

Ruột nhỏ và lớn

Phân loại tiêu chảy

Sự định nghĩa

- về mặt lâm sàng: tiêu chảy do phân lỏng hơn và / hoặc thường xuyên hơn bình thường (tức là ≥ 3 lần / ngày);

về mặt sinh lý: trọng lượng phân trong 24 giờ > 200 g (ít hữu ích hơn trên lâm sàng)

Phân loại

- cấp tính so với mãn tính
- khối lượng nhỏ (thìa phân; diễn hình của bệnh đại tràng) so với khối lượng lớn ($> 1/2$ cốc phân;

diễn hình của bệnh ruột non)

- chảy nước: bài tiết (tiêu chảy kéo dài khi đói) so với thâm thấu (tiêu chảy chấm dứt khi đói)
- tăng tiết mỡ
- dễ cháy
- chuyển tuyến hoặc chức năng

Tiêu chảy cấp tính

- xem Nhi khoa, P43

Sự định nghĩa

- đi ngoài ≥ 3 phân lỏng hoặc lỏng / ngày HOẶC > 200 g phân / ngày trong > 2 ngày nhưng ≤ 14 ngày

Dịch tễ học

- một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới (khoảng 88% các ca tử vong liên quan đến tiêu chảy là do

nước không an toàn, vệ sinh không đầy đủ và vệ sinh không đảm bảo)

- tỷ lệ mắc bệnh không đáng kể ở các nước phát triển (hơn 900000 trường hợp nhập viện ở Hoa Kỳ mỗi năm)

Nguyên nhân học

- thường gặp nhất là do nhiễm trùng
- hầu hết các bệnh nhiễm trùng đều tự giới hạn và hết trong vòng 7 ngày

Các yếu tố rủi ro

- thực phẩm (thịt và hải sản sống hoặc nấu chưa chín, các sản phẩm từ sữa chưa tiệt trùng)
- thuốc: ABx, thuốc nhuận tràng
- những người khác: hoạt động tình dục có nguy cơ cao, bùng phát bệnh truyền nhiễm, phơi nhiễm nghề nghiệp (công nhân nhà trẻ),

tiền sử gia đình (IBD)

Phương pháp tiếp cận với bệnh tiêu chảy cấp tính

- nguyên nhân phổ biến nhất của tiêu chảy cấp là do nhiễm trùng
- trong hầu hết các trường hợp, bệnh tiêu chảy cấp tính là do virus và / hoặc tự giới hạn, và kéo dài <3 ngày
- điều tra tốn kém và chỉ cần thiết trong một số trường hợp nhất định
- do đó, đánh giá tiêu chảy cấp liên quan đến việc xác định các đặc điểm của bệnh nhân hoặc bệnh

đảm bảo điều tra thêm và đánh giá tình trạng khối lượng để xác định

phương pháp bù nước

Khám sức khỏe

- tình trạng âm lượng: ngoại hình, mức độ tỉnh táo, mạch, HA, thủy tinh thể thể đứng, JVP, màng nhầy,

da rối loạn, tái tạo mao mạch

- khám bụng: đau, dò, dấu hiệu phúc mạc

Điều tra

- cấy phân / soi phân (C & S / O & P) chỉ được yêu cầu nếu tiêu chảy là viêm, nặng, hoặc

cho các mục đích dịch tễ học (nhân viên nhà trẻ, cư dân viện dưỡng lão, các đợt bùng phát dịch cộng đồng, ví dụ:

Walkerton, v.v.)

- O&P mất đến ba tuần để nhận được kết quả

- C&S chỉ kiểm tra *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, *E. coli*, *Yersinia*

- ◆ các sinh vật khác phải được đặt hàng riêng

- Soi ruột sigma (không cần chuẩn bị ruột): hữu ích nếu nghi ngờ tiêu chảy do viêm

- mô học (tức là sinh thiết niêm mạc) giúp phân biệt IBD vô căn (CD và UC) với viêm đại tràng nhiễm trùng hoặc viêm đại tràng tự giới hạn cấp tính

- Độc tố C. difficile: được chỉ định trong các trường hợp sử dụng kháng sinh gần đây / từ xa, nằm viện, viện dưỡng lão

sống, hoặc hóa trị gần đây

Sự đối xử

- Bù nước và chất điện giải qua đường uống trong hầu hết các trường hợp, tiêm tĩnh mạch nếu tuổi cao / hôn mê nghiêm trọng

- thuốc chống tiêu chảy

Thuốc chống ức chế ◆: diphenoxylate, loperamide (Imodium®) nên được sử dụng thận trọng;

chống chỉ định ở những bệnh nhân bị viêm niêm mạc, tiêu chảy ra máu

Các hành vi bên: đau quặn bụng, megacolon độc hại

■ phương thức vận chuyển Suid: bismuth subsalicylate (Pepto-Bismol®) có thể hữu ích (nhưng nên

không được sử dụng khi bị tiêu chảy ra máu hoặc sốt)

• ABx: hiếm khi được chỉ định

■ rủi ro

◆ sự bài tiết kéo dài của mầm bệnh qua đường ruột (đặc biệt là Salmonella)

◆ phụ thuộc vào thuốc (bao gồm cả nhiễm C. difficile)

◆ sự phát triển của các chủng kháng thuốc

◆ suy thận / tan máu (E. coli O157: H7)

■ chỉ định cho các chất chống vi trùng trong tiêu chảy cấp tính

◆ nhiễm trùng huyết

◆ sốt kéo dài kèm theo phân có máu (tiêu chảy ra máu) hoặc bạch cầu nhìn thấy trên O&P

◆ được chỉ định rõ ràng: Shigella, V. cholerae, C. difficile, bệnh tiêu chảy của người du lịch (E. coli (ETEC)),

Giardia, Entamoeba histolytica, Cyclospora

◆ tình huống: Salmonella, Campylobacter, Yersinia, E. coli không độc tố ruột

◆ Salmonella: luôn điều trị Salmonella typhi (thương hàn hoặc sốt ruột); điều trị Salmonella khác

chỉ khi có hiệu quả miễn dịch cơ bản, thiếu máu tán huyết, tuổi tác quá cao,

chứng phình động mạch, van / khớp van giả, bệnh hồng cầu hình liềm

- báo cáo bệnh tiêu chảy cho sức khỏe cộng đồng nếu thích hợp

Bệnh tiêu chảy của khách du lịch

Dịch tễ học

- bệnh phổ biến nhất đối với khách du lịch ngoài trời
- tới 50% khách du lịch đến các nước đang phát triển rời đi trong 2 tuần đầu tiên và 10-20% sau khi trở về nhà

Nguyên nhân học

- vi khuẩn (80-90%): E. coli phổ biến nhất (ETEC), Campylobacter, Shigella, Salmonella, Vibrio (noncholera); sự khác biệt rộng rãi trong khu vực (ví dụ: Campylobacter phổ biến hơn ở Đông Nam Á)
- virus: norovirus, rotavirus, và astrovirus chiếm 5-8%
- động vật nguyên sinh (hiếm gặp): Giardia, Entamoeba histolytica, Cryptosporidium và Cyclospora cho ~ 10% ở những người đi du lịch dài ngày
- tiêu chảy du lịch âm tính với mầm bệnh thường gặp mặc dù đã nghiên cứu đầy đủ về vi sinh

Sự đối xử

- bù nước là phương pháp điều trị chính

■ bù nước bằng đồ uống kín

■ trong trường hợp mất nước nghiêm trọng, hãy sử dụng các dung dịch bù nước bằng đường uống (1 gói trong 1 L nước đun sôi hoặc đã qua xử lý)

- điều trị các triệu chứng: thuốc chống tiêu chảy (ví dụ như rifamycin

n ABx, bismuth subsalicylat, loperamide)

- ABx theo kinh nghiệm trong bệnh vừa hoặc nặng: ciprofloxacin, azithromycin, hoặc rifaximin

lưu ý: ngày càng có sự đề kháng *Suoroquinolone* ở các tác nhân gây bệnh, đặc biệt là ở Nam và

Đông Nam Á

Phòng ngừa

- thực hành vệ sinh thích hợp

- tránh tiêu thụ: thực phẩm hoặc đồ uống từ các cơ sở không hợp vệ sinh (ví dụ: bán hàng rong), trái cây hoặc rau sống không có vỏ, thịt và hải sản sống hoặc nấu chưa chín

- tránh nước chưa qua xử lý

- bismuth subsalicylate (Pepto-Bismol®): 60% effective (2 viên QID)

- dự phòng bằng kháng sinh không được khuyến khích

- tăng nguy cơ nhiễm các sinh vật kháng thuốc

- các nhóm nguy cơ cao (ví dụ như những người bị suy giảm miễn dịch) có khả năng bị nhiễm mầm bệnh không

được bao phủ bởi các chất kháng khuẩn tiêu chuẩn

Dukoral®: vắc xin uống có khả năng bảo vệ chống lại *V. cholerae* (effectivity ~ 80%) và ETEC (effectivity

~ 50-67%)

- hai liều nên được thực hiện hai tuần trước khi đi du lịch và effect có thể kéo dài đến ba tháng

- Cơ quan Y tế Công cộng của Canada khuyến nghị rằng nó có thể được xem xét vì những điều sau

tình huống (không được khuyến khích sử dụng thường xuyên cho khách du lịch):

- ◆ tăng nguy cơ mắc bệnh tiêu chảy của khách du lịch (giảm clorua trong dạ dày hoặc trẻ nhỏ > 2

yr)

◆ khách du lịch gần đây có nguy cơ cao (ví dụ bệnh mãn tính) và tăng nguy cơ hậu quả nghiêm trọng của tiêu chảy du lịch (ví dụ: suy thận mãn tính, CHF, T1DM, IBD)

Úc chế miễn dịch ◆

◆ tiền sử tiêu chảy của khách du lịch lặp lại

◆ du khách đến các nước lưu hành bệnh tả có nguy cơ phơi nhiễm cao hơn

• có sẵn hai loại vắc xin chống lại Salmonella typhi và khả năng sinh sản của chúng được ước tính là 50-70%

Tiêu chảy mãn tính

Sự định nghĩa

• đi ngoài ra phân không định hình thường xuyên trong > 4 tuần (so với tiêu chảy dai dẳng kéo dài 14-30 ngày)

Căn nguyên / Phân loại

- phần lớn các trường hợp không lây nhiễm
- xem Chẩn đoán theo cấp số nhân đối với các khiếu nại phổ biến, G5

Điều tra

- được hướng dẫn bởi lịch sử
- phân tích phân để tìm: độc tố C. difficile, C&S, O&P ± chất béo trong phân, bạch cầu
- máu cho: CBC, chất điện giải, protein phản ứng C (CRP), TSH, huyết thanh celiac (IgA anti-tTG; yêu cầu

điện di protein huyết thanh hoặc định lượng globulin miễn dịch để loại trừ tình trạng IgA, có

tần suất gia tăng trong bệnh celiac)

- nội soi đại tràng và nội soi hồi tràng với sinh thiết
- nội soi đường tiêu hóa trên với sinh thiết tá tràng
- viên nang nội soi ruột non không dây (năng suất thấp)
- thử chế độ ăn kiêng không chứa lactose

■ cảnh báo: có thể trì hoãn chẩn đoán IBD và bệnh celiac

Sự đối xử

- cách tiếp cận tương tự như đối với tiêu chảy cấp

Khó tiêu và kém hấp thu

Sự định nghĩa

- khó tiêu: không có khả năng phá vỡ các phân tử lớn trong lòng ruột thành

thành phần phân tử nhỏ

- kém hấp thu: không có khả năng vận chuyển các phân tử qua niêm mạc ruột vào tuần hoàn

Nguyên nhân học

- khó tiêu

■ trộn thức ăn không đầy đủ với các enzym (ví dụ như sau cắt dạ dày)

■ chức năng ngoại tiết tuyến tụy

■ các bệnh nguyên phát của tuyến tụy (ví dụ: bệnh nang phổi (CF) (hãy nhớ rằng CF có thể dẫn đến tuyến tụy

bệnh lý ngoại tiết cũng vậy), viêm tụy, ung thư)

■ muối mật de ciency

◆ bệnh hồi tràng giai đoạn cuối (suy giảm khả năng tái chế gan ruột do tổn thất lớn hơn

tổng hợp), vi khuẩn phát triển quá mức (khử liên hợp muối mật), hiếm khi bệnh gan (ứ mật,

ví dụ. PBC)

- các loại enzym đặc biệt c (ví dụ: lactase)

- kém hấp thu

- bề mặt hấp thụ không đầy đủ

- ◆ nhiễm trùng / phá hoại (ví dụ: bệnh Whipple, Giardia)

- ◆ miễn dịch học (ví dụ như bệnh celiac)

- ◆ trong màng đệm (ví dụ như ung thư hạch, bệnh amyloidosis)

- ◆ brosis (ví dụ như xơ cứng toàn thân, viêm ruột do bức xạ): có thể dẫn đến mất diện tích bề mặt mà còn

các khu vực hình thành chặt chẽ dẫn đến ứ đọng với ruột non phát triển quá mức

- ◆ cắt bỏ ruột non (chiều dài, vị trí, vị trí, có / không có van hồi tràng, và tính toàn vẹn

dấu hai chấm là quan trọng)

- ◆ bẩm sinh (ví dụ như hội chứng ruột ngắn)

- ◆ trong viêm: CD hồi tràng rộng (số trụ là 100 cm khi <100 cm = muối mật hoặc tiêu chảy mật, > 100 cm = tiêu chảy nhiễm mỡ hoặc tăng tiết mỡ)

- do thuốc gây ra

- ◆ cholestyramine, ethanol, neomycin, tetracycline và ABx khác

- nội tiết

- ◆ DM (cơ chế bệnh sinh phức tạp)

Đặc điểm lâm sàng

- các triệu chứng thường mờ hồ trờ khi bệnh nặng
- giảm cân, tiêu chảy, tăng tiết mỡ, suy nhược, mệt mỏi
- biểu hiện của tình trạng kém hấp thu / suy giảm chức năng

Điều tra

- Định lượng huyết thanh kháng thể tTG-IgA / immunoglobulin A và chụp ảnh bụng là hữu ích nhất

bởi vì bệnh celiac và viêm tụy mãn tính là hai nguyên nhân phổ biến nhất của chứng tăng tiết mỡ

- Tài liệu thu thập phân (trọng lượng, hàm lượng chất béo) trong 72 giờ chứng tăng tiết mỡ (tiêu chuẩn vàng)
- elastase trong phân để sàng lọc bệnh lý của tuyến tụy và / hoặc xem xét thử nghiệm thực nghiệm về tuyến tụy

enzym dựa trên bối cảnh lâm sàng

- caroten huyết thanh (tiền chất của vitamin A), folate, Ca^{2+} , Mg^{2+} , vitamin B ~ f, albumin, ferritin, huyết thanh

dung dịch sắt, tỷ lệ chuẩn hóa quốc tế / thời gian thromboplastin một phần (INR / PTT)

- các giọt chất béo trong phân trên phết phân nhuộm bằng Sudan (được sử dụng như một xét nghiệm định tính ban đầu

dụng cụ)

- các xét nghiệm khác đặc biệt để tìm căn nguyên (ví dụ: chụp CT / MRI để hình dung tuyến tụy)

Sự đối xử

- phụ thuộc vào căn nguyên cơ bản

Bệnh Celiac (Gluten Enteropathy / Sprue)

Sự định nghĩa

- niêm mạc ruột non bất thường do phản ứng của ruột với gluten, một loại protein có trong lúa mì, lúa mạch,

lúa mạch đen, và có thể cả yến mạch (yến mạch không chứa gluten có giấy chứng nhận có thể được chấp nhận ở một nhóm nhỏ bệnh nhân)

Nguyên nhân học

- bệnh tự miễn duy nhất do di truyền (HLA-DQ2 / 8), kháng nguyên tự động (tTG), và

chất kích hoạt môi trường (gluten) đều được biết đến

- liên quan đến các bệnh tự miễn dịch khác, đặc biệt là Sjögren's, T1DM, bệnh tuyến giáp

- gluten bị phân hủy thành gliadin, là protein độc hại

- HLA-DQ2 (nhiễm sắc thể số 6) được tìm thấy ở 80-90% bệnh nhân so với 20% dân số nói chung;

celiac cũng liên quan đến HLA-DQ8

- HLA-DQ2 / Q8 là các gen cho phép cần thiết, nhưng sự hiện diện của chúng không đưa ra chẩn đoán bệnh celiac

bệnh (lưu ý: có tới 40% cá thể Da trắng mang các alen HLA, nhưng sẽ không bao giờ phát triển bệnh celiac

dịch bệnh)

Dịch tễ học

- phổ biến hơn ở phụ nữ

- tỷ lệ hiện mắc: mức độ 1 tương đối: 10%; Họ hàng cấp độ 2: 20%

- có thể xuất hiện bất cứ lúc nào trong cuộc sống, với biểu hiện cao nhất ở giai đoạn sơ sinh (khi ngũ cốc được đưa vào)

Đặc điểm lâm sàng

- biểu hiện kinh điển: tiêu chảy, sụt cân, thiếu máu, các triệu chứng thiếu hụt vitamin / khoáng chất, thất bại

để phát triển mạnh; biểu hiện hiện tại phổ biến hơn: đầy hơi, đầy hơi, thiếu sắt hoặc không có triệu chứng (bệnh nhân

gặp rủi ro)

- cải thiện với chế độ ăn không có gluten, xấu đi khi gluten được đưa vào trở lại
- bệnh thường nghiêm trọng nhất ở đoạn ruột gần

■ hàm lượng sắt, canxi và axit folic (được hấp thụ trong ruột non) phổ biến hơn vitamin B ~ deficiency (được hấp thụ ở ruột non hoặc hồi tràng xa)

- bệnh đường ruột do gluten có thể liên quan đến viêm da herpes da, chứng động kinh,

bệnh cơ, trầm cảm, hoang tưởng, vô sinh, gãy xương / bệnh xương chuyển hóa

Điều tra

- xét nghiệm huyết thanh học

■ kháng thể kháng tTG trong huyết thanh, IgA, nhạy 90-98%, đặc biệt 94-97% c

■ bệnh nhân có IgA deficiency chọn lọc có anti-tTG âm tính giả

◆ do đó, đo đồng thời IgA huyết thanh (thông qua định lượng globulin miễn dịch huyết thanh)

- kết hợp xét nghiệm huyết thanh tTG và / hoặc DGP IgG trong các trạng thái IgA

- sinh thiết niêm mạc ruột non (thường là tá tràng) để chẩn đoán:

■ tăng tế bào lympho trong biểu mô (chẩn đoán bệnh lý sớm nhất)

■ tăng sản crypt (giai đoạn tiếp theo của sinh lý bệnh)

■ teo nhung mao (giai đoạn cuối của sinh lý bệnh)

■ lưu ý: có một chẩn đoán rộng rãi đối với bệnh teo nhung mao, bao gồm, nhưng không giới hạn ở, nhỏ

ruột phát triển quá mức, CD, ung thư hạch, Giardia, HIV

- cải thiện bằng chế độ ăn không có gluten, nhưng không nên bắt đầu ở người lớn trước khi xét nghiệm huyết thanh và

sinh thiết

- xem xét CT ruột để hình dung ruột non để loại trừ ung thư hạch

- bằng chứng về tình trạng kém hấp thu (cục bộ hoặc tổng quát)

■ tăng tiết mỡ

■ mức độ bão hòa ferritin / sắt, Ca^{2+} , Fe, albumin, cholesterol, carotene, hấp thụ B ~ f thấp

- định lượng chất béo trong phân > 7%

Sự đối xử

- tư vấn chế độ ăn uống

■ chế độ ăn uống không chứa gluten; tránh lúa mạch, lúa mạch đen, lúa mì (vì những loại ngũ cốc này có liên quan và có protein độc hại,

tương tự như gliadin)

■ yến mạch được phép sử dụng nếu không bị ô nhiễm bởi các loại ngũ cốc khác (được trồng trong đất không bị ô nhiễm chéo)

■ gạo và ngô của bạn được chấp nhận

■ bổ sung sắt, folate (bổ sung các vitamin khác khi cần thiết)

- nếu phản ứng kém với thay đổi chế độ ăn uống, hãy xem xét

■ chẩn đoán thay thế

■ không tuân thủ chế độ ăn không có gluten (quảng cáo hoặc vô tình)

■ bệnh đồng thời (ví dụ: viêm đại tràng vi thể, bệnh lý tuyến tụy)

■ phát triển u lympho ở ruột (tế bào T liên quan đến bệnh ruột) (đau bụng, cân nặng

mất mát, khối lượng sờ thấy)

■ phát triển của di sử dụng loét ruột, đặc trưng bởi tế bào T trong biểu mô không ổn định

dân số (tiền thân của ung thư hạch)

Tiền lượng

- liên quan đến tăng nguy cơ ung thư hạch, ung thư biểu mô (ví dụ: ruột non và ruột kết; tăng nhẹ

so với dân số chung), bệnh tự miễn

- nguy cơ ung thư hạch có thể giảm xuống bằng cách hạn chế gluten trong chế độ ăn

Bệnh viêm ruột

Sự định nghĩa

- nhóm các rối loạn đặc trưng bởi viêm và có khả năng loét đường tiêu hóa đường dẫn nước; hai hình thức chính bao gồm CD và UC

Nguyên nhân học

- nguyên nhân phức tạp, đa yếu tố

- rất có thể là một phản ứng bền vững của hệ thống miễn dịch, có lẽ đối với Sora ruột

- thiếu cơ chế điều chỉnh đáp ứng miễn dịch thích hợp dẫn đến nhiễm trùng di truyền

cá nhân có khuynh hướng

Di truyền học

- tăng nguy cơ mắc cả UC và CD ở những người thân của bệnh nhân mắc một trong hai bệnh, đặc biệt là anh chị em ruột; sớm

bệnh khởi phát

■ rủi ro gia đình lớn hơn nếu proband có CD hơn là UC

- mô hình đa gen có khả năng: hơn 200 locus gen liên quan
- Đột biến gen CARD15 / NOD2 liên quan đến CD (nguy cơ tương đối ở dị hợp tử là 3, ở đồng hợp tử là

40), đặc biệt là ở những người Do Thái Ashkenazi, bệnh khởi phát sớm, dính hồi tràng, và đài dầy, giãn nở,

hoặc bệnh nghiêm trọng

■ Sản phẩm gen CARD15 điều chỉnh NF κ B, cần thiết cho

phản ứng miễn dịch bẩm sinh với

vi sinh vật gây bệnh, biểu hiện tốt nhất ở bạch cầu đơn nhân-đại thực bào

Đặc điểm lâm sàng

Bệnh Crohn

Sự định nghĩa

- rối loạn viêm mãn tính xuyên màng cứng có khả năng đẩy toàn bộ ruột từ miệng đến quanh hậu môn

khu vực ("kẹo cao su để ăn mày")

Dịch tễ học

- tỷ lệ mắc bệnh trên toàn thế giới 3-15 đến 10-20 / 100000; 135000 người Canada sống với CD
- hai phương thức: khởi phát trước 30 tuổi, đỉnh thứ hai nhỏ hơn ở tuổi 60; M = F
- tỷ lệ tăng CD (so với UC), đặc biệt là ở phụ nữ trẻ

- phổ biến hơn ở người Da trắng, người Do Thái Ashkenazi
- rủi ro ở người châu Á tăng lên khi chuyển sang các nước phương Tây
- tỷ lệ hút thuốc ở bệnh nhân CD cao hơn dân số chung

Bệnh lý học

- vị trí phổ biến nhất: hồi tràng + đại tràng phải
- loét tuyến tính dẫn đến đảo niêm mạc và hình dạng "đá cuội"
- u hạt được tìm thấy trong 50% mẫu phẫu thuật, 15% sinh thiết niêm mạc

Đặc điểm lâm sàng

- lịch sử tự nhiên không thể đoán trước; tuổi trẻ, bệnh quanh hậu môn, và cần dùng corticosteroid đã được

liên quan đến tiên lượng xấu, nhưng các liên kết không đủ mạnh để hướng dẫn các quyết định lâm sàng

- hầu hết các biểu hiện là các cơn đau quặn bụng tái diễn, tiêu chảy không ra máu và sụt cân
- Viêm hồi tràng có thể xuất hiện với đau sau ăn, nôn mửa, khối RLQ; bất chước viêm ruột thừa cấp tính
- EIM phổ biến hơn với sự tham gia của đại tràng
- mụn thịt, vết mổ, áp xe là phổ biến
- vết mổ sâu có nguy cơ thủng vào các phủ tạng tiếp giáp (dẫn đến ổ dò và áp xe)
- đường ruột có thể thông với da, bàng quang, âm đạo và các bộ phận khác của ruột

Điều tra

- nội soi đại tràng với sinh thiết để hình dung (nội soi dạ dày ít hơn)
- CT / MR enterography để hình dung ruột non

- CRP tăng cao trong hầu hết các trường hợp mới, hữu ích để theo dõi đáp ứng điều trị (đặc biệt cấp tính trong UC)
- nuôi cấy vi khuẩn, độc tố O&P, C. difficile để loại trừ các nguyên nhân khác gây tiêu chảy do viêm

Quản lý (xem Hình 8)

Tiên lượng

- khóa học có nhiều thay đổi
- 10% cuối cùng bị tàn tật bởi bệnh, sự thuyên giảm tự phát cũng được mô tả
- tăng tỷ lệ tử vong, đặc biệt là với nhiều bệnh ở giai đoạn gần, cao nhất trong 4-5 năm đầu
- các biến chứng bao gồm

■ tắc nghẽn / thủng ruột

■ hình thành stula

■ bệnh ác tính (nguy cơ thấp hơn so với UC)

- nội soi đại tràng giám sát giống như UC (xem Viêm loét đại tràng, G25) nếu có hơn 1/3 đại tràng liên quan

Viêm đại tràng

Sự định nghĩa

- bệnh viêm nhiễm niêm mạc đại tràng dính vào bất cứ nơi nào từ trực tràng (luôn có liên quan) đến manh tràng

Dịch tễ học

- tỷ lệ mắc bệnh trên toàn thế giới 3-15 đến 10-20 / 100000; 120000 người Canada sống với UC (ít phổ biến hơn CD)
- 2/3 khởi phát trước 30 tuổi (với đỉnh thứ hai sau 50 tuổi); M = F
- đóng góp di truyền nhỏ (15% trường hợp có mức độ 1 có họ hàng với bệnh)

- giảm nguy cơ ở những người hút thuốc
- viêm giới hạn ở trực tràng hoặc đại tràng phổ biến hơn viêm đại tràng

Bệnh lý học

- bệnh có thể liên quan đến bất kỳ phần nào của ruột dưới, từ chỉ trực tràng (viêm ruột) đến toàn bộ ruột kết

(viêm đại tràng)

- viêm là sử dụng, liên tục và ảnh hưởng đến niêm mạc

Đặc điểm lâm sàng

- chảy máu trực tràng là đặc điểm nổi bật; tiêu chảy nếu liên quan nhiều hơn trực tràng

■ cũng có thể bị chuột rút / đau bụng, đặc biệt là khi đại tiện

- mức độ nghiêm trọng của viêm ruột kết tương quan với các triệu chứng (lượng phân, lượng máu trong phân)
- kỳ hạn, khẩn cấp, không kiểm soát
- các triệu chứng toàn thân: sốt, chán ăn, sụt cân, mệt mỏi trong trường hợp nặng
- EIM (xem Bảng 14, G23)
- các đợt cấp và thuyên giảm đặc trưng; 5% trường hợp là cuối cùng

Điều tra

- nội soi đại tràng sigma với sinh thiết niêm mạc (để loại trừ viêm đại tràng tự giới hạn) mà không cần chuẩn bị ruột

để chẩn đoán

- nội soi đại tràng hữu ích để xác định mức độ bệnh; chống chỉ định trong đợt cấp nặng
- Chụp cắt lớp đại tràng (trước đây là thụt bari) nếu không thể thực hiện nội soi đại tràng; chống chỉ định ở mức độ nặng

dịch bệnh

- cấy phân, soi kính hiển vi, xét nghiệm độc tố C. difficile cần thiết để loại trừ nhiễm trùng
- không có bài kiểm tra giả mạo duy nhất

Sự đối xử

- phương pháp điều trị chính: các dẫn xuất 5-ASA (chỉ trong bệnh nhẹ đến trung bình) và corticosteroid,

với azathioprine được sử dụng trong các trường hợp phụ thuộc hoặc kháng steroid

- chế độ ăn ít có giá trị trong việc giảm viêm nhưng có thể làm giảm các triệu chứng
- thuốc chống tiêu chảy thường không được chỉ định trong UC
- 5-ASA

■ tại chỗ (thuốc đạn hoặc thuốc xổ): có khả năng mắc bệnh xa (trục tràng đến lách) nếu

viêm nhẹ, thích hợp hơn với corticosteroid

■ đường uống: phù hợp với bệnh viêm đại tràng nhẹ đến trung bình, nhưng không nặng (ví dụ: sulfasalazine 3-4 g / ngày, mesalamine

4 g / ngày)

■ thường được sử dụng để duy trì sự thuyên giảm (giảm tỷ lệ tái phát hàng năm từ 60% xuống 15%)

■ có thể làm giảm tỷ lệ ung thư đại trực tràng

- thuốc corticosteroid

■ để làm thuyên giảm bệnh cấp tính, đặc biệt nếu bệnh nặng hoặc cơn đầu tiên; có thể cần liều tối đa steroid IV

ban đầu (ví dụ: methylprednisolone 30 mg IV q12 giờ)

- hạn chế vai trò là liệu pháp duy trì cho bệnh nhẹ đến trung bình

- sử dụng thuốc đạn (chủ yếu có sẵn trong các hiệu thuốc hợp chất) cho viêm tuyến tiền liệt

- sử dụng thuốc xổ và steroid tại chỗ (ví dụ như bột hydrocortisone, budesoni
de thụt) để viêm

xa đến lách Sexure

- thuốc ức chế miễn dịch (tiết kiệm steroid)

- ở những bệnh nhân nhập viện với UC nặng - thêm IV inSiximab nếu không đáp
ứng với IV

methylprednisolone trong vòng 3 ngày; sau đó xem xét cắt bỏ nếu phản ứng không
đầy đủ

- sinh học (inSiximab, adalimumab, golimumab, vedolizumab, tofacitinib) cũng có
thể được sử dụng cho

bệnh nhân ngoại trú mắc bệnh trung bình-nặng, đặc biệt là những bệnh nhân không
phản ứng với steroid hoặc

phụ thuộc vào steroid, một số bằng chứng cho thấy chúng được sử dụng tốt nhất
trong giai đoạn đầu của bệnh

- azathioprine và 6-MP: quá chậm để giải quyết nhanh chóng tái phát cấp tính

- ◆ được sử dụng phổ biến nhất để duy trì sự thuyên giảm khi ngừng sử dụng
corticosteroid

- ◆ được cung cấp cùng với sinh học: tăng khả năng cung cấp của inSiximab và
giảm khả năng phát triển

khả năng chịu đựng inSiximab (cơ hội ~ 10% / năm)

- điều trị phẫu thuật (phục hồi)

- nhằm mục đích chữa khỏi bằng phương pháp cắt cổ tử cung; Tính liên tục của
ruột có thể được phục hồi nhờ nối thông túi hồi tràng-hậu môn

(IPAA)

■ chỉ định: thất bại trong điều trị y tế đầy đủ, megacolon độc hại, chảy máu không kiểm soát được, các thay đổi tiền ung thư được phát hiện bằng nội soi hoặc sinh thiết nội soi (loạn sản), không có khả năng

giảm corticosteroid, bệnh ác tính rõ ràng

Các biến chứng

• tương tự như CD, ngoại trừ:

■ nhiều vấn đề về gan hơn (đặc biệt là PSC ở nam giới)

■ nguy cơ ung thư đại trực tràng cao hơn

◆ nguy cơ gia tăng theo thời gian và mức độ của bệnh (5% ở 10 tuổi, 15% ở 20 tuổi đối với viêm đại tràng;

rủi ro tương đối tổng thể là 8%)

Nguy cơ cũng tăng lên khi viêm niêm mạc đang hoạt động và viêm đường mật xơ cứng

◆ do đó, nội soi đại tràng thường xuyên và sinh thiết trong viêm đại tràng trên 8 tuổi được chỉ định

■ megacolon độc hại (đường kính đại tràng ngang > 6 cm trên phim chụp X quang bụng) với nguy hiểm tức thì

thủng (xem Phẫu thuật tổng quát và lồng ngực, GS45)

Tiên lượng

• kiểu tái phát mãn tính ở hầu hết bệnh nhân

• 10-15% mô hình liên tục mãn tính

• > 1 cuộc tấn công ở hầu hết tất cả các bệnh nhân

• sự tham gia nhiều hơn vào đại tràng trong năm đầu tiên tương quan với việc gia tăng mức độ nghiêm trọng của các cuộc tấn công và gia tăng

tỷ lệ cắt bỏ

■ tỷ lệ cắt bỏ = 1% cho tất cả bệnh nhân từ năm đầu tiên; 20-25% cuối cùng trải qua phẫu thuật cắt bỏ

- tuổi thọ bình thường
- nếu chỉ viêm tuyến tiền liệt, diễn biến thường lành tính, nguy cơ kéo dài suốt đời là 15%
- Calprotectin trong phân ngày càng được công nhận là dấu hiệu của quá trình viêm niêm mạc ruột, được báo cáo là

đặc biệt hữu ích trong việc theo dõi hoạt động của IBD, nhưng độ chính xác vẫn còn gây tranh cãi

Hội chứng ruột kích thích

Sự định nghĩa

- một dạng bệnh chức năng của ruột; không chỉ là một nhãn cho các triệu chứng GI không giải thích được mà còn bình thường

điều tra

Dịch tễ học

- 11% tỷ lệ phổ biến trên toàn thế giới
- khởi phát các triệu chứng thường ở tuổi thanh niên
- F > M

Đặc điểm lâm sàng

- Tiêu chí Rome IV được sử dụng để chẩn đoán
- chẩn đoán dựa trên lịch sử; không có xét nghiệm chẩn đoán cụ thể

Sinh lý bệnh

- liên quan đến nhận thức bất thường về hoạt động của ruột hoặc nhu động ruột bất thường

- nhu động bất thường: mô tả nhiều bất thường; không rõ ràng nếu có liên quan hoặc nguyên nhân
- tâm lý: căng thẳng có thể làm tăng các triệu chứng IBS nhưng có lẽ không gây ra IBS
- 4 loại IBS chính

■ IBS-D: IBS với tiêu chảy chủ yếu

■ IBS-C: IBS với táo bón chủ yếu

■ IBS-M: IBS kết hợp với cả tiêu chảy và táo bón (mỗi loại > 25% trường hợp ruột bất thường

sự di chuyển)

■ IBS không định hình: bất thường rõ rệt về độ đặc của phân để đáp ứng các loại khác

Chẩn đoán

Điều tra

- nếu tiền sử phù hợp với tiêu chí Rome IV, không có triệu chứng báo động và không có tiền sử gia đình mắc IBD hoặc

ung thư đại trực tràng, yêu cầu điều tra hạn chế

- mục đích là loại trừ các bệnh bắt chước IBS, đặc biệt là bệnh celiac và IBD
- các cuộc điều tra có thể được giới hạn ở CBC và huyết thanh học celiac
- nếu có, calprotectin trong phân có khả năng là xét nghiệm đáng tin cậy hơn để loại trừ IBD
- xem xét TSH, cấy phân tùy thuộc vào hoàn cảnh lâm sàng
- xem xét nội soi đại tràng (ví dụ: nếu có các tính năng báo động, tiền sử gia đình mắc IBD hoặc tuổi > 50)

Sự đối xử

- giáo dục: trấn an, giải thích, hỗ trợ, hướng tới các mục tiêu thực tế
- liệu pháp thư giãn, phản hồi sinh học, thôi miên, giảm căng thẳng, liệu pháp hành vi nhận thức, có thể là

thể dục

- chế độ ăn uống: chế độ ăn FODMAP thấp (Oligo có thể lên men, Di-, Monosaccharides và Polyols) để giảm đau,

đầy hơi, đầy hơi, đi tiêu không đều (BM)

- không có tác nhân điều trị nào thường xuyên xảy ra, cơn đau khó kiểm soát nhất, không có thuốc nào thay đổi tự nhiên

tiền sử nên thuốc nên được "muốn, vì nó không cần thiết"

- điều trị theo hướng dẫn triệu chứng

■ cơn đau chiếm ưu thế

- ◆ thuốc chống co thắt trước bữa ăn (ví dụ: hyoscine, pinaverium, trimebutine - mức độ thấp của

bằng chứng)

Thuốc chống trầm cảm ba vòng (TCA), thuốc ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc (SSRI) - mức độ trung bình

mức độ bằng chứng

■ IBS-D

- ◆ tăng bre (cám hoặc psyllium) để tăng độ đặc của phân nhưng có thể làm nặng khí trong bụng

(gây tranh cãi)

- ◆ loperamide (Imodium®) (không nên sử dụng liên tục)

- ◆ diphenoxylate (Lomotil®)

◆ eluxadoline

◆ rifaximin

■ IBS-C

◆ tăng bre trong chế độ ăn uống

◆ linaclotide

◆ thẩm thấu hoặc thuốc nhuận tràng khác (giúp trị táo bón nhiều hơn là giảm đau)

Tiên lượng

- Cải thiện 80% theo thời gian

st có các đợt không liên tục

- tuổi thọ bình thường

Táo bón

Sự định nghĩa

- đi ngoài ra phân không thường xuyên / cứng và / hoặc di tản phân không thường xuyên (ví dụ như căng thẳng, cảm giác

tắc nghẽn hậu môn trực tràng)

Dịch tễ học

- tỷ lệ hiện mắc ngày càng tăng theo độ tuổi; F > M

- hiếm gặp ở Châu Phi và Ấn Độ, nơi trọng lượng phân lớn hơn 3-4 lần so với các nước phương Tây

Nguyên nhân học

- phổ biến nhất: chức năng, vô căn được cho là do rối loạn chức năng ruột kết nhưng điều này rất khó để đo lường

- nguyên nhân hữu cơ: chỉ có thể xảy ra nếu có các triệu chứng khác ngoài táo bón

■ tác dụng phụ thuốc (ví dụ như ma túy, thuốc chống trầm cảm) là phổ biến nhất

■ tắc ruột, ung thư ruột kết (xem xét ở bệnh nhân lớn tuổi), và phân

■ chuyển hóa

◆ DM

◆ suy giáp

◆ tăng calci huyết, hạ kali máu, urê huyết

■ thần kinh

◆ tắc ruột giả

◆ Bệnh Parkinson

◆ MS

■ bệnh mạch máu collagen (ví dụ: xơ cứng bì)

■ tình trạng hậu môn đau đớn (ví dụ như vết mổ)

Đặc điểm lâm sàng

• chồng chéo với IBS

• phân rm, đi ngoài để tổng ra ngoài, đi ngoài bằng mót rặn, giảm đau bụng khi đi đại tiện, đầy hơi,

tiêu chảy quá mức, mót rặn, chướng bụng, BMs không thường xuyên (<3 / tuần)

Điều tra

• bệnh cơ bản hiếm khi được tìm thấy nếu táo bón là triệu chứng biểu hiện duy nhất

■ chỉ kiểm tra được chỉ định trong tình huống này là CBC (khuyến nghị năm 2013 của người Mỹ

Hiệp hội Tiêu hóa), nhưng cũng xem xét TSH, canxi, glucose và chụp X-quang bụng

- hình ảnh đại tràng (nội soi đại tràng, chụp CT đại tràng) nếu các triệu chứng đồng thời như chảy máu trực tràng,

giảm cân, thiếu máu hoặc tuổi > 50

- nếu không điều trị được, hãy xem xét phân loại cation dựa trên thời gian vận chuyển ruột kết; có thể đo ruột kết

thời gian vận chuyển với các điểm đánh dấu vô tuyến mờ (Sitz) được nhập vào và theo sau bằng một loạt lm đơn giản

X quang bụng (bình thường: loại bỏ các chất đánh dấu trong vòng 70 giờ)

1. bình thường = nhận thức sai về đại tiện bình thường (IBS)

2. kéo dài trong suốt = “quán tính đại tràng” (đi tiêu không thường xuyên kèm theo đầy hơi / chướng bụng, có xu hướng

xảy ra ở tuổi trẻ)

3. tắc nghẽn đường ra = không có khả năng phối hợp các cơ vùng chậu với trực tràng rỗng, căng, phân

trong trực tràng khi khám kỹ thuật số, có xu hướng xảy ra ở tuổi già

- sự kết hợp của 1 và 3 chung

Điều trị (để tăng hiệu lực)

- bia ăn kiêng

- hữu ích nếu táo bón nhẹ hoặc trung bình, nhưng không hữu ích nếu nặng

- nhắm mục tiêu 30 g mỗi ngày, tăng liều từ từ

- tác động bề mặt (làm sạch và bôi trơn)

- muối docusate (khả năng bị hạn chế dựa trên bằng chứng), dầu khoáng

- tác nhân thẩm thấu (hoạt động trong 2-3 ngày)

- polyetylen glycol 3350, lactulose, sorbitol, muối magiê (ví dụ: magiê hydroxit, tức là

sữa magie), lactitol (β -galactosido-sorbitol)

- thuốc kích thích / chất kích thích (có thể hoạt động trong 24 giờ)

■ senna, bisacodyl

- thuốc xổ và thuốc đạn (ví dụ như thuốc xổ nước muối, thuốc xổ phosphat, thuốc đạn glycerin, bisacodyl

thuốc đạn)

- tác nhân prokinetic (ví dụ: prucalopride)
- linaclotide (chất tiết, tăng tiết nước vào lòng ruột)

Chảy máu đường tiêu hóa trên

Sự định nghĩa

- chảy máu gần dây chằng Treitz, xem Tổng quan về đường tiêu hóa, G2 (75% GI chảy máu)

■ dây chằng Treitz: dây chằng treo nơi phần thứ tư của tá tràng chuyển tiếp đến hỗng tràng

Nguyên nhân học

- phía trên giao lộ GE

■ chảy máu cam

■ giãn tĩnh mạch thực quản (10-30%)

■ viêm thực quản

■ ung thư thực quản

■ Vết rách Mallory-Weiss (10%)

- Dạ dày

■ loét dạ dày (20%) (xem Bệnh loét dạ dày, G11)

- viêm dạ dày ăn mòn (ví dụ do EtOH hoặc sau phẫu thuật) (20%)
- ung thư dạ dày
- ectasia mạch máu dạ dày (hiếm gặp, liên quan đến xơ gan và bệnh mô liên kết)
- Tổn thương Dieulafoy (rất hiếm)
 - tá tràng
- vết loét trong bầu (25%)
- đường vận động mạch chủ: thường chỉ khi đường vận động mạch chủ trước đó (xem thanh bên)
 - rối loạn đông máu (thuốc, bệnh thận, bệnh gan)
 - dị dạng mạch máu (tổn thương Dieulafoy, dị dạng động mạch)

Đặc điểm lâm sàng

- theo thứ tự giảm dần mức độ nghiêm trọng của chảy máu: hematochezia (UGIB nhanh)> nôn trớ> co ee

nôn ra đất> melena> có máu trong phân

Sự đối xử

- ổn định bệnh nhân (1-2 ống truyền tĩnh mạch lớn, IV Suids, màn hình)
- gửi máu cho CBC, chéo và loại, tiểu cầu, PT, PTT, chất điện giải, BUN, Cr, LFTs
- giữ NPO
- xem xét ống thông mũi-dạ dày (NG) để xác định chảy máu GI trên và dưới trong một số trường hợp
- IV PPI: giảm nguy cơ chảy máu nếu thấy các yếu tố dự báo chảy máu qua nội soi (xem phần tiên lượng)
- đưa ra để ổn định cục máu đông, không đẩy nhanh quá trình chữa lành vết loét
- nếu được đưa ra trước khi nội soi, giảm nhu cầu can thiệp điều trị nội soi

- đối với chảy máu nhiều chỗ, liều nạp octreotide 50 µg sau đó truyền liên tục 50 µg / h và ABx cho

những người bị xơ gan (giảm nguy cơ nhiễm trùng)

- xem xét erythromycin IV (hoặc metoclopramide) để đẩy nhanh quá trình làm rỗng dạ dày trước khi nội soi dạ dày

loại bỏ cục máu đông trong dạ dày

- Không nên sử dụng chất đối kháng H2 vì chúng có tác động tối thiểu đến tỷ lệ chảy máu lại và cần

phẫu thuật

- nội soi (OGD): thiết lập vị trí chảy máu + điều trị tổn thương

■ nếu loét dạ dày tá tràng chảy máu: phương pháp kiểm soát thường được sử dụng nhất

chảy máu ling là tiêm

epinephrine xung quanh điểm chảy máu + cầm máu bằng nhiệt (điện đông hoặc máy sưởi lưỡng cực

thăm dò); Có thể sử dụng ít cầm máu bằng nhiệt ít hơn, nhưng không nên tiêm một mình

■ nội tiết tố

■ Hemospray TM

■ liệu pháp kép (nhiều hơn một phương pháp can thiệp trị liệu) là tiêu chuẩn chăm sóc và có nhiều

tốt hơn là liệu pháp đơn lẻ

Tiêu lượng

- 80% dừng lại một cách tự nhiên

- chảy máu do loét dạ dày tá tràng: tỷ lệ tử vong thấp (2%) trừ khi xảy ra hiện tượng chảy máu lại (25% bệnh nhân, 10% tử vong)
- nội soi dự đoán chảy máu (cation Forrest classi): phun ra hoặc rỉ ra, mạch máu có thể nhìn thấy, cục máu đông
- có thể cho về nhà nếu lâm sàng ổn định, chảy máu ít, không mắc bệnh đi kèm, nội soi cho thấy vết loét sạch.

không có yếu tố dự báo rủi ro cao về việc chảy máu lại

- giãn tĩnh mạch thực quản có tỷ lệ chảy máu cao (55%) và tử vong (29%)

Biến dạng thực quản

Nguyên nhân học

- hầu như luôn luôn do tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Đặc điểm lâm sàng

- chảy máu đường tiêu hóa lớn đặc trưng trên

Tiền lượng

- nguy cơ chảy máu: 30% trong năm đầu tiên
- nguy cơ tái chảy máu: 50-70% (20% tử vong khi 6 tuần)

Điều tra

- nội soi

Mallory-Weiss Tear

Sự định nghĩa

- vết rách dọc ở niêm mạc dạ dày trên độ cong ít hơn gần đường nối GE (20% vết rách

chỗ nối, 5% ở thực quản xa)

Nguyên nhân học

- do áp lực dạ dày tăng nhanh do nôn trớ / nôn so với thanh môn đóng
- hiện tượng thoát vị gián đoạn

Đặc điểm lâm sàng

- nôn trớ ± melena, cổ điển sau một đợt nhịn ăn mà không có máu
- có thể dẫn đến nôn mửa gây tử vong

Sự quản lý

- 90% dừng lại một cách tự nhiên
- nếu dai dẳng: nội soi với tiêm epinephrine ± kẹp hoặc phẫu thuật sửa chữa

Chảy máu đường tiêu hóa dưới

Sự định nghĩa

- chảy máu từ xa đến dây chằng của Treitz

Nguyên nhân học

- diverticular
- mạch máu
- loạn sản mạch (dị dạng mạch máu nhỏ của ruột)
- hậu môn trực tràng (bệnh trĩ, vết mổ)
- ung thư
- ung thư
- polyp
- viêm
- viêm đại tràng (viêm loét, nhiễm trùng, nhiễm xạ, thiếu máu cục bộ) (xem Viêm loét ruột kết, G25)
- sau cắt polyp

Đặc điểm lâm sàng

- hematochezia
- thiếu máu
- có máu ẩn trong phân
- thỉnh thoảng melena do ruột non chảy chậm hoặc đại tràng phải

Sự đối xử

- nếu máu mỗi trực tràng có huyết động không ổn định, ổn định bệnh nhân (1-2 ống truyền tĩnh mạch lớn, IV Suids,

theo dõi) và loại trừ nguồn GI trên bằng nội soi (OGD)

- gửi máu cho CBC, chéo và loại, INR / PTT, chất điện giải, BUN, Cr, LFTs
- lựa chọn kiểm tra ban đầu là nội soi đại tràng để xác định nguồn chảy máu
- nếu chảy máu nghiêm trọng hoặc liên tục, hãy xem xét chụp ảnh hạt nhân phóng xạ hoặc chụp mạch (xem Hình ảnh y tế,

MI16)

- điều trị nguyên nhân cơ bản
- đa số các trường hợp sẽ ngừng chảy máu một cách tự nhiên

Chảy máu do diverticular

Nguyên nhân học

- thoát vị của diverticula làm lộ ống trực tràng, làm tăng khả năng bị gián đoạn
- chảy máu phổ biến nhất từ đại tràng phải (có thành mỏng hơn), mặc dù túi thừa vẫn phát triển

trong suốt đầu hai chấm

Đặc điểm lâm sàng

- máu tụ không đau, khởi phát cấp tính

- phân có thể từ màu đỏ tươi đến màu hạt dẻ sẫm; các cục sền sệt trộn lẫn vào

Sự quản lý

- oZen tự giải quyết
- nếu nội soi đại tràng xác định được nguồn, tiêm epinephrine hoặc liệu pháp đốt điện
- nếu đang diễn ra, có thể xem xét thuyên tắc mạch hoặc phẫu thuật

Viêm ruột kết nhiễm trùng

Nguyên nhân học

- nhiều loại mầm bệnh; oZen do *Campylobacter*, *Entamoeba histolytica*, *Salmonella*, *E. coli*, *Shigella*
- xem xét lịch sử du lịch, tiếp xúc với thực phẩm

Đặc điểm lâm sàng

- tiêu chảy ra máu, sốt, đau bụng

Sự quản lý

- cấy phân để xác định mầm bệnh và hướng dẫn quản lý
- xem Tiêu chảy cấp, G15