

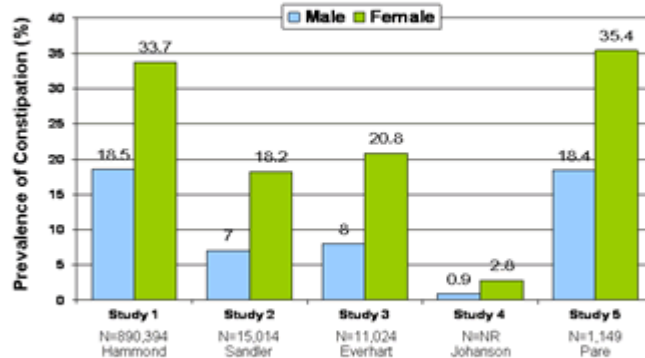
CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TÁO BÓN MÃN TÍNH

ThS. BS. Bùi Quang Đi

Khoa Tiêu Hoá- BV Hoàn Mỹ I

Táo bón là bệnh lý thường gặp đặc biệt là ở người lớn tuổi, ít nhất chiếm 10% dân số ở Mỹ, thường gặp ở nữ hơn nam, 25% người trên 60 tuổi. Táo bón mãn tính và hội chứng đại tràng kích thích (IBS) thể táo bón là những bệnh lý rối loạn ruột chức năng. Gọi là táo bón khi đi tiêu dưới 3 lần/ tuần, táo bón nặng là khi đi tiêu dưới 1 lần/ tuần, phân cứng, khó đi, cảm giác không thoải mái sau khi đi tiêu.

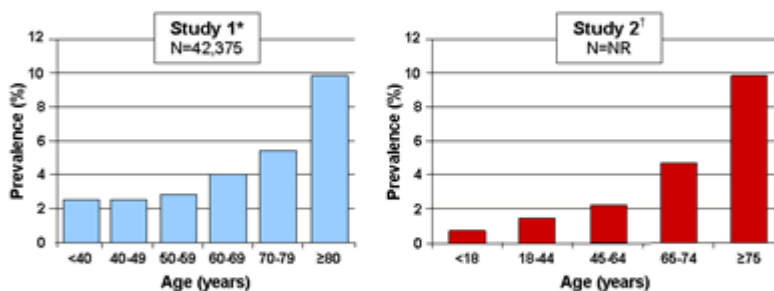
Constipation Is More Common in Women



NR = not reported.

Hammond E. *Am J Pub Health*. 1964;54:11-23. Sandler RS, et al. *Am J Pub Health*. 1990;80:185-189. Everhart JE, et al. *Dig Dis Sci*. 1989;34:1153-1162. Johanson JF, et al. *Gastroenterology*. 1990;98:380-386. Pare P, et al. *Am J Gastroenterol*. 2001;96:3130-3137.

Constipation Increases with Age



*Harari D, et al. Population: NHIS 1987; criteria: self-report; †Johanson JF, et al. Population: NHIS 1983-1987; criteria: self-report. NHIS = National Health Interview Survey. Higgins PDR, et al. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:750-759.

Số lần đi tiêu giảm dần theo tuổi: 95% người lớn đi tiêu từ 3 – <21 lần/ tuần là bình thường, dưới 50% người tiêu 1 lần / ngày. Thường không có rối loạn về sinh lý khi bón 2 – 3 ngày, tuy nhiên ở một số người vẫn có cảm giác lo lắng khó chịu.

Điều quan trọng là phân biệt táo bón cấp (mới xuất hiện) với táo bón mãn tính, táo bón cấp thường kèm theo bệnh lý của đại tràng như u, hẹp đặc biệt ở những bệnh nhân có triệu chứng tiêu phân máu, đau bụng, sụt cân cần phát hiện và điều trị sớm.

Phân biệt táo bón mãn tính cần phân biệt với IBS thể táo bón dựa vào đau bụng là chính. Theo tiêu chuẩn Rome III:

Table 2. Rome III Diagnostic Criteria: Functional Constipation and IBS-C

- Symptoms ≥ 3 mo; onset ≥ 6 mo prior to diagnosis

Functional Constipation	IBS-C
<ul style="list-style-type: none"> • Must include ≥ 2 of the following: <ul style="list-style-type: none"> – Straining* – Lumpy or hard stools* – Sensation of incomplete evacuation* – Sensation of anorectal obstruction/blockage* – Manual maneuvers to facilitate defecation (eg, digital evacuation, support of the pelvic floor)* – < 3 defecations/wk • Loose stool rarely present w/o use of laxatives • Insufficient criteria for IBS-C 	<ul style="list-style-type: none"> • IBS: Recurrent abdominal pain/discomfort ≥ 3 d/mo for the past 3 mo, associated with ≥ 2 of the following: <ul style="list-style-type: none"> – Improvement with defecation – Onset associated with change in stool frequency – Onset associated with change in stool form • IBS is subtyped by predominant stool pattern <ul style="list-style-type: none"> – IBS-C: hard or lumpy stools[†] $\geq 25\%$ of defecations; loose or watery stools[‡] $< 25\%$ of defecations[§]

* $\geq 25\%$ of defecations. [†]Bristol Stool Form Scale 1–2: separate, hard lumps like nuts (difficult to pass); or lumpy, sausage-shaped stool. [‡]Bristol Stool Form Scale 6–7: fluffy pieces of stool with ragged edges; mushy stool; or watery w/out solid pieces (entirely liquid). [§]In the absence of use of antidiarrheals or laxatives.

Based on: Longstreth GF et al. *Gastroenterology*. 2006;130:1480-1491.

I. Nguyên nhân táo bón:

Loại và nguyên nhân táo bón	Ví dụ
Khởi phát gần đây: + Tất nghẽn đại tràng + Co thắt cơ vòng hậu môn + Thuốc	+ U, hẹp, thiếu máu, túi thừa, viêm + Nứt hậu môn, trĩ biến chứng gây đau
Mãn tính: + IBS + Thuốc + Giã tất đại tràng + Rối loạn bài tiết trực tràng + Bệnh nội tiết + Bệnh thần kinh + Bệnh cơ toàn thân	+ Trong thể táo bón + Thuốc ức chế canxi, chống trầm cảm + Táo bón do quai đại tràng hoạt động chậm, megacolon + Rối loạn chức năng đáy chậu, sa niêm mạc trực tràng, anismus + Suy giáp, tăng canxi máu, có thai, tiểu đường + Bệnh Parkinson, tổn thương tuỷ sống + Bệnh xơ cứng hệ thống

Trong đó thuốc là nguyên nhân gây táo bón nhưng thường hay bỏ sót nên làm cho việc điều trị dễ bị thất bại. Các thuốc hay sử dụng gây táo bón:

- Thuốc giảm ho, giảm đau: Codein, oxycodone.
- Thuốc chống trầm cảm: Amitriptiline, imipramine.
- Thuốc chống co giật: phenytoin, carbamazepine.
- Thuốc ức chế canxi: diltiazem, nifedipine.
- Thuốc kháng axit chứa nhôm trong điều trị bệnh lý dạ dày

Trong lâm sàng các nguyên nhân sau đây ít gặp nhưng cần chú ý:

- Colonic inertia là bệnh lý mà thần kinh và / hoặc cơ của đại tràng không làm việc bình thường, hậu quả là phân ở đại tràng bị ứ đọng không được tống ra ngoài khi đi tiêu. Nguyên nhân chưa rõ ràng, một số là do sử dụng lâu dài thuốc nhuận tràng kích thích.
- Rối loạn chức năng đáy chậu: là do cơ của vùng chậu xung quanh trực tràng không làm việc bình thường mà những cơ này đóng vai trò quan trọng trong quá trình đi tiêu. Nguyên nhân cũng chưa được rõ.

2. Chẩn đoán

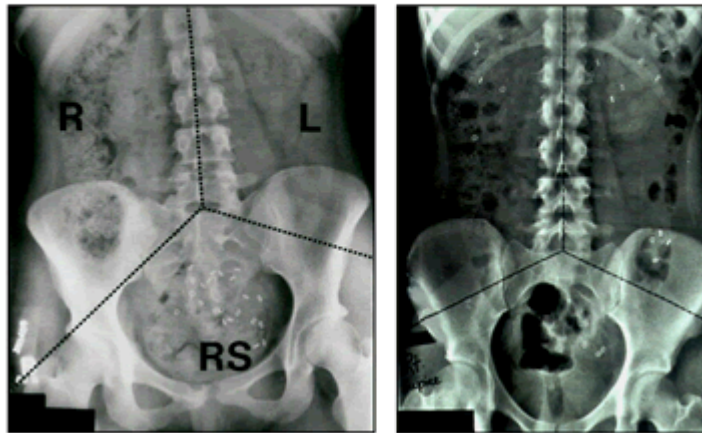
Cần tìm nguyên nhân táo bón nguyên phát hay thứ phát do các bệnh khác gây nên, táo bón cấp hay mãn việc điều trị mới thành công,

Trong chẩn đoán kết hợp hỏi bệnh sử cũng như tiền căn để biết táo bón phát bệnh khi nào, số lần đi tiêu mỗi tuần, chế độ ăn uống, thói quen đi cầu, bệnh nội khoa kèm theo và đang uống thuốc gì có thể gây táo bón, tính chất phân có máu kèm đau bụng ối không cũng như khám bệnh và xét nghiệm cơ bản đa số tìm được nguyên nhân táo bón, khám lâm sàng phát hiện trĩ, nứt hậu môn, u vùng hậu môn trực tràng, đánh giá cơ thắt cơ vòng hậu môn và các xét nghiệm cơ bản tìm bệnh tiểu đường, suy giáp, cường cận giáp, tăng canxi máu, nội soi, xạ quang đại tràng đa số tìm được nguyên nhân để điều trị táo bón.

Các trường hợp táo bón mãn tính nặng và trở với điều trị thông thường cần làm các xét nghiệm chuyên khoa sâu như:

- Colonic transit studies: phương pháp này nhằm xác định thời gian thức ăn đi qua ruột, bệnh nhân uống viên thuốc trong viên thuốc có chứa nhiều mảnh nhựa nhỏ thấy được trên xạ quang sau khi uống nó sẽ tan ra và giải phóng những mảnh nhỏ vào ruột thường sau 5 – 7 ngày tất cả các mảnh này sẽ thải ra theo phân không còn lại trong ruột ở ngưỡng không bị táo bón. Khi những mảnh này xuất hiện rải rác trong khung đại tràng thì chứng tỏ cơ và/ hoặc thần kinh đại tràng không hoạt động, điển hình trong bệnh colonic inertia những mảnh nhỏ lắng đọng ở trực tràng gợi ý rối loạn chức năng đáy chậu.

Colonic Transit Study to Identify Subtype of Constipation



Available at: <http://www.konsyl.com/sitzmarks.html>. Accessed June 1, 2007.

- Defecography: kỹ thuật này thường làm sau chụp xquang đại tràng. Dùng bột nhão barium đưa vào trực tràng thông qua hậu môn, tiến hành chụp xquang trong khi bệnh nhân đang đi tiêu ra barium để cho thấy hình ảnh hoạt động cơ đáy chậu trong khi đi tiêu cung cấp thông tin về giải phẫu bất thường của trực tràng và cơ đáy chậu.
- Ano rectal motility studies: nhằm đánh giá chức năng cơ và thần kinh của hậu môn trực tràng người ta dùng ống đường kính khoảng 8 inches đưa vào hậu môn đến trực tràng. Phần cảm biến của ống đo áp lực được tạo ra bởi cơ hậu môn trực tràng khi chức năng cơ này rối loạn phân sẽ bị ứ đọng gây táo bón tương tự như rối loạn chức năng đáy chậu.

Anorectal Manometry

- Detects abnormalities during attempted defecation
 - Impaired rectal contraction, paradoxical anal contraction, impaired anal relaxation, or a combination
- Evaluates
 - Muscular contraction and relaxation in the rectum and anal sphincter region
 - Anorectal reflexes
 - Rectal compliance
 - Rectal sensation
- Test performance/interpretation vary widely among centers



Rao SS. *Gastroenterol Clin North Am.* 2003;32:659-683. Azpiroz F, et al. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:232-240.

- Colonic motility studies: tương tự như kỹ thuật trên nhưng ống có đường kính nhỏ hơn $d = 1.8$ inch đưa vào lòng đại tràng, nhờ vào bộ phận cảm biến đo được áp lực được tạo ra bởi cơ thắt cơ đại tràng. Kỹ thuật này giúp chẩn đoán bệnh lý colonic inertia.

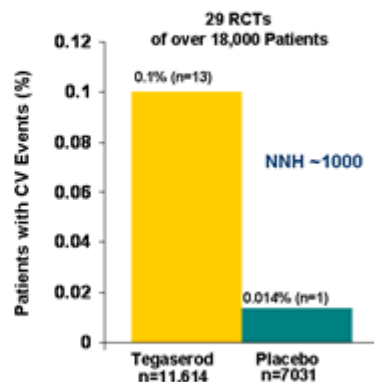
3. Điều trị và phòng ngừa táo bón mãn tính:

Phương pháp điều trị kinh điển:

- Điều trị nguyên nhân gây táo bón nếu có.
- Thay đổi lối sống: ăn nhiều chất xơ từ rau, trái cây và các loại đậu hoặc là từ chất chơ được chế biến sẵn giúp giữ nước là cho phân mềm và lớn để đi qua đại tràng, uống nhiều nước.
- Ăn mặn khô hoặc uống nước mặn có tác dụng nhuận tràng, giảm các thực phẩm chế biến sẵn.
- Tập thể dục hằng ngày kích thích cử động ruột.
- Nên dùng các thảo mộc được chế biến sẵn giúp nhuận tràng cũng như nên dùng các thuốc nhuận tràng dạng xơ như Methyl Cellulose hoặc Psyllium. Không nên xài các thuốc nhuận tràng khác kéo dài đặc biệt ở những bệnh nhân soi nội tràng có dấu hiệu nhiễm sắc tố.
- Các loại thuốc nhuận tràng bôi trơn làm mềm phân, các thuốc nhuận tràng có nguồn gốc muối đặc biệt là thuốc nhuận tràng kích thích chỉ nên xài trong thời gian ngắn.
- Hai loại thuốc nhuận tràng mới đang được sử dụng trong khoảng thời gian gần đây:
 - + Tegaserod được sử dụng từ năm 2002, tuy nhiên đến tháng 3/2007 tạm ngưng sử dụng do biến cố tim mạch.
 - + Lubiprostone là thuốc có hoạt tính trên kênh canxi chọn lọc là tăng tiết Clo từ tế bào của ruột vào lòng ruột kéo theo ion Natri và nước làm mềm phân, được sử dụng gần đây từ tháng 1/2006.
- Các phương pháp điều trị khác: thụt tháo đại tràng giải áp, các thuốc đặt hậu môn chứa Bisacodyl, Lyserin, các thuốc như Colchicines, Misoprostyl.

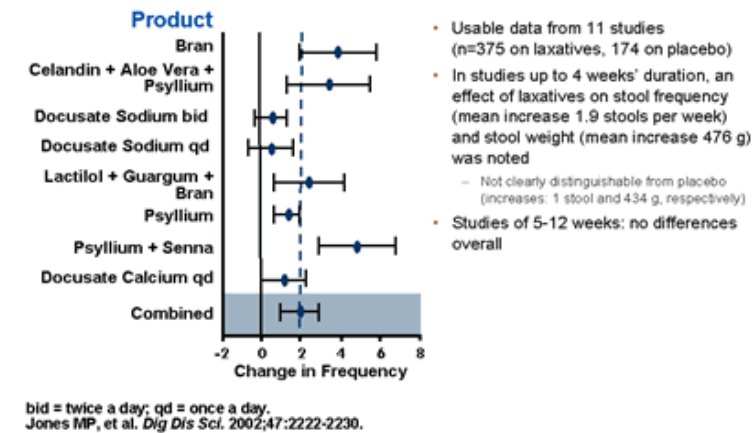
Restriction of Tegaserod in US Market

- 13 patients treated with tegaserod had CV events
 - 4 patients: heart attack
 - 6 patients: chest pain/angina
 - 3 patients: stroke
- All patients affected had pre-existing CV risk factors
- No clear dose-response relationship
- No relationship between CV events and treatment duration



CV = cardiovascular; NNH = number needed to harm.
 Available at: <http://www.fda.gov>. Accessed April 2, 2007.

Efficacy of Laxatives in Constipation



Adverse Effects of Laxatives

- Bulking agents
 - Bloating
 - Severe adverse events: esophageal and colonic obstruction, anaphylactic reactions
- Osmotic laxatives
 - Multiple electrolyte abnormalities, hypovolemia
 - Diarrhea (2%-40% of PEG-treated patients)
 - Excessive stool frequency, nausea, abdominal bloating, cramping, flatulence
- Stimulant laxatives
 - Abdominal discomfort, electrolyte imbalances, allergic reactions, hepatotoxicity

Brandt LJ, et al. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:S5-S21.

Các phương pháp để điều trị những trường hợp táo bón nặng và trợ với thuốc:

- Biofeedback: hầu hết cơ xung quanh hậu môn và trực tràng hoạt động dưới sự kiểm soát tự chủ, phương pháp này giúp cho những bệnh nhân rối loạn cơ vùng chậu hoạt động bình thường hơn và cải thiện khả năng đi tiêu dựa vào bộ phận cảm biến ở Catheter đưa vào hậu môn đến trực tràng. Mỗi lần bệnh nhân co thắt cơ sẽ ghi lại trên màn hình nhờ nhìn vào áp lực biểu hiện trên màn hình đó sẽ giúp bệnh nhân thấy được lúc cơ thư giãn và co thắt tạo cho việc đi tiêu dễ hơn để điều trị bệnh lý rối loạn chức năng đáy chậu.
- Colonic inertia: thuốc nhuận tràng thường được sử dụng điều trị đối với loại táo bón này. Các bước sử dụng thuốc theo thứ tự chọn lựa từ 1 đến 3 tuy nhiên ở nhóm 3 nên sử dụng ngắn do nguy cơ tác dụng phụ và lạm dụng thuốc (được mô tả ở bảng dưới).

Medications for the management of constipation

Laxatives	Adult dosage	Onset of action (hr)
First-line agents		
Bulk-formers		
- Psyllium (eg, Metamucil)	7 g PO qd-tid	12-72
- Methylcellulose* (eg, Citrucel)	2 g PO qd-tid	12-72
Second-line agents		
Hyperosmotics		
- Lactulose (eg, Cephulac)	15-60 mL PO qd-tid	24-48
- Polyethylene glycol (eg, CoLyte)	200-2,000 mL PO qd-tid	0.5-1
- Glycerin (eg, Sani-Supp)	3 g PR qd-bid	0.25-0.5
- Sorbitol solution (70%)	15-60 mL PO qd-bid	
Salines**		
- Magnesium hydroxide (eg, Milk of Magnesia)	5-15 mL PO tid	0.5-3
- Magnesium citrate (eg, Citro-Nesia)	4 mL/kg-300 mL PO qd	0.5-3
- Sodium phosphate (eg, Fleet Phospho-soda)	20-30 mL PO qd-bid with 12 oz of water	0.5-3
Third-line agents		
Anthraquinones		
- Cascara sagrada	325 mg (or 5 mL) PO qhs	6-12
- Senna (eg, Senokot)	Two 187-mg tablets PO qid	6-12
Emollients (stool softeners)		
- Docusates (eg, Colace)	100 mg PO qd-bid	24-72
- Mineral oil	5-45 mL PO qhs	6-8
Stimulants		
- Phenolphthalein (eg, Ex-Lax)	90 mg PO qhs	6-12
- Castor oil (eg, Purge)	15-60 mL PO qhs	2-6
- Bisacodyl (eg, Dulcolax)	10-30 mg PO or 10 mg PR qhs	6-12

*Aspiration risk in the elderly.

**Use with caution in patients with dehydration or cardiac or renal disease.

- **Phẫu thuật:** giành cho những bệnh nhân táo bón do tất nghẽn đại tràng cơ học hoặc lạm dụng thuốc. Trước phẫu thuật phải chắc chắn không có bệnh lý cơ ruột non.

Những phương pháp điều trị mới:

- **Electrical pacing:** người ta dùng một điện cực cấy vào trong thành cơ đại tràng, còn điện cực ngoài gắn vào hệ thống kích thích điện. Khi kích thích ở bên ngoài

sẽ kích thích thần kinh đại tràng gây co thắt đại tràng. Tuy nhiên, phương pháp này còn đang nghiên cứu.

- Các thuốc mới đang nghiên cứu dựa trên kích thích thần kinh của đại tràng gây ra co cơ của đại tràng do dạ dày và ruột có mạng lưới thần kinh mà kiểm soát các cơ để điều trị trong bệnh lý Colonic Inertia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahlquist, constipation, Harrison principle of internal medicine, sixteen edition, 2005, page 231
2. Biggs WS, Evauation, and treatment of constipation in infants and children, 2006, 73(3); 469-77.
3. Stephen J. McPhee, Maxine A. Papadakis, Lawrence M. Tierney et al. Constipation in Current Medical Diagnosis and Treatment 2008,
4. Abdulazrak Abyad, MD, PhD, MBA, MPH, AGSF. Constipation in the 5-minute Clinical Consult, sixteen edition, 2008
5. Chandra Prakash. Constipation in the Washington Manual of medical therapeutics, 2007, page 466.
6. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, et al, Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders.
7. Di Palma JA, new developments in the treatment of constipation, MeGenMed, 2005, 7(1): 17
8. Harris MS, The evaluation and treatment of constipation. Prac Gastroenterol 1998;22(8):12-7
9. Wald A, Chronic constipation: pathophysiology, diagnosis, and management. Gastrointest Dis Today 1997;6(2):8-17
10. Camilleri M, Thompson WG, Fleshman JW, et al, Clinical management of intractable constipation. Ann Intern Med 1994;121(7):520-8
11. Tramonte SM, Brand MB, Mulrow CD, et al, The treatment of chronic constipation in adults: a systematic review. J Gen Intern Med 1997;12(1):15-24
12. Whitehead WE, Chaussade S, Corazziari E, et al, Report of an international workshop on management of constipation. Gastroenterol Intl 1991;4(3):99-113