

# TIÊU CHẢY VÀ TÁO BÓN

Lê Đình Quang, Quách Trọng Đức

## MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa tiêu chảy và táo bón.
2. Nắm được cơ chế bệnh sinh gây tiêu chảy và táo bón.
3. Trình bày được nguyên nhân gây tiêu chảy và táo bón.
4. Phân tích được các bước tiếp cận chẩn đoán tiêu chảy và táo bón.

## TIÊU CHẢY

### ĐỊNH NGHĨA

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

Tiêu chảy được phân loại tùy thời gian diễn tiến:

- < 2 tuần : Tiêu chảy cấp
- 2 – 4 tuần : Tiêu chảy dai dẳng
- > 4 tuần : Tiêu chảy mạn

Lưu ý: Cần phân biệt tiêu chảy với 2 tình trạng sau:

- Giả tiêu chảy (pseudodiarrhea): đi cầu nhiều lần, nhưng mỗi lần đi chỉ được chút ít phân, đi kèm với triệu chứng buồn mót.
- Tiêu không tự chủ: bệnh nhân không tự kiểm soát được tình trạng thoát phân.

### CƠ CHẾ BỆNH SINH

Có 4 cơ chế chính gây ra tiêu chảy. Tuy nhiên trên thực tế, tiêu chảy có thể xảy ra do một hoặc nhiều cơ chế phối hợp.

#### Tiêu chảy thẩm thấu

Khi trong lòng ruột có một lượng lớn các chất có tính thẩm thấu cao nhưng không được hấp thu (thuốc tẩy xổ, các thuốc chứa Magne sulfate ...). 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  $\text{Na}^+$  và nước vào trong lòng ruột. Tiêu chảy thẩm thấu sẽ ngừng diễn tiến nếu bệnh nhân không ăn hoặc uống thêm các thực phẩm có chứa các chất này.

#### Tiêu chảy dịch tiết

Độc tố của một số loại vi khuẩn (Ví dụ: *Vibrio cholerae*, *E. coli*, *S. aureus*, *Bacillus cereus*) và một số thuốc nhuận trường có tác dụng kích thích sự bài tiết nước và  $\text{Cl}^-$  vào trong lòng ruột. Ngoài ra còn có thể kèm hiện tượng ức chế hấp thu  $\text{Na}^+$ .

#### Tiêu chảy do viêm (dịch rỉ)

Thường do nhiễm các tác nhân xâm lấn niêm mạc gây độc tế bào (*Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Clostridium difficile*) hoặc ký sinh trùng (*Entamoeba histolitica*). 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.

### **Do rối loạn vận động ruột (tăng hoặc giảm nhu động ruột)**

Thường gây ra tiêu chảy mạn tính. Gặp trong các bệnh tiểu đường, cường giáp, suy thượng thận (bệnh Addison).

### **NGUYÊN NHÂN: TIÊU CHẢY CẤP**

#### **Nhiễm trùng**

- Vi trùng: *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Vibrio cholerae*, *E. coli*, *Clostridium difficile*, *Yersinia* ...
- Virus: Rota virus, Enterovirus, Norwalk virus ...
- KST: Amibe, giun đũa, giun móc, giun lươn, *G. lamblia* ...

#### **Độc chất**

- Độc chất từ vi trùng (ngộ độc thức ăn): *Staphylococcus*, *C. perfringens*, *E. coli*, *Clostridium bolilinum*, *Pseudomonas* ...
- Hóa chất độc: chì, thủy ngân, arsenic ...

#### **Chế độ ăn uống – dùng thuốc**

- Rượu, tình trạng không dung nạp thức ăn không đặc hiệu, dị ứng thức ăn.
- Tác dụng phụ của một số thuốc.

#### **Khác**

- Viêm ruột thừa
- Viêm túi thừa
- Xuất huyết tiêu hóa
- Chứng nghẹt phân (fecal impaction)

### **NGUYÊN NHÂN: TIÊU CHẢY MẠN**

#### **Bệnh lý dạ dày**

- Sau phẫu thuật cắt dạ dày
- Hội chứng Zollinger – Ellison
- Bệnh Menetrier's

### **Bệnh lý ruột non (có thể gây hội chứng kém hấp thu)**

- Sau phẫu thuật cắt một đoạn ruột non dài
- Viêm: bệnh tạo keo (lupus, xơ cứng bì, viêm đa động mạch)
- Bệnh Crohn's
- Nhiễm Giardia mạn tính
- Lymphoma ruột
- Suy tụy
- Amyloidosis
- Thiếu Disaccaride
- Bệnh Sprue
- Giảm gammaglobuline huyết

### **Bệnh lý đại tràng**

- Viêm: viêm loét đại trực tràng xuất huyết, Crohn's.
- U: ung thư đại tràng, u tuyến nhánh đại trực tràng.

### **Tiêu chảy ở bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS): thường do nhiễm trùng**

#### **Các nguyên nhân khác**

- Rượu hoặc thuốc (antacid, kháng sinh, hạ áp, nhuận trường, thuốc chống trầm cảm, thuốc nhuận trường).
- Bệnh lý nội tiết: Suy thượng thận (bệnh Addison's), đái tháo đường, cường giáp, bệnh tuyến phó giáp, u tiết nội tiết tố (u carcinoide, hội chứng Zollinger – Ellison).
- Hội chứng ruột kích thích
- U ruột non
- Viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan
- Dò mật, dạ dày, hoặc tá tràng với đại tràng.
- Viêm nhiễm (Giardia, Amibe, lao).

### **TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TIÊU CHẢY**

#### **Tiêu chảy cấp**

Thường tự giới hạn. Nguyên nhân thường gặp nhất là do nhiễm trùng. Chẩn đoán nguyên nhân thường được thiết lập dễ dàng dựa trên bệnh sử và thăm khám lâm sàng, do đó trong đa số trường hợp không cần phải dùng thuốc và làm các xét nghiệm thăm dò.

Các trường hợp cần đặc biệt lưu ý bao gồm bệnh nhân > 70 tuổi, suy giảm miễn dịch, sốt > 38,5°C, có dấu hiệu mất nước, đau bụng nhiều, có triệu chứng toàn thân, tiêu ra máu, triệu chứng kéo dài hơn 24 giờ mà không cải thiện. Trong trường hợp này cần làm thêm các xét

nghiệm sau để chẩn đoán: Công thức máu, Ion đồ, chức năng thận, xét nghiệm phân (tìm ký sinh trùng, hồng cầu, bạch cầu), nội soi đại trực tràng (đặc biệt bệnh nhân tiêu ra máu).

### **Tiêu chảy mạn**

Đa số trường hợp tiêu chảy mạn tính không do nguyên nhân nhiễm trùng và thường cần thăm dò kỹ lưỡng để loại trừ bệnh lý thực thể. Hỏi và khám bệnh kỹ lưỡng, kết hợp với các xét nghiệm thường qui giúp đánh giá tình trạng nước điện giải và dinh dưỡng của bệnh nhân, đồng thời cũng gợi ý về cơ chế gây tiêu chảy để từ đó có định hướng đề nghị thêm các cận lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán bệnh.

Hỏi bệnh có thể giúp xác định vị trí của tổn thương gây tiêu chảy:

### **Tuổi khởi phát bệnh**

- Từ tuổi thanh thiếu niên: rối loạn chức năng, bệnh viêm loét đại trực tràng xuất huyết hoặc viêm ruột từng vùng (bệnh Crohn).
- Từ tuổi trung niên trở lên: ung thư đại tràng, viêm túi thừa, bệnh lý tụy.

### **Hoàn cảnh, các yếu tố khởi phát và giúp cải thiện tình trạng tiêu chảy**

- Chế độ ăn
- Dùng thuốc
- Du lịch
- Tiếp xúc với người tiêu chảy

### **Tiền sử gia đình**

Có người mắc bệnh viêm loét hoặc ung thư đại trực tràng

### **Thời điểm xảy ra tiêu chảy trong ngày**

- Ban đêm: Cần phải loại trừ bệnh lý thực thể. Có thể gặp ở bệnh nhân đái tháo đường có bệnh lý thần kinh.
- Ban ngày: Chủ yếu vào buổi sáng sau bữa ăn (thường do rối loạn tâm lý), bệnh Crohn, viêm loét đại trực tràng xuất huyết.

### **Biểu hiện tiêu chảy**

- Từng đợt: rối loạn chức năng ở ruột non hoặc đại tràng, viêm túi thừa, dị ứng, kém hấp thu.
- Từng đợt tiêu chảy với những đợt táo bón: rối loạn chức năng hoặc dùng thuốc nhuận trường quá liều.
- Tiêu chảy liên tục: dò ruột, lạm dụng thuốc nhuận trường, bệnh lý dạ dày.

### **Tính chất phân**

- Tiêu chảy với khối lượng phân lớn mỗi lần: bệnh lý ruột non hoặc đại tràng bên phải.
- Tiêu chảy với khối lượng phân rất ít mỗi lần: bệnh lý đại tràng bên trái.
- Tiêu chảy toàn nước, rất ít phân: Rối loạn tâm thần kinh, viêm nhiễm ruột nặng hoặc sau khi phẫu thuật cắt đoạn ruột non dài.
- Phân sệt, lượng nhiều, có bọt, mùi khắm, vàng nhợt, bóng mỡ: hội chứng kém hấp thu.
- Nhiều nhầy, nhưng không kèm máu, mủ: gặp trong bệnh đường ruột chức năng.

### **Các triệu chứng kèm theo**

- Cảm giác buốt mót: có tổn thương thấp vùng hậu môn trực tràng.
- Đau quặn bụng: giảm đau sau khi đi tiêu gợi ý bệnh lý đại tràng, không giảm đau sau khi đi tiêu gợi ý bệnh lý ruột non.
- Sụt cân: kèm mất vị giác gợi ý kém hấp thu, suy giáp; kèm sốt và triệu chứng toàn thân khác gợi ý viêm nhiễm và viêm không do nhiễm ở đường ruột.
- Xảy ra trước khi tiêu chảy (ung thư tụy hoặc ung thư cơ quan khác, lao, đái tháo đường, cường giáp, kém hấp thu).
- Lưu ý là sụt cân thường ít gặp ở ung thư đại tràng trừ khi ở giai đoạn rất trễ.

### **Thăm khám**

- Các dấu hiệu giúp nghĩ nhiều đến bệnh thực thể quan trọng: sụt cân, suy dinh dưỡng, thiếu máu, mất nước.
- Ít các triệu chứng thực thể chuyên biệt, cần lưu ý tìm xem dấu hiệu bất thường da niêm, bướu giáp to có âm thổi, phù chân, gan lách hạch to, u bụng, dò quanh hậu môn.
- Các dấu hiệu lâm sàng gợi ý bệnh lý nguyên nhân:
  - Lồi mắt: cường giáp.
  - Da niêm sạm màu: bệnh Addison.
  - Mảng sắc tố trên da niêm: hội chứng đa polyp Peutz-Jeghers.
  - Mảng bầm ở da: hội chứng kém hấp thu, ban xuất huyết Schonlein-Henoch.
  - Hồng ban nút: viêm loét đại trực tràng xuất huyết.
  - Hạch to: lao, lymphoma, ung thư di căn hạch.
  - Ngón tay dùi trống: viêm loét đại trực tràng xuất huyết, bệnh Sprue.

### **Xét nghiệm**

- Công thức máu
  - Thiếu máu: gợi ý mất máu, kém hấp thu, nhiễm trùng, u bướu.
  - Bạch cầu ái toan tăng gợi ý nhiễm ký sinh trùng, bệnh dị ứng.
- Protein huyết, điện giải đồ: đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng đạm và điện giải.
- Xét nghiệm tìm nguyên nhân (đối với các trường hợp phức tạp thường đòi hỏi rất nhiều xét nghiệm, tốn kém và bao gồm cả những xét nghiệm xâm lấn)
  - Xét nghiệm phân: tìm ký sinh trùng, hồng cầu, bạch cầu, máu ẩn, nuôi cấy.

- Nội soi: nội soi trực tràng-đại tràng chậu hông giúp phát hiện u và viêm nhiễm ở vùng này. Trong trường hợp nghi ngờ tổn thương đại tràng phía bên phải hoặc viêm đại tràng do bệnh tạo keo thì cần phải soi toàn bộ khung đại tràng.
- X Quang đại tràng cản quang
- Các xét nghiệm chuyên biệt khác: định lượng mỡ trong phân trong 72 giờ, đánh giá khả năng dung nạp lactose, cấy ruột non, sinh thiết ruột non, đo thời gian vận chuyển ở ruột non, định lượng gastrin trong máu ...

## **TÁO BÓN**

### **ĐỊNH NGHĨA**

Táo bón là triệu chứng thường gặp được thể hiện dưới những hình thức sau:

- Đi tiêu khó, phải rặn nhiều
- Giảm số lần đi tiêu hơn bình thường ( < 3 lần / tuần)
- Phân cứng
- Cảm giác đi tiêu không hết phân

Khi tiếp cận bệnh nhân than phiền táo bón, cần hỏi bệnh kỹ để đánh giá biểu hiện thực sự trên từng bệnh nhân. Trên thực tế có không ít trường hợp bệnh nhân tự cho là mình bị táo bón nhưng lại không thuộc các triệu chứng nào trong các định nghĩa nêu trên.

### **CƠ CHẾ BỆNH SINH**

#### **Chậm vận chuyển ở đại tràng**

- 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, đặc trưng bởi biểu hiện giảm số lần đi cầu ( <1 lần / tuần).
- Các triệu chứng đi kèm là đau bụng, chướng hơi, mệt mỏi. Triệu chứng không cải thiện mặc dù đã sử dụng chế độ ăn nhiều chất xơ, các thuốc nhuận tràng thẩm thấu.

#### **Rối loạn thoát phân**

- Quá trình làm trống trực tràng không hiệu quả do sự không có sự phối hợp nhịp nhàng của cơ bụng, cơ hậu môn trực tràng và cơ sàn chậu. Bệnh nhân thường có tình trạng 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 thoát phân 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.

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

- Những bệnh nhân này thường có kèm các rối loạn về tâm lý – xã hội. Tốc độ vận chuyển dọc khung đại tràng bình thường.
- Một số bệnh nhân có kèm bất thường chức năng cảm giác và vận động ở vùng hậu môn trực tràng do đó rất khó phân biệt với nhóm bệnh nhân táo bón do chậm vận động đại tràng.

## **NGUYÊN NHÂN**

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

### **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 tràng – trực tràng xuất huyết, Crohn's, viêm túi thừa.
  - Rối loạn chức năng: Hội chứng ruột kích thích.
  - Bất thường bẩm sinh: Bệnh Hirschsprung's.
- Thứ phát do rối loạn nội tiết – điện giải
  - Thai kỳ
  - Suy giáp
  - Cường phó giáp
  - Đái tháo đường
  - Hạ kali máu
  - Ngộ độc chì
- Tác dụng phụ của thuốc
  - Nhóm á phiện
  - Kháng cholinergic
  - Antacid
  - Chống trầm cảm
  - Lợi tiểu

### **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
  - 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**

Có 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.

### **Hỏi bệnh**

- Cần hỏi kỹ thói quen đi cầu và tính chất phân: 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, cần phải rặn mạnh cũng không hiệu quả và có khi cần phải dùng tay móc phân gợi ý cơ chế rối loạn tháo 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.
- Các triệu chứng báo động: sụt cân, tiêu ra máu, tia62n căn gia đình có người ung thư đại trực tràng, đau bụng đặc biệt là đau bụng kiểu bán tắc ruột. Đặc biệt nếu xảy ra ở người trên 40 tuổi, có tiền căn gia đình bị ung thư đại trực tràng, cần thăm dò kỹ lưỡng để loại trừ ung thư đại trực tràng.
- Các triệu chứng kèm theo: chướng bụng, đau bụng, đi cầu không trọn, phải rặn nhiều, phải dùng tay móc phân ...
- Tiền sử
  - Phẫu thuật, sản phụ khoa.
  - Thuốc nhuận trường, thảo dược, các thuốc đang điều trị.
  - Cần lưu ý đến chế độ ăn.
  - 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 ...)

### **Thăm khám**

- Thể trạng chung và giọng nói của bệnh nhân có thể gợi ý chẩn đoán lâm sàng suy giáp, trầm cảm, Parkinson.
- Khám lâm sàng cần loại trừ ngay rối loạn thần kinh trung ương.
- Khám bụng: lưu ý tìm u, bụng chướng, phân cứng trong đại tràng.
- Thăm hậu môn – trực tràng



- Rất quan trọng để chẩn đoán chứng nghệt phân, phát hiện bệnh lý hậu môn trực tràng.
- Nếu bệnh nhân than 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.
- Thăm hậu môn trực tràng: nhìn xem có sẹo, dò, nứt, trĩ ngoại. Thăm hậu môn trực tràng để tìm xem có khối phân nghệt, chít hẹp, khối u hay không.

### Xét nghiệm

- Sinh hóa máu: Ion đồ (đánh giá  $K^+$ ,  $Ca^{2+}$ ), xét nghiệm chức năng tuyến giáp nếu nghi ngờ táo bón do nguyên nhân nội tiết, chuyển hóa.
- 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 kèm theo 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 ngay chỗ hẹp (nếu có).
- Các xét nghiệm chuyên khoa khác: đo thời gian vận chuyển ở đại tràng, các xét nghiệm đánh giá chức năng vùng hậu môn, trực tràng và sàn chậu.

**Bảng: Tiếp cận bệnh nhân tiêu chảy và táo bón**

CÁC BƯỚC TIẾP CẬN BỆNH NHÂN	
TIÊU CHẢY	TÁO BÓN
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Thực sự tiêu chảy?</li> <li>2. Cấp tính/mạn tính?</li> <li>3. Nguyên nhân</li> <li>4. Hệ quả <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mất nước</li> <li>• Rối loạn điện giải</li> <li>• Nhiễm trùng/nhiễm độc</li> </ul> <i>Đề nghị các cận lâm sàng hỗ trợ</i> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Thực sự đúng định nghĩa táo bón?</li> <li>2. Cơ chế gì?</li> <li>3. Triệu chứng gợi ý bệnh lý thực thể / cơ năng</li> <li>4. Triệu chứng gợi ý bệnh lý lành tính / ác tính</li> <li>5. Đánh giá tổng thể <ul style="list-style-type: none"> <li>• Đặc điểm tâm lý – thần kinh</li> <li>• Bệnh lý nội – ngoại khoa phối hợp</li> <li>• Các thuốc đang sử dụng</li> </ul> <i>Đề nghị các cận lâm sàng hỗ trợ</i> </li> </ol>

**\* Một số hình ảnh minh họa**



Hình 1: Hồng ban nút



Hình 2: Xạm da (Bệnh Addison)



Hình 3: Lồi mắt



Hình 4: Ngón tay dùi trống

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Harrison's Principles of Internal Medicine tái bản lần thứ 17 (2008). Nhà xuất bản Mc-Graw's Hill.
2. Problem-Oriented Medical Diagnosis, tái bản lần thứ 7 (2002). Nhà xuất bản Lippincott William & Wilkins.
3. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, tái bản lần thứ 8 (2006). Nhà xuất bản Elsevier.