

VIÊM RUỘT MẠN

Mục tiêu

1. Kể được các đặc điểm chung của các bệnh lý viêm ruột mạn.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh Crohn và viêm loét đại tràng
3. Kể được các biến chứng của 2 thể bệnh trên.
4. Biết cách điều trị bệnh Crohn và viêm loét đại tràng

I. ĐẠI CƯƠNG

Các bệnh viêm ruột mạn tính thường gồm hai bệnh chính:

Viêm đại trực tràng chảy máu (Recto-colite hémorragique) hoặc viêm loét đại tràng (ulcerative colitis) theo cách gọi của các tác giả Anh Mỹ.

Bệnh Crohn hay viêm ruột từng vùng.

Cả 2 đều có các đặc trưng sau

- Một tình trạng viêm mạn tính ở ruột.
- Thường gặp ở thiếu niên và người trẻ.
- Tiến triển kéo dài, khi tăng khi giảm nhưng không bao giờ lành tự phát.
- Bệnh nguyên chưa được biết rõ.
- Chưa có phương pháp điều trị nội khoa tận gốc.
- Điều trị bằng thuốc kháng viêm, Corticoide, và ức chế miễn dịch có hiệu quả không hằng định.

II. BỆNH CROHN

1. Bệnh nguyên và cơ chế bệnh sinh

Thương tổn ở ruột là hậu quả của một sự hoạt hóa không được kiểm soát của hệ thống miễn dịch của niêm mạc.

Các yếu tố nhiễm khuẩn và di truyền cũng tham gia vào cơ chế bệnh sinh.

2. Các triệu chứng lâm sàng

2.1 Các triệu chứng thường gặp

Đau bụng: thường gặp, có vị trí thay đổi, thường đau quặn dọc khung đại tràng, có khi có hội chứng Koenig

Đi chảy, có khi đi chảy ra mủ hoặc máu, tần số thay đổi.

Trong các đợt cấp thường có suy nhược, chán ăn, sút cân và sốt nhẹ

Có thể phân lập một số biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất:

Đi chảy kéo dài kèm sốt.

Hội chứng giả ruột thừa (thương tổn hồi tràng hoặc hồi tràng-đại tràng phải): Đau hố chậu phải không rõ ràng, mảng giới hạn không rõ ở hố chậu phải.

Hội chứng lỵ

Hội chứng giống bệnh đại tràng chức năng.

Viêm đại tràng cấp nặng: Đi chảy ồ ạt, thường có máu, đau bụng dữ dội toàn bụng, bụng chướng. Toàn thân có sốt, tim nhanh, mệt lả. Xét nghiệm: thiếu máu, giảm albumin máu.

2.2. Các thương tổn vùng hậu môn - tầng sinh môn: có giá trị gợi ý chẩn đoán.

Các vết xước (fissure) và loét cấp hậu môn - trực tràng.

Hẹp xơ hóa ống hậu môn, có khi hẹp rất nặng.

Áp xe và các lỗ dò, có thể có biến chứng dò bàng quang hoặc dò sinh dục

2.3. Các triệu chứng ngoài tiêu hóa

Xương khớp: viêm khớp:viêm cột sống dính khớp, viêm khớp cùng chậu.

Da, niêm mạc: hồng ban nút, hoại thư da mũ, hồng ban đa dạng.

Mắt: viêm màng bồ đào, loét giác mạc.

Gan mật: gan nhiễm mỡ, viêm gan mạn, viêm gan u hạt, sỏi túi mật

3. Tiến triển và biến chứng

3.1. Tiến triển: bệnh tiến triển thành từng đợt; 90% các đợt tiến triển có thể không chế được bởi liệu pháp corticoide. Trong trường hợp xấu, các đợt cấp ngày càng dày hơn.

3.2. Biến chứng

- Tắc ruột: Lòng ruột hẹp do viêm và do quá trình xơ hóa tiến triển.

- Dò và áp xe trong ổ bụng

- Xuất huyết tiêu hóa

4. *Chẩn đoán bệnh Crohn*: Do không có tiêu chuẩn đặc hiệu nên chẩn đoán bệnh cần dựa vào tổng thể các triệu chứng lâm sàng và các thăm dò sau.

4.1. Sinh học

- Cây phân và xét nghiệm ký sinh trùng để loại trừ đi chảy nhiễm khuẩn.

- Trong đợt cấp có tăng bạch cầu, tốc độ lắng máu tăng.

- Feritine giảm, albumin giảm, thiếu máu hỗn hợp (thiếu chất và do viêm), tăng tiểu cầu.

- Các xét nghiệm đặc thù cho hội chứng kém hấp thu.

4.2. Nội soi: là xét nghiệm cơ bản cho chẩn đoán, đồng thời giúp đánh giá mức độ lan rộng của thương tổn: 70-80% có thương tổn đại tràng, 20-30% chỉ thương tổn riêng biệt ở ruột non.

Thương tổn nông như sung huyết, phù nề niêm mạc, loét aptơ hoặc loét dọc.

Thương tổn tiến triển sâu như loét sâu, sẹo xơ (sẹo ổ loét, giả polyp, hẹp..).

Giữa các niêm mạc bệnh lý có các khoảng lành.

4.3. Tổ chức học: phù nề lớp đệm, thâm nhiễm lympho bào, loét và u hạt dạng biểu bì tế bào lớn không có hoại tử bã đậu.

4.4. Thăm dò hình ảnh

- Chụp đại tràng cản quang: có ích trong trường hợp nội soi không hoàn toàn hoặc có các lỗ dò không phát hiện được bằng nội soi. Các dấu hiệu X quang bao gồm các thương tổn loét, giả polyp tạo thành hình ảnh lát đá, lỗ dò, hình ảnh hẹp các quai ruột, trường hợp điển hình có hẹp nhiều chỗ cách nhau bởi những đoạn ruột lành bị dẫn to.

- Chụp cắt lớp vi tính bụng: trong trường hợp có khối ở bụng hoặc nghi có ổ nang mũ.

5. Điều trị bệnh Crohn

5.1. Các phương tiện điều trị

5.1.1. Các dẫn xuất salicylic

- Sulfasalazine: thuốc cổ điển nhất trong nhóm này, cấu tạo bởi sulfapyridine gắn với acid 5 amino salicylic (5 ASA), ít hấp thu ở ruột non, khi vào đại tràng sẽ bị các vi khuẩn ruột phân hủy giải phóng 5 ASA.

Sulfasalazine chỉ tác dụng trong trường hợp có thương tổn đại tràng hoặc hồi - đại tràng, có thể dùng trong các đợt tiến triển, không hiệu quả trong duy trì giai đoạn lui bệnh.

- Mesalazine là dẫn xuất Salicylic không có chứa Sulfapyridine và dung nạp tốt hơn.

- Các thuốc khác: Asacol, olsalazine, balsalazide.

- Cơ chế tác dụng: ức chế sự tăng trưởng của tế bào T, sự trình diện kháng nguyên lên các tế bào T và sự sản xuất kháng thể của tế bào B. ngoài ra tác dụng kháng viêm thông qua sự ức chế cyclo-oxygenase làm giảm sự sản xuất prostaglandin.

5.1.2. Corticoid

Là một phương tiện điều trị quan trọng trong các đợt cấp:

+ Prednisolon liều 1 mg/kg/ng trong 3-7 tuần, sau đó giảm liều theo kiểu bậc thang mỗi 10 mg cho đến 1/2 liều, sau đó giảm mỗi 5 mg mỗi tuần kéo dài cho đủ liệu trình 12 tuần.

+Các loại Corticoid mới: fluticasone propionate, tixocortol pivalate, beclomethasone dipropionate, và budesonide, các thuốc này có ưu điểm là có ái lực lên các thụ thể corticoid lớn hơn loại corticoid cổ điển, đồng thời tăng sự chuyển hóa qua gan lần đầu nên ít tác dụng phụ toàn thân hơn.

Trong đó, Budesonide thường được sử dụng nhiều trong bệnh crohn, thuốc giải phóng ở hồi tràng và tác dụng chính lên đoạn cuối hồi tràng và đại tràng phải, với liều dùng từ 6-9mg/ng.

5.1.3. Các thuốc ức chế miễn dịch

+ Azathioprine: có hiệu quả rõ nhất, đặc biệt ở các bệnh nhân phụ thuộc Corticoid hoặc để duy trì đợt lui bệnh, cũng hiệu quả trong điều trị các lỗ dò ruột - da hoặc dò hậu môn- tầng sinh môn.

Tác dụng chậm, triệu chứng bắt đầu cải thiện sau 3 tháng

Tác dụng phụ:ức chế tủy, viêm tụy cấp, viêm gan cấp, không dung nạp tiêu hóa và phản ứng dị ứng.

+ Methotrexate cũng hiệu quả trong các thể lệ thuộc Corticoid hoặc không đáp ứng điều trị Azathioprine, tác dụng xuất hiện sớm từ tháng đầu tiên.

5.1.4. Nuôi dưỡng nhân tạo

Là điều trị tốt trong các đợt cấp, nuôi dưỡng qua đường ngoài ruột hoặc đường ruột đem lại tỷ lệ lui bệnh cao và tương đương Corticoid

5.1.5. Các phương pháp điều trị khác

- Kháng sinh:

+ Metronidazole tác dụng tốt trong các thương tổn hậu môn – tầng sinh môn.

+ Ciprofloxacin (Ciflox) cũng có hiệu quả tương tự.

+ Gần đây clarythromycin cũng được chứng minh là một phương tiện hữu ích trong bệnh Crohn.

- Miễn dịch

+ Các kháng thể đơn dòng chống yếu tố hoại tử u loại Anti-TNF và Interleukine 10 (IL 10) tỏ ra có kết quả rất tốt trong nhiều thể nặng: INFLIXIMAB(Remicade).

5.2. Chỉ định và chiến lược điều trị bệnh Crohn

Đợt tiến triển nhẹ hoặc trung bình

- Mesalazine 4g/ng

- Sulfasalazine 3 - 4 g/ng, duy nhất trong thể đại tràng

- Metronidazole 10 - 20 mg/kg/ng hoặc Ciprofloxacin 1g/ng.

- Budesonide 9 mg/ng trong thể hồi tràng (đại tràng phải)

Đợt tiến triển nặng hơn hoặc thất bại điều trị nói trên

- Prednisolon 1 mg/kg/ng

- Nếu thất bại, Corticoid đường toàn thân 1 mg/kg/ng

Đợt tiến triển trầm trọng

- Corticoid đường toàn thân 1 mg/kg/ng

- nuôi dưỡng toàn bộ đường ngoài ruột khi suy dưỡng nặng ± kháng sinh

- nếu thất bại, Cyclosporine TM hoặc phẫu thuật

Điều trị duy trì đợt lui bệnh

- Mesalazine 2 - 4 g/ng

- nếu thất bại, Azathioprine

Thể lệ thuộc Corticoid hoặc thể tiến triển mạn tính

- Azathioprine.

- nếu thất bại, Methotrexate.

- nếu vẫn thất bại, phẫu thuật hoặc Corticoid liều thấp (<10mg/ng).

Thể đề kháng Corticoid

- nuôi dưỡng đường ngoài ruột hoặc đường ruột

- nếu thất bại, Methotrexate, Cyclosporine

- IL 10 hoặc Infliximab.

Phòng tái phát sau mổ

- Mesalazine 2-3 g/ng

III. VIÊM ĐẠI -TRỰC TRÀNG CHẢY MÁU

1. *Bệnh nguyên*: nhiều khả năng có vai trò của các yếu tố di truyền. Sự hoạt hóa hệ thống miễn dịch có vai trò quan trọng. Vai trò của các yếu tố nhiễm khuẩn chưa rõ ràng.

2. *Giải phẫu bệnh*: Định khu: chủ yếu ở trực tràng và ít nhiều ở đại tràng, hiếm hơn là thương tổn toàn bộ đại tràng (pancolite).

3. *Lâm sàng*

3.1. Thể thông thường: viêm trực tràng - đại tràng xích ma nhẹ - vừa:

Đi cầu nhầy máu nhiều, có khi không có phân, kèm mót rặn, có khi có táo bón.

Toàn trạng ít thay đổi và khám thực thể không phát hiện được gì.

Thăm trực tràng có thể thấy niêm mạc dạng lát đá và có máu dính găng.

Thể này không có biến đổi về sinh học.

Chẩn đoán dựa vào

Loại trừ viêm đại tràng nhiễm khuẩn và ký sinh trùng dựa vào cấy phân và xét nghiệm ký sinh trùng, cần làm trong đợt tiến triển đầu tiên.

Soi đại tràng -hồi tràng: thương tổn trực tràng và đại tràng xích ma đồng nhất, giới hạn trên rõ, phần đại tràng còn lại và đoạn cuối hồi tràng bình thường. Niêm mạc đỏ, dạng lát đá, chảy máu tự nhiên hoặc khi tiếp xúc, thường không có loét.

Sinh thiết toàn bộ khung đại tràng, cả niêm mạc bệnh lẫn niêm mạc lành.

3.2. Các biểu hiện ngoài tiêu hóa

Khớp: đau hoặc viêm khớp, ảnh hưởng chủ yếu các khớp lớn của chi,

Da: thường gặp nhất là hồng ban nút, có thể có viêm da mủ hoặc loét ap to ở miệng.

Mắt: viêm thượng củng mạc, viêm mống mắt và viêm màng bồ đào.

Các thương tổn khớp, mắt và da thường tiến triển song song với các thương tổn ở ruột.

4. Tiến triển và biến chứng

4.1. Tiến triển: bệnh tiến triển thành từng đợt, giữa các đợt có các đợt lui bệnh không có triệu chứng.

4.2. Biến chứng

- Dẫn đại tràng, hay đại tràng lớn nhiễm độc: gặp trong các đợt tiến triển cấp nặng.

- Thủng: thường bị che lấp bởi Corticoide.

- Xuất huyết lan tỏa.

- Nguy cơ ung thư biểu mô đại tràng tăng lên trong trường hợp viêm toàn bộ đại tràng.

5. Điều trị viêm đại trực tràng chảy máu

5.1. Điều trị nội khoa

Chủ yếu dựa vào các thuốc kháng viêm dùng kéo dài.

+ Salazosulfapyridine (Salazopyrine) và các dẫn xuất như Pentasa, Rowasa và Dipentum, dùng trong các thể nhẹ hoặc dùng điều trị duy trì các đợt lui bệnh, có chế phẩm dùng dưới dạng thụt vào trực tràng.

+ Corticoide: trong các đợt tiến triển vừa hoặc nặng, lưu ý tác dụng phụ khi dùng kéo dài.

+ Tiết thực hạn chế tối đa sợi được dùng trong các đợt tiến triển

5.2. Điều trị ngoại khoa

5.2.1. Chỉ định

- Các đợt tiến triển nặng sau thất bại của một đợt điều trị nội khoa mạnh và ngắn.
- Biến chứng thủng hoặc xuất huyết lan tỏa

- Trong trường hợp ung thư hoặc loạn sản nặng
- Trong các thể mạn tính liên tục không đáp ứng điều trị nội khoa gây suy kiệt

5.2.2. các phương pháp điều trị ngoại khoa

- cắt đại tràng-trực tràng kèm mở thông hồi tràng
- cắt đại tràng-trực tràng kèm nối hồi tràng-hậu môn
- cắt đại tràng kèm nối hồi tràng-trực tràng