

# ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN

Chú ý tô highlight đóng khung



**TS. BS. Quách Trọng Đức**  
Phó Chủ Nhiệm Bộ Môn Nội Tổng Quát  
Đại Học Y Dược TP. HCM

# Các nhóm bệnh ở đại tràng

## 1. Hội chứng ruột kích thích

## 2. U

- Lành tính
- Ác tính (nguyên phát / thứ phát)

## 3. Viêm

- Viêm nhiễm
- Viêm không nhiễm

## 4. Bệnh lý khác

- Túi thừa
- Bệnh loét (loét TT đơn độc, loét ĐT đơn giản vô căn, bệnh Behcet)
- Tăng sản dạng lympho (lymphoid hyperplasia)
- Viêm ruột tăng eosinophile
- Lạc nội mạc tử cung
- Amyloidosis

# Các nhóm bệnh viêm loét đại tràng

## 1. Viêm nhiễm

### A. Vi trùng

- DT bên trái là chính yếu: Shigella, Gonorrhea, Chlamydia
- DT bên phải là chính yếu: Salmonella, Yersinia, Campylobacter,
- DT bên phải là chính yếu: Lao (viêm đặc hiệu)

### B. Ký sinh trùng

- Amibe / giun lươn / sán máng / Balantidium coli

### C. Virus

- CMV (cơ hội trên tổn thương loét DT sẵn có làm chậm lành)
- Rota virus, Parvo-like virus

### D. Nấm:

- Histoplasma, Actinomyces

## 2. Viêm không nhiễm

A. **Bệnh viêm ruột (IBD): Viêm loét DT-TT xuất huyết (UC), Viêm ruột từng vùng (Crohn), viêm đại tràng vi thể.**

B. Viêm đại tràng thiếu máu

C. Viêm đại tràng do tia xạ

## 3. Tiêu chảy do kháng sinh (đặc biệt: viêm đại tràng màng giả)

# **BỆNH VIÊM RUỘT**

## **(IBD: Inflammatory Bowel Disease)**

Viêm loét ĐT – TT xuất huyết (VLĐTTTTXH)

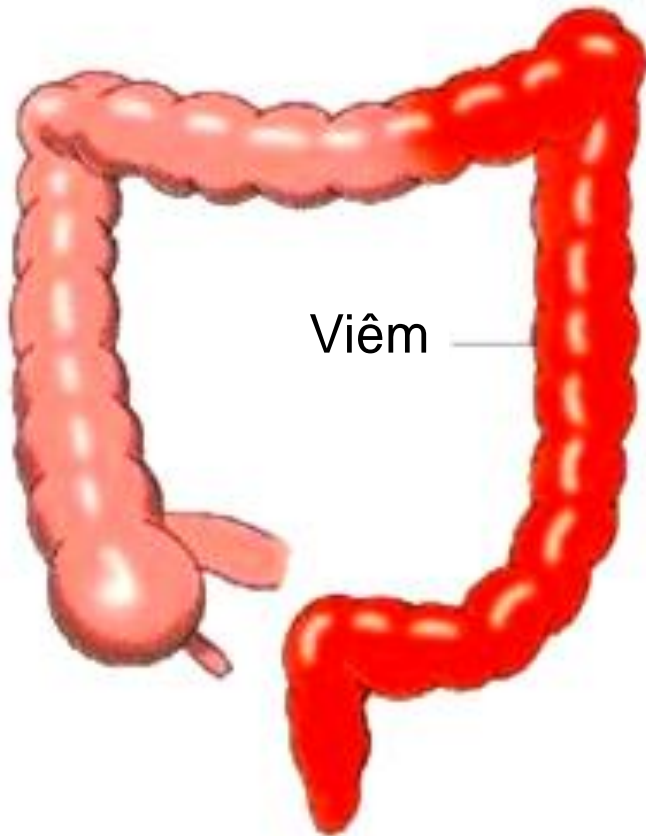
(Ulcerative Colitis)

Viêm ruột từng vùng

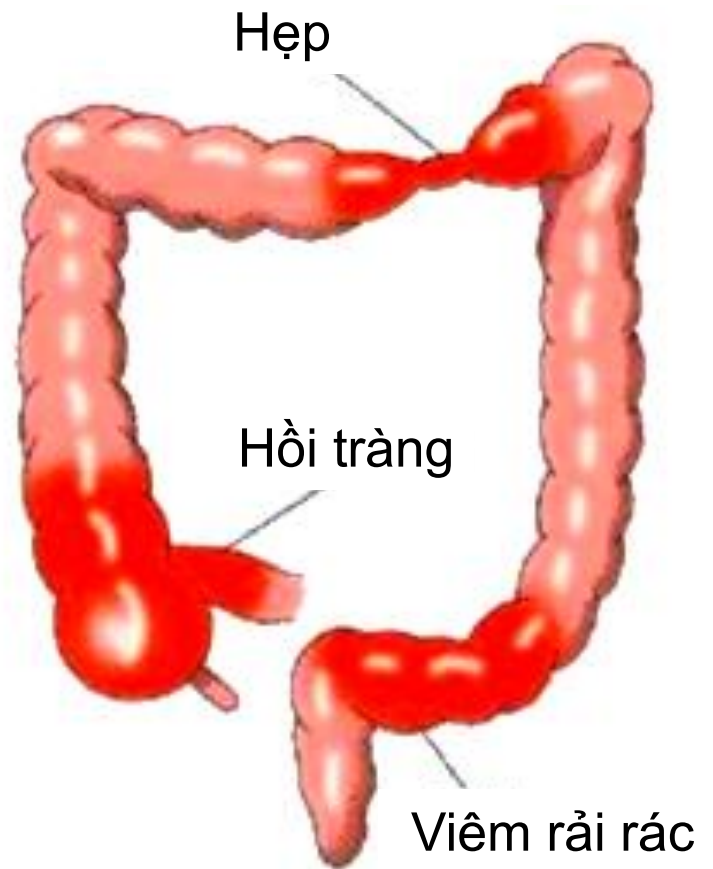
(Crohn)

# Đặc điểm phân bố tổn thương

## VIÊM LOÉT ĐT-TT XUẤT HUYẾT



## CROHN



# VIÊM LOÉT ĐT – TT XUẤT HUYẾT

- Viêm lớp nông (niêm & dưới niêm mạc), hiếm khi bị toàn bộ các lớp của thành ĐT
- Từng triệu chứng LS, NS, XQ, GPB không chuyên biệt, nhưng **CĐ dễ nếu phối hợp**
  - diễn tiến lâm sàng điển hình
  - các dấu hiệu trên nội soi và x quang phù hợp
  - Loại trừ các tác nhân vi sinh  
(thường không cần GPB)

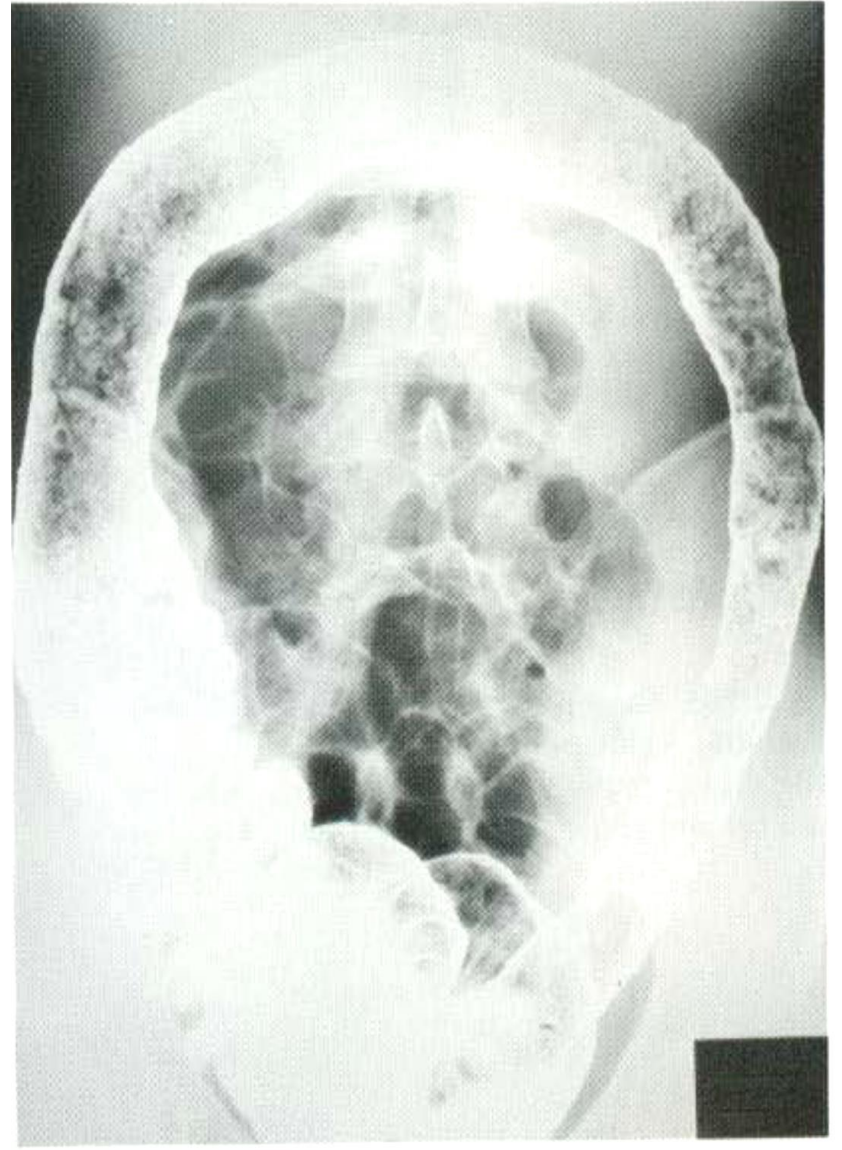
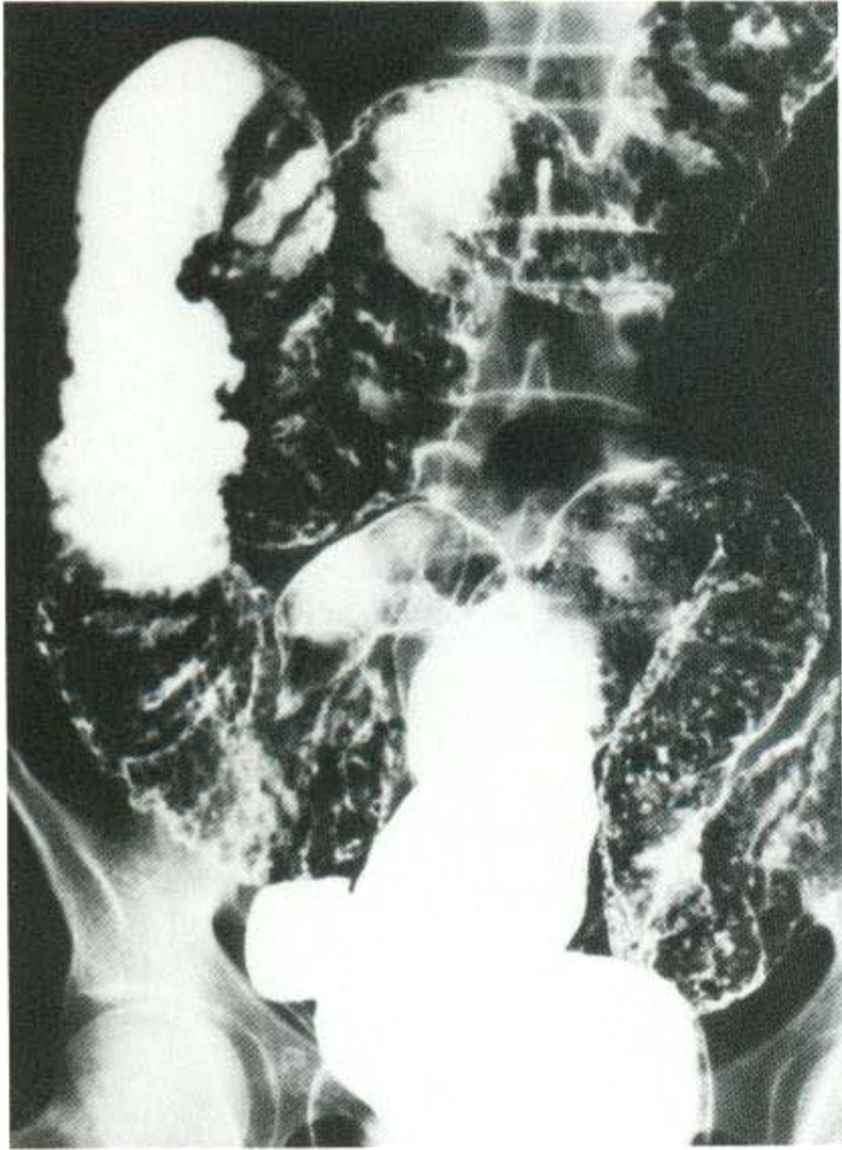
# VIÊM LOÉT ĐT – TT XUẤT HUYẾT

1. **Lâm sàng:** tái phát nhiều đợt, với TC viêm ĐT

2. **X quang:**

- Tổn thương viêm liên tục, cân xứng lan lên trên xuất phát từ TT.
- Nếu tình trạng viêm đã lâu dài có thể dẫn đến hẹp lòng và rút ngắn đại tràng.

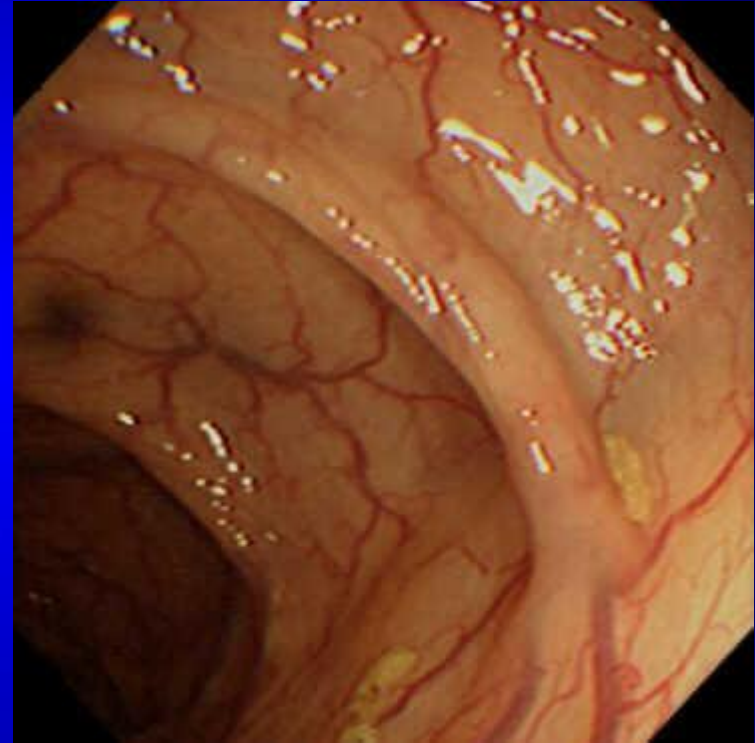




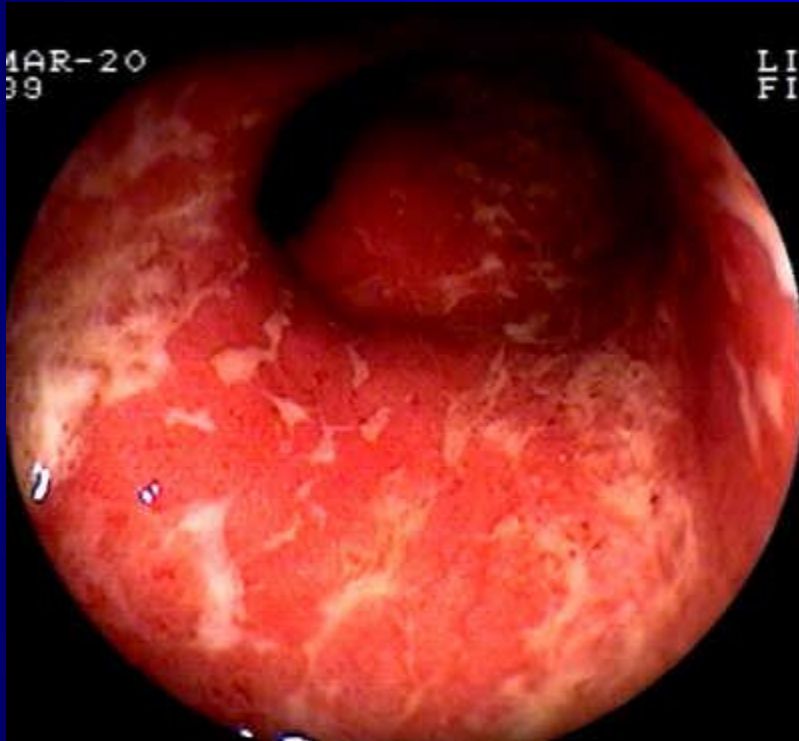
# VIÊM LOÉT ĐT – TT XUẤT HUYẾT

3. **Nội soi:** không chuyên, nhưng có các đặc điểm gợi ý:
- Viêm lan tỏa, đoạn TT luôn bị ảnh hưởng
  - Không có tổn thương ngắt quãng: Nếu có loét thì mô xung quanh luôn viêm, Nếu ở GĐ lui bệnh thì phần niêm mạc “lành” giữa các tổn thương nhìn có vẻ như bình thường nhưng ± thấy teo niêm mạc / sinh thiết thấy viêm mạn.
  - Không có sự hình thành sẹo hẹp lòng ruột

# ĐẠI TRÀNG BÌNH THƯỜNG

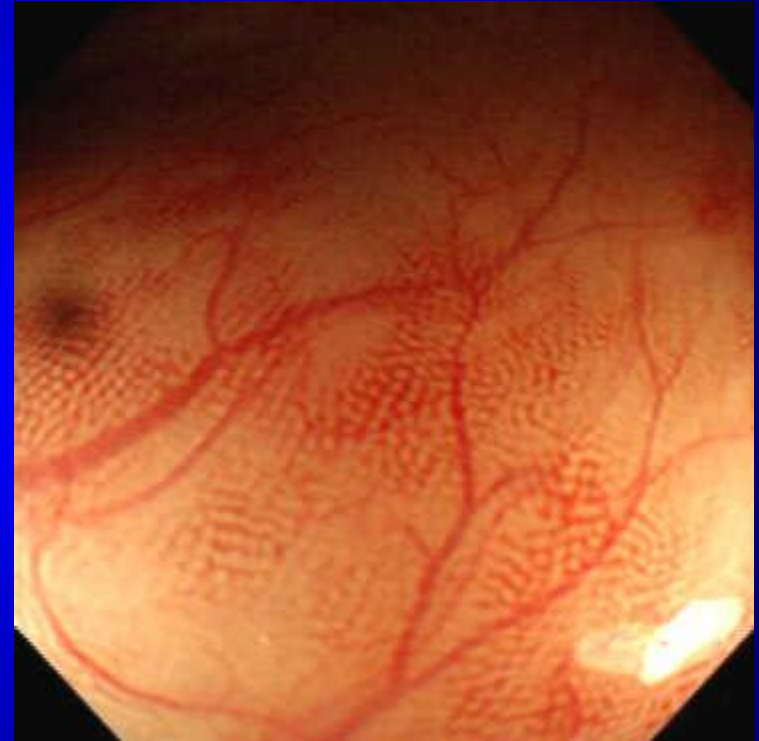


# VIÊM LOÉT ĐT – TT XUẤT HUYẾT

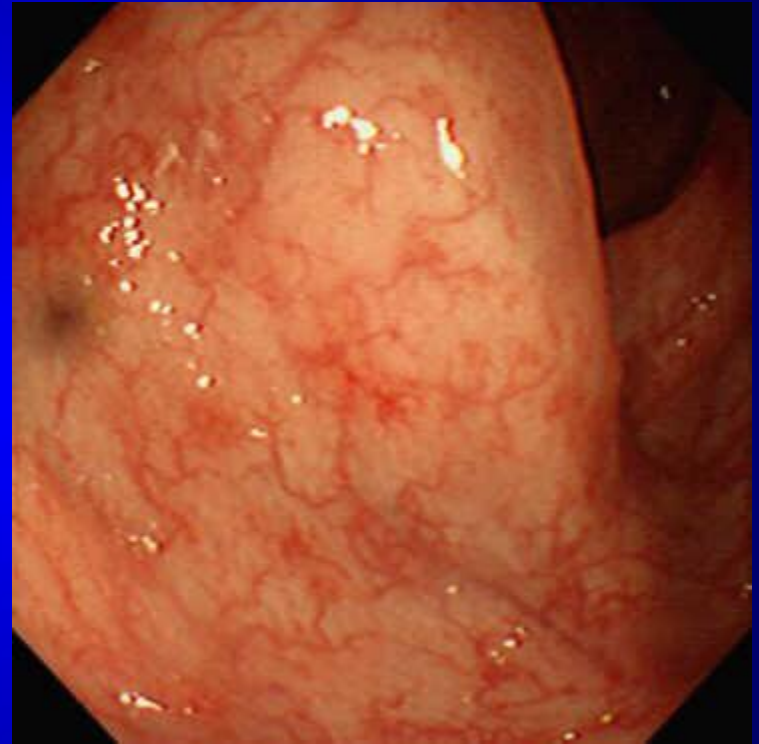




# VIÊM LOÉT ĐT – TT XUẤT HUYẾT



# VIÊM LOÉT ĐT – TT XUẤT HUYẾT



# VIÊM LOÉT ĐT – TT XUẤT HUYẾT

4. **GPB**: viêm không đặc hiệu, thường không cần thiết nếu triệu chứng lâm sàng và hình ảnh nội soi điển hình, và không ghi nhận tác nhân gây bệnh nào.

# VIÊM LOÉT ĐT – TT XUẤT HUYẾT

## CHẨN ĐOÁN

1. Phối hợp LS + HÌNH ẢNH (NS, XQ)

2. Loại trừ các chẩn đoán khác

1. Nhiễm trùng: *Shigella*, *Campylobacter*, *amibe* ...
2. Viêm đại tràng do kháng sinh
3. Viêm đại tràng thiếu máu



# VIÊM LOÉT ĐT – TT XUẤT HUYẾT

## Vai trò chủ yếu của nội soi nhằm

1. Chẩn đoán
2. Đánh giá giai đoạn & độ nặng của bệnh
3. Theo dõi, đánh giá đáp ứng điều trị
4. Phát hiện ung thư

# VIÊM LOÉT ĐT – TT XUẤT HUYẾT

## Vai trò chủ yếu của sinh thiết làm GBP

1. Loại trừ tổn thương khác
2. Đánh giá độ nặng & giai đoạn của bệnh  
(nhạy hơn NS nhằm định hướng cho theo dõi và chiến lược điều trị)
3. Phát hiện ung thư

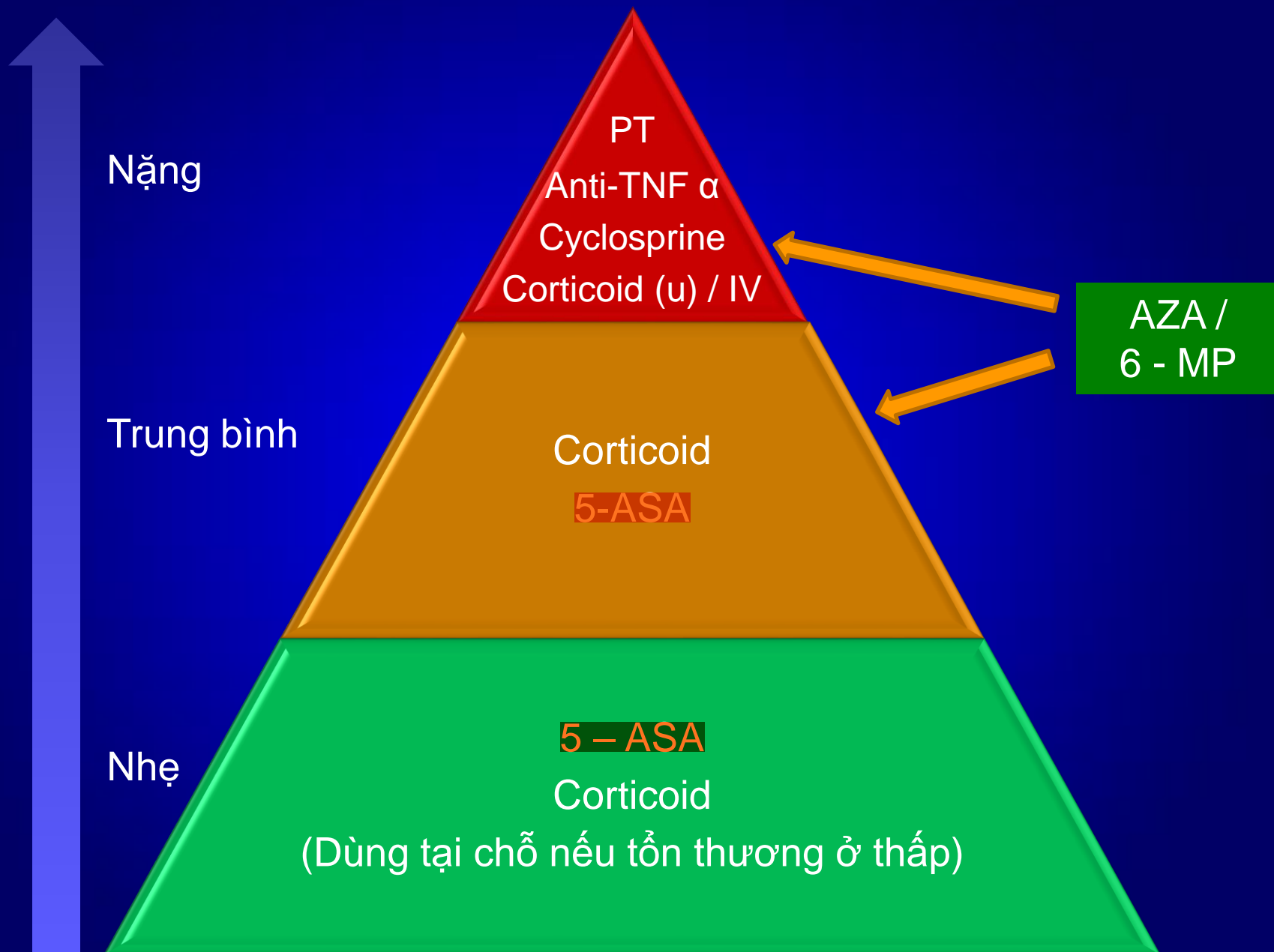
# Mức độ lan rộng VLĐTTTXH



# Mức độ nặng của VLĐT-TTXH

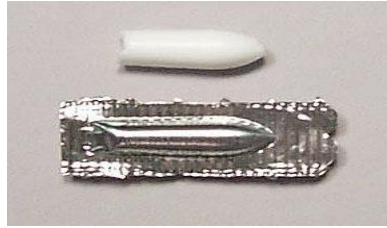
(phân loại Truelove & Witts)

	Nhẹ	Trung bình	Nặng
<b>Số lần đi tiêu / ngày</b>	< 4	4-6	≥ 6 HOẶC ≥ 1 TC toàn thân (*)
<b>Máu trong phân</b>	Rất ít	Giữa nhẹ - TB	Thấy rõ
<b>Sốt &gt; 37.8°C *</b>	Không	Không	Có
<b>Mạch &gt; 90/phút *</b>	Không	Không	Có
<b>Hb (&lt; 10g%)*</b>	Không	Không	Có
<b>VS (mm/h) *</b>	≤ 30	≤ 30	> 30





Tối đa đến góc lách đại tràng



# ĐIỀU TRỊ VLĐT-TT XUẤT HUYẾT

## *Các loại 5-ASA và vị trí tác động*

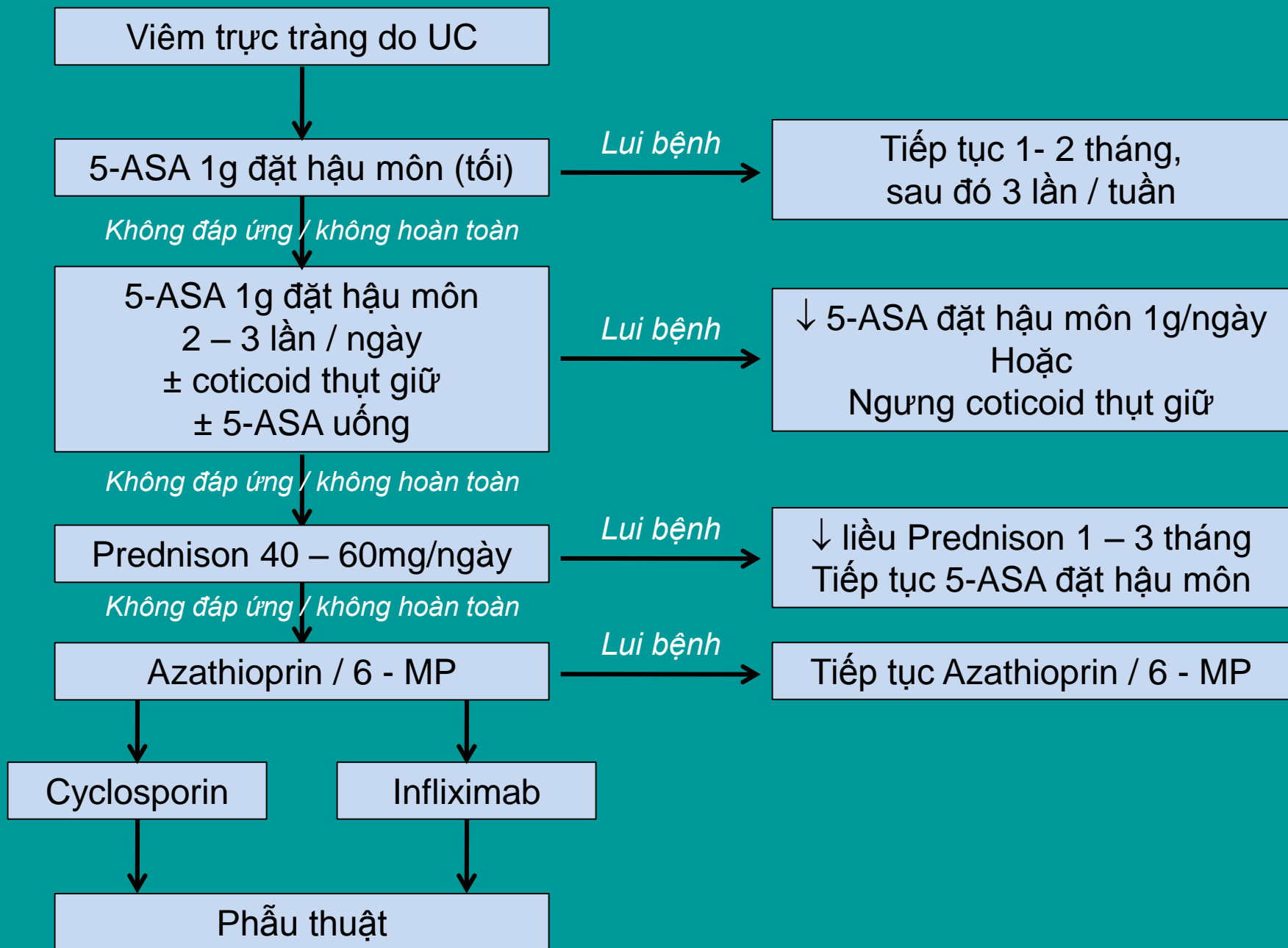
Loại	Vị trí tác dụng	Liều (g/ngày)
<b>Đường uống</b>		
Sulfalazine 500mg	Đại tràng	3 – 6
Olxalazine 250mg	Đại tràng	1,5 – 3
Balsalazide 750	Đại tràng	6,75
Asacol 400, 800mg (phóng thích chậm)	Hồi tràng đoạn xa, đại tràng	2,4 – 4,8
Pentasa 500, 1000 (phóng thích từ từ)	Dạ dày, đại tràng	2 – 4
<b>Dùng tại chỗ</b>		
Tọa dược 500, 1000mg	Trực tràng	1 – 1,5
Thụt giữ 1,4g	Trực tràng, góc lách	1 – 4 g/ mỗi 1 – 3 ngày

# ĐIỀU TRỊ VLĐT-TT XUẤT HUYẾT

## *Các thuốc thông dụng*

	Liều tác dụng	Thời gian chờ tác dụng	Tác dụng phụ	Lưu ý
5-ASA	Tùy loại	2 – 4 (tối đa 6 tuần)	Độc thận	Kiểm tra Creatinin trước điều trị và định kỳ 3 – 6 tháng / năm đầu sau đó mỗi năm
Corticoid	Prednisone: 40 – 60mg Methylprednison 40 – 60mg (TM) Hydrocortisone 200 – 300mg (TM)	< 3 tuần (TM nhanh hơn)	Cushingoid THA, bất dung nạp đường Dễ nhiễm trùng Trầm cảm Loãng xương Dễ nhiễm trùng Hoại tử vô mạch đầu xương đùi	- Kiểm tra tình trạng nhiễm trùng trước ĐT - Bổ sung D,Ca - Kiểm tra mật độ xương định kỳ - Kiểm tra định kỳ phát hiện biến chứng
Độc tế bào	Aza 2,5mg/kg/ngày 6-MP 1,5mg/kg/ngày Methotrexate 25mg/tuần (TB)	3 – 4 tháng	Suy tủy Độc gan, có thể gây xơ gan P/ứng dị ứng, viêm tụy, nhiễm trùng	- Kiểm tra định kỳ CTM & xét nghiệm CN gan





Chú ý: trước khi tăng lên bậc điều trị kế tiếp cần đánh giá kỹ (1) xác định lại chẩn đoán (2) Mức độ viêm đã lan lên xa hơn trực tràng ? (3) tuân thủ điều trị (4) nhiễm trùng kèm theo bị bỏ sót

# VIÊM ĐẠI TRÀNG TRÁI (tình trạng viêm lan đến góc lách đại tràng)

## Viêm đại tràng trái

Nội soi & sinh thiết để xác định  
mức độ lan rộng và hoạt tính



## Điều trị lui bệnh

Nhẹ - TB: **5-ASA uống + thắt giữ 5-ASA / corticoid**

Nặng: **Corticoid (uống / IV)**  
điều trị cứu vãn (nếu không đáp ứng steroid)  
(xem phác đồ điều trị bệnh nặng cấp tính)



## Điều trị duy trì

**5-ASA uống (+ / - 5-ASA thắt giữ)**  
**5-ASA uống + Thiopurin (Azathioprin / 6-MP)**  
(nêu tái phát thường xuyên / không đáp ứng corticoid)  
**Methotrexate uống / TB hoặc Anti-TNF**  
(nếu kháng / không dung nạp thiopurin)

# VIÊM ĐẠI TRÀNG LAN RỘNG (vượt quá góc lách)

## Viêm đại tràng lan rộng

Nội soi & sinh thiết để xác định mức độ lan rộng và hoạt tính



## Điều trị lui bệnh

Nhẹ

5-ASA uống

Trung bình

5-ASA (uống + tại chỗ)  
+ **sử dụng sớm corticoid**

Nặng:

Corticoid (uống / IV)

điều trị cứu vãn (nếu không đáp ứng steroid)  
(xem phác đồ điều trị bệnh nặng cấp tính)



## Điều trị duy trì

5-ASA uống

5-ASA uống + Thiopurin (Azathioprin / 6-MP)

(nêu tái phát thường xuyên / không đáp ứng corticoid)

**Methotrexate uống / TB hoặc Anti-TNF**

(nếu kháng / không dung nạp thiopurin)

**Nội soi ĐT tầm soát ung thư**

# ĐIỀU TRỊ VLĐT-TT XUẤT HUYẾT

## *Chỉ định phẫu thuật*

### Chỉ định khẩn

- Thủng
- Xuất huyết nặng
- Phình đại tràng nhiễm độc
- Viêm ĐT nặng, không đáp ứng với điều trị  
(tụy đại tràng không dẫn lớn)

# PHÌNH ĐẠI TRÀNG NHIỄM ĐỘC

*(Toxic megacolon)*

TC nhiễm độc toàn thân: với  $\geq 3 / 4$  triệu chứng

- Sốt  $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$
- M > 120 lần / phút
- BC > 10,500/mm<sup>3</sup>
- Thiếu máu

Kèm  $\geq 1 / 4$  triệu chứng

- Rối loạn tri giác
- Tụt huyết áp
- Dấu hiệu mất nước
- Rối loạn điện giải

Kèm dẫn ĐT trên XQ (kích thước d<sub>ĐT ngang</sub>  $\geq 6\text{cm}$ )



(<http://emedicine.medscape.com/article/181054-overview>)

# ĐIỀU TRỊ VLĐT-TT XUẤT HUYẾT

## *Chỉ định phẫu thuật*

### Chỉ định không khẩn

- Thất bại điều trị nội
- Tác dụng phụ của thuốc nhiều, không thể dùng thuốc đúng phác đồ
- Nghịch sản / ung thư không thể điều trị bằng nội soi
- Không có khả năng theo dõi và phát hiện ung thư ĐT đúng khuyến cáo

# ĐIỀU TRỊ VLĐT-TT XUẤT HUYẾT

*Hiệu quả của điều trị bằng phẫu thuật*

## Hiệu quả

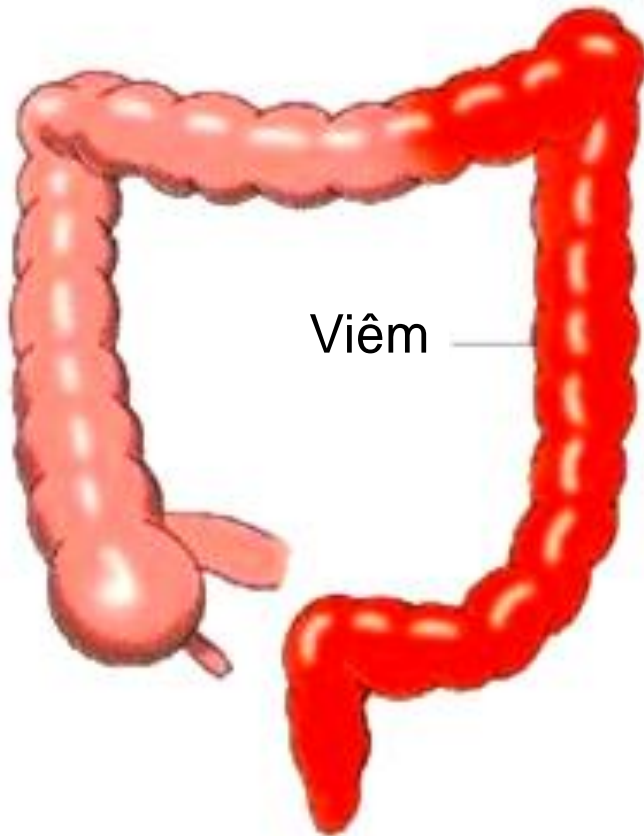
- Chữa lành bệnh đại tràng
- Chữa khỏi nhiều nhưng không phải tất cả TC ngoài ĐT:
  - Cải thiện: viêm móng mắt, viêm khớp
  - Không: viêm ĐM xơ hóa, viêm dính CS cứng khớp

**Phương pháp** thường là cắt toàn bộ ĐT + bóc lớp niêm và dưới niêm mạc của TT sau đó nối hồi tràng - OHM.

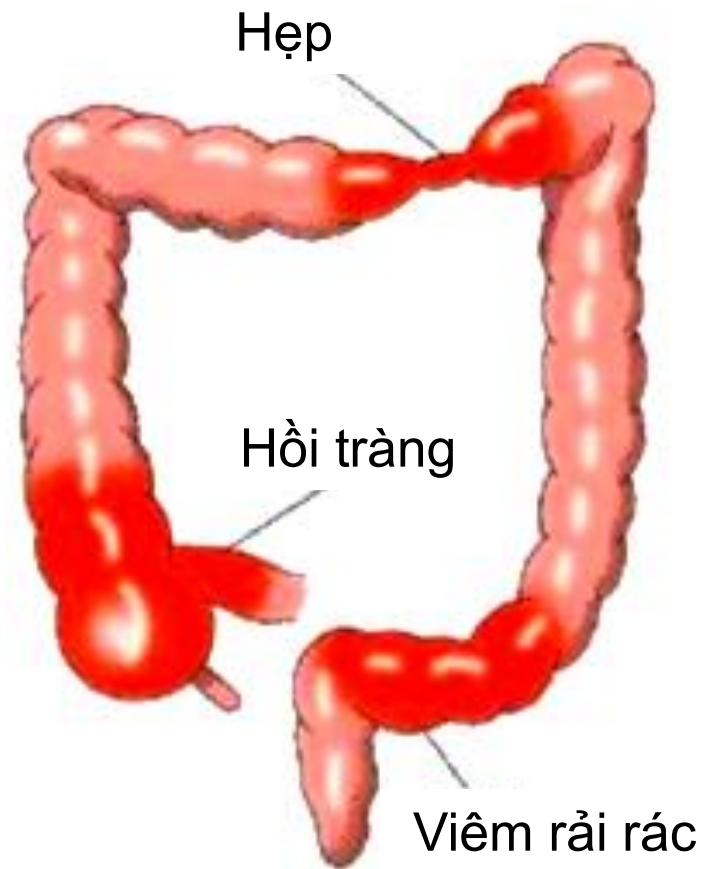


# Đặc điểm phân bố tổn thương

**VIÊM LOÉT ĐT-TT XUẤT HUYẾT**



**CROHN**



# CROHN

- Viêm tất cả các lớp của thành ống tiêu hóa  
→ nguy cơ biến chứng thủng / dò / hẹp

- Ảnh hưởng bất kỳ đoạn ống TH nào.

Tổn thương ĐT: gặp ở 20% trường hợp Crohn

# CROHN

## 1. Lâm sàng

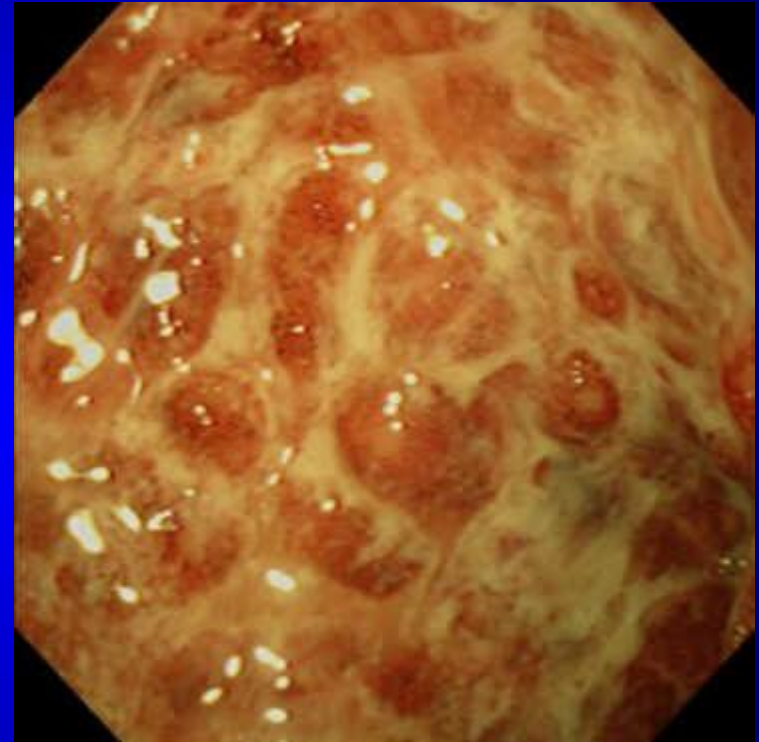
- Khởi phát
  - âm thầm, diễn tiến chậm nhưng kéo dài
  - **Hiếm khi đột ngột, tiêu máu như VLĐT-TTXH**
- Than phiền thường gặp: đau bụng kiểu quặn cơn.
- Có thể có các triệu chứng khác:
  - Tiêu chảy
  - Sốt và triệu chứng của đường dò
  - Đôi khi có thể giả ruột thừa viêm.
- Bệnh hậu môn: 75% kèm (nứt mạn tính, dò, loét)

# CROHN

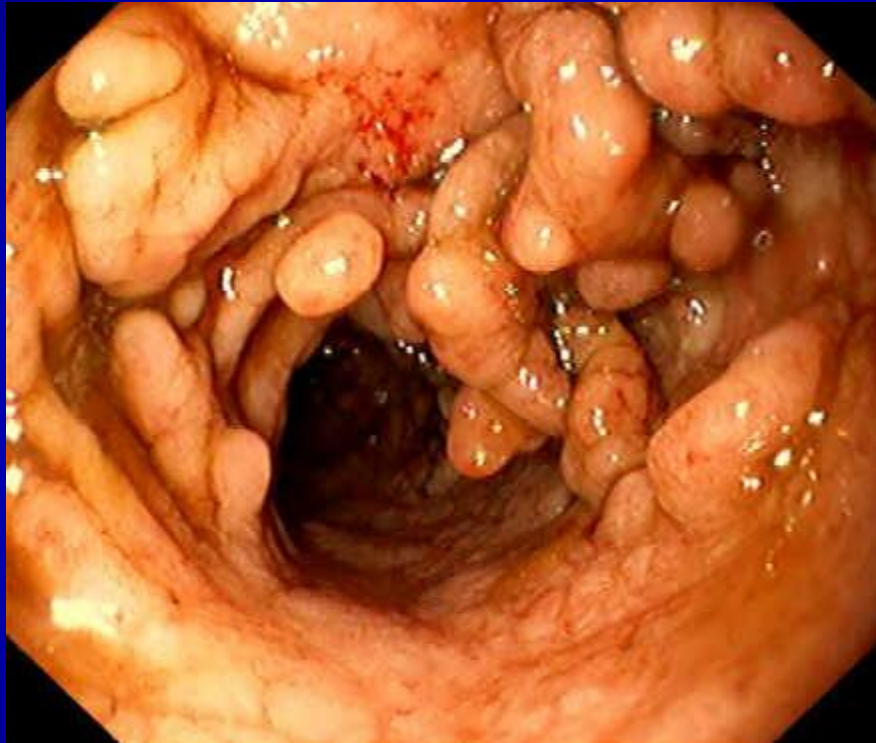
## 2. Nội soi

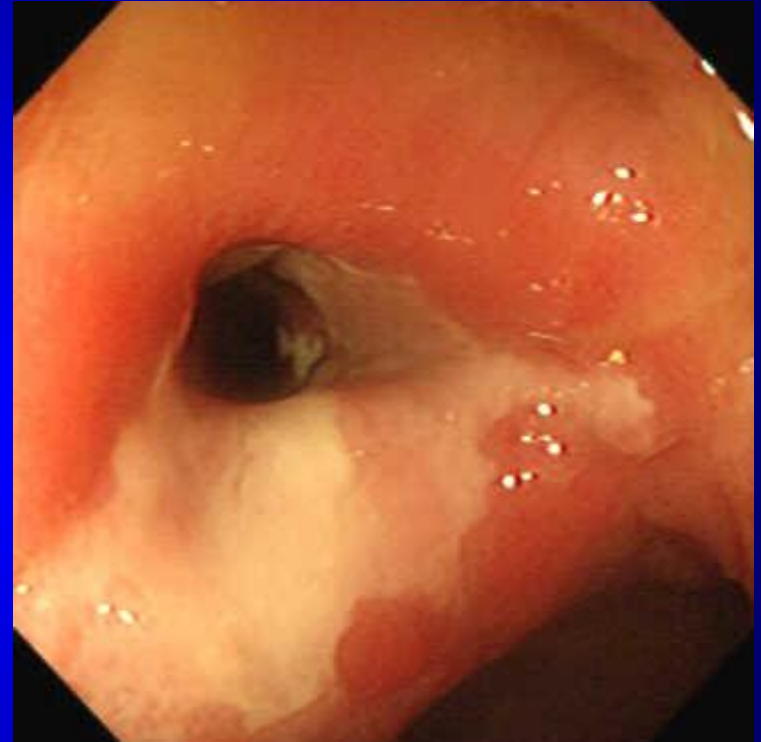
- Tổn thương NGẮT QUÃNG & KHÔNG ĐỐI XỨNG
- Hình ảnh đại thể nổi bật:
  - Loét dạng đường
  - Dạng lát đá (cobberstone)
  - Dày thành ruột và hẹp lòng ruột
  - Hình thành đường dò













# CROHN

## NỘI SOI

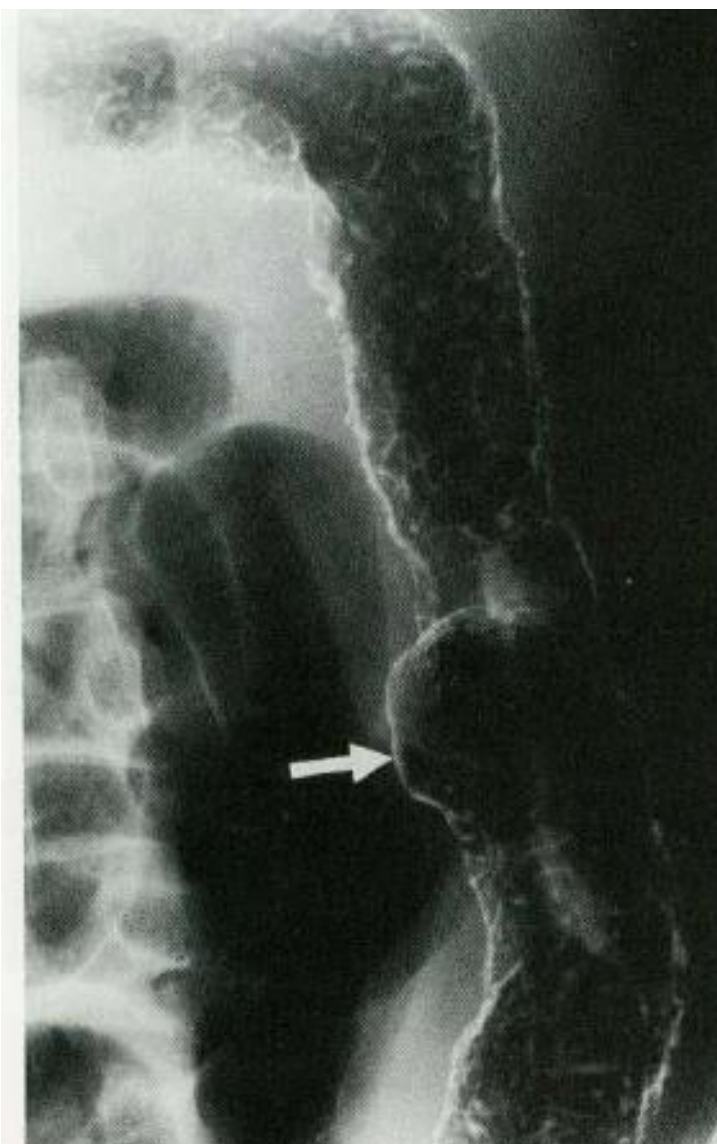
Tiến triển không đều như UC, nhìn chung gồm 3 GĐ

- Sớm nhất là loét rải rác dạng áp-tơ (nông), xung quanh là niêm mạc bình thường
- Loét tăng số lượng & kích thước, tình trạng phù nề của lớp dưới niêm tạo ra hình ảnh lát đá điển hình
- Giai đoạn sau: thành ruột dày lên và lòng ruột hẹp lại do hiện tượng xơ hóa.

# CROHN

## 2. X quang:

- Tổn thương từng đoạn
- Không cân xứng
- Loét dạng đường dài, Loét dạng dao  
(knife-like, transverse ulcers)
- Hình ảnh đá cuội trải đường
- Hình thành đường dò
- Có tổn thương ruột non phối hợp



# CROHN

## 3. GPB:

- Sinh thiết qua nội soi chỉ lấy được phần nông của lớp dưới niêm  
--> các tiêu chuẩn MBH quan trọng như viêm xuyên thành và vết nứt lại không thể đánh giá.
- Tuy nhiên, nếu kết hợp với hình ảnh đại thể thì sinh thiết có thể bổ sung thêm thông tin:
  - U hạt dạng sarcoid (khả năng phát hiện cao nhất khi sinh thiết ở các ổ loét nhỏ, sinh thiết bờ các ổ loét lớn ít nhạy)
  - Mức độ viêm không cân xứng giữa lớp niêm và dưới niêm
  - Viêm mô kẽ
  - Niêm mạc ở phần xa tổn thương còn bình thường

# CROHN

## CHẨN ĐOÁN

1. Phối hợp LS + HÌNH ẢNH (NS, XQ) + GPB

2. Loại trừ các chẩn đoán khác

- Lao
- Amibe
- ...

# CROHN : *Điều trị*

Khó đưa ra hướng dẫn chung do biểu hiện LS đa dạng

# CROHN : Điều trị ban đầu

- **Nhẹ:** 5-ASA --> Corticoid (nếu không đáp ứng)
- **TB- nặng:** Corticoid / độc tế bào --> Anti-TNF  $\alpha$  (nếu không đ/ứng)
- **Đợt bùng phát nặng (Flare)**
  - Corticoid (TM) / Anti-TNF $\alpha$
  - Tìm ổ áp xe (CT bụng)
  - Tìm đường rò, chỗ tắc nghẽn (CT bụng, Magnetic resonance enterography\_MRE)
  - Điều trị đường rò
    - ✓ KS, thuốc ức chế miễn dịch, Anti-TNF  $\alpha$
    - ✓ Các trường hợp thất bại: cần PT

# CROHN : *Điều trị duy trì*

- Nếu cần dùng Corticoid để lui bệnh  
--> duy trì bằng độc tế bào (Aza, 6-MP, Methotrexate)
- Nếu kháng corticoid + không dung nạp độc tế bào  
--> Anti-TNF $\alpha$
- Điều trị duy trì với KS, độc tế bào / Anti-TNF $\alpha$  nếu đã phẫu thuật nhiều lần.



# CROHN : *Vai trò của phẫu thuật*

- Phẫu thuật không thể chữa lành: cần phải hạn chế
- Chỉ định
  1. Thất bại điều trị nội
  2. Đường dò
  3. Áp xe
  4. Tắc ruột