

ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HỒ CHÍ MINH

# CHẨN ĐOÁN VIÊM ĐẠI TRÀNG

Võ Thị Mỹ Dung

[mydungvothi@ump.edu.vn](mailto:mydungvothi@ump.edu.vn)

Bộ môn Nội tổng quát, ĐHYD TPHCM

2018

# MỤC TIÊU

---

- 1. Trình bày các nguyên nhân VĐT**
- 2. Trình bày LS-CLS Viêm loét đại tràng**
- 3. Trình bày LS-CLS Viêm đại tràng do amibe**
- 4. Trình bày LS-CLS Viêm đại tràng do lao**
- 5. Trình bày LS-CLS Viêm đại tràng do xạ trị**

# NỘI DUNG

---

I. ĐẠI CƯƠNG

II. NGUYÊN NHÂN

III. GIẢI PHẪU BỆNH

IV. TRIỆU CHỨNG

V. THỂ LÂM SÀNG

VI. CHẨN ĐOÁN

VII. KẾT LUẬN

# ĐẠI CƯƠNG

---

- Viêm đại tràng: hội chứng → Đặt vấn đề
  - Nguyên nhân → Chẩn đoán
  - Cần phân biệt:
    - K đại tràng
    - Hội chứng ruột kích thích

# NGUYÊN NHÂN

- Nhiễm trùng
- Không rõ căn nguyên
- Nguyên nhân ít gặp

# NGUYÊN NHÂN

- Nhiễm trùng
  - Viêm đại tràng do amibe
  - VĐT do *Clostridium difficile* (VĐT màng giả)
  - VĐT do lao (Lao đại tràng, Lao hồi manh tràng)
  - VĐT do nấm: cơ địa suy giảm miễn dịch

# NGUYÊN NHÂN

- Không rõ căn nguyên - Autoimmune
  - Bệnh viêm đại tràng
  - Bệnh ruột viêm
  - Inflammatory Bowel Disease - IBD
    - Viêm loét đại tràng
      - Viêm trực tràng-đại tràng xuất huyết
    - Bệnh Crohn đại tràng
      - Viêm ruột từng vùng

# NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân khác
  - Viêm túi thừa đại tràng
  - VĐT do xạ trị
  - VĐT vi thể
  - VĐT do thiếu máu cục bộ (Bệnh tim mạch và đái tháo đường, Bệnh thận mạn và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Tiền căn sử dụng thuốc giảm đau, điều hòa miễn dịch, ma túy)



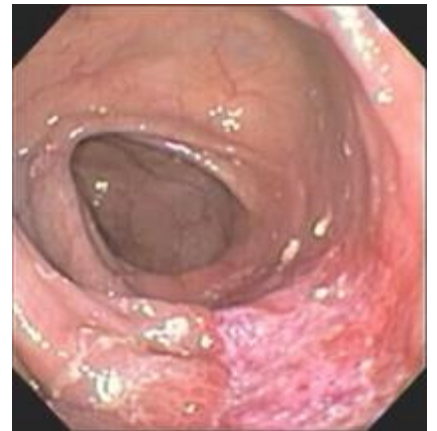
# GIẢI PHẪU BỆNH

## Đại thể

- Niêm mạc: sung huyết, xơ hóa, màng giả
- Các tổ chức mô hạt
- Túi thừa đại tràng
- Dò tiêu hóa

## Vi thể

- Tổn thương không đặc hiệu: viêm
- Tổn thương đặc hiệu: lao, amibe...



# TRIỆU CHỨNG

## Lâm sàng

- Đau bụng
- Rối loạn thói quen đi tiêu
- Phân bất thường
- Cảm giác tiêu không hết phân
- Khối u hố chậu P
- Thăm trực tràng
- Biểu hiện ngoài đường tiêu hóa

# TRIỆU CHỨNG

## Cận lâm sàng

- Khảo sát phân
- Chụp X quang đại tràng cản quang
- Nội soi đại tràng, sinh thiết
- Thăm dò tùy theo nguyên nhân

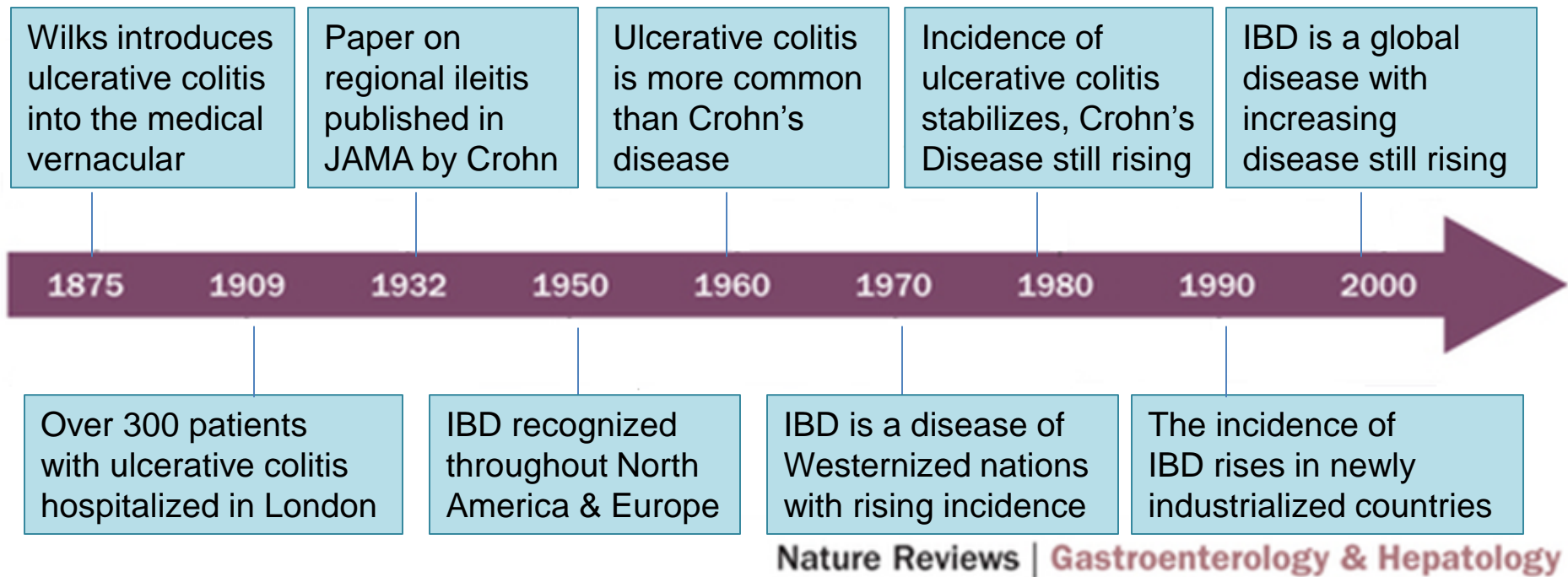
# BỆNH VIÊM ĐẠI TRÀNG – IBD

---

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

# Historical timelines of Crohn's disease & Ulcerative colitis throughout the world



# 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

# VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG

- 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

# Nguyên nhân VLĐT

Nguyên nhân chính xác chưa rõ

- **Di truyền** có vai trò trong bệnh nguyên (12-15%)
  - Những người thân quan hệ gần có nguy cơ cao
  - Một số vị trí gen liên có quan với VLĐT, HLA-DR & gen tham gia biệt hóa tế bào T helper 1 & 17
- **Miễn dịch**: viêm mô dạng lympho
  - Ức chế đáp ứng miễn dịch, sản xuất Glo miễn dịch
  - Sản xuất quá nhiều chất trung gian tiền viêm
  - Rối loạn điều hòa đáp ứng miễn dịch của mô lympho ruột với vi khuẩn hội sinh trong ruột



# Yếu tố nguy cơ VLĐT

- **Tuổi**
  - Khởi phát lần đầu thường trước 30 tuổi
  - Có thể xảy ra bất cứ tuổi nào, ít gặp ở trẻ em
  - Một số người bệnh lần đầu khi trên 60 tuổi
- **Chủng tộc**
  - Chủng tộc nào cũng có thể mắc bệnh
  - Người da trắng, Do Thái: nguy cơ cao bị bệnh
- **Sử dụng Isotretinoin** (điều trị bệnh trứng cá)

## Yếu tố bảo vệ

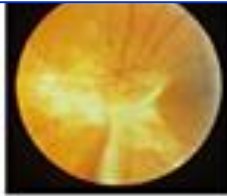
- Yếu tố ‘bảo vệ’ / khới thuốc lá?
- Cắt ruột thừa lúc trẻ (<20 tuổi): yếu tố bảo vệ
- Nhiễm giun, *H.pylori*: yếu tố bảo vệ?

# 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, tiêu 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 lui bệnh kéo dài



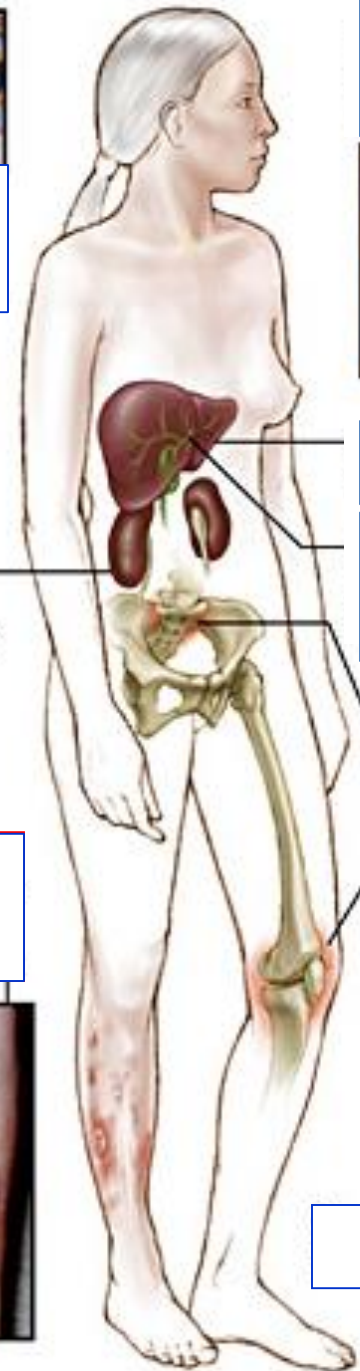
Viêm củng mạc  
Viêm màng bồ đào



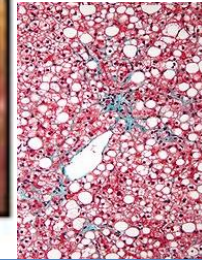
Sỏi thận  
Thận ứ nước  
Rò  
Nhiễm trùng tiểu

Hồng ban dạng nốt  
Mủ da hoại thư

**Biểu hiện  
ngoài ruột**  
10%-30%



Viêm miệng  
Loét dạng Aphth



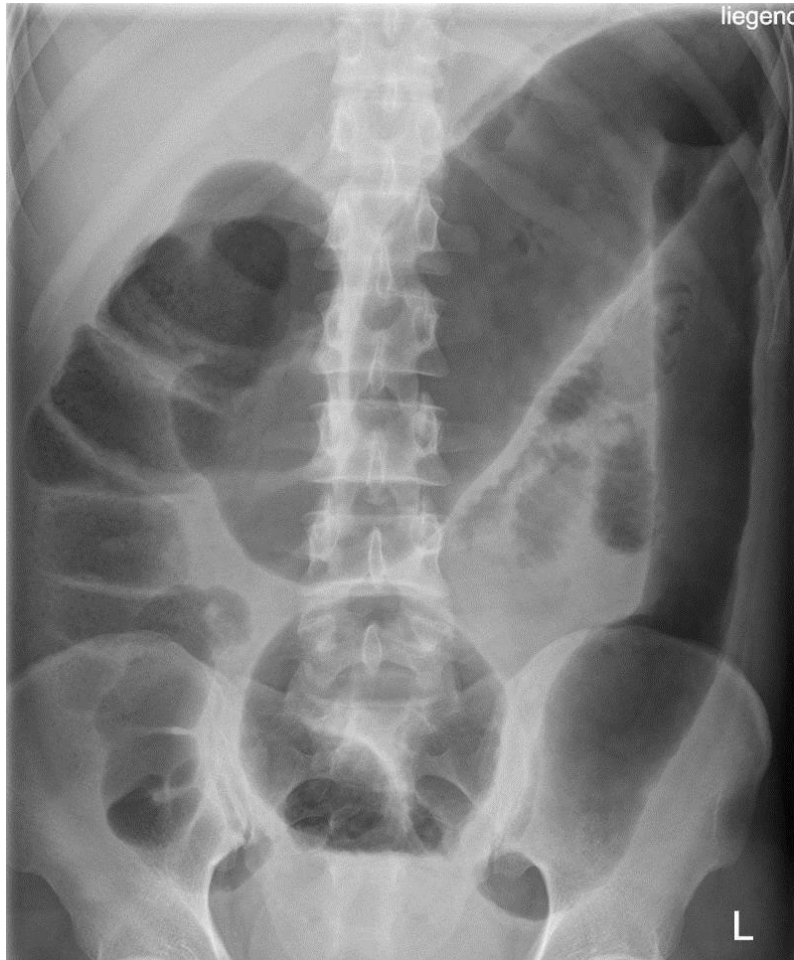
Gan nhiễm mỡ

Sỏi mật  
Viêm đường mật xơ hóa

Viêm cột sống  
Viêm khớp chậu  
Viêm khớp ngoại vi

Viêm tĩnh mạch

# 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

- 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

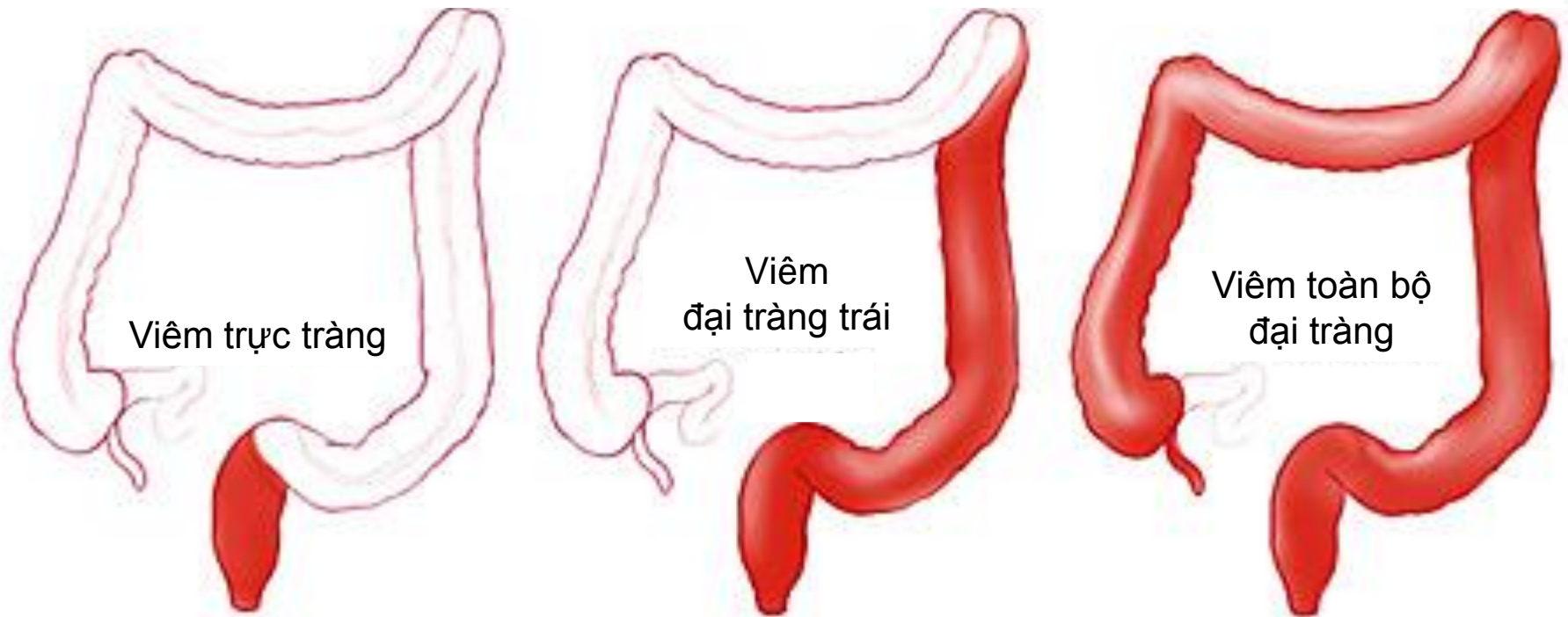
# DẤU ẤN HUYẾT THANH

	VLĐT	CROHN
pANCA	60-70%	5-10%
ASCA	10-15%	60-70%
Tự kháng thể kháng tế bào dạng ly biểu mô đại tràng	39%	30%
Kháng thể kháng đại tràng	36%	13%
Kháng thể kháng tế bào nang tuyến tụy	4%	31%

- pANCA: Perinuclear Anti-Neutrophil Cytoplasmic Antibody – Kháng thể kháng bào tương của bạch cầu đa nhân trung tính
- ASCA: anti-saccharomyces cerevisiae antibody

# Vị trí tổn thương

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



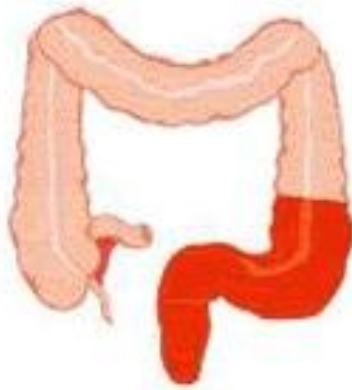


# Vị trí tổn thương

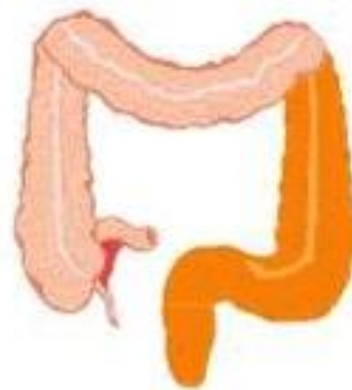
- **Proctitis** involves only rectum (A)
- **Proctosigmoiditis** involves the rectum & sigmoid colon (B)
- **Distal colitis** involves only the left side of the colon (C)
- **Pancolitis** involves the entire colon (D)
- **Backwash ileitis** involves the distal ileum



A



B



C



D



# Độ nặng theo Truelove – Witts

	<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>Tốc độ máu lắng</b>	< 20 mm/h	$\leq 30$ mm/h	> 30 <i>hoặc</i>
<b>CRP</b>	bình thường	$\leq 30$ mg/L	> 30 mg/L

# BỆNH CROHN ĐẠI TRÀNG

- Không rõ nguyên nhân
- 30-40% tổn thương ruột non đơn thuần
- 40-55% tổn thương ruột non & ruột già
- 15-25% tổn thương ruột già đơn thuần

# BỆNH CROHN ĐẠI TRÀNG

Đề có hỏi triệu chứng nào luôn gặp ở Crohn (ko đủ đề)

## ■ Triệu chứng lâm sàng

- Đau bụng: âm ỉ, HC P, không ↓ sau khi đi tiêu
- TC: phân lẫn máu, toàn máu: hiếm
- $\pm$  khối u ở HC P
- Tổn thương hậu môn-trực tràng: # ly
- Biểu hiện ngoài ruột (giống VLĐT)

# BỆNH CROHN ĐẠI TRÀNG

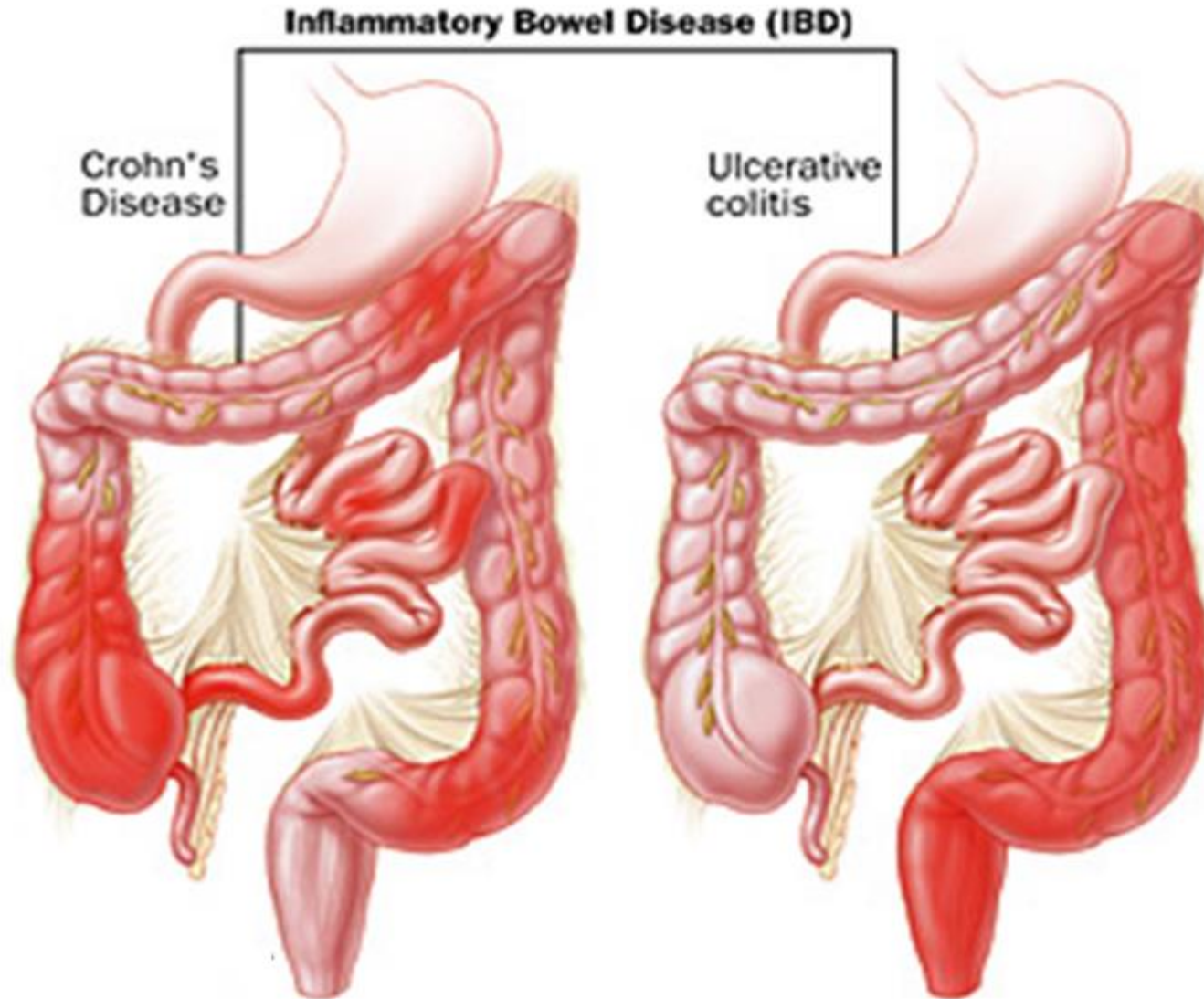
## ■ Cận lâm sàng

- Khảo sát miễn dịch dị ứng
- XQ bụng KSS:  $\perp$ , mất nếp, hẹp
- LB: phù nề, hẹp do xơ hóa, dò
- Nội soi đại tràng & sinh thiết
- Nội soi đường tiêu hóa trên
- XQ đường tiêu hóa trên, ruột non

# BỆNH CROHN ĐẠI TRÀNG

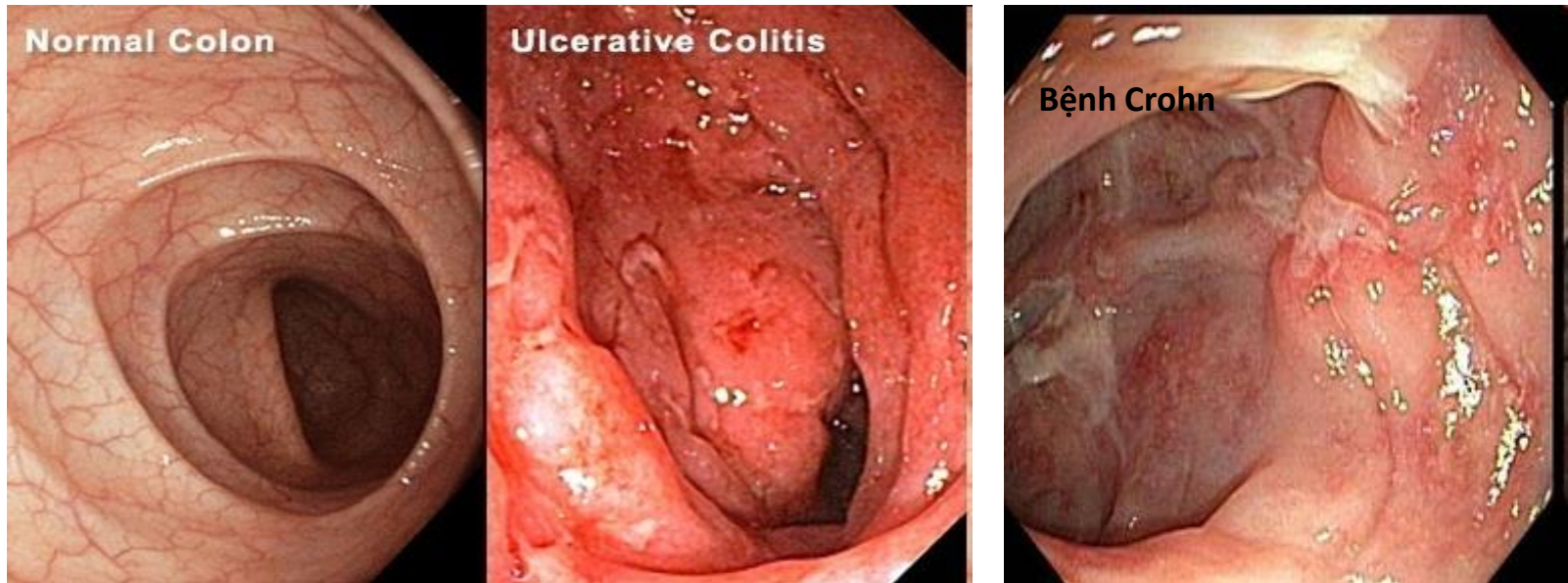
- **Biến chứng**
  - Hẹp
  - Dò tiêu hóa
  - Thủng
  - Phình đại tràng nhiễm độc
  - Ung thư hóa (hiếm)
  - Điều trị

# Vị trí tổn thương đại tràng IBD



# Nội soi đại tràng IBD

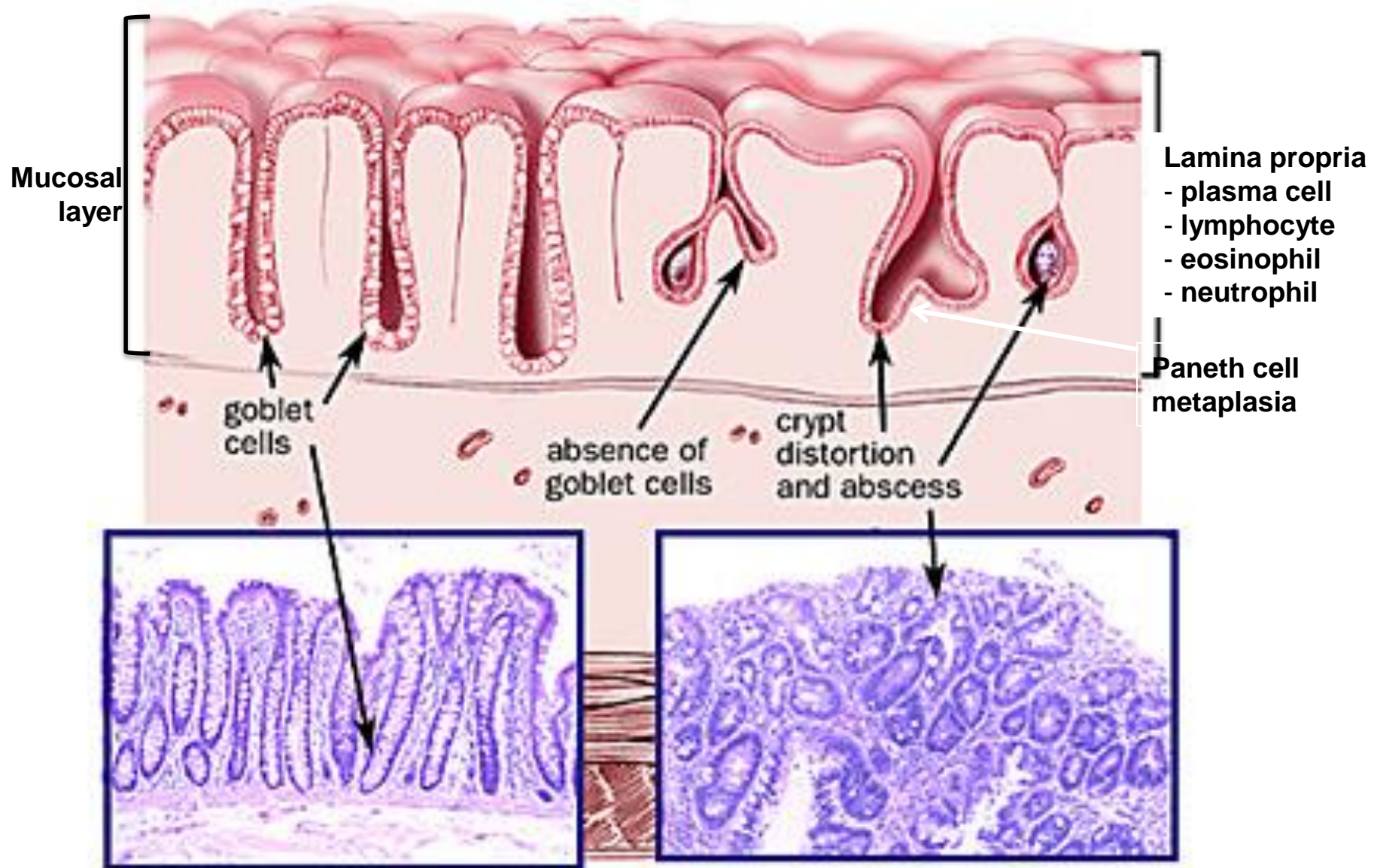
- VLĐT: viêm niêm mạc liên tục
- Bệnh Crohn: tổn thương xen kẽ mô lành





## Normal colon

## Ulcerative colitis



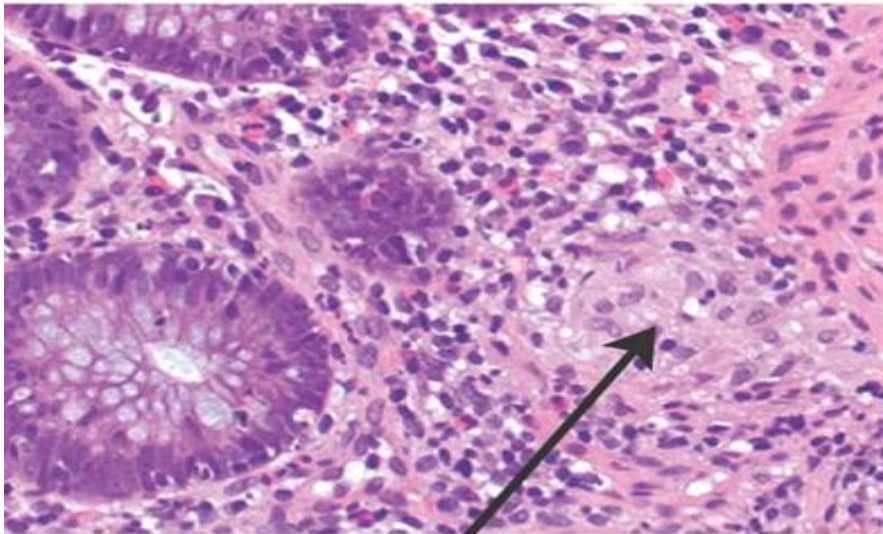


# MÔ HỌC IBD

VLĐT: viêm niêm mạc mạn, hốc áp-xe

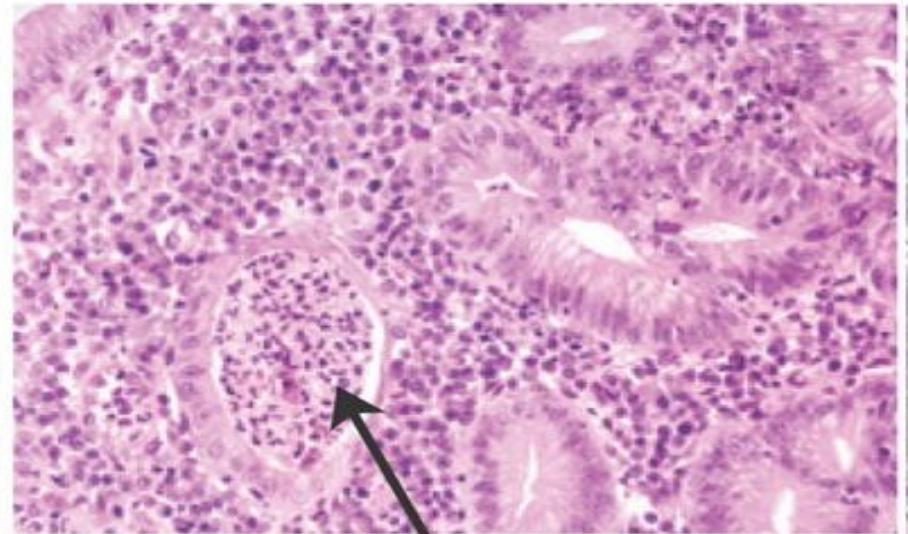
Crohn: tế bào khổng lồ đa nhân, u hạt không hoại tử

Crohn's disease

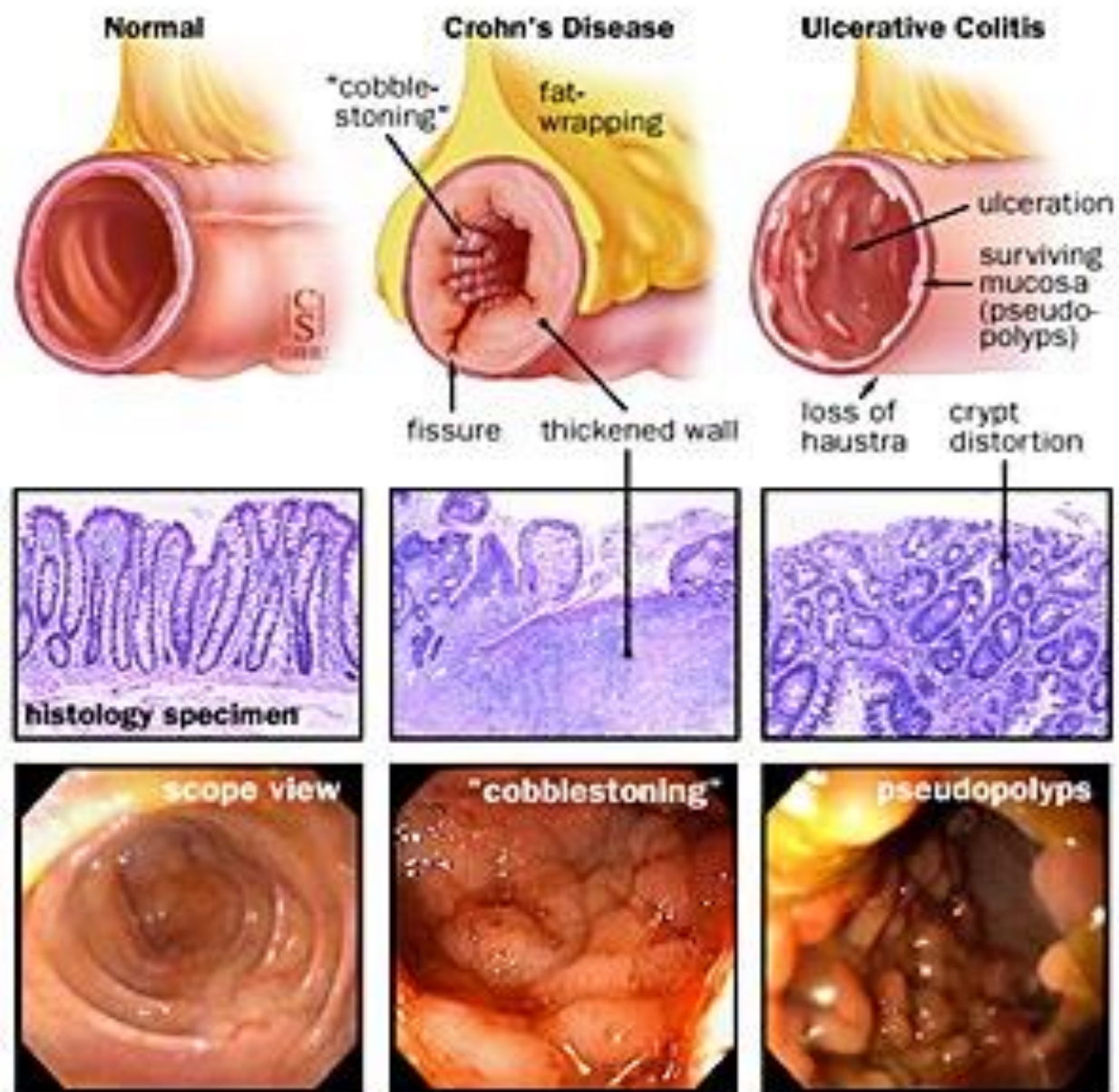


Granuloma

Ulcerative colitis



Crypt abscess



# VIÊM ĐẠI TRÀNG DO NHIỄM TRÙNG

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

# VIÊM ĐẠI TRÀNG DO A-MÍP

---

*Entamoeba histolytica* phá hủy niêm mạc

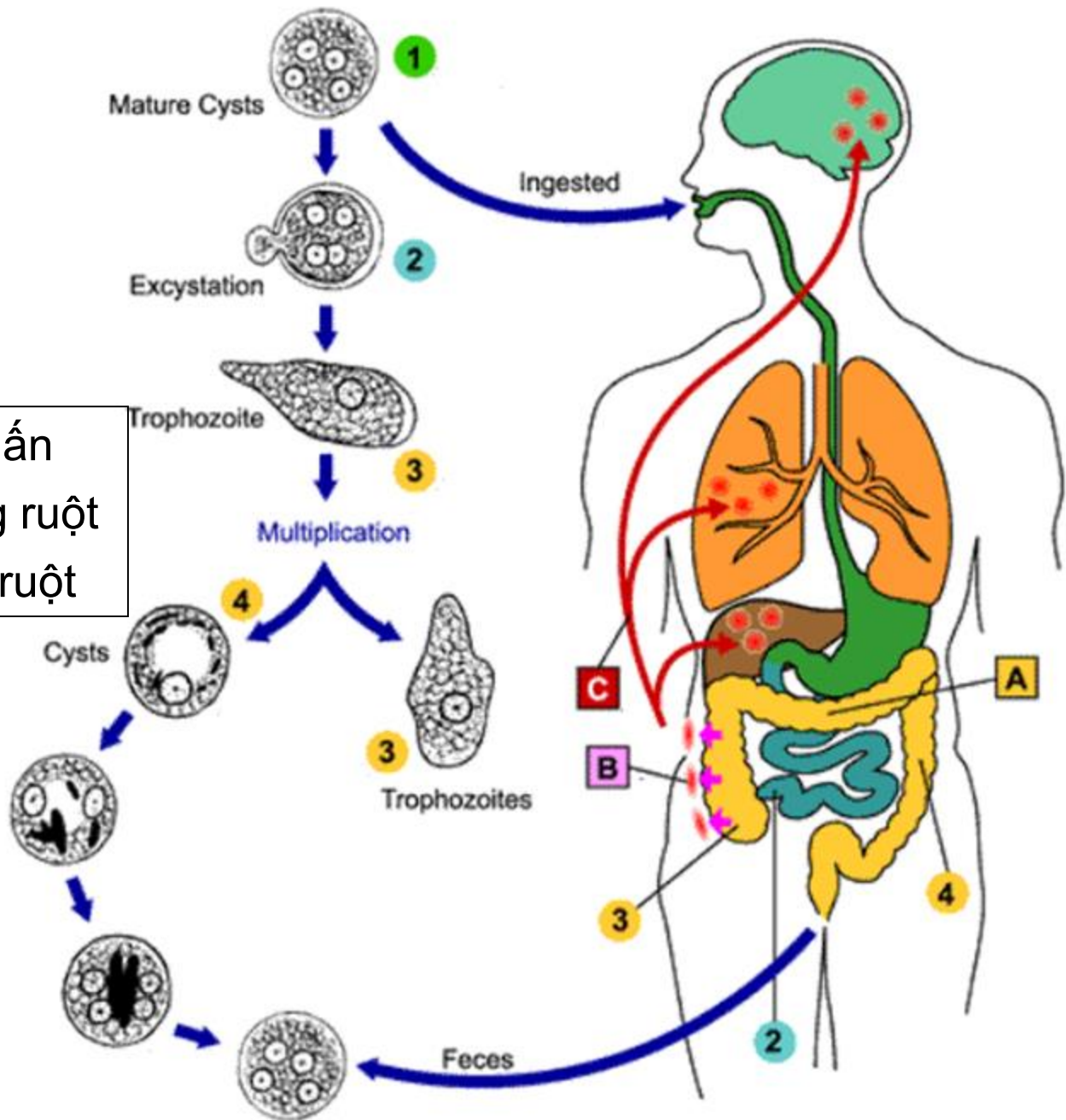
→ vết loét đại tràng: khoét rộng trong niêm mạc, lỗ vào thường rất nhỏ

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



# Đường xâm nhập của amibe

- A. không xâm lấn
- B. bệnh đường ruột
- C. bệnh ngoài ruột

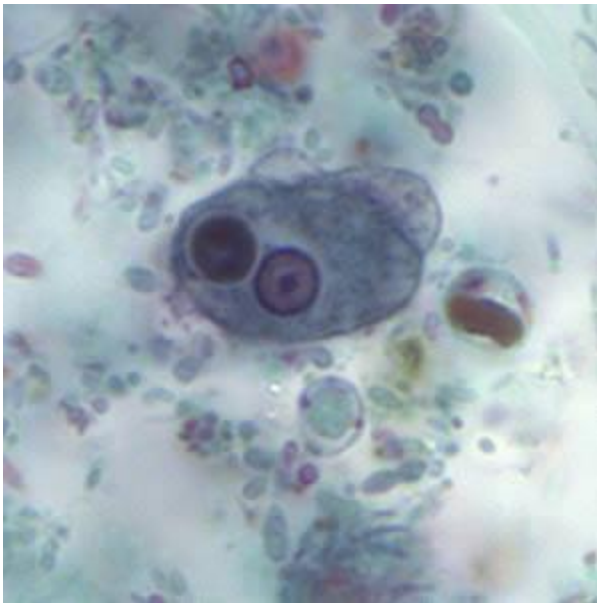


# LÂM SÀNG

- 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

- Phân: a-míp thể hoạt động, kén, HC, BC



# CẬN LÂM SÀNG

- Huyết thanh chẩn đoán amibe



- Kết quả < 2,5 giờ
- Dễ thực hiện
- Chuẩn hóa cao
- Độ đặc hiệu cao



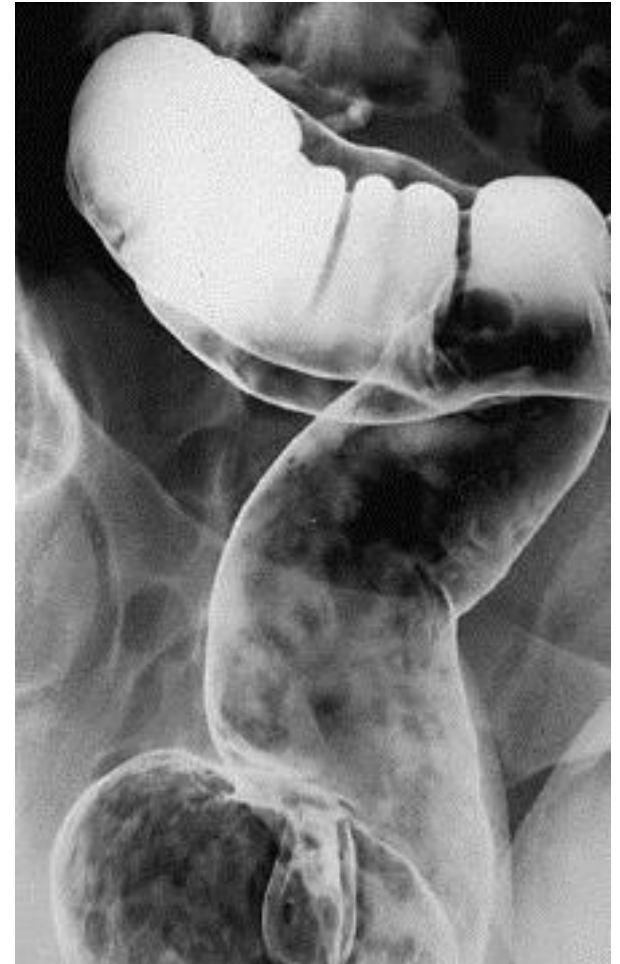
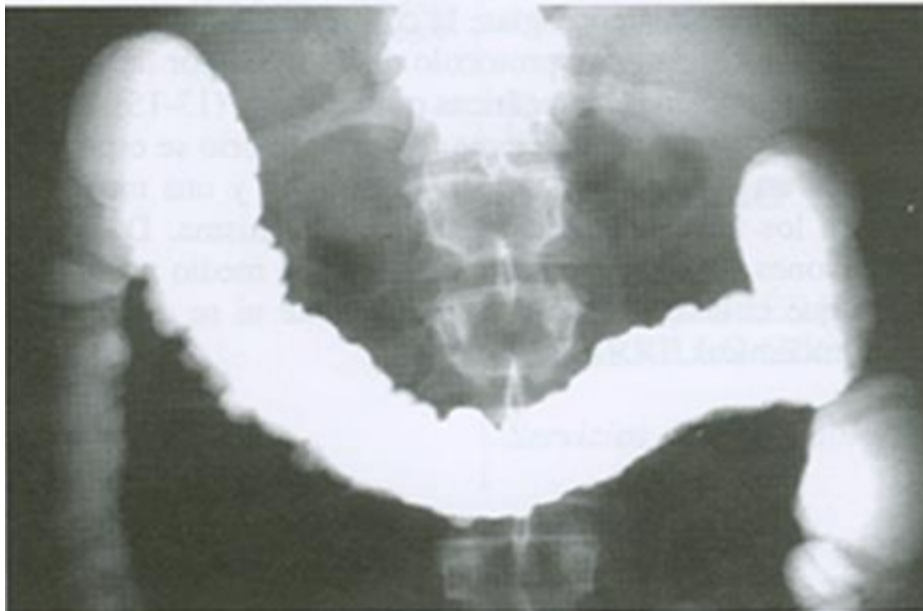
# CẬN LÂM SÀNG

- Nội soi đại tràng: vết loét hình dấu ấn ngón tay
  - Sinh thiết
  - Nạo niêm mạc



# CẬN LÂM SÀNG

- X quang đại tràng cản quang  
Vết loét tạo ảnh lồi dạng cổ chai



# 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 & cephalixin) 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

# 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



# CẬN LÂM SÀNG



# CẬN LÂM SÀNG

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



Complete. Precise. Fast.

**RIDA® GENE Clostridium difficile & Toxin A/B**

- real-time RT-PCR kit
- all components included
- high sensitivity and specificity

A photograph of the RIDA GENE Clostridium difficile & Toxin A/B test kit components. It includes several small vials with yellow, blue, and red caps, and a larger vial with a white cap, all arranged on a reflective surface.

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

# VIÊM ĐẠI TRÀNG DO LAO

---

- TNGB: *M. tuberculosis*
- Hồi manh tràng thường bị tổn thương
- TCLS

Hội chứng nhiễm lao chung

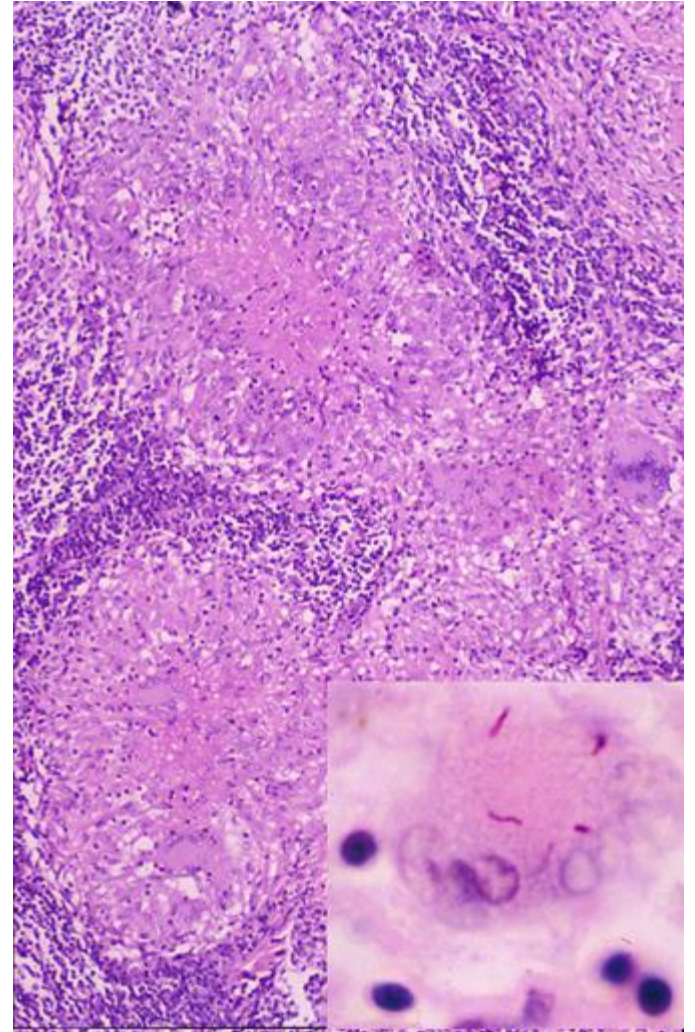
Triệu chứng nhiễm lao tại chỗ

- Tiêu chảy, phân nhầy, thi thoảng máu đỏ
- Khối u lao ở hố chậu phải, không đau
- Đau bụng âm ỉ, đau quặn gò cục  
dấu Koenig, tắc ruột

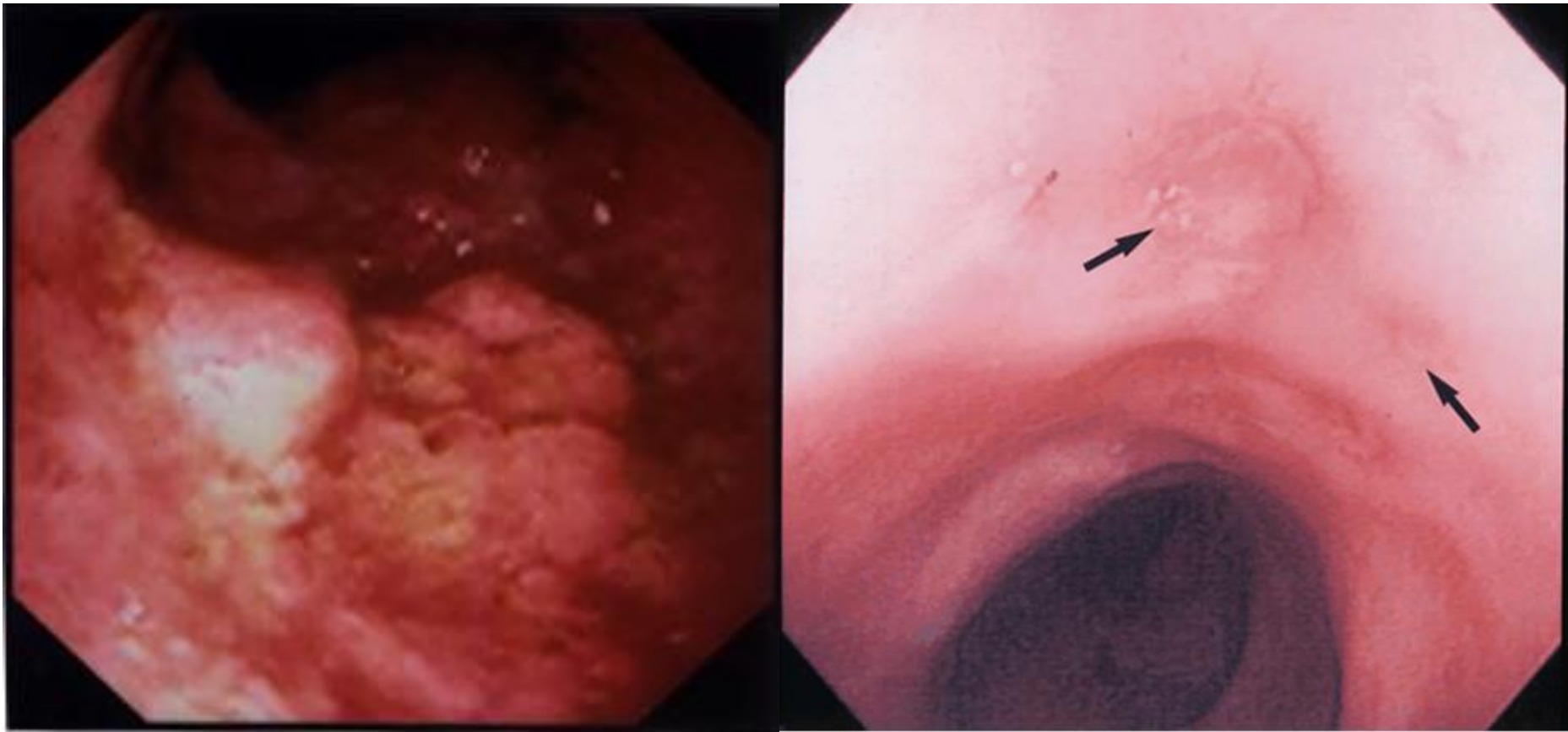


# LAO HỒI MANH TRÀNG

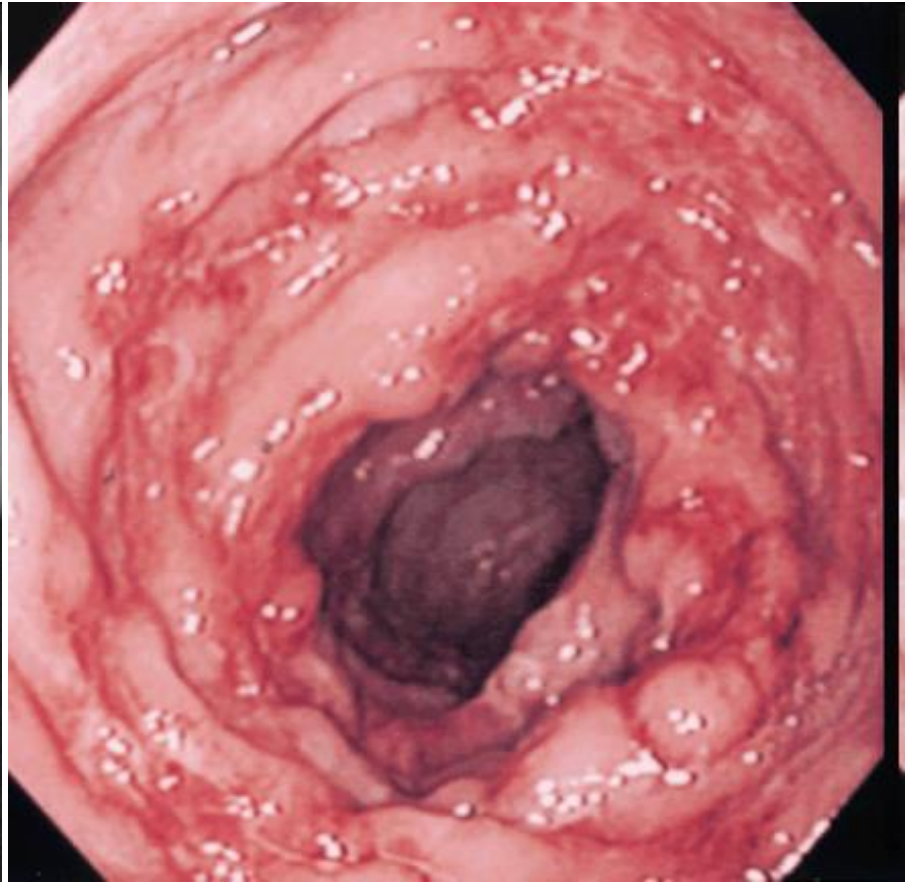
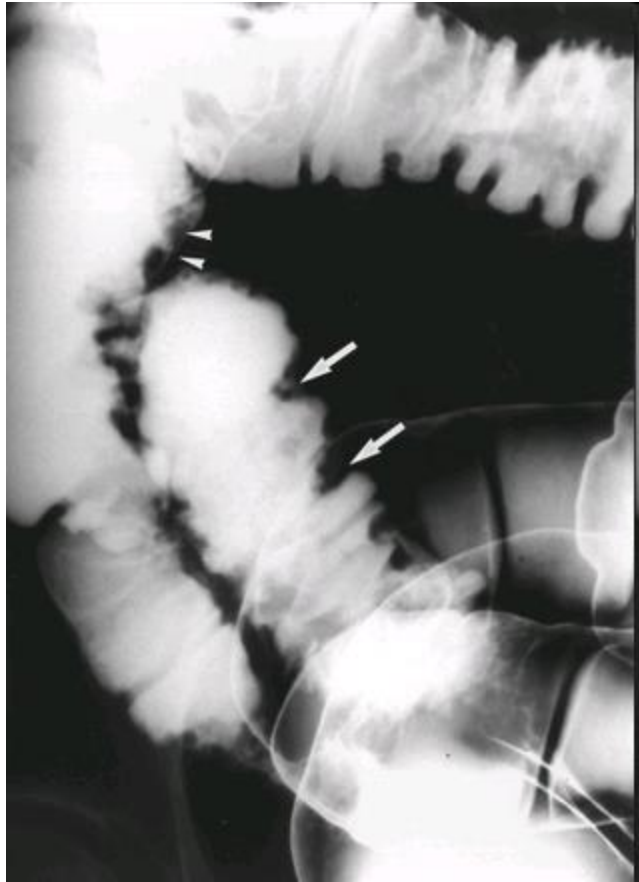
- CLS
  - Phân: nhuộm, cấy tìm BK
  - LB: Manh tràng dày cứng  
Hồi tràng chỗ hẹp chỗ phình
  - NSĐT & sinh thiết
  - Các xét nghiệm thăm dò  
nhiễm lao toàn thân,  
lao phổi hợp



# VIÊM ĐẠI TRÀNG DO LAO



# VIÊM ĐẠI TRÀNG DO LAO





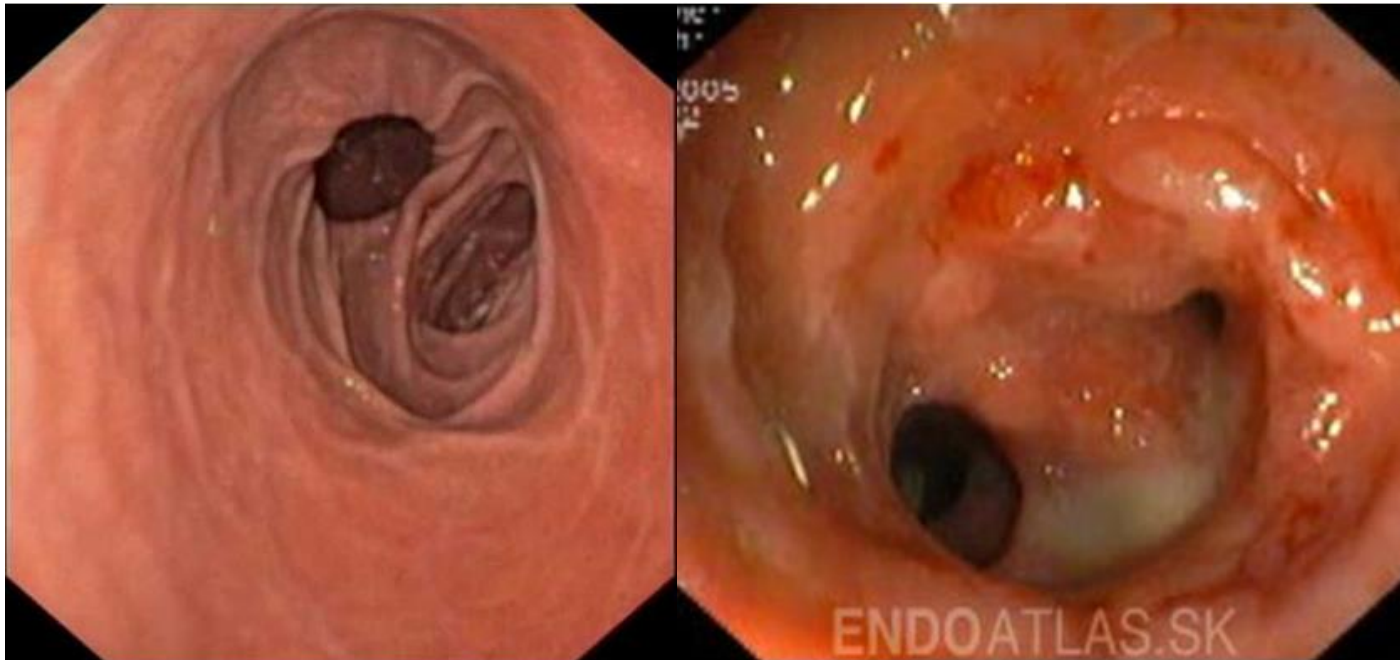


# VIÊM ĐẠI TRÀNG DO LAO

- Biến chứng
  - Tắc ruột
  - Thủng ruột
  - Rò
  - Lao màng bụng

# 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



# BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

- Biểu hiện lâm sàng
  - đau sâu, dai dẳng  $\frac{1}{4}$  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
  - sốt

# KHÁM THỰC THỂ

- Khám thực thể
  - Dấu viêm phúc mạc khu trú
  - Khối abscess hoặc đám quánh
  - Nhu động ruột ↑ hoặc ↓, mất
  - Thăm trực tràng: định vị ổ abscess, khối viêm



# CẬN LÂM SÀNG

- Máu ẩn / phân:  $\pm$
- $\uparrow$  bạch cầu: 36%
- X<sub>Q</sub> bụng không sửa soạn:  $\perp$ , liệt ruột, tắc, thủng, áp-xe
- Siêu âm bụng: khối viêm, absces
- X<sub>Q</sub> đại tràng cản quang
- Nội soi đại tràng
- CT bụng: phương pháp chẩn đoán lựa chọn
- Đau bụng dưới cấp, sốt,  $\uparrow$  bạch cầu/ Túi thừa đại tràng  $\rightarrow$  Chẩn đoán: Viêm túi thừa

# BIẾN CHỨNG

- Xuất huyết túi thừa
- Abcès
- Rò tiêu hóa
- Thủng → viêm phúc mạc
- Xơ hóa → teo hẹp

# VIÊM RUỘT DO TIA XẠ

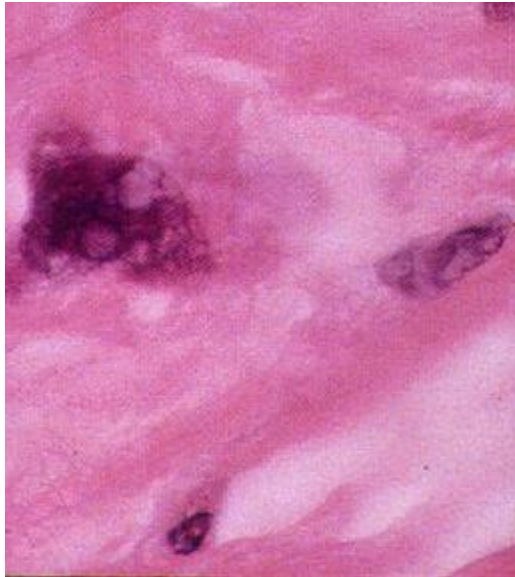
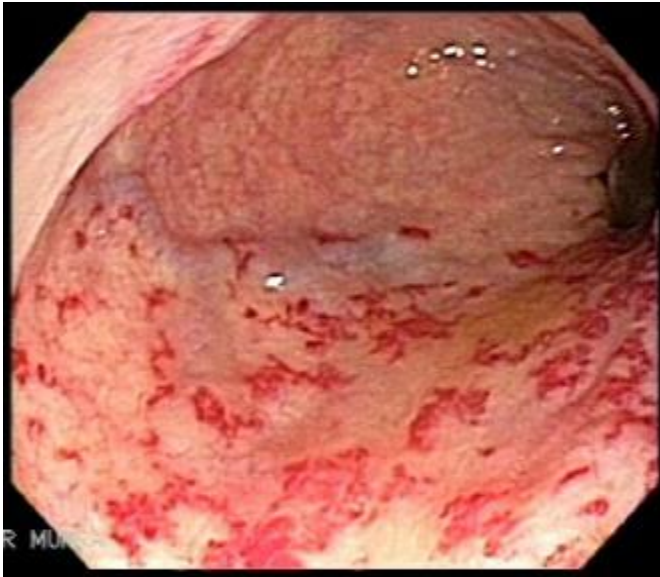
---

Tác động trực tiếp của tia xạ trên niêm mạc ruột:

- Viêm ruột cấp do tia xạ: Đa số bệnh nhân triệu chứng hết trong vòng vài tuần sau khi ngừng xạ trị
- Viêm ruột mạn do tia xạ: triệu chứng xảy ra trong vòng vài tháng hoặc nhiều chục năm sau xạ trị, điều trị rất khó khăn

# VIÊM RUỘT DO TIA XẠ

Radiation exposed bowel often shows mucosal atrophy, vascular hyalinization and ischemic changes



# VIÊM RUỘT DO TIA XẠ

## Triệu chứng

- Đau bụng quặn
- Mót rặn
- Buồn nôn
- Nôn
- Chán ăn
- Tiêu chảy
- Tiêu máu đỏ
- Sốt

# BIẾN CHỨNG

- Rò
- Tắc ruột
- Thủng ruột
- Xuất huyết

# CHẨN ĐOÁN

---

- Chẩn đoán xác định
- Chẩn đoán phân biệt
  1. Ung thư đại tràng
  2. Hội chứng kém hấp thu
  3. Hội chứng ruột kích thích

# CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

---

## 1. Lâm sàng

- Đau bụng
- Rối loạn thói quen đi cầu
- Phân bất thường
- Các triệu chứng gợi ý nguyên nhân

## 2. Cận lâm sàng

- Khảo sát phân
- X quang đại tràng
- Nội soi đại tràng
- Thăm dò theo nguyên nhân



# $\Delta \neq$ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG



- Cơ địa > 50 tuổi
- Gia đình: K đại trực tràng, polyp
- Chế độ ăn: nhiều béo, ít xơ
- Triệu chứng báo động: tiêu máu, máu ẩn trong phân, thay đổi thói quen đi tiêu, sụt cân, biếng ăn, thiếu máu, u bụng
- Thăm dò cận lâm sàng  
X quang đại tràng cản quang  
Nội soi đại tràng, sinh thiết

# $\Delta \neq$ HỘI CHỨNG KÉM HẤP THU

- TS: cắt dạ dày-ruột, viêm tụy mạn
- Tiêu chảy mạn: suy dinh dưỡng, thiếu máu, thiếu vit B, C, D...
- Phân: đậm > 1,5 g/L; mỡ > 3,5 g/L
- Schilling test: bài tiết B<sub>12</sub> đánh dấu/ NT 24 giờ
  - $\Delta$  thiếu IF: thiếu máu ác tính, teo dạ dày
  - Cho IF + B<sub>12</sub>  $\rightarrow$  đánh giá: hồi tràng, tụy
- X<sub>Q</sub> ruột non cản quang: mất hình 'răng cưa'
- Sinh thiết niêm mạc ruột non

# $\Delta \neq$ HỘI CHỨNG RUỘT KÍCH THÍCH

- 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.

# 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)

# CHẨN ĐOÁN IBS

1978

1984

1989 1990

1999

2006

2016

Manning

Kruis

Rome

I

II

Rome III

≥2 of the following:  
- Distension of part or all of abdomen  
- Loose or watery stools  
- Frequent movements  
- Passage of mucus  
- A sensation of incomplete evacuation  
12 months

At least 3 months of symptoms of abdominal pain or discomfort. Plus Two or more of the following:  
1. Altered stool form  
2. Altered stool passage  
3. Altered stool passage  
4. Passage of mucus  
5. Bloating or feeling of abdominal distention

At least 12 weeks, symptoms must be consecutive, in at least 2 of the following months of abdominal pain that has two or more 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 3 months associated with two or more of the following:  
1. Improvement with defecation  
2. Onset associated with a change in frequency of stool  
3. 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 với** 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)

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 1 trong 3 phân nhóm trên

# ADVANCES IN IBS

Current Developments in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome

Section Editor: William D. Chey, MD

---

## 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

# KẾT LUẬN

---

- Bệnh lý đại tràng đa dạng
- Viêm đại tràng là một hội chứng
- 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)

Bộ môn Nội tổng quát, ĐHYD TPHCM