

# VIÊM ĐẠI TRÀNG MẠN

Ban hành kèm theo Quyết định số 182/QĐ- BV ngày 13/3/2014

## 1 ĐẠI CƯƠNG:

1.1 **Định nghĩa:** Viêm đại tràng mạn là tình trạng tổn thương mạn tính đại tràng có thể do nhiều nguyên nhân gây ra: nhiễm trùng, nhiễm KST, thiếu máu cục bộ hoặc có nguồn gốc miễn dịch,..

### 1.2 Nguyên nhân

#### 1.2.1 Các bệnh nhiễm:

- Nhiễm khuẩn: lao, Salmonella, Shigella, Yersinia
- Nhiễm ký sinh: Amibe, Giardia, Bilharziose.
- Nhiễm nấm (*Candida*, *Aspergillus*, *Histoplasmosis*, *Cryptococcus*),
- Nhiễm siêu vi (*Cytomegalovirus*, *Herpes simplex*, HIV);

#### 1.2.2 Bệnh viêm ruột (xem bài Bệnh viêm ruột)

- Viêm đại tràng xuất huyết.
- Bệnh Crohn.

#### 1.2.3 Nguyên nhân khác:

- Viêm đại tràng màng giả .
- Viêm đại tràng sau xạ trị .
- Viêm đại tràng do viêm túi thừa.
- Viêm đại tràng do thiếu máu cục bộ .

## 2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

### 2.1 Lâm sàng

#### 2.1.1 Lao đại tràng

Là tình trạng viêm đại tràng gây ra bởi vi khuẩn lao *Mycobacterium tuberculosis*

Có 3 chủng vi khuẩn lao:

- *Mycobacterium tuberculosis* ( B.K )
- *Mycobacterium bovis* ( M.B )
- *Mycobacterium atypique* ( M.A

Bệnh sử:

- Đau nhiễm lao toàn thân: sốt nhẹ, ớn lạnh về chiều, chán ăn, gầy, sụt cân
- Đau bụng thường đau nhiều hố chậu phải, tiêu phân lỏng

Khám lâm sàng:

- Có thể có các dấu nhiễm lao phổi hợp như: lao phổi, màng phổi, lao xương khớp, lao màng bụng.
- Có thể sờ thấy khối u hồi manh tràng.

### 2.1.2 Viêm đại tràng do amib

Tác nhân gây bệnh *Entamoeba histolytica* thường gây nhiễm khuẩn ở đại tràng. Cách thức lây nhiễm: Người nuốt kén amib có trong thực phẩm, ở dạ dày kén phóng thích nhiều amibe nhỏ, đến ký sinh ở niêm mạc đại tràng ăn vi khuẩn và cặn bã thức ăn. Amibe có thể phá hủy niêm mạc nhờ các men gây tiêu tế bào, ăn hồng cầu, và gây ra các vết loét. Các vết loét ở đại tràng có xu hướng khoét rộng vào niêm mạc, tổn thương ở trực tràng gây mót rặn và tiết nhiều chất nhầy

Lâm sàng:

- Diễn hình là hội chứng ly gồm đau bụng, mót rặn, tiêu phân máu. Hội chứng ly là dấu hiệu chứng tỏ nhiễm amibe xâm lấn.
- Viêm đại tràng bùng phát gồm tiêu máu nặng, sốt, đau khắp bụng dữ dội, tuy nhiên không có dấu hiệu bụng ngoại khoa, mặc dù có khoảng 75% những bệnh nhân này bị viêm phúc mạc thứ phát do rò rỉ qua thành đại tràng bị tổn thương, tỉ lệ tử vong cao tuy nhiên hiếm gặp. Nguy cơ xảy ra bệnh cảnh này cao ở trẻ em, phụ nữ mang thai và những bệnh nhân sử dụng corticosteroids.
- Phình đại tràng nhiễm độc hiếm gặp nhưng nếu có thường gây tử vong, hay xảy ra trên những bệnh nhân đang sử dụng corticosteroids.
- Bướu amibe cần chẩn đoán phân biệt với ung thư đại tràng

### 2.1.3 Viêm đại tràng màng giả

Viêm đại tràng giả mạc là một tình trạng viêm do *Clostridium difficile* sinh độc tố phát triển trong đại tràng gây ra những màng màu hơi vàng che phủ và thay thế lớp niêm mạc ruột bị hoại tử.

Nguyên nhân do sử dụng kháng sinh phổ rộng, nhất là clindamycin, cephalosporins, và ampicillin/amoxicillin làm thay đổi hệ vi khuẩn chí ở ruột;

Bệnh sử và khám lâm sàng:

- Có dùng kháng sinh, nhất là kháng sinh phổ rộng: Cephalosporin, Clindamycin, Ampicillin/ amoxicillin.
- Diễn hình bệnh bắt đầu 7-10 ngày sau khi điều trị kháng sinh, có thể thay đổi từ vài ngày đến 8 tuần.
- Đau quặn bụng kiểu đại tràng + tiêu chảy.

- Có thể thay đổi từ đi tiêu phân nhầy, nhiều nước đến một bệnh cảnh ngộ độc, bao gồm tiêu chảy dữ dội, đau quặn bụng, sốt, tăng bạch cầu, và mất nước.

#### 2.1.4 Viêm túi thừa đại tràng

Viêm túi thừa đại tràng là tình trạng viêm do sự tăng sinh vi khuẩn bên trong túi thừa đại tràng có sẵn, gây thủng vi thể và viêm mô quanh đại tràng. Xảy ra ở 10-25% bệnh nhân có túi thừa.

##### Lâm sàng

- Triệu chứng thường gặp nhất là đau sâu và dai dẳng vùng hố chậu. Đau bụng hố chậu phải phải phân biệt với viêm ruột thừa cấp, xảy ra với túi thừa ở đại tràng lên và ở đại tràng sigmoid thừa sang bên phải.
- Những triệu chứng khác bao gồm mót rặn và thay đổi thói quen đi cầu, tiêu chảy hoặc táo bón.
- Túi thừa có thể kích thích đường tiêu gây đi tiểu nhiều lần, khó tiểu. Nếu có dò giữa đại tràng và bàng quang, bệnh nhân thường bị nhiễm trùng tiểu.
- Liệt ruột với chướng bụng, buồn nôn, và nôn xuất hiện thứ phát do kích thích trong bụng và viêm phúc mạc.
- Tắc ruột non và thủng cũng có thể xảy ra.
- Khám thực thể: sốt đặc biệt sốt cao ở những bệnh nhân viêm phúc mạc, abscess,.. Khám bụng thấy đau khu trú, có thể có đề kháng tự ý và có phản ứng dội.
- Sờ thấy khối ở vùng đại tràng

## 2.2 Cận lâm sàng

### 2.2.1 Lao đại tràng

- Xét nghiệm phân: nhuộm trực tiếp và nuôi cấy tìm BK.
- X quang khung đại tràng.
- Nội soi khung đại tràng + sinh thiết.
- Thăm dò các dấu nhiễm lao toàn thân: VS, IDR, tìm BK đàm, X quang phổi...tùy theo chỉ dẫn của lâm sàng

### 2.2.2 Viêm đại tràng do amib:

- Xét nghiệm thường qui: CTM, Đường huyết, chức năng gan, chức năng thận,..
- Chẩn đoán nhiễm amibe ở ruột chủ yếu dựa vào việc phát hiện thể kén hoặc thể tự dưỡng trong phân, mẫu sinh thiết niêm mạc khi nội soi đại tràng. Nên

lấy ba mẫu phân vào những ngày khác nhau vì amibe thải qua phân không liên tục

- Nội soi đại tràng có thể thấy những vết loét đáy nông riêng biệt, bề mặt phủ chất tiết màu trắng hoặc màu vàng kèm những vùng niêm mạc phù nề xen lẫn, tuy nhiên đại thể khó phân biệt viêm đại tràng do amibe với viêm đại tràng giả mạc do *C. difficile*.
- Huyết thanh chẩn đoán amibe có thể giúp xác định chẩn đoán, kháng thể kháng amibe có thể tồn tại nhiều tháng đến nhiều năm sau khi điều trị tiệt trừ

#### 2.2.3 Viêm đại tràng màng giả

- Xét nghiệm thường qui: CTM, Đường huyết, chức năng gan, chức năng thận,.
- Nội soi đại tràng có thể thấy màng giả và hình ảnh viêm loét, tuy nhiên không cần làm thường quy để chẩn đoán.
- Khảo sát phân thấy có bạch cầu trong phân. Sự hiện diện của màng giả trong phân gợi ý cho chẩn đoán. Cây phân trong môi trường kỵ khí có sự hiện diện của *Clostridium difficile*. và phát hiện độc tố trong phân lọc ra từ phân

#### 2.2.4 Viêm túi thừa đại tràng

- Xét nghiệm thường qui:
- Tổng phân tích nước tiểu
- Tím máu ẩn trong phân
- X quang bụng: có thể bình thường hoặc có thể thấy liệt ruột; tắc ruột non cục bộ; tắc đại tràng; hơi tự do; hơi tập trung ngoài lòng ruột gợi ý áp-xe ngoài thành.
- Chụp cắt lớp điện toán vùng bụng giúp chẩn đoán xác định túi thừa, viêm mỡ quanh đại tràng, dày thành ruột, hoặc áp-xe quanh túi thừa

### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1 Chẩn đoán xác định:

3.1.1 Lao đại tràng: dựa vào bệnh sử, lâm sàng & cận lâm sàng

3.1.2 Viêm đại tràng do amip

Bệnh cảnh điển hình là tiêu mót rặn, phân nhày hoặc có thể lẫn máu.

Soi phân tìm thấy thể hoạt động hoặc kén amip.

Nội soi đại tràng thấy vết loét có lỗ vào thường rất nhỏ nhưng có xu hướng khoét rộng vào niêm mạc.

3.1.3 Viêm đại tràng màng giả

Bệnh cảnh với dùng kháng sinh phổ rộng sau đó xuất hiện sốt, tiêu phân nhày, nhiều nước ...xét nghiệm phân tìm C.difficile.

3.1.4 Viêm túi thừa đại tràng: dựa vào lâm sàng & cận lâm sàng

#### 3.2 Chẩn đoán phân biệt

3.2.1 Ung thư đại trực tràng

Cơ địa > 50 tuổi.

Tiền sử gia đình bị ung thư đại trực tràng hoặc polyp.

Chế độ ăn nhiều chất béo, ít chất xơ.

Phân có máu đại thể hoặc vi thể, thay đổi thói quen đi tiêu (giảm kích cỡ khuôn phân nếu tổn thương ở đại tràng trái hoặc lòng ruột bị chít hẹp), bệnh nhân có thể than phiền bón, đôi khi tiêu chảy; có thể sờ thấy khối u ở đại tràng phải.

Triệu chứng khác: thiếu máu, sụt cân, biếng ăn, gầy yếu...

Thăm dò cận lâm sàng

- XQ đại tràng: có hình khuyết không đều, hoặc hẹp không đều.
- Nội soi đại tràng và sinh thiết: nội soi phát hiện u dạng sùi, dạng thâm nhiễm làm hẹp cứng lòng ruột, hoặc dạng loét, dễ chảy máu khi va chạm; sinh thiết tìm tế bào ác tính.

3.2.2 Hội chứng đại tràng kích thích: là một dạng rối loạn tiêu hóa, biểu hiện bằng tam chứng:

- Đau bụng-trướng bụng.
- Thay đổi thói quen đi cầu.
- Không có bất thường về cấu trúc, sinh hóa.

Tần suất thay đổi tùy từng vùng, trung bình 15-20% dân số.

Tỷ lệ nam/ nữ khoảng 1/ 2-4.

Tuổi thường gặp là 40-60 tuổi

### 3.2.3 Hội chứng kém hấp thu

Tiêu chảy mạn: suy dinh dưỡng, thiếu máu, thiếu vit B, C, D...

Tiền sử cắt đoạn dạ dày, cắt đoạn ruột, viêm tụy mạn...

Khảo sát phân: đạm > 1,5 g/l; mỡ > 3,5 g/l.

Thử nghiệm Schilling (uống B12 đánh dấu thử nghiệm chức năng tụy): đo sự bài tiết vitamin B12 đánh dấu trong nước tiểu 24 giờ. Mục đích để chẩn đoán các tình trạng không có yếu tố nội tại (IF) gặp trong thiếu máu ác tính hoặc teo dạ dày. Khi cho IF cùng với vitamin B12, thử nghiệm để đánh giá chức năng đoạn cuối hồi tràng hoặc chức năng tụy

XQ ruột non: mất hình “răng cưa”, do nhung mao ruột bị phá hủy.

Sinh thiết niêm mạc ruột non.

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1 Lao đại tràng (xem thêm bài lao đường tiêu hóa)

#### 4.1.1 Mục đích điều trị:

- Diệt vi trùng lao
- Cải thiện tình trạng rối loạn đi cầu của bệnh nhân.

#### 4.1.2 Điều trị cụ thể:

Công thức:  $3S_1H_1 Z_1 + 6 - 9 S_2Z_2$  ( hoặc  $H_2Z_2$ )

$3 R_1H_1E_1$  (hoặc  $R_1H_1Z_1$ )+  $6 - 9 R_2E_2 (Z_2) H_2$

$R_1E_1 H_1 Z_1 + 4 - 6 R_2E_2 H_2 Z_2$

Corticoid nhằm ngăn chặn không cho thành lập mô xơ mới , giảm nguy cơ tắc ruột về sau:

- Điều trị tấn công 1 – 2 tháng 1mg Prednison / kg / ngày
- Chống chỉ định nếu có thủng manh tràng, hồi tràng.

### 4.2 Viêm đại tràng do amib

4.2.1 Mục đích và nguyên tắc điều trị: dùng thuốc diệt amip trong mô và trong khoang ruột.

Metronidazole và Tinidazole là những thuốc thường được lựa chọn.

Metronidazole có hiệu quả cao (tỷ lệ lành bệnh 90%) và dung nạp tốt. Liều 750 mg x 3 lần/ngày, thời gian điều trị 5–10 ngày. Tác dụng phụ gồm buồn nôn, nôn, nhức

đầu, vị kim loại ở miệng và khó chịu ở bụng, lú lẫn, thất điều, mất ngủ, dị cảm,.. Tác dụng phụ nặng nhất trên hệ thần kinh trung ương. Không uống rượu bia khi dùng thuốc.

Tinidazole có thể hiệu quả hơn metronidazole, liều 2 g/ngày trong 3–5 ngày.

Bệnh nhân bị viêm đại tràng do amibe bùng phát, nên thêm thuốc thứ hai dehydroemetine trong 2-3 ngày đầu của điều trị, sử dụng ngắn ngày để giảm độc tính trên tim. Dehydroemetine tốt hơn emetine, vì ít độc hơn.

Nên sử dụng kháng sinh cho những bệnh nhân viêm đại tràng do amibe bùng phát. Không nên sử dụng thuốc kháng tiêu chảy cho những bệnh nhân bị hội chứng lỵ.

Sau khi điều trị diệt amibe ở mô, cần diệt amibe trong lòng ruột. Các thuốc có hiệu quả diệt amibe trong lòng ruột gồm paromomycin và iodoquinol. Tác dụng phụ của paromomycin là tiêu chảy và những tác dụng ngoại ý trên dạ dày ruột. Sử dụng Iodoquinol có thể có độc tính thần kinh gây viêm thần kinh thị. Metronidazole 10 ngày hoặc hơn có thể hiệu quả diệt trừ amibe lòng ruột.

#### 4.2.2 Điều trị cụ thể:

##### **Thuốc diệt amib mô**

Emetin hydrochlorid 1 mg/kg/ngày TB/TDD x 5 ngày.

Dehydroemetin ít độc hơn emetin do bài xuất nhanh hơn 1,5 mg/kg/ngày TB/TDD x 5 ngày (tối đa 90 mg/ngày).

Chloroquin (uống) chỉ có tác dụng ở gan, không có tác dụng điều trị đối với amibe trong lòng ruột, do thuốc tập trung chọn lọc ở gan.

Metronidazole: 750 mg uống ba lần mỗi ngày trong 5-10 ngày hoặc 500 mg tiêm mạch mỗi 6 giờ trong 5–10 ngày.

Tinidazole (Fasigyne)

Secnidazole (Flagentyl)

Ornidazole (Tiberal)

1,5 – 2 g/ngày x 3 – 5 ngày

##### **Thuốc diệt amib lòng ruột**

Diloxanide furoat 0,5 g x 3 lần/ngày X 10 ngày.

Quinolein:

+ Iodées (Direxioide) viên 200mg 3 – 9 viên/ngày x 7 – 10 ngày

+ Methylées (Intetrix) 4 – 6 viên/ngày x 10 ngày

As (Carbanic) 0,5g/ngày x 10 ngày

Diloxanide 0,5g x 3l/ngày x 10 ngày

Paranomycin viên 250mg 6 – 8 viên /ngày x 4 ngày

Tetracycline 500 mg x 3 lần/ngày X 5 ngày.

### 4.3 Viêm đại tràng màng giả

#### 4.3.1 Điều trị nâng đỡ

Ngừng điều trị kháng sinh,

Nuôi ăn thay thế bằng dịch truyền tĩnh mạch, điều chỉnh các bất thường điện giải

#### 4.3.2 Sử dụng thuốc

Metronidazole uống 250 mg 4 lần/ngày là điều trị chọn lựa ở những bệnh nhân nhẹ, trung bình, không đáp ứng với điều trị nâng đỡ.

Vancomycin 125-250 mg x 4 lần/ ngày X 10 ngày, dành cho:

- Bệnh nhân không đáp ứng, hoặc không dung nạp metronidazole.
- Trẻ em, phụ nữ có thai.
- Bệnh nhân tiêu chảy nặng, có triệu chứng toàn thân (sốt, tăng bạch cầu, ...) hoặc đau bụng nhiều
- Triệu chứng vẫn còn mặc dù đã điều trị tích cực.

Lưu ý:

- Các thuốc kháng tiêu chảy có thể kéo dài hoặc làm xấu hơn do đó nên tránh sử dụng.
- Tái phát xảy ra trong 10-20% bệnh nhân

### 4.4 Viêm túi thừa đại tràng

#### 4.4.1 Điều trị nội trú

Hồi sức ban đầu bao gồm bù dịch và điện giải

Nếu bệnh nhân có triệu chứng và dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân, điều trị ngoại trú thất bại, hoặc có dấu hiệu viêm phúc mạc, có chỉ định nhập viện và hội chẩn ngoại.

Điều trị nội trú bao gồm

- Kháng sinh tĩnh mạch, thường dùng aminoglycoside, Cephalosporine, Quinolone,.. phối hợp metronidazole 500 mg mỗi 8 giờ hoặc clindamycin 300-600 mg mỗi 6 giờ, để bao vây vi khuẩn kỵ khí và ái khí.
- Ticarcillin-clavulanic acid hoặc imipenem sử dụng thay thế khi các KS trên không hiệu quả



- Để ruột nghỉ ngơi, tạm ngưng ăn uống qua đường miệng, và nuôi ăn qua tĩnh mạch. Hút dạ dày chỉ định ở những bệnh nhân tắc ruột hoặc liệt ruột.

#### 4.4.2 Điều trị ngoại trú

Điều trị ngoại trú có thể chấp nhận cho những bệnh nhân đau khu trú không có triệu chứng và dấu hiệu của viêm phúc mạc khu trú hoặc nhiễm trùng toàn thân. Điều trị bao gồm cho ruột nghỉ ngơi và uống kháng sinh phổ rộng.

Các thuốc có hiệu quả kháng các vi khuẩn ái khí gồm Ampicillin 500 mg mỗi 6 giờ, Trimethoprim/sulfamethoxazole 2 viên mỗi 12 giờ, ciprofloxacin 500 mg mỗi 12 giờ, hoặc cephalexin 500 mg mỗi 6 giờ.

Phối hợp với một thuốc kháng vi khuẩn kỵ khí: metronidazole 500 mg mỗi 6-8 giờ hoặc clindamycin 300 mg mỗi 6 giờ.

Bệnh nhân nên hạn chế hoạt động và duy trì chế độ ăn lỏng trong 48 giờ.

Nếu triệu chứng cải thiện, thức ăn ít chất bã được bổ sung vào chế độ ăn. Nên trở lại bệnh viện nếu đau bụng nhiều hơn, hoặc sốt hoặc không dung nạp đường miệng.

#### Tài liệu tham khảo:

1. Võ Thị Mỹ Dung (2009). Nhà xuất bản Y học. "Viêm đại tràng mạn". Bệnh học nội khoa. Bộ môn nội, Đại học Y Dược Tp HCM, tr.257-264.
2. Võ Thị Mỹ Dung, Trần Ngọc Bảo (2009). Nhà xuất bản Y học. Điều trị học nội khoa. Bộ môn nội, Đại học Y Dược Tp HCM, tr.267-277.
3. Phác đồ điều trị khoa Nội tiêu hóa BV Nhân Dân 115, 2009.
4. Friedman S., Blumberg SR (2012) *Inflammatory Bowel Disease* in Harrison's Principle of Internal Medicine, 1776-89.
5. Peppercom, M và Cheifetz, A (2013), " Definition, epidemiology and risk factors in inflammatory bowel disease ", từ <http://www.uptodate.com>