiêm mạch

# Kháng trị – Lệ thuộc steroid

- Kháng trị steroid
  - bệnh hoạt động mặc dù sử dụng prednisolone 0,75 mg/kg/ngày trong 4 tuần
- Lệ thuộc steroid
  - không thể giảm liều steroid: duy trì liều prednisolone 10mg/ngày trong 3 tháng bắt đầu steroid
  - tái phát trong vòng 3 tháng sau khi ngừng steroid

Khi bị kháng trị ==> dùng ức chế miễn dịch (thường phối hợp với Corticosteroid vì giúp lui bệnh tốt hơn)  
Thuốc UCMD giúp duy trì lui bệnh, khi lui bệnh rồi thì giảm liều Cor dần rồi ngưng, UCMD có thể dùng kéo dài

# THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH

- Ức chế đáp ứng miễn dịch toàn thân, ức chế hoạt tính của tế bào T → giảm viêm
- Phối hợp thuốc có thể tốt hơn sử dụng đơn độc
- Phối hợp với corticosteroid
  - corticosteroid giúp lui bệnh
  - thuốc ức chế miễn dịch duy trì lui bệnh
- Đáp ứng với thuốc chậm sau 1-2 tháng
- Đáp ứng tối ưu sau 4 tháng

# THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH

- Azathioprine chống chuyển hóa có cấu trúc purin có thể ức chế tổng hợp DNA, RNA & protein
- Mercaptopurine ức chế sinh tổng hợp acid nucleic ức chế mạnh đáp ứng miễn dịch ban đầu, ức chế chọn lọc miễn dịch thể dịch

## **Kháng trị thuốc ức chế miễn dịch**

Bệnh hoạt động hoặc tái phát mặc dù điều trị thiopurine với liều thích hợp ít nhất 3 tháng

# KHÁNG THỂ ĐƠN DÒNG

## Anti-TNF- $\alpha$

- **Infliximab** 5mg/kg truyền tĩnh mạch tuần 0, 2, 6
- **Adalimumab** 160mg tuần 0, 160mg tuần 2 TDD
- **Certolizumab** 400mg tuần 0, 2 & 4 tiêm dưới da  
nguy cơ ung thư: lymphoma & ung thư da

## Kháng thể integrin $\alpha 4\beta 7$

- **Vedolizumab** 300mg truyền tĩnh mạch tuần 0 & 2
- nguy cơ nhiễm trùng & ung thư thấp

# THUỐC ỨC CHẾ CALCINEURIN

- Cyclosporine
  - Sản phẩm chuyển hóa của nấm
  - Ức chế đặc hiệu các tế bào lympho
  - Ức chế sản xuất & giải phóng các lymphokin
- Tacrolimus
  - Ức chế miễn dịch dẫn xuất từ *Streptomyces tsukubaensis*
  - Ức chế kích hoạt lympho bào T

BN nam, 33 tuổi, 3 tuần nay tiêu lỏng 4-5 lần/ngày, máu lẫn chất nhầy, đau quặn nửa bụng dưới. Thân nhiệt 37°C, mạch 90 lần/phút, bụng mềm, đau hố chậu trái, thăm trực tràng: rất đau, máu và nhầy dính găng. Hb máu 11 g/dL, nội soi: viêm loét niêm mạc trực tràng và đại tràng sigma.  
Điều trị được chọn cho bệnh nhân này là gì?

- A. 5-Aminosalicylate (5ASA)
- B. Corticosteroid
- C. 5ASA + corticosteroid
- D. Mercaptopurine

# HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ

Trước khi sử dụng Corticosteroid cần phải kiểm tra lao phổi, lao màng não, các nhiễm trùng khác

## **VLĐT nhẹ-trung bình**

- 5-ASA
    - uống
    - tại chỗ: tọa dược, dạng thụt
- Lui bệnh xảy ra trong vòng 2 tuần

## **VLĐT trung bình-nặng**

- Corticosteroid
  - uống / tiêm tĩnh mạch
  - loại trừ nhiễm trùng trước khi điều trị
- 6-mercaptopurine, azathioprine
- Anti-TNF- $\alpha$
- Vedolizumab



# VLĐT nặng, bùng phát



- Corticosteroid TM
  - Methylprednisolone
- Không đáp ứng steroid (ngày 3 điều trị steroid)
  - Cyclosporine
  - Tacrolimus
- Điều chỉnh dịch & điện giải
- Kháng sinh phổ rộng
- Heparin trọng lượng phân tử thấp TDD
- Truyền máu duy trì Hb >8-10 g/dl
- Dinh dưỡng đường tĩnh mạch?

# Overview of disease status & drug therapy

	Distal UC	Extensive UC
<b>Mild</b>	Rectal <b>or</b> oral 5-ASA Rectal corticosteroid	Topical <b>and</b> oral 5-ASA
<b>Moderate</b>	Rectal or oral 5-ASA Rectal corticosteroid	Oral corticosteroid Topical and oral 5-ASA AZA or 6-MP Anti-TNF
<b>Severe</b>	Rectal or oral 5-ASA Oral or IV corticosteroid Rectal corticosteroid	IV corticosteroid IV cyclosporine or IV infliximab
<b>Steroid resistant or dependent</b>	AZA or 6-MP or preferably anti-TNF or combination AZA/6-MP + anti-TNF	AZA or 6-MP or anti-TNF or preferably combination AZA/6-MP + anti-TNF Vedolizumab is another alternative in moderate/severe disease
<b>Quiescent</b>	Oral or rectal 5-ASA Oral AZA or 6-MP	Oral 5-ASA Oral AZA or 6-MP

# PHẪU THUẬT

## RECOMMENDATIONS FOR SURGERY

*Absolute indications for surgery are exsanguinating hemorrhage, perforation, and documented or strongly suspected carcinoma (Evidence C). Other indications for surgery are severe colitis with or without toxic megacolon unresponsive to conventional maximal medical therapy, and less severe but medically intractable symptoms or intolerable medication side effects (Evidence C).*

### Chỉ định tuyệt đối

- Xuất huyết lượng nhiều
- Thủng
- Ung thư biểu mô

# PHẪU THUẬT

- Chỉ định phẫu thuật cấp cứu
  - Phình đại tràng nhiễm độc kháng trị
  - Đợt bùng phát kháng trị điều trị nội
  - Chảy máu đại tràng không kiểm soát
  - Thủng đại tràng
- Chỉ định phẫu thuật lựa chọn của thầy thuốc và bệnh nhân
  - Lệ thuộc steroid
  - Loạn sản, ung thư biểu mô tế bào tuyến
  - Bệnh kéo dài 7-10 năm

BN nam, 33 tuổi, 3 tuần nay tiêu lỏng 4-5 lần/ngày, máu lẫn chất nhầy, đau quặn nửa bụng dưới. Thân nhiệt 37<sup>0</sup>C, mạch 90 lần/phút, bụng mềm, đau hố chậu trái, thăm trực tràng: rất đau, máu và nhầy dính găng. Hb máu 11 g/dL, nội soi: viêm loét niêm mạc trực tràng và đại tràng sigma.

Để giám sát ung thư, nội soi đại tràng kiểm tra được thực hiện khi nào?

- A. 1-2 lần mỗi năm
- B. Sau 2 năm
- C. Sau 5 năm
- D. Sau 8 năm

# GIÁM SÁT UNG THƯ

## RECOMMENDATIONS FOR CANCER SURVEILLANCE

*After 8–10 years of colitis, annual or biannual surveillance colonoscopy with multiple biopsies at regular intervals should be performed (Evidence B). The finding of HGD in flat mucosa, confirmed by expert pathologists' review, is an indication for colectomy, whereas the finding of LGD in flat mucosa may also be an indication for colectomy to prevent progression to a higher grade of neoplasia (Evidence B).*

Sau 8-10 năm, 1–2 lần/năm,  
nội soi đại tràng kèm sinh thiết nhiều mảnh

high-grade dysplasia (HGD)

low-grade dysplasia (LGD)

*Am J Gastroenterol* 2010; 105:501–523; doi:10.1038/ajg.2009.727; published online 12 January 2010

Trên LS thường làm sau 5 năm vì có thể bn đã có triệu chứng hoặc bị chẩn đoán nhầm bệnh khác điều trị trước đó)

# GIÁM SÁT UNG THƯ

Tùy thuộc vị trí tổn thương, tổn thương kèm

- 3117 bệnh nhân Thụy Điển theo dõi 1-60 năm
  - Viêm trực tràng: không tăng nguy cơ tương đối
  - Viêm đại tràng T, RR: 2,8 (CI 95%: 11,4 -18,9)
  - Viêm toàn bộ đại tràng, RR: 14,8

Viêm đại tràng T & toàn bộ: nội soi giám sát

Viêm trực tràng: không cần nội soi giám sát

- Viêm đại tràng T: sau chẩn đoán VLĐT 8-10 năm  
nội soi giám sát 1-2 năm/lần
- Kèm Viêm đường mật xơ hóa nguyên phát  
nội soi giám sát mỗi 1-2 năm sau chẩn đoán VLĐT

BN nam, 33 tuổi, 3 tuần nay tiêu lỏng 4-5 lần/ngày, máu lẫn chất nhầy, đau quặn nửa bụng dưới. Thân nhiệt 37°C, mạch 90 lần/phút, bụng mềm, đau hố chậu trái, thăm trực tràng: rất đau, máu và nhầy dính găng. Hb máu 11 g/dL, nội soi: viêm loét niêm mạc trực tràng và đại tràng sigma.  
Chế độ ăn nào phù hợp đối với bệnh nhân này?

- A. Nên ăn bơ thực vật, tránh bơ động vật
- B. Thức ăn nhiều chất xơ
- C. Rau quả nấu chín
- D. Ngũ cốc nguyên hạt



# THAY ĐỔI LỐI SỐNG

- Thay đổi chế độ ăn & lối sống
  - Giúp kiểm soát triệu chứng
  - Kéo dài thời gian giữa các cơn bùng phát
- Không có bằng chứng thức ăn gây VLĐT
  - Một số thức ăn có thể làm nặng thêm triệu chứng bệnh hoặc bệnh bùng phát
- Hướng dẫn theo dõi ăn uống
  - Phát hiện thức ăn khiến bệnh bùng phát
- Stress làm triệu chứng xấu hơn hoặc bệnh bùng phát. **Tập thể dục** giúp giảm stress, bớt trầm cảm & chức năng ruột bình thường

Chưa có bằng chứng nào chứng minh thức ăn nào gây viêm loét ==> bn tự chú ý thức ăn nào khi ăn vào thường xuyên bị tiêu chảy.. thì không nên ăn thức ăn đó

# CHẾ ĐỘ ĂN

- **Hạn chế sản phẩm từ sữa** vì có thể tiêu chảy, đau bụng, trung tiện do không dung nạp lactose
- **Chế độ ăn ít chất béo.** **Tránh:** bơ, **bơ thực vật**, nước sốt kem & thức ăn chiên rán
- **Hạn chế chất xơ:** thức ăn nhiều chất xơ (rau quả tươi, **ngũ cốc nguyên hạt**) triệu chứng xấu hơn
  - **Dùng rau quả hấp, nướng, hầm**
- Thức ăn cay, rượu bia, café: triệu chứng xấu hơn
- **Nhiều bữa nhỏ, Bổ sung vitamin, muối khoáng**
- **Probiotics** có thể giúp duy trì lui bệnh
  - E.coli* chủng Nissle 1917** (200mg/ngày)

Probiotics có rất nhiều chủng, phải đúng EColi chủng Nissle 1917 mới có hiệu quả

BN nữ, 29 tuổi, nhập viện vì tiêu phân nhầy. 2 tháng nay, đau  $\frac{1}{4}$  bụng dưới trái, quặn từng cơn, tiêu phân nhầy 2-3 lần/ngày, thi thoảng có ít máu đỏ. Nội soi đại tràng: niêm mạc trực tràng nhiều vết viêm loét trợt hình dấu ấn ngón tay, dạng aphth. Chẩn đoán nào được nghĩ đến nhiều nhất?

- A. Viêm đại tràng do lao
- B. Viêm đại tràng do a-míp
- C. Viêm đại tràng giả mạc
- D. Viêm loét đại tràng

# VIÊM ĐẠI TRÀNG DO NHIỄM TRÙNG

- VĐT do a-míp (*Entamoeba histolytica*)
- VĐT do giả mạc (*Clostridium difficile*)
- VĐT do lao (*Mycobacterium tuberculosis*)  
điều trị thuốc kháng lao

Quy định mới, tất cả các lao đều phải chữa tại trung tâm điều trị lao của địa phương

# VIÊM ĐẠI TRÀNG DO A-MÍP

---

*Entamoeba histolytica* phá hủy niêm mạc

→ vết loét đại tràng: khoét rộng trong niêm mạc, lỗ vào thường rất nhỏ

→ tổn thương trực tràng: mót rặn, tiết nhầy nhiều

Cư trú lòng ruột ở manh tràng, ăn các cận bã thức ăn. Khi điều kiện sống thay đổi, amip sẽ ăn vào niêm mạc ruột tạo các vết loét hình cổ chai. Các tổn thương niêm mạc ở trực tràng gây mót rặn

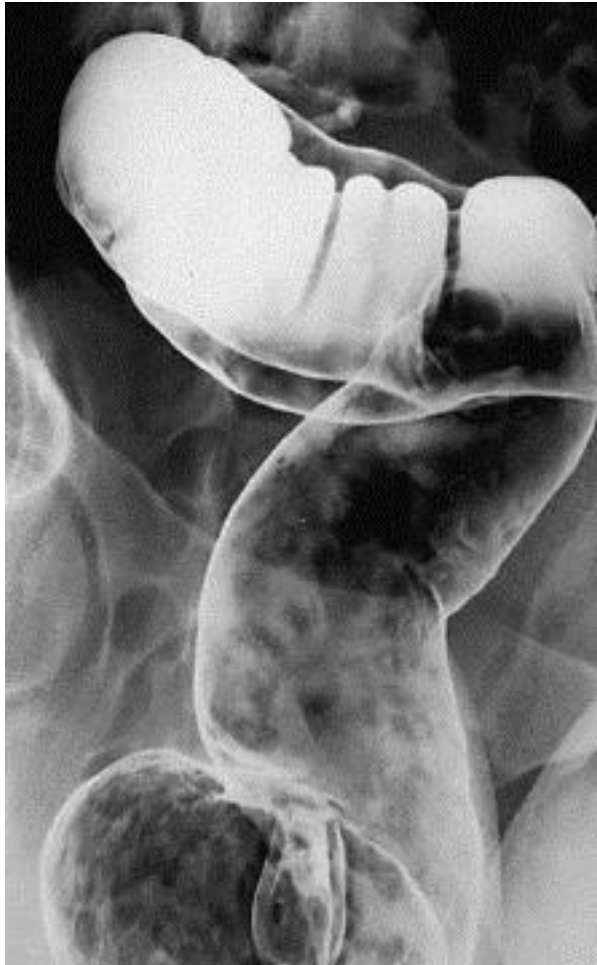
BN tiêu máu đỏ lượng ít --> có thể đặt vấn đề HC Đại tràng. Nếu tiêu máu đỏ lượng nhiều --> đvđ XHTH dưới Đau bụng + mót rặn + tiêu phân nhày máu ==> ĐVĐ \$ly, có các nguyên nhân

1. Ly amip
2. Ly Trực trùng
3. Viêm loét đại trực tràng

# BIỂU HIỆN LÂM SÀNG VĐT AMIBE

- Khởi phát từ từ, triệu chứng xuất hiện trong 1-2 tuần: đau bụng, tiêu chảy/ máu, giảm cân hoặc biếng ăn, sốt (10-30%)
- Viêm đại tràng bùng phát (<0,5% trường hợp)
  - tiêu chảy máu nặng, sốt
  - đau khắp bụng dữ dội, viêm phúc mạc
  - tỉ lệ tử vong cao >40%
  - nhóm nguy cơ: dinh dưỡng kém, mang thai, sử dụng corticosteroid và tuổi rất trẻ (<2 tuổi)
- Phình đại tràng nhiễm độc hiếm, do dùng corticoid
- Bướu amibe hiếm gặp

# CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN



- Phân: thể kén, thể tư dưỡng
- Huyết thanh chẩn đoán amibe
  - kháng thể tồn tại nhiều năm
- Nội soi đại tràng
  - mẫu nạo niêm mạc
  - mẫu sinh thiết
- Mô học
- X quang đại tràng cản quang

Nội soi: vết loét hình cổ chai miệng nhỏ, bên trong phình sâu, ổ áp xe  
XQ đại tràng cản quang (đối quang kép): tiết kiệm được thuốc cản quang, hình ảnh rõ

BN nữ, 29 tuổi, cân nặng 50 kg. 2 tháng nay, đau  $\frac{1}{4}$  bụng dưới trái, quặn từng cơn, tiêu phân nhầy 2-3 lần/ngày, thi thoảng có ít máu đỏ. Nội soi đại tràng: niêm mạc trực tràng nhiều vết viêm loét trợt hình dấu ấn ngón tay, dạng aphth. Hiện tại, điều trị thích hợp nhất cho bệnh nhân này là gì?

- A. Emetin hydrochlorid
- B. Dehydroemetin
- C. Chloroquin
- D. Imidazole



# THUỐC DIỆT AMIBE TRONG MÔ

- Emetin hydrochlorid  
1 mg/kg/ngày TB/TDD X 5 ngày
- Dehydroemetin  
1,5 mg/kg/ngày TB/TDD X 5 ngày
- Chloroquin chỉ có tác dụng ở gan
- Imidazole

- Emetin: Chỉ những nước quá nghèo mới dùng, tuy thuốc này rất hiệu quả nhưng nó có thể gây độc viêm cơ tim, đã có báo cáo tử vong do thuốc này trên thế giới. Khi dùng emetin, phải dùng kèm vitamin B1 tiêm, nhưng có thể bị sốc bởi vitamin B1 và không có thuốc nào cứu hết -->không dùng

- Cloroquin: chỉ có tác dụng điều trị amip ở gan

- Imidazole: thuốc duy nhất được sử dụng để điều trị nhiễm amip trong mô trong bệnh viêm loét đại tràng do amip

BN nữ, 29 tuổi, cân nặng 50 kg. 2 tháng nay, đau  $\frac{1}{4}$  bụng dưới trái, quặn cơn, tiêu phân nhầy 2-3 lần/ngày, thi thoảng có ít máu đỏ. Nội soi đại tràng: niêm mạc trực tràng nhiều vết viêm loét trợt hình dấu ấn ngón tay, dạng aphth. Liệu metronidazole bao nhiêu là phù hợp nhất cho bệnh nhân này?

- A. 500 mg x 3 lần/ngày
- B. 500 mg x 4 lần/ngày
- C. 750 mg x 3 lần/ngày
- D. 30 mg/kg cân nặng/ngày


# THUỐC DIỆT AMIBE TRONG MÔ

- Imidazole
  - Metronidazole
    - hiệu quả cao (tỷ lệ lành bệnh 90%)
    - tương đối dung nạp tốt
    - 750 mg x 3 lần/ngày X 5-10 ngày
    - tác dụng phụ: buồn nôn, nhức đầu, lú lẫn, thất điều, mất ngủ, dị cảm, tâm thần, động kinh

# THUỐC DIỆT AMIBE TRONG MÔ

- Imidazole
  - Metronidazole  
750 mg X 3 lần/ngày X 5-10 ngày
  - Tinidazole 2 g/ngày X 3-5 ngày
  - Secnidazole 2 g X 5-7 ngày
  - Ornidazole  
0,5 g X 2 lần/ngày X 5-10 ngày
  - Nimorazole  
1 g X 2 lần/ngày X 5-10 ngày

# DIỆT AMIBE TRONG LÒNG RUỘT

-  Diloxanide furoat  
500 mg X 3 lần/ngày X 10
- Iodoquinol  
650 mg x 3 lần/ngày X 10 ngày
- Paromomycin  
25-30 mg/kg/ngày X 7 ngày
- Tetracycline  
500 mg X 3 lần/ngày X 5 ngày

BN nam, 81 tuổi, khó thở, tại BV tỉnh điều trị viêm phổi/bệnh tim thiếu máu cục bộ trong 10 ngày với ceftazidim, pantoprazole, plavix, rosuvastatin, ventolin khí dung, tình trạng không cải thiện chuyển BVCR.

BVCR điều trị imipenem, colistin, methylprednisolone, clopidogrel, valsartan, atorvastatin, rabeprazole.

Sau điều trị tại BVCR 2 ngày: hết khó thở, lừ đừ, tiêu phân lỏng vàng bọt, nhầy 3 lần/ngày, đau quặn hố chậu trái. Chẩn đoán nào được nghĩ đến nhiều nhất?

- A. Tiêu chảy do tác dụng phụ của thuốc
- B. Viêm đại tràng màng giả (giả mạc)
- C. Lao đại tràng bùng phát do dùng corticoid
- D. Viêm đại tràng amibe bùng phát do corticoid

# VIÊM ĐẠI TRÀNG DO *C. difficile*

---

- Đặc trưng: tiêu chảy, đau bụng, sốt
- Tiêu chảy thường không có máu
- Đau bụng hầu như luôn luôn có
  - đau bụng nghiêm trọng
  - dấu hiệu phúc mạc (rebound tenderness)
- Kiệt sức, lờ đờ, tổng trạng chung kém
- Thử nghiệm: thiếu máu, tăng bạch cầu & albumin huyết thanh thấp
- Trường hợp nặng: toxic megacolon

# Yếu tố nguy cơ VĐT *C. difficile*

- Đa số các trường hợp, sử dụng kháng sinh  
→ rối loạn hệ vi khuẩn ruột bình thường  
→ *C. difficile* sinh độc tố phát triển
- Thường do **Clindamycin**, Cephalosporins (cefazolin & cephalexin) và Amoxicillin
- **7-10 ngày sau dùng kháng sinh**  
có thể muộn sau dùng kháng sinh 6 tháng
- Có thể xảy ra sau 1 liều kháng sinh duy nhất

VD một bn sử dụng amoxicillin bị viêm dạ dày Hp dương tính, bn mới dùng amoxicillin sáng nay bị tiêu chảy, biến ột trong các tác dụng phụ của amox là tiêu chảy, viêm đại tràng giả mạc do clostridium. Hỏi bn bị tiêu chảy hay viêm đại tràng do giả mạc do clostridium?  
==> chú ý 7 - 10 ngày sau dùng kháng sinh mới bị viêm đại tràng, còn mới dùng thì tiêu chảy do thuốc



# Yếu tố nguy cơ VĐT *C. difficile*

- Đái tháo đường
- Người lớn tuổi
- Mới vừa đại phẫu
- Sử dụng thuốc ức chế bơm proton
- Điều trị hen bằng khí dung
- Sử dụng thuốc kháng cholinergic
- Nằm viện

# Chẩn đoán VĐT *C. difficile*



# Chẩn đoán VĐT *C. difficile*

## Testing for the presence of the *C. difficile* antigen



## Testing for toxin production A PCR assay targeting the toxin genes

BN nam, 81 tuổi, khó thở, tại BV tỉnh điều trị viêm phổi/bệnh tim thiếu máu cục bộ trong 10 ngày với ceftazidim, pantoprazole, plavix, rosuvastatin, ventolin khí dung, tình trạng không cải thiện chuyển BVCR.

BVCR điều trị imipenem, colistin, methylprednisolone, clopidogrel, valsartan, atorvastatin, rabeprazole.

Sau điều trị tại BVCR 2 ngày: hết khó thở, lừ đừ, tiêu phân lỏng vàng bọt, nhầy 3 lần/ngày, đau quặn hố chậu trái. Điều trị thích hợp nhất cho tình trạng tiêu hóa là ngừng sử dụng thuốc gì?

- A. imipenem
- B. colistin
- C. methylprednisolone
- D. rabeprazol

# Điều trị VĐT *C. difficile*

- **Ngừng** điều trị **kháng sinh**
- **Bù dịch đường tĩnh mạch**
- Điều chỉnh bất thường điện giải
- **Tránh** sử dụng các thuốc **kháng tiêu chảy** (bệnh kéo dài, triệu chứng xấu hơn)
- **25%** bệnh nhân **không cần điều trị thêm**
- **Tái phát** xảy ra trong **10-20%** bệnh nhân

# Điều trị nhiễm *C.difficile* nhẹ – trung bình

- Tiêu chuẩn chẩn đoán
  - Tiêu chảy kèm theo không có bất cứ triệu chứng nào trong tiêu chí bệnh nặng hoặc có biến chứng
- Điều trị
  - **Metronidazole** 500 mg X 3 lần/ngày uống 10 ngày
  - Nếu không cải thiện trong 5-7 ngày, cân nhắc đổi thuốc vancomycin với liều chuẩn (vancomycin 125 mg X 4 lần/ngày uống 10 ngày)
  - Nếu không dung nạp metronidazole, vancomycin 125 mg X 4 lần/ngày uống 10 ngày

# Điều trị nhiễm *C.difficile* nặng

- Tiêu chuẩn chẩn đoán

Albumin huyết thanh  $<3$  g/dL kèm 1 trong số các triệu chứng sau

- Bạch cầu máu  $\geq 15000$  /mm<sup>3</sup>
- Đầy kháng thành bụng

- Điều trị

Vancomycin 125 mg X 4 lần/ngày uống 10 ngày

# Điều trị nhiễm *C.difficile* nặng, có biến chứng

- Tiêu chuẩn chẩn đoán có bất cứ triệu chứng nào sau đây do nhiễm *Clostridium difficile*
  - Nhập khoa săn sóc đặc biệt vì nhiễm *C. difficile*
  - Hạ huyết áp cần hoặc không cần thuốc vận mạch
  - Sốt  $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$
  - Chướng bụng rõ hoặc liệt ruột
  - Thay đổi tri giác
  - Bạch cầu  $\geq 35000 /\text{mm}^3$  hoặc  $< 2000 /\text{mm}^3$
  - Lactate huyết thanh  $> 2,2 \text{ mmol/L}$
  - Suy cơ quan (thông khí cơ học, suy thận...)



# Điều trị nhiễm *C.difficile* nặng, có biến chứng

- Điều trị
  - Vancomycin 500 mg X 4 lần/ngày uống và Metronidazole 500 mg/8 giờ đường tĩnh mạch và Vancomycin đường trực tràng (vancomycin 500 mg pha trong 500 ml dung dịch đẳng trương như thực tháo) X 4 lần/ngày
  - Hội chẩn ngoại khoa

Vancomycin uống VN không có ==> dùng chai chích pha nước cho bn uống :))

# Điều trị nhiễm *C.difficile* tái phát

- Tiêu chuẩn chẩn đoán

Nhiễm *Clostridium difficile* tái phát trong vòng 8 tuần sau khi hoàn tất điều trị

- Điều trị

- Lập lại phác đồ Metronidazole hoặc
- Vancomycin pulse regimen: 125 mg mỗi 2 ngày hoặc 500 mg mỗi 3 ngày trong 3 tuần
- Xem xét việc cấy vi sinh phân sau 3 đợt tái phát

# Lưu ý trong điều trị

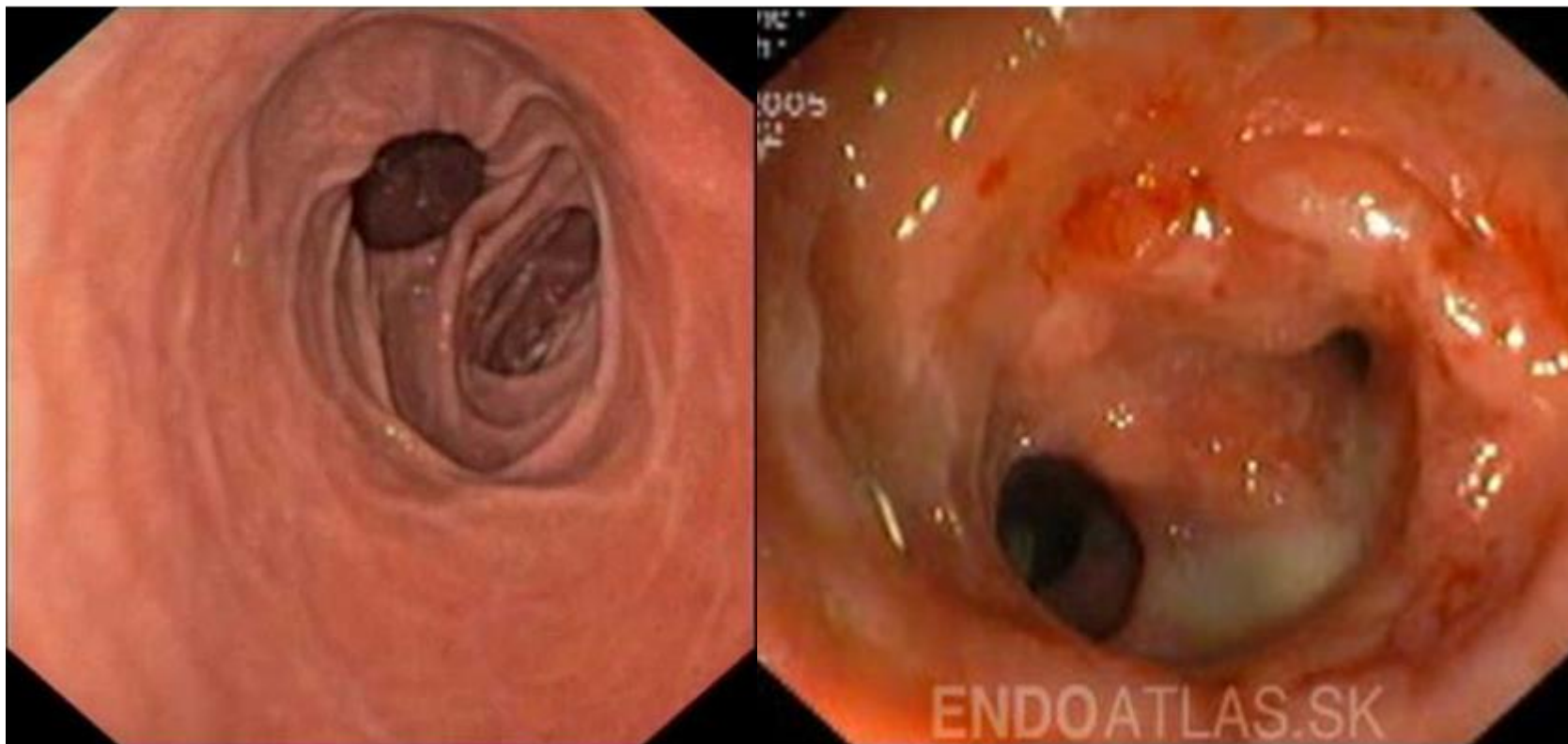
- Không sử dụng Cholestyramine & các resin a-xít mật khác vì thuốc có thể ức chế tác động của kháng sinh
- Probiotic (*Saccharomyces boulardii* – nấm men bánh mì) có thể làm giảm tỷ lệ tái phát viêm đại tràng màng giả
- Cắt đại tràng, nếu kháng sinh không khống chế được nhiễm trùng

Cholestyramine là thuốc chống tiêu chảy

BN nữ, 56 tuổi, đau bụng dưới từng cơn, sốt, kéo dài 2 ngày. Khám: sốt  $38^{\circ}5$ , dấu hiệu viêm phúc mạc khu trú hạ vị và hố chậu trái. Tiền căn: phát hiện túi thừa đại tràng trái cách nay 2 năm.

Chẩn đoán nào được nghĩ đến nhiều nhất?

- A. Viêm túi thừa
- B. Thủng đại tràng
- C. Viêm phúc mạc
- D. Viêm loét đại tràng



## VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG

# VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG

Tăng sinh vi khuẩn → thủng vi thể, viêm  
10-25% người có túi thừa bị viêm túi thừa  
Trẻ tuổi: bệnh nặng hơn

Yếu tố nguy cơ:

- Tuổi, lớn tuổi nguy cơ cao hơn so với trẻ tuổi
- Béo phì
- Hút thuốc
- Ít tập luyện
- Ăn nhiều chất béo động vật và ít chất xơ
- Thuốc: including steroids, opiate, NSAIDs

# Viêm túi thừa đại tràng

- Biểu hiện lâm sàng
  - đau sâu, dai dẳng ¼ bụng dưới T (thường gặp)
  - mót rặn, thay đổi thói quen đi tiêu, chảy – bón
  - đi tiểu thường xuyên, khó tiểu (do kích thích)
  - nhiễm trùng tiểu thường xuyên, tiểu khí (dò)
  - liệt ruột, chướng bụng, buồn nôn, nôn
  - tắc ruột non & thủng

BN nữ, 56 tuổi, đau bụng dưới từng cơn, sốt, kéo dài 2 ngày. Khám: sốt  $38^{\circ}5$ , dấu hiệu viêm phúc mạc khu trú hạ vị và hố chậu trái. Tiền căn: phát hiện túi thừa đại tràng trái cách nay 2 năm.

Xét nghiệm nào được chọn để xác định chẩn đoán?

- A. X quang bụng đứng không sửa soạn
- B. X quang bụng không sửa soạn
- C. Nội soi đại tràng
- D. CT bụng có cản quang



# Viêm túi thừa đại tràng

- Khám thực thể
  - Sốt, dấu nhiễm trùng toàn thân
  - Khám bụng: đau bụng, viêm phúc mạc khu trú
- Cận lâm sàng
  - Máu ẩn / phân:  $\pm$
  - $\uparrow$  bạch cầu: 36%
  - XQ bụng:  $\perp$ , liệt ruột, tắc, thủng, áp-xe
  - CT bụng CQ: phương pháp chẩn đoán lựa chọn
- Túi thừa đại tràng: đau bụng dưới cấp, sốt,  $\uparrow$  bạch cầu  $\rightarrow$  CĐ: Viêm túi thừa

# Điều trị nội trú Viêm túi thừa đại tràng

- Kháng sinh đường tĩnh mạch
  - Gentamycin hoặc Tobramycin 1,5 mg/kg/ 8g &
  - Metronidazole 500 mg/ 8 giờ hoặc
  - Clindamycin 300-600 mg/ 6 giờ
  - Thuốc thay thế Ticarcillin-clavulanic acid
- Để ruột nghỉ ngơi
  - Không ăn uống qua đường miệng
  - Nuôi ăn qua đường truyền tĩnh mạch
  - Tắc ruột, liệt ruột → hút dạ dày

# Điều trị ngoại trú Viêm túi thừa đại tràng

- Điều trị ngoại trú trong trường hợp
  - đau khu trú
  - không viêm phúc mạc khu trú
  - không nhiễm trùng toàn thân

# Điều trị ngoại trú Viêm túi thừa đại tràng

- Để ruột nghỉ ngơi: ăn lỏng trong 48 giờ
- Kháng sinh phổ rộng uống
  - Một trong các thuốc sau
    - Ampicillin 500 mg mỗi 6 giờ
    - Trimethoprim/Sulfamethoxazole 960 mg/12 giờ
    - Ciprofloxacin 500 mg/ 12 giờ
    - Cephalexin 500 mg/ 6 giờ
  - Phối hợp
    - Metronidazole 500 mg/ 6-8 giờ hoặc
    - Clindamycin 300 mg/ 6 giờ

Bệnh nhân nữ 24 tuổi than đau hạ vị khoảng 6 tháng nay, đau giảm sau khi đi tiêu, đi tiêu phân vàng sệt lỏng không máu 3-4 lần ngày, không đầy bụng, không sụt cân, không đau bụng hoặc đi tiêu ban đêm khi ngủ. Chẩn đoán nào được nghĩ đến nhiều nhất?

- A. Viêm loét đại tràng
- B. Hội chứng ruột kích thích
- C. Viêm đại tràng do a-míp
- D. Lao đại tràng
- C. Hội chứng kém hấp thu

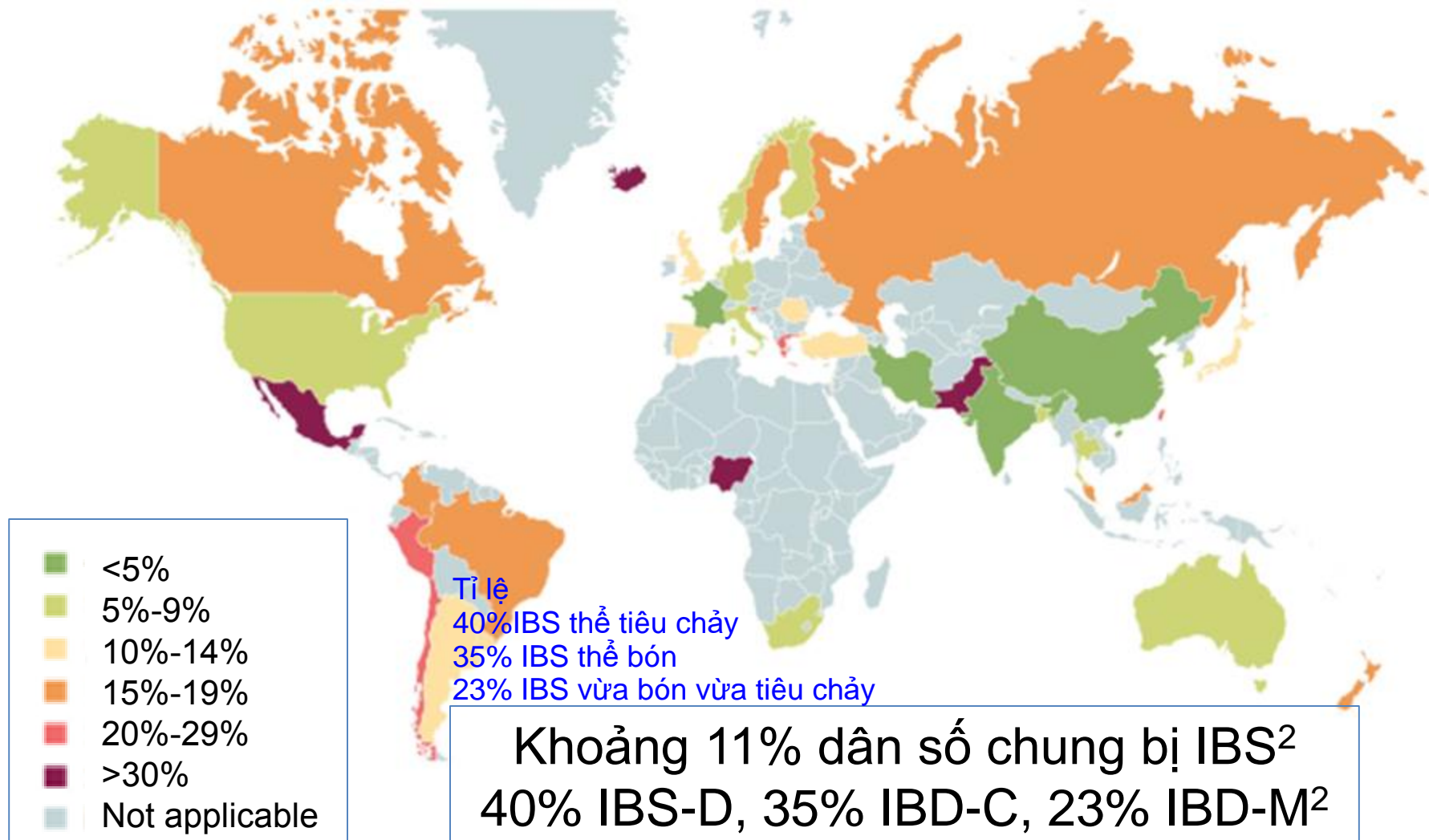
# Hội chứng ruột kích thích

Nỗi thất bại của thầy thuốc và bệnh nhân: chữa hoài không hết

- Hội chứng ruột kích thích  
(Irritable Bowel Syndrome – IBS)  
Rối loạn tiêu hóa chức năng được đặc trưng bởi đau bụng và thay đổi thói quen đi tiêu, không có bệnh lý thực thể đặc thù ở đại tràng
- Giảm chất lượng cuộc sống đáng kể  
Chi phí y tế <sup>1,2</sup>

1. Leong SA, et al (2003) The economic consequences of irritable bowel syndrome: a US employer perspective. Arch Intern Med 163:929–935.
2. Simrén M, et al (2006). Health-related quality of life in patients attending a gastroenterology outpatient clinic: functional disorders versus organic diseases. Clin Gastroenterol Hepatol. 4(2): 187–195.

# Prevalence of Irritable Bowel Syndrome<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Enck et al. Nat Rev Dis Primers 2016. Data from <sup>2</sup> are supplemented by studies from another 9 countries

<sup>2</sup> Lovell RM, et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012; 10(7): 712–721.

# Tác động của IBS

irritablebowelsyndrome.net

## IBS IMPACTS PHYSICAL AND EMOTIONAL WELL-BEING

Đau

Buồn bã

Lo lắng IBS  
ngày xấu hơn

Khó đáp ứng  
nhu cầu gia đình

Ability  
to sleep

Mệt mỏi

Chán nản

Căng thẳng

Thiếu sức sống

Không hài lòng cuộc sống lứa đôi



The IBS In America 2018 online survey gathered insights from 1,584 individuals currently suffering from IBS to better understand their symptoms and management of this condition, as well as the impact on their lives.



# Biến chứng của IBS

[irritablebowelsyndrome.net](http://irritablebowelsyndrome.net)

**84%** OF PEOPLE HAVE EXPERIENCED  
COMPLICATIONS ALONG WITH THEIR IBS



55% Hemorrhoids

47% GERD

20% Anal fissures

17% Malnutrition

14% Anemia

The IBS In America 2018 online survey gathered insights from 1,584 individuals currently suffering from IBS to better understand their symptoms and management of this condition, as well as the impact on their lives.

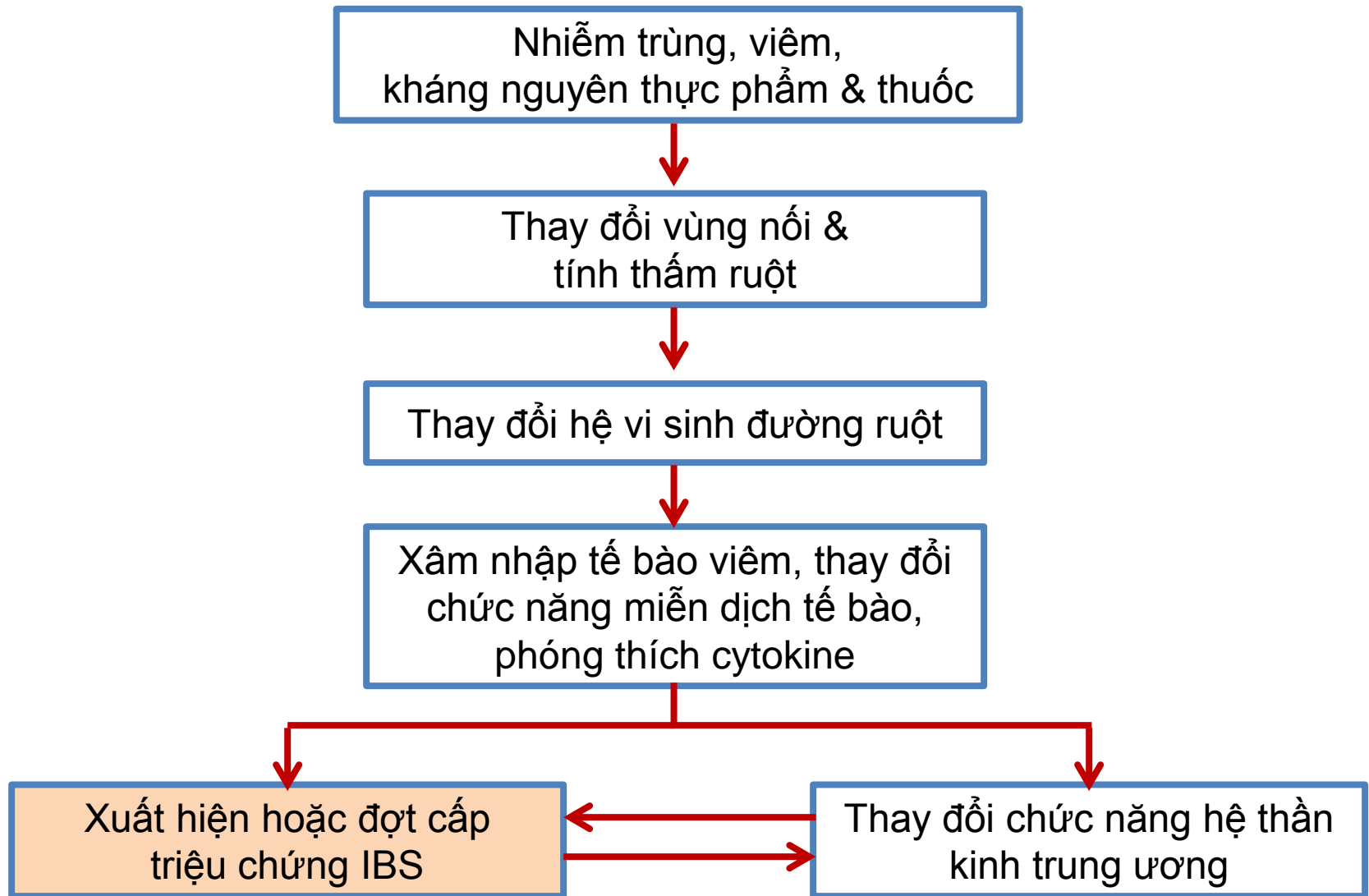
# Căn nguyên và Bệnh sinh IBS

Những yếu tố sinh lý và tâm lý được đề xuất là yếu tố tiềm năng trong nguyên nhân và sinh bệnh của IBS:

- Rối loạn vận động đường tiêu hóa
- Viêm
- Quá mẫn nội tạng
- Thay đổi hệ vi sinh đường ruột
- Chế độ ăn
- Di truyền
- Stress (kể cả những biến cố đầu đời)

Mặc dù bệnh không có tổn thương thực thể nhưng nhiều nghiên cứu cho thấy có thay đổi hệ vi sinh đường ruột nên trong điều trị có sử dụng kháng sinh

# Gut–Brain Axis



# CHẨN ĐOÁN IBS

Chẩn đoán được thay đổi qua nhiều năm (chỉ cần học ROME IV)

1978

1984

1989 1990

1999

2006

2016

Manning

Kruis

Rome

I

II

Rome III

≥2 of the following for at least 12 months:

- Distension
- Passage of stool
- Loose stools
- Frequent movement
- Passage of stool
- A sense of incomplete evacuation

At least 3 months of symptoms of abdominal pain or discomfort, with at least two of the following:

1. Relieved with defecation
2. Onset associated with a change in frequency of stool
3. Onset associated with a change in form of stool

At least 12 weeks, with at least two of the following:

1. Relieved with defecation
2. Onset associated with a change in frequency of stool
3. Onset associated with a change in form of stool

Recurrent abdominal discomfort at least 12 weeks, with at least two of the following:

- Improvement with defecation
- Onset associated with a change in frequency of stool
- Onset associated with a change in form (appearance) of stool

ROME IV

Functional Gastrointestinal Disorders

Disorders of Gut-Brain Interaction

FOURTH EDITION - VOLUME II

Douglas A. Drossman, MD, Senior Editor

with Editors  
Lin Chang, MD  
William D. Chey, MD  
John Kellow, MD  
Jan Tack, MD, PhD  
William E. Whitehead, PhD  
and the Rome IV Committees

# Chẩn đoán IBS theo Rome IV

## Rome IV Criteria (2016) <sup>a</sup>

- Recurrent abdominal pain, on average, at least **1 day/week** in the last 3 months, associated with two or more of the following criteria:
  - **Related to** defecation
  - Associated with a change in frequency of stool
  - Associated with a change in form (appearance) of stool

<sup>a</sup> Criteria fulfilled for the last 3 months with symptom onset at least 6 months before diagnosis



## Rome IV Criteria <sup>a</sup>

- Đau bụng tái phát, ít nhất **1 ngày / tuần** trong 3 tháng gần đây, kèm hai hoặc nhiều tiêu chí sau:
  - **Liên quan** đi tiêu
  - Thay đổi số lần đi tiêu
  - Thay đổi hình dạng phân

<sup>a</sup> Các tiêu chí được hoàn thành trong 3 tháng gần đây với triệu chứng khởi phát ít nhất 6 tháng trước khi chẩn đoán

# Bristol Stool Form Scale (BSFS)

Loại 1, 2 táo bón  
Loại 6, 7 tiêu chảy

Type 1		Seperate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on the surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edge
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces, entirely liquid

# Identifying IBS Subtypes



Subtype	Stool type 1 & 2	Stool type 6 & 7
IBS with predominant constipation	More than 25%	Less than 25%
IBS with predominant diarrhea	Less than 25%	More than 25%
IBS with mixed bowel habits	More than 25%	More than 25%

IBS Unclassified: Patient who meets diagnostic criteria for IBS but their bowel habits cannot be accurately categorized into one of the three subtypes above.

# Phân loại IBS



Phân loại	Tính chất phân loại 1,2	Tính chất phân loại 6,7
IBS bón	>25%	<25%
IBS tiêu chảy	<25%	>25%
IBS hỗn hợp	>25%	>25%

IBS phân loại không xác định: đạt đủ tiêu chuẩn chẩn đoán IBS, nhưng thói quen đi tiêu không thể phân loại chính xác vào một trong ba phân nhóm trên



# ADVANCES IN IBS

Current Developments in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome

Section Editor: William D. Chey, MD

Các xét nghiệm không có khả năng thay thế các tiêu chí ROME nhưng nó giúp chẩn đoán chính xác hơn và quản lý điều trị (không quan trọng lắm :v)

## Improving the Treatment of Irritable Bowel Syndrome With the Rome IV Multidimensional Clinical Profile

Biomarkers are **not likely to replace** the Rome criteria. It remains to be seen how they would help make a **more precise diagnosis**, but it is understood that biomarkers would play a role **in managing treatment**.

# Chẩn đoán Hội chứng ruột kích thích

Tiêu chuẩn IBS Rome IV và

Không có những dấu hiệu cảnh báo:

- Tuổi  $\geq 50$
- Thay đổi thói quen đi cầu mới đây
- Xuất huyết tiêu hóa (tiêu phân đen hoặc tiêu máu đỏ)
- Đau bụng ban đêm hoặc đi tiêu ban đêm
- Giảm cân không chủ ý
- Tiền căn gia đình bị K đại trực tràng hoặc bệnh ruột viêm
- U bụng hoặc hạch to
- Thiếu máu thiếu sắt
- Máu ẩn trong phân dương tính

# Diagnostic Algorithm for the IBS

Người bệnh có triệu chứng **đau bụng mạn** liên quan **táo bón hoặc tiêu chảy**, có hoặc không có đầy hơi

Hỏi bệnh sử, khám thực thể (tiền căn nội, ngoại khoa, chế độ ăn uống và thăm trực tràng)

Nếu khám **sức khỏe bình thường** và **không có dấu hiệu cảnh báo**, áp dụng tiêu chí Rome IV

Chẩn đoán xác định IBS

Cân nhắc một số xét nghiệm (CTM, CRP, huyết thanh chẩn đoán celiac, định lượng calprotectin trong phân)

Sử dụng **phân loại phân Bristol** để xác định thể IBS

Bắt đầu điều trị dựa vào triệu chứng ưu thế

# Điều trị IBS

- Điều trị triệu chứng theo thể bệnh lâm sàng
- Điều trị triệu chứng đau bụng
- Thay đổi lối sống, chế độ ăn

## Điều trị tiêu chảy

- Opioid agonists
- Bile salt sequestrants
- Probiotics
- Kháng sinh
- Chất đối vận 5-HT<sub>3</sub>
- Mixed opioid agonists/antagonists

## Điều trị táo bón

- Psyllium
- PEG (polyethylene glycols)
- hoạt hóa kênh Chloride
- Đồng vận Guanylate cyclase C

## Điều trị đau bụng

- Thuốc chống co thắt: Chẹn kênh Ca, Anticholinergic agent, các thuốc khác
- tinh dầu bạc hà
- thuốc chống trầm cảm 3 vòng
- SSRIs (Chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc)
- hoạt hóa kênh chloride
- đồng vận guanylate cyclase C
- chất đối vận 5HT<sub>3</sub>

Bệnh nhân nữ 24 tuổi than đau hạ vị khoảng 6 tháng nay, đau giảm sau khi đi tiêu, đi tiêu phân vàng sệt lỏng không máu 3-4 lần ngày, không đầy bụng, không sụt cân, không đau bụng hoặc đi tiêu ban đêm khi ngủ. Chọn lựa điều trị thích hợp nhất cho tình trạng đi cầu của bệnh nhân là gì?

- A. Polyethylene glycols
- B. Rifaximin
- C. Trimebutine
- D. Mebeverine

# Điều trị triệu chứng Tiêu chảy trong IBS

Lacy BE, et al. *Gastroenterology* 2016;150:1393–1407

Liệu pháp	Liều
Opioid agonists	Loperamide 2–4 mg; when necessary titrate up to 16 mg/d
Bile salt sequestrants	Cholestyramine (9 g bid–tid)
	Colestipol (2 g qd–bid)
	Colesevelam (625 mg qd–bid)
Probiotics	Multiple products available
Kháng sinh	Rifaximin 550 mg po tid X 14 d
Chất đối vận 5-HT <sub>3</sub>	Alosetron (0.5–1 mg bid)
	Ondansetron (4–8 mg tid)
	Ramosetron 5 mg qd
Mixed opioid agonists/antagonists	Eluxadoline 100 mg bid

# Điều trị triệu chứng Táo bón trong IBS

Lacy BE, et al. *Gastroenterology* 2016;150:1393–1407


Liệu pháp	Liều
Psyllium	up to 30 g/d in divided doses
PEG (polyethylene glycols)	1 gói/ngày
Hoạt hóa kênh Chloride	Lubiprostone 8 µg bid
Đồng vận Guanylate Cyclase C	Linaclotide 290 µg qd

Bệnh nhân nữ 24 tuổi than đau hạ vị khoảng 6 tháng nay, đau giảm sau khi đi tiêu, đi tiêu phân vàng sệt lỏng không máu 3-4 lần ngày, không đầy bụng, không sụt cân, không đau bụng hoặc đi tiêu ban đêm khi ngủ. Chọn lựa điều trị thích hợp nhất cho tình trạng đau bụng của bệnh nhân là gì?

- A. Polyethylene glycols
- B. Rifaximin
- C. Cholestyramine
- D. Mebeverine



# Điều trị triệu chứng Đau bụng trong IBS

Liệu pháp	Liều
Thuốc chống co thắt 	Dicylomine (10–20 mg, 1–4 lần/ngày)
	Otilonium (40–80 mg, 2–3 lần/ngày)
	Mebeverine (135 mg, 3 lần/ngày)
Tinh dầu bạc hà	Tan ở ruột (250–750 mg, 2–3 lần/ngày)
Thuốc chống trầm cảm 3 vòng	Desipramine (25–100 mg), Amitriptyline (10–50 mg) mỗi ngày trước ngủ tối
SSRIs (Các chất ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc)	Paroxetine (10–40 mg, 1 lần/ngày)
	Sertraline (25–100 mg, 1 lần/ngày)
	Citalopram (10–40 mg, 1 lần/ngày)
Hoạt hóa kênh Chloride	Lubiprostone (8 µg, 2 lần/ngày)
Đồng vận Guanulate Cyclase C	Linacotide (290 µg, 1 lần/ngày)
Chất đối vận 5HT3	Alosetron (0,5–1 mg, 3 lần/ngày)

# Thuốc chống co thắt trong điều trị IBS

	Thuốc	Liều bắt đầu	Liều tối đa
Chẹn kênh Ca	Alverine citrate	60-180 mg/ngày	360 mg/ngày
	Mebeverine	300 mg/ngày	405 mg/ngày
	Otilonium bromide	60 mg/ngày	120 mg/ngày
	Pinaverium bromide	150 mg/ngày	300 mg/ngày
	Peppermint oil	0,6 ml/ngày	
Anticholinergic agent	Hyoscine	30 mg/ngày	60 mg/ngày
	Cimetropium	100 mg/ngày	150 mg/ngày
Các thuốc khác	Trimebutine	300 mg/ngày	600 mg/ngày
	Phloroglucinol	160 mg/ngày	

# Thuốc chống co thắt trong điều trị IBS

Thuốc	Tác dụng phụ	Comment
Alverine citrate	Đau bụng, tiêu chảy, nôn, buồn nôn, nhức đầu	Kết hợp với simethicone làm giảm đau bụng và khó chịu so với giả dược
Mebeverine	Mề đay, phù mạch, phản ứng phản vệ	Tốt hơn trong kiểm soát đau bụng so với giả dược
Otilonium bromide	Tăng áp lực nội nhãn	Giảm tần số đau bụng, đầy hơi Cải thiện tần số đi tiêu & đánh giá chung so với giả dược Tái phát thấp hơn sau điều trị
Pinaverium	Chướng bụng, đau bụng, tiêu chảy	Tốt hơn trong cải thiện triệu chứng chung so với giả dược
Peppermint oil	Ợ nóng	Tốt hơn trong kiểm soát đau bụng

Study	Treatment (n/N)	Control (n/N)	Peto OR <sup>o</sup> 95% CI fixed	Weight %	Peto OR <sup>o</sup> 95% CI fixed
<b>Mebeverine</b>					
Connell	11/22	1/22		2.1	9.39 [2.53 34.86]
Tasman-Jones	15/24	7/24		2.8	3.72 [1.21 11.45]
Berthelot	31/36	24/33		2.6	2.26 [0.70 7.25]
Kruis	6/40	12/40		3.3	0.43 [0.15 1.21]
Subtotal (95% CI)	63/122	44/119		10.8	2.04 [1.15 3.63]
Chi-squared 14.96 (d.f.=3) P=0.00 Z=2.43 P=0.01					
<b>Cimetropium</b>					
Piai	8/15	1/15		1.5	8.57 [1.85 39.79]
Centonze	20/24	2/24		2.8	11.61 [3.49 35.62]
Passaretti	9/13	4/12		1.5	3.98 [0.85 18.53]
Passaretti	4/7	4/8		0.9	1.31 [0.18 9.32]
Dobrilla	21/35	24/35		3.8	0.69 [0.26 1.83]
Subtotal (95% CI)	62/94	38/94		10.6	2.87 [1.61 5.13]
Chi-squared 16.96 (d.f.=4) P=0.00 Z=3.56 P=0.0004					
<b>Trimebutine</b>					
Luttecke <sup>14</sup>	27/40	2/40		4.4	14.45 [5.84 35.76]
Moshal	11/20	4/20		2.2	4.29 [1.21 15.18]
Luttecke <sup>15</sup>	11/26	5/26		2.6	2.89 [0.90 9.29]
Fielding	13/30	17/30		3.6	0.59 [0.22 1.61]
Subtotal (95% CI)	62/116	28/116		12.8	3.45 [2.03 5.86]
Chi-squared 21.65 (d.f.=3) P=0.00 Z=4.59 P<0.00001					
<b>Otilonium</b>					
Barbier	10/36	3/36		2.5	3.65 [1.11 12.04]
Castiglione	22/30	10/10		3.5	4.86 [1.78 13.28]
Battaglia	90/160	66/165		18.9	1.91 [1.24 2.96]
Subtotal (95% CI)	122/226	79/231		25.0	2.33 [1.60 3.40]
Chi-squared 3.38 (d.f.=2) P=0.34 Z=4.38 P=0.00001					
<b>Hyoscine</b>					
Ritchie	22/48	14/48		5.3	2.02 [0.89 4.60]
Nigam	38/84	25/84		9.2	1.93 [1.03 3.59]
Shafer	106/182	91/178		20.8	1.33 [0.88 2.02]
Subtotal (95% CI)	166/314	130/310		35.3	1.56 [1.14 2.15]
Chi-squared 1.38 (d.f.=2) P=0.71 Z=2.74 P=0.006					
<b>Pinnverium</b>					
Levy	19/25	17/25		2.4	1.48 [0.43 5.01]
Delmont	24/30	17/30		3.1	2.89 [0.98 8.49]
Subtotal (95% CI)	43/55	34/55		5.5	2.15 [0.96 4.83]
Chi-squared 0.65 (d.f. =1) P = 0.72 Z = 1.86 P = 0.06					
<b>Total (95% CI)</b>	<b>518/927</b>	<b>353/925</b>		<b>100.0</b>	<b>2.13 [1.77 2.58]</b>
Chi-squared 67.10 (d.f.=20) P=0.00 Z=7.86 P<0.00001					

# Hiệu quả giảm đau trong IBS

Forte E, et al. 2012

Meta-analysis of 21 studies on the effectiveness of antispasmodics in the treatment of IBS patients: Results expressed as percentage of patients with overall improvement



# Thay đổi lối sống, chế độ ăn

- Thay đổi lối sống có thể cải thiện triệu chứng IBS (tập luyện, giảm căng thẳng, chú ý đến giấc ngủ)
- Bổ sung chất xơ: nền tảng của điều trị IBS, việc sử dụng tối ưu tùy theo từng người
- Một số dạng chất xơ, đặc biệt là cám, có thể làm trầm trọng thêm chướng bụng, đầy hơi
- Chế độ ăn: No/low gluten \*, Low FODMAP \*\*

\* Barmeyer C, et al. Long-term response to gluten-free diet as evidence for non-celiac wheat sensitivity in one third of patient with diarrhea-dominant and mixed-type IBS. Int J Colorectal Dis (2017) 32:29–39

\*\* Lacy BE, et al. Bowel Disorders. Gastroenterology. 2016;150:1393-1407

# Kết luận

---

- Bệnh lý đại tràng đa dạng
- Thường diễn tiến mạn tính
- Cần quan tâm để phát hiện sớm, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và tiên lượng

Võ Thị Mỹ Dung  
[mydungvothi@ump.edu.vn](mailto:mydungvothi@ump.edu.vn)