

TIÊU CHẢY NGƯỜI LỚN

Võ Thành Liêm

1. Tình huống lâm sàng ví dụ

1.1. Tình huống 1

Thông tin

Bệnh nhân 40 tuổi đến khám tại phòng khám bác sĩ gia đình với lý do là đi cầu phân lỏng. Bệnh nhân bắt đầu đi phân lỏng từ 11h trưa ngày hôm qua. Đến thời điểm khám (sau 24h) bệnh nhân đã đi phân lỏng >10 lần. Tính chất phân nhiều nước, không có nhầy nhớt, không lẫn máu, không mùi tanh, ban đầu có lẫn ít xác thức ăn. Khi bắt đầu tiêu chảy, bệnh nhân than có đau bụng quặn từng cơn toàn bụng, kèm nôn ói bất cứ thức ăn gì ngay cả với sữa. Tuy nhiên các triệu chứng này không còn vào thời điểm khám. Bữa ăn gần cuối cách thời điểm bắt đầu có triệu chứng là 3-4h.

Về tiền căn, bệnh nhân có hút thuốc lá, thỉnh thoảng uống rượu bia, chưa có tiền căn bệnh lý gì đặc biệt. Bệnh nhân làm nghề lái xe khách đường xa. Các triệu chứng bệnh xuất hiện sau khi bệnh nhân đi xong chuyến xe đường dài từ miền Tây. Bệnh nhân hiện sống với vợ và 2 con gái. Trong gia đình không có tiền căn bệnh lý đặc biệt, cũng không ai trong gia đình có triệu chứng tiêu chảy tương tự trong lần bệnh này. Do tính chất công việc đặc thù, bệnh nhân hầu như ăn uống tại tiệm ăn ven đường. Bệnh nhân thích ăn các món chín tái và nướng.

Về khám lâm sàng ghi nhận: thể trạng tốt, tiếp xúc bình thường, da niêm hồng, niêm mạc miệng khô, huyết áp 110/60mmHg, mạch 98 lần/phút, nhịp thở 16 lần/phút, thân nhiệt đo tại màng nhĩ 36,7^o C. Bụng mềm, chướng nhẹ, không điểm đau khu trú, không dấu phản ứng phúc mạc. Nghe bụng ghi nhận tăng nhu động ruột vùng quanh rốn. Các phần khám khác chưa ghi nhận gì bất thường.

Câu hỏi gợi ý tình huống:

- Chẩn đoán có thể nhất trong trường hợp này là gì?

- Việc xử trí trong tình huống này bao gồm những gì?
- Các biến chứng có thể có của bệnh này là gì?

Tóm tắt - phân tích tình huống

Bệnh nhân nam, 40 tuổi, tiêu chảy ngày 1 + đau bụng + nôn ói sau khi đi công tác xa về. Tính chất phân lỏng nhiều nước, không máu, không đàm nhớt, không sốt, niêm mạc miệng khô, đau bụng và nôn ói đỡ nhiều, nhu động ruột tăng. Tiền căn không đặc hiệu, thói quen ăn uống thích món chín-tái, nướng, ăn chủ yếu bên ngoài do tính chất công việc. Bệnh nhân có hút thuốc lá, ít rượu bia. Gia đình không ai có bệnh tương tự.

- Chẩn đoán có thể nhất trong trường hợp: tiêu chảy thể viêm ruột non theo dõi do tác nhân vi trùng
- Việc xử trí trong tình huống: Xác định tác nhân qua phân, điều trị nguyên nhân vi trùng + điều trị triệu chứng, nâng đỡ thể trạng, tư vấn dự phòng nguy cơ từ ăn uống.
- Các biến chứng có thể có: mất nước, rối loạn ion, chú ý yếu tố mất kali qua phân.

1.2. Tình huống 2

Thông tin

Bệnh nhân nữ, 30 tuổi đến khám phòng khám bác sĩ gia đình vì lý do đi phân lỏng kèm đau bụng từng cơn. Bệnh bắt đầu từ vài tháng nay. Bệnh cảnh có tiêu chảy thành từng đợt, mỗi đợt kéo dài khoảng 1-2 tuần, xen kẽ bằng những đợt không triệu chứng. Trong đợt bệnh, bệnh nhân đi phân lỏng lượng vừa, mỗi ngày đi từ 2-3 lần, không máu, không cảm giác mót rặn, có ít nhầy cuối phân dính vào giấy vệ sinh, kèm đau bụng từng cơn kiểu co thắt, nhiều nhất vùng hạ vị và hố chậu phải, xuất hiện chủ yếu vào buổi chiều. Triệu chứng đau bụng có bớt sau khi đi cầu và nặng lên sau khi ăn. Bệnh nhân khai không sốt, không sụt cân, không thay đổi chế độ dinh dưỡng, thói quen ăn uống trong thời gian vừa qua. Bệnh nhân không đi công tác xa từ 1 năm nay.

Hiện bệnh nhân đang sống cùng chồng và 2 con (PARA 2002), con trai 6 tuổi, con gái 2 tuổi. Chưa từng có tiền căn bệnh lý gì đặc biệt. Chồng và các con đều khỏe mạnh, không ai có triệu chứng tiêu chảy. Bệnh nhân hiện đang làm phụ bếp bán thời gian vào

buổi chiều cho nhà hàng. Công việc bắt đầu từ hơn 4 tháng nay. Chu kỳ kinh không đều ghi nhận cũng từ thời điểm đi làm đến nay.

Về khám lâm sàng ghi nhận : thể trạng tốt, tiếp xúc bình thường, da niêm hồng, niêm mạc miệng khô, huyết áp 110/60mmHg, mạch 90 lần/phút, nhịp thở 16 lần/phút, thân nhiệt đo tại màng nhĩ 36,7⁰ C. Bụng mềm, không điểm đau khu trú. Nghe bụng không ghi nhận bất thường. Các phần khám khác chưa ghi nhận gì bất thường.

Câu hỏi gợi ý tình huống:

- Chẩn đoán có thể nhất trong trường hợp này là gì?
- Việc xử trí trong tình huống này bao gồm những gì?

Tóm tắt - phân tích tình huống

Bệnh nhân nữ, 30 tuổi, tiêu chảy + đau bụng từng đợt kéo dài từ vài tháng. Phân lỏng, 2-3lần/ngày, lượng vừa, không máu, không sốt, ít chất nhớt, giảm đau bụng sau đi cầu. Khám có sinh hiệu ổn, không dấu chứng đặc hiệu. Không tiền căn đặc hiệu, PARA 2002 (con nhỏ), vừa chuyển nơi làm từ 4 tháng, kèm chu kỳ kinh không đều xuất hiện cùng thời điểm. Gia đình không ai có bệnh tương tự.

- Chẩn đoán có thể nhất trong trường hợp: tiêu chảy kiểu đại tràng, theo dõi hội chứng đại tràng kích thích thể tiêu chảy (dựa theo tiêu chuẩn ROME III)
- Việc điều trị cần phối hợp nhiều giải pháp : tư vấn chế độ ăn uống, bổ sung thêm chất xơ, điều hòa nhu động ruột, giảm thiểu các yếu tố gây căng thẳng, thay đổi lối sống, tổ chức công việc gia đình.

2. Danh mục chuyên đề

3.1.	Định nghĩa tiêu chảy là gì?.....	4
3.2.	Cơ chế bệnh sinh của tiêu chảy như thế nào?	4
3.3.	Tác nhân gây tiêu chảy là gì?	5
3.4.	Tần suất mắc bệnh tiêu chảy như thế nào?.....	6
3.5.	Các biến chứng có thể là gì?	7
3.6.	Tiền lượng bệnh tiêu chảy như thế nào?	7
3.7.	Các điểm nào cần đánh giá tiêu chảy?	7

3.8.	Các dấu mất nước có thể thấy là gì	8
3.9.	Các dấu hiệu báo động là gì?	9
3.10.	Khi nào cần cho bệnh nhân điều trị tại bệnh viện?	9
3.11.	Đặc điểm bệnh nhân và chẩn đoán.....	9
3.12.	Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán	11
3.13.	Dấu chứng đi kèm và chẩn đoán	13

3. Các câu hỏi liên quan

3.1. Định nghĩa tiêu chảy là gì?

Có nhiều định nghĩa khác nhau về tiêu chảy, tuy nhiên theo hiệp hội tiêu hóa của Anh thì tiêu chảy là tình trạng đi phân lỏng bất thường nhiều hơn 3 lần/ngày kèm theo hoặc không khối lượng phân nhiều hơn 200g/ngày. [Thomas et al, 2003; World Gastroenterology Organisation, 2012].

Về phân loại tiêu chảy, các chuyên gia thống nhất phân loại như sau [Thomas et al, 2003; HPA, 2010; World Gastroenterology Organisation, 2012]:

- Tiêu chảy cấp nếu thời gian bệnh dưới 14 ngày.
- Tiêu chảy kéo dài nếu như thời gian bệnh trên 14 ngày.
- Tiêu chảy mãn tính nếu như thời gian bệnh kéo dài trên 4 tuần lễ.

3.2. Cơ chế bệnh sinh của tiêu chảy như thế nào?

Tiêu chảy có thể được phân làm 4 nhóm cơ chế như sau:

- Tiêu chảy do tăng thẩm thấu gây giữ nước trong phân: ví dụ như trường hợp dùng các thuốc nhuận tràng, thuốc chống acid dạ dày có chất magnesium, thuốc manitol, sorbitol...Đặc trưng của nhóm này là nếu BN ngưng dùng chất gây giữ nước thì tiêu chảy sẽ chấm dứt
- Tiêu chảy xuất tiết: Cơ chế là do niêm mạc ruột tăng xuất tiết vào trong lòng ruột làm tăng lượng nước trong phân. Ví dụ là tiêu chảy do bệnh tả (Vibrio Cholerea), thuốc nhuận trường, đôi khi là tình trạng dị ứng tại ruột...
- Tiêu chảy do giảm hấp thu của đường tiêu hóa: Thường là cơ chế do viêm nhiễm vùng ruột. Tùy theo tác nhân gây bệnh tại ruột non hoặc ruột già mà số lượng phân khác nhau, các triệu chứng khác nhau.
- Tiêu chảy do tăng nhu động ruột: Do ruột tăng nhu động đưa đến thức ăn không có thời gian lưu tại ruột non, nước và chất dinh dưỡng không được hấp thu tốt do

vậy làm tăng lượng nước và phân tại đại tràng gây tiêu chảy. Đặc trưng của nhóm này là tình trạng đau bụng rất rõ, khối lượng phân nhiều.

3.3. Tác nhân gây tiêu chảy là gì?

Tùy theo tiêu chảy cấp hay mạn mà tác nhân gây bệnh sẽ ít nhiều khác nhau, có tần suất bệnh khác nhau.

1.1.1. Tác nhân gây tiêu chảy cấp

Tiêu chảy do nhiễm trùng

- Vi trùng: thương hàn (salmonella), lỵ (shigella), tả (Vibrio Cholerea), Escherichia coli, Clostridium difficile (liên quan đến dùng kháng sinh kéo dài), Campylobacter fetus...
- Siêu vi: enterovirus, viêm gan siêu vi A, E (kèm các biểu hiện về viêm gan), orbivirus, ...
- Nấm : Candida, Actinomyces, Histoplasma.
- Ký sinh trùng đơn bào : Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, Cryptosporidium...
- Ký sinh trùng đa bào : giun đũa, giun tóc, giun kim, ...

Tiêu chảy ngộ độc

- Do chất độc từ vi trùng hay thường gặp nhất là ngộ độc thực phẩm. Các tác nhân bao gồm Staphylococcus, Clostridium difficile, Escherichia coli, Pseudomonas.
- Do chất độc hóa học : do nấm, chì, thủy ngân, arsenic.

Tiêu chảy do chế độ ăn uống

- Dị ứng thức ăn, thức ăn có tính kích thích, thức ăn không hấp thu được, thức ăn tiêu hóa được do không có men tiêu hóa (gặp ở trẻ em, người bệnh suy kiệt kéo dài).
- Do thuốc: allopurinol, ức chế men chuyển, kháng sinh, digoxin, colchicine, thuốc độc tế bào (methotrexate hoặc thuốc hóa trị), ức chế thụ thể H₂, nhuận trường (sorbitol, manitol), kháng acid gốc từ magne, metformin, kháng viêm không steroid, ức chế bơm H⁺ (omeprazol, Lanzoprazol), ức chế tái hấp thu serotonine, statins, theophylline, thyroxine, vitamin C liều cao^{1,2}.

Các nguyên nhân khác

- Viêm manh tràng, viêm ruột thừa, xuất huyết tiêu hóa, viêm ruột mạc treo, lồng ruột...

Tác nhân gây tiêu chảy mãn

Bệnh của dạ dày

- Sau mổ cắt dạ dày
- Hội chứng Zollinger – Ellison
- Sau cắt thần kinh lang thang (dây thần kinh số X, gặp trong 25% trường hợp sau phẫu thuật)
- Viêm dạ dày thiếu dưỡng

Bệnh của ruột non

- Bệnh do viêm : bệnh Crohn, viêm ruột sau xạ trị, bệnh mô liên kết,...
- Bệnh do kém hấp thu: viêm giardia mãn, bệnh sprue, thiếu men disaccharidase, lymphoma ruột, xơ cứng bì tại ruột, thiếu gammaglobuline máu, dẫn mạch bạch huyết vùng ruột

Bệnh của đại tràng

- Viêm loét đại tràng, trực tràng, túi thừa
- Bệnh Crohn
- U bướu đại tràng

Bệnh liên đới với AIDS: bệnh cảnh nhiễm trùng

Các nguyên nhân khác

- Bệnh thần kinh ruột biến chứng của đái tháo đường
- Bệnh nội tiết: Addison, Zollinger_ellison, cường giáp
- Do thuốc: lansoprazole, aspirin, flutamide, sertraline, ticlopidine, ranitidine, acarbose, simvastatin, nhuận trường...

3.4. Tần suất mắc bệnh tiêu chảy như thế nào?

Tiêu chảy là một trong những bệnh thường gặp trong chăm sóc ngoại trú, chăm sóc tuyến ban đầu. Đối với tiêu chảy cấp, theo một nghiên cứu tại Anh, mỗi năm có hơn 17 triệu lượt bệnh tiêu chảy xảy ra. Trong đó, có khoảng 1 triệu lượt bệnh nhân đi khám bệnh³. Đối với tiêu chảy mãn, chỉ số này khó đo đạc hơn vì người bệnh chú ít quan tâm ghi nhận. Một số nghiên cứu tại cộng đồng cho thấy tỷ lệ có vấn đề về tiêu chảy ở người lớn tuổi là 14,2% tại Anh⁴, và khoảng 7% tại cộng đồng người da trắng tại Mỹ⁵.

Tại Việt Nam, theo một khảo sát cộng đồng tại TP HCM, tiêu chảy chiếm 3,4% vấn đề sức khỏe dưới dạng triệu chứng⁶. Tuy nhiên, do tiêu chảy có thể được chẩn đoán lồng ghép trong các bệnh lý khác như ngộ độc thực phẩm, thương hàn, lỵ... Do vậy, có thể nói tỷ suất mắc mới của bệnh tiêu chảy là rất cao.

3.5. Các biến chứng có thể là gì?

Bệnh tiêu chảy cấp thường tự giới hạn và không gây biến chứng. Tuy nhiên, trong một số trường hợp bệnh nặng nhất là ở trẻ em, trẻ nhũ nhi và người lớn tuổi, biến chứng mất nước có thể xảy ra. Biến chứng này không là vấn đề sức khỏe cộng đồng đối với những nước có hệ thống y tế phát triển, người dân có ý thức sức khỏe cao.

Tại các nước kém phát triển, biến chứng mất nước trong tiêu chảy cấp vẫn còn gây tử vong nhất là ở trẻ em và người lớn tuổi. Trên qui mô toàn cầu, tiêu chảy nhiễm trùng được xem là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai⁷.

3.6. Tiên lượng bệnh tiêu chảy như thế nào?

Đối với tiêu chảy cấp, trong đa phần các trường hợp, các triệu chứng sẽ cải thiện trong vòng 2-4 ngày⁸. Trên cơ sở đó, theo khuyến cáo của CDC (Cục quản lý và dự phòng của Mỹ) năm 2012⁹:

- Tiêu chảy nhiễm trùng nếu không điều trị có thể kéo dài 3-5 ngày
- Tiêu chảy do siêu vi kéo dài 2-3 ngày
- Tiêu chảy do ký sinh trùng đơn nhân có thể kéo dài vào tuần đến vài tháng nếu không điều trị

Đối với tiêu chảy mãn, vấn đề tiên lượng phụ thuộc nhiều vào bệnh lý nguồn.

3.7. Các điểm nào cần đánh giá tiêu chảy?

- Xác định số lần tiêu chảy và mức độ phân
- Tìm kiếm các dấu hiệu báo động: máu trong phân, tình trạng dùng thuốc kháng sinh, mất nước...
- Xác định nguyên nhân bệnh: đa phần tiêu chảy cấp thường do nguyên nhân nhiễm trùng. Thông tin về bệnh sử và bệnh cảnh cho phép xác định được tác nhân nhiễm trùng. Tuy nhiên, các nguyên nhân thuộc nhóm tiêu chảy mãn cũng có thể được xem xét vì có thể đây là thời điểm cấp của một bệnh mãn tính.

- Đánh giá tình trạng mất nước (dấu mất nước ngoại bào, dấu mất nước nội bào)
- Trong trường hợp tiêu chảy cấp, xem xét nên khám hậu môn nhất là ở người lớn tuổi (>50 tuổi)
- Đối với tiêu chảy mãn, cần đánh giá xem bệnh nhân hội đủ tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng đại tràng kích thích. Cũng cần đánh giá tình trạng hậu môn, trực tràng trong trường hợp nghi ngờ bệnh thuộc đại tràng.
- Để có thông tin chi tiết, xin xem thêm các mục về đặc điểm bệnh nhân, lâm sàng, dấu chứng bổ sung và chẩn đoán.

3.8. Các dấu mất nước là gì

Dấu mất nước nhẹ

- Mệt mỏi
- Chán ăn
- Choáng váng
- Hạ huyết áp tư thế

Dấu mất nước trung bình

- Mệt mỏi mất tập trung
- Chóng mặt
- Chuột rút cơ
- Tóp má
- Lưỡi khô
- Mắt trũng
- Giảm độ đàn hồi da (dấu véo da)
- Hạ huyết áp tư thế
- Nhịp tim nhanh
- Thiếu niệu

Dấu mất nước nặng

- Tụt huyết áp, huyết áp tâm thu <90mmHg
- Thiếu niệu -> vô niệu
- Nổi vân da (dấu co thắt vi mao mạch máu dưới da)
- Rối loạn tri giác, lơ mơ, hôn mê
- Yếu liệt cơ thể

3.9. Các dấu hiệu báo động là gì?

- Có máu trong phân
- Vừa mới xuất viện
- Đang điều trị bằng kháng sinh đường uống
- Nôn ói kéo dài
- Mất cân, sụt cân
- Dấu mất nước (ngoại bào, nội bào)
- Tiêu chảy mất nước lượng lớn qua phân
- Tiêu chảy xuất hiện ban đêm (là bằng chứng cho thấy có nguyên nhân thực thể)

3.10. Khi nào cần cho bệnh nhân điều trị tại bệnh viện?

Tình trạng cần nhập viện

Khi có 1 trong 2 tình trạng sau

- Bệnh nhân có ói nhiều, không thể bù đắp lượng dịch mất đi bằng đường uống
- Bệnh nhân có dấu mất nước từ trung bình đến nặng

Các tiêu chí khác cần xem xét chỉ định điều trị tại bệnh viện

- Người lớn tuổi hoặc có nhiều bệnh phối hợp, bệnh mãn tính nặng. Người bệnh có lo lắng sợ bệnh diễn tiến nặng.
- Điều kiện gia đình khó kiểm soát tình trạng tiêu chảy tại nhà : xa bệnh viện, không người thân, liên lạc khó khăn...
- Khả năng hợp tác điều trị của bệnh nhân kém.
- Sốt cao.
- Có máu trong phân hoặc tình trạng thiếu máu chưa rõ nguyên nhân ($Hb < 11g/dl$ ở nam, $Hb < 10g/dl$ ở nữ)
- Đau bụng ngoại khoa
- Có dấu hiệu nghi ngờ bệnh chuyên khoa (bệnh Crohn, viêm loét đại tràng, bệnh Coeliac, bệnh ung thư).
- Nguyên nhân bệnh chưa rõ ràng.

3.11. Đặc điểm bệnh nhân và chẩn đoán¹⁰

Ở tất cả các nhóm tuổi, tác nhân siêu vi là nguyên nhân thường gặp nhất trong tiêu chảy cấp. Đối với người lớn, bệnh cảnh thường đơn giản, tự giới hạn. Tuy nhiên, trong trường hợp trẻ em, trẻ nhũ nhi thì tiêu chảy có thể gây mất nước nặng.

Một số trường hợp bệnh nhân ghi nhận có tiêu chảy cấp xuất hiện sau khi ăn/dùng các sản phẩm có từ sữa (sữa, phô mai, kem tươi, yahourt...). Trong tình huống này cần nghĩ đến nguyên nhân kém dung nạp lactose ngay cả khi bệnh nhân không có tiền căn bệnh tương tự trước đó (lý do là men lactose giảm dần theo tuổi, triệu chứng tiêu chảy xuất hiện khi tuổi đã cao). Ngoài ra, có tình trạng kém dung nạp lactose thoáng qua do rối loạn tạo men lactose cũng nên được chú ý, nhất là khi triệu chứng tiêu chảy kéo dài xuất hiện sau khi bị bệnh nhiễm trùng đường tiêu hóa trên người có dùng các sản phẩm từ sữa bò.

Đối với phụ nữ đang trong giai đoạn tuổi sinh sản, tình trạng tiêu chảy mãn thường do nguyên nhân cơ năng hoặc nằm trong bệnh cảnh của hội chứng đại tràng kích thích. Diễn hình nhất là phụ nữ đang nuôi con nhỏ, đồng thời phải lo toan công việc nhà và công việc bên ngoài xã hội. Thông thường phụ nữ này có than phiền căng thẳng kéo dài, rối loạn giấc ngủ và có các triệu chứng của hội chứng đại tràng kích thích.

Thông tin về danh sách thuốc đang dùng có thể giúp gợi ý nguyên nhân gây tiêu chảy. Một trong những thuốc có thể gây tiêu chảy là lạm dụng thuốc nhuận trường dùng để trị bệnh táo bón, thường gặp ở người lớn tuổi, người có hạn chế vận động (yếu liệt, béo phì, suy tim...). Các thuốc kháng sinh dùng đường uống cũng là một trong những nguyên nhân gây bệnh tiêu chảy cấp. Sau sử dụng thuốc hóa trị hoặc sau đợt xạ trị trong điều trị bệnh ung thư, bệnh nhân cũng có thể có tình trạng tiêu chảy cấp.

Tình trạng liệt ruột cấp sau dùng rượu bia có thể gây tiêu chảy dữ dội trong 1-2 ngày sau khi dùng rượu bia. Cơ chế sinh bệnh là do có sự tăng sinh quá mức vi khuẩn trong thức ăn ứ đọng trong ruột non gây ra bởi tình trạng giảm nhu động ruột. Về sau, chính vi khuẩn và các ngoại độc tố do vi khuẩn tiết ra kích thích ruột gây tình trạng tiêu chảy cấp xuất hiện trễ sau 1 ngày. Cơ chế này cũng giải thích bệnh tiêu chảy cấp trên bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng rối loạn thần kinh ruột. Trong đó nhu động ruột giảm và thức ăn ứ đọng tại ruột non. Điều trị bằng tetracycline cho phép cân bằng lại môi trường vi khuẩn đường ruột.

Trong tiêu chảy cấp, tương quan giữa thời điểm xuất hiện đi phân lần đầu tiên với thời điểm bữa ăn cuối có thể gợi ý chẩn đoán bệnh. Nếu tiêu chảy xuất hiện trước 2 giờ sau ăn, chúng ta có thể nghĩ đến nguyên nhân ngoại độc tố của vi khuẩn trong thức ăn ôi thiu. Nếu khoảng cách thời gian này sau 8 giờ, chúng ta có thể nghĩ đến nguyên nhân nhiễm trùng đường ruột do vi khuẩn gây tiêu chảy. Nếu tiêu chảy xuất hiện từ 2-8 giờ sau ăn, đây có thể là bệnh lý hỗn hợp vừa do chất độc vi khuẩn trong thức ăn và có tình trạng tăng sinh vi khuẩn trong đường ruột.

Thông thường, tiêu chảy cấp là bệnh tự giới hạn và ít gây biến chứng ở người lớn. Tuy nhiên, một số nhóm bệnh nhân có thể dễ bị biến chứng mà chúng ta cần quan tâm theo dõi (trẻ em-trẻ nhũ nhi, người lớn tuổi, nhiều bệnh lý nội khoa phối hợp, bệnh lý hệ miễn dịch mắc phải hoặc thứ phát sau điều trị bệnh về máu...). Tiêu chảy kéo dài do nhiễm trùng đường ruột rất thường gặp ở bệnh nhân mắc bệnh suy giảm miễn dịch mắc phải ở giai đoạn cuối (giai đoạn AIDS).

Các thông tin về dịch tễ cũng góp phần giúp chẩn đoán nhanh chóng nguyên nhân. Chẩn đoán càng chính xác khi bệnh nhân có liên quan trực tiếp đến dữ kiện dịch tễ hiện hành (sống trong vùng dịch, có tiếp xúc với người nhiễm, có triệu chứng tương tự với người mắc bệnh). Tác nhân siêu vi có thể gây tiêu chảy thành dịch ở phạm vi lớn như quận/huyện - thành phố. Nhóm đối tượng nhạy cảm là trẻ em trong độ tuổi đi học, sinh sống trong những cụm dân cư có điều kiện môi trường kém. Tác nhân vi trùng thường gây dịch tiêu chảy cấp bùng phát trên phạm vi nhỏ hơn như tại gia đình, công ty (dùng bếp ăn tập thể), khu công nghiệp (có công ty cung cấp thức ăn riêng), khu dân cư (dùng chung nguồn nước giếng...).

3.12. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán

Cách tiếp cận tốt nhất là phân bệnh thành 2 nhóm: tiêu chảy cấp (xuất hiện đột ngột, dữ dội, kéo dài thường dưới 1 tuần, có kèm theo các dấu chứng toàn thân như dấu chứng nhiễm siêu vi (tam chứng siêu vi), nôn ói, buồn ói, đau bụng, sốt...) và tiêu chảy mãn (xuất hiện từ từ, không dữ dội, kéo dài thành từng đợt trong nhiều tháng, mỗi đợt kéo dài trên 2 tuần lễ).

Nếu tiêu chảy xuất hiện đột ngột, cấp trên bệnh nhân trước đó khỏe mạnh, không kèm dấu chứng bất thường của các hệ cơ quan khác thì nguyên nhân thông thường là nhiễm siêu vi.

Nếu tiêu chảy xuất hiện đột ngột, phối hợp cùng triệu chứng nôn ói, đau bụng sau bữa ăn, đồng thời có nhiều người có triệu chứng tương tự thì nguyên nhân có thể nhất là do nhiễm độc tố vi trùng trên thức ăn (staphylococcal enterotoxin). Bệnh cảnh này rất thường gặp vào mùa hè (thức ăn không được giữ lạnh tốt, nhiệt độ thuận lợi cho vi trùng phát triển), thức ăn do công ty cung cấp số lượng lớn (do thời gian kéo dài từ khâu chế biến -> vận chuyển-> tiêu thụ). Thông thường thì triệu chứng xuất hiện trước 8h sau ăn (đa phần trước 4h sau ăn). Chuyên biệt, một số tác nhân như Salmonella, Shigella, Campylobacter, các triệu chứng có thể xuất hiện trễ hơn sau 24-72 giờ vì vi khuẩn cần có thời gian để tăng sinh trong hệ tiêu hóa sau khi nhiễm vào người. Đối với Giardia thì thời gian này là 1-2 tuần.

Tính chất phân có thể giúp gợi ý bộ phận tổn thương. Nếu tiêu chảy do ruột non, lượng phân thường nhiều đôi khi loãng như nước, nặng mùi, nổi trên mặt nước. Đối với tiêu chảy do ruột già, lượng phân thường ít hơn, cảm giác mót rặn nhiều, đi cầu nhiều lần, phân thường pha lẫn với chất nhầy là chất tiết của đại tràng. Tuy nhiên, các đặc trưng này có thể không đặc hiệu trong trường hợp bệnh diễn tiến từ từ do tác nhân mãn tính (do Giardia).

Đối với tiêu chảy mãn, các nguyên nhân thường gặp là hội chứng đại tràng kích thích, thuốc, chế độ ăn uống, viêm đại tràng mãn và ung thư. Đối với hội chứng đại tràng kích thích, bệnh đặc trưng bởi tình trạng tiêu chảy xen kẽ với táo bón, đau bụng từng cơn chướng hơi, xuất hiện nặng trong giai đoạn bị căng thẳng (stress) và cải thiện nhiều sau khi trung tiện – đại tiện. Đặc điểm có lớp màng nhớt bao trên phân hoặc trên giấy vệ sinh là một trong những đặc trưng của hội chứng đại tràng kích thích. Bệnh cảnh lâm sàng có thể thay đổi một khi bị nhiễm thêm các tác nhân khác (vi trùng, ký sinh trùng, siêu vi) do vậy chúng ta cần chú ý khảo sát kỹ.

Tiêu chảy do nguyên nhân cơ năng không xuất hiện vào ban đêm và hầu như không bao giờ làm bệnh nhân thức giấc. Thông thường, tiêu chảy xuất hiện vào buổi sáng, lượng phân rất nhiều, không kèm máu, nhầy nhớt. Do vậy, đối với trường hợp có tiêu chảy xuất hiện vào ban đêm, chúng ta cần tìm nguyên nhân thực thể.

3.13. Dấu chứng đi kèm và chẩn đoán

Đối với tình huống tiêu chảy cấp, chúng ta có thể phân biệt 2 nhóm tình huống: tiêu chảy do chất độc vi khuẩn (do vi khuẩn tăng sinh trong thức ăn ôi thiu và tiết ra các ngoại độc tố) gây bệnh cảnh tiêu chảy tại ruột non; và tiêu chảy do nhiễm trùng (do vi trùng tăng sinh trong ruột).

Đối với tiêu chảy do chất độc vi khuẩn, đi phân lỏng đột ngột (vài giờ sau khi ăn thức ăn ôi thiu), lượng phân rất nhiều, như nước, kèm buồn nôn, nôn ói (lượng chất ói nhiều hơn so với lượng phân tiêu chảy), tăng tiết đàm nhớt, đau bụng từng cơn, mệt mỏi và thường là không sốt. Nếu có kèm theo dấu chứng thần kinh thì phải nghĩ đến tác nhân ngộ độc Clostridia (botulism).

Tiêu chảy do nhiễm trùng thường có biểu hiện sốt, buồn nôn, nôn ói, đau bụng từng cơn, nhức đầu, mệt mỏi, đau cơ. Nếu lượng phân nhiều như nước thì nguyên nhân là siêu vi, Vibrio cholerea, Campylobacter. Tuy nhiên, bệnh cảnh chỉ có dấu chứng đường tiêu hóa mà không có biểu hiện bất thường hệ cơ quan khác.

Nếu tiêu chảy do tổn thương tại đại tràng, thông thường sẽ có biểu hiện sốt (do liên quan đến tác nhân), nặng vào buổi sáng, đau bụng nhiều vùng bụng dưới, cảm giác muốn đi cầu liên tục, mót rặn nhiều, có thể có máu trong phân, phân mềm kèm theo chất nhầy bao quanh phân.

Trong tiêu chảy, máu trong phân thường ít khi do nguyên nhân nhiễm trùng tiêu hóa. Máu bao quanh phân hoặc dính trên giấy vệ sinh thường do xuất huyết tại hậu môn: do trĩ hoặc do vết xước da lỗ hậu môn (nhất là khi bệnh nhân có đau vùng hậu môn). Máu lẫn trong phân gợi ý nguyên nhân nằm tại đại tràng (viêm đại tràng, polype, ung thư đại tràng) cần phải được khảo sát kỹ. Nếu phân có nhiều bọt, nặng mùi, phân nổi trên mặt

nước, thức ăn còn nguyên dạng thì cần nghĩ đến tiêu chảy phân sống do bệnh của ruột non hoặc bệnh của tụy.

Tương quan giữa mức độ tiêu chảy và mức độ nôn ói giúp gợi ý tác nhân. Thông thường, nếu nôn ói nặng hơn tiêu chảy, xuất hiện sau sớm sau bữa ăn có liên quan thì nguyên nhân là do chất độc của staphylococcus tiết ra trong thức ăn thiêu ôi. Nếu có nhiều người cùng ăn có triệu chứng tương tự thì chẩn đoán càng chắc chắn. Lý do là thức ăn còn nhiều trong dạ dày và chất độc tấn công nhanh nên khuynh hướng cơ thể phản ứng lại bằng cách cho ói thức ăn ra. Đối với trường hợp viêm ruột do vi khuẩn (cả ruột non và ruột già), triệu chứng nôn ói thường là nhẹ, nhưng biểu hiện tiêu chảy là chủ yếu. Lý do là vi trùng cần có thời gian ủ bệnh trong ruột rồi mới tấn công, thức ăn có thời gian di chuyển xuống ruột non. Do vậy triệu chứng tiêu chảy là chính.

Tiêu chảy có kèm theo loét trợt vùng da quanh hậu môn (liên quan đến phân có tính acid), chướng bụng, có thể có ói, sốt, chán ăn và nhất là ở trẻ em thì phải nghĩ đến nguyên nhân không dung nạp lactose. Các dấu chứng mệt mỏi cơ, yếu mệt, giảm kali máu có thể gặp trong trường hợp có tiêu chảy lượng nhiều. Do nguyên nhân sử dụng thuốc nhuận trường hoặc nằm lòng ghép trong bệnh cảnh hysteri cũng không hiếm gặp ; do vậy chúng ta cần chú ý thăm khám đầy đủ (thuốc, dấu chứng cơ năng khác).

Tham khảo và trích dẫn

1. Polmear Andrew (2008). Evidence-based diagnosis in primary care: practical solutions to common problems. Edinburgh: *Butterworth Heinemann* p.
2. Baldi F., Bianco M. A., Nardone G., et al. (2009). Focus on acute diarrhoeal disease. *World journal of gastroenterology* : WJG.15:3341-8.
3. Tam C. C., Rodrigues L. C., Viviani L., et al. (2012). Longitudinal study of infectious intestinal disease in the UK (IID2 study): incidence in the community and presenting to general practice. *Gut*.61:69-77.
4. Talley N. J., O'Keefe E. A., Zinsmeister A. R., et al. (1992). Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly: a population-based study. *Gastroenterology*.102:895-901.

5. Talley N. J., Weaver A. L., Zinsmeister A. R., et al. (1992). Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. *American journal of epidemiology*.136:165-77.
6. Võ Thành Liêm (2012). Phổ vấn đề sức khỏe mã theo ICPC2 khảo sát tại quận Tân Bình và Thủ Đức. *Chưa xuất bản*.
7. Lawler J. V., Wallace M. R. (2003). Diagnosis and treatment of bacterial diarrhea. *Current gastroenterology reports*.5:287-94.
8. Jones R., Rubin G. (2009). Acute diarrhoea in adults. *BMJ*.338:b1877.
9. Site Web: Chapter 2: The Pre-Travel Consultation Self-Treatable Conditions. 2012. (Accessed 13/12/2013, at <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/chapter-2-the-pre-travel-consultation/travelers-diarrhea>.)
10. Robert H. Seller (2000). differential diagnosis of common complaints. 4 ed.442 p.