

332

Approach to the Patient with Gastrointestinal Disease

William L. Hasler, Chung Owyang



CÁC VẤN ĐỀ GIẢI PHẪU

Hệ tiêu hóa (GI) kéo dài từ miệng đến hậu môn và bao gồm các cơ quan có chức năng riêng biệt. Các cơ vòng hỗ trợ phân chia ruột thành các khoang để tách biệt các cơ quan. Các lớp thành ruột riêng biệt góp phần vào các hoạt động theo vùng. Niêm mạc điều chỉnh sự vận chuyển chất lỏng và chất dinh dưỡng nhưng cũng là một rào cản ngăn chặn sự xâm nhập của một số chất chứa trong lòng ruột. Cơ trơn và dây thần kinh ruột điều hòa sự vận động. Nhiều cơ quan có lớp thanh mạc để cung cấp nền tảng hỗ trợ và cho phép các tác nhân bên ngoài đi vào. Ruột tương tác với nhiều hệ thống khác. Ống mật tụy đưa mật và enzyme vào tá tràng. Các kênh bạch huyết hỗ trợ các hoạt động miễn dịch của ruột. Các dây thần kinh nội tại kiểm soát sự vận động và điều hòa chất lỏng. Tín hiệu thần kinh ngoại lai cung cấp sự kiểm soát có chủ ý hoặc không tự nguyện đặc thù cho từng vùng ruột.

CHỨC NĂNG CỦA HỆ TIÊU HÓA

Hệ tiêu hóa có hai chức năng chính—hấp thụ chất dinh dưỡng và loại bỏ chất thải. Trong miệng, thức ăn được xử lý, trộn lẫn với amylase trong nước bọt và được đưa đến hầu họng. Các cơn co thắt thực quản lan truyền về phía xa đẩy khối thức ăn đã ăn vào dạ dày, phối hợp với sự giãn nở của các cơ thắt thực quản trên và dưới. Trương lực cơ bản ở cơ thắt thực quản dưới ngăn ngừa trào ngược dạ dày thực quản.

Dạ dày nghiền nát và trộn lẫn thức ăn với pepsin và axit. Phần trên của dạ dày có chức năng lưu trữ bằng cách giãn ra để chứa bữa ăn. Các cơn co thắt theo pha ở

phần dưới dạ dày đẩy cặn thức ăn về phía môn vị, nơi nó được nghiền nát và đẩy lên phía trên để trộn lẫn thêm trước khi đổ vào tá tràng.

Hầu hết sự hấp thụ chất dinh dưỡng xảy ra ở ruột non. Các nhung mao niêm mạc cung cấp diện tích bề mặt tối đa và sở hữu các enzyme và chất vận chuyển chuyên biệt. Thức ăn được nghiền nát từ dạ dày trộn lẫn với dịch tiết tụy và mật trong tá tràng. Dịch tụy chứa cả enzyme tiêu hóa và bicarbonate để tối ưu hóa độ pH trong lòng ruột cho quá trình hoạt hóa enzyme. Mật do gan tiết ra và được lưu trữ trong túi mật cần thiết cho quá trình tiêu hóa lipid. Hầu hết các chất dinh dưỡng và khoáng chất được hấp thụ nhanh chóng ở ruột non, trong khi axit mật và vitamin B12 được hấp thụ ở hồi tràng. Mật chứa các sản phẩm phụ của quá trình phân hủy hồng cầu, độc tố, thuốc và cholesterol được thải vào đại tràng cùng với chất cặn không tiêu hóa được. Vùng nối hồi manh tràng là một cơ vòng hạn chế sự trào ngược vi khuẩn đại tràng từ đại tràng lên hồi tràng.

Đại tràng chuẩn bị chất thải để tổng ra ngoài bằng các cơn co thắt qua lại làm mất nước phân. Kết quả là, thể tích trong lòng ruột hàng ngày giảm từ 1000–1500 mL ở hồi tràng xuống còn 100–200 mL được tổng ra từ trực tràng. Quá trình vận chuyển qua thực quản chỉ mất vài giây, thời gian làm rỗng dạ dày và ruột non dao động từ vài phút đến vài giờ, nhưng quá trình di chuyển đến đại tràng cần hơn 1 ngày ở hầu hết các cá nhân. Hệ vi sinh vật đại tràng dày đặc lên men carbohydrate không tiêu hóa và axit béo chuỗi ngắn, đồng thời điều chỉnh hoạt động miễn dịch. Đại tràng kết thúc ở hậu môn, nơi có các cơ chế kiểm soát tự nguyện và không tự nguyện để giữ phân trong trực tràng cho đến khi có thể được thải ra ở một nơi thuận tiện. Điều chỉnh ngoại sinh chức năng ruột

Chức năng đường tiêu hóa bị ảnh hưởng bởi các yếu tố bên ngoài ruột. Không giống như các hệ thống khác, ruột liên tục với môi trường bên ngoài. Một số cơ chế bảo vệ chống lại tổn thương từ thực phẩm, thuốc, độc tố và vi khuẩn. Các cơn đường miễn dịch niêm mạc bao gồm tế bào lympho biểu mô và lớp đệm, tế bào plasma và chuỗi hạch bạch huyết để ngăn chặn các tác nhân độc hại xâm nhập vào hệ tuần hoàn. Peptide kháng khuẩn do tế bào Paneth tiết ra bảo vệ chống lại mầm bệnh. Thuốc và độc tố được hấp thụ vào hệ tuần hoàn tĩnh mạch cửa được lọc và giải độc ở gan. Nhiều phản xạ đường tiêu hóa liên quan đến dây thần kinh phế vị ngoại vi hoặc đường dẫn thần kinh tạng. Trục não-ruột làm thay đổi chức năng ở

các vùng ruột không chịu sự điều chỉnh của ý chí. Căng thẳng làm gián đoạn các hoạt động bình thường của ruột vận động, bài tiết và cảm giác.

TỔNG QUAN VỀ CÁC BỆNH ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Các bệnh đường tiêu hóa có mức độ nghiêm trọng khác nhau, từ các tình trạng gây ra các triệu chứng nhẹ và không gây bệnh tật lâu dài đến những tình trạng có triệu chứng khó chữa hoặc kết quả bất lợi. Bệnh có thể khu trú ở một cơ quan đường ruột hoặc biểu hiện sự ảnh hưởng lan tỏa ở nhiều vị trí.

■ PHÂN LOẠI CÁC BỆNH ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Các bệnh đường tiêu hóa là biểu hiện của những thay đổi trong quá trình hấp thụ chất dinh dưỡng và dịch, quá trình vận chuyển và cảm giác, chức năng miễn dịch và cung cấp mạch máu. Sự thoái hóa tân sinh có thể ảnh hưởng đến bất kỳ vị trí nào trong đường tiêu hóa. Yếu tố di truyền là nguyên nhân gây ra một số rối loạn.

Rối loạn tiêu hóa và hấp thụ Các bệnh về dạ dày, ruột non, đường mật và tuyến tụy có thể làm rối loạn quá trình tiêu hóa và hấp thụ. Hội chứng khó tiêu phổ biến nhất, thiếu men lactase, gây ra đầy hơi và tiêu chảy sau khi ăn các sản phẩm từ sữa nhưng không gây ra hậu quả bất lợi. Thiếu men sucrase-isomaltase ở ruột gây ra các triệu chứng tương tự sau khi tiêu thụ đường sucrose. Các rối loạn ảnh hưởng đến quá trình tiêu hóa và/hoặc hấp thụ lan rộng hơn, bao gồm bệnh celiac, sự phát triển quá mức của vi khuẩn, viêm ruột nhiễm trùng, viêm hồi tràng Crohn và viêm ruột do xạ trị gây ra thiếu máu, mất nước, rối loạn điện giải hoặc suy dinh dưỡng. Tình trạng tăng tiết axit dạ dày làm suy giảm quá trình tiêu hóa bằng cách làm tổn thương niêm mạc ruột, làm suy giảm hoạt động của enzyme tuyến tụy và làm tăng tốc độ vận chuyển. Tắc nghẽn đường mật lành tính hoặc do khối u làm suy giảm quá trình tiêu hóa chất béo. Sự suy giảm tiết enzyme tuyến tụy trong viêm tụy mãn tính hoặc ung thư tuyến tụy làm suy giảm quá trình tiêu hóa và dẫn đến suy dinh dưỡng.

Thay đổi tiết dịch Một số bệnh lý đường tiêu hóa là do sự thay đổi tiết dịch ruột. Tăng tiết axit dạ dày xảy ra trong u tiết gastrin, tăng sản tế bào G, ứ đọng hang vị và một số bệnh nhân bị loét tá tràng. Axit dạ dày giảm trong viêm teo dạ dày và thiếu máu ác tính. Tăng tiết dịch ruột non hoặc đại tràng và/hoặc suy giảm hấp thu gây ra tiêu chảy do nhiễm trùng cấp tính do vi khuẩn hoặc virus, nhiễm trùng

Giardia hoặc Cryptosporidia mãn tính, tăng sinh vi khuẩn ruột non, tiêu chảy do muối mật, viêm đại tràng vi thể, tiêu chảy do tiểu đường và các khối u nội tiết với sự sản xuất quá mức các chất dẫn truyền kích thích tiết dịch như polypeptide ruột hoạt mạch.

Thay đổi nhu động ruột Tác nghẽn cơ học có thể ngăn chặn sự vận chuyển của chất chứa trong ruột. Tác thực quản thường do hẹp thực quản (do tiếp xúc với axit hoặc viêm thực quản tăng bạch cầu ái eosin) hoặc khối u. Tác dạ dày phát triển do bệnh loét hoặc ung thư. Tác ruột non thường do dính ruột nhưng cũng xảy ra với bệnh Crohn, hẹp do xạ trị hoặc thuốc, và ung thư. Nguyên nhân phổ biến nhất gây tắc đại tràng là ung thư đại tràng, mặc dù hẹp do viêm phát triển với bệnh viêm ruột (IBD), sau viêm túi thừa hoặc với một số loại thuốc.

Sự chậm nhu động có thể phát triển ở bất kỳ vùng nào của ruột. Chúng co thắt tâm vị được đặc trưng bởi sự suy giảm nhu động thân thực quản và sự giãn không hoàn toàn của cơ thắt thực quản dưới. Liệt dạ dày là sự chậm trễ trong việc làm rỗng dạ dày do suy giảm nhu động hang vị hoặc co thắt môn vị. Tác ruột giả là sự gián đoạn co bóp ruột non do tổn thương dây thần kinh ruột hoặc cơ trơn. Táo bón do nhu động chậm là kết quả của sự suy giảm nhu động đại tràng lan tỏa. Táo bón cũng xảy ra với các bất thường ở đường ra hậu môn trực tràng như sa trực tràng, lồng ruột hoặc rối loạn phối hợp vận động - sự thất bại trong việc giãn cơ hậu môn hoặc cơ mu trực tràng khi đại tiện.

Rối loạn nhu động ruột nhanh ít phổ biến hơn. Sự làm rỗng dạ dày nhanh xảy ra với hội chứng trào ngược sau phẫu thuật cắt dây thần kinh phế vị và một số trường hợp khó tiêu chức năng và hội chứng nôn chu kỳ. Các kiểu vận động ruột hoặc đại tràng quá mức có thể góp phần gây tiêu chảy trong hội chứng ruột kích thích (IBS). Sự vận chuyển nhanh với hiện tượng đại tiện quá mức được ghi nhận ở bệnh cường giáp.

Rối loạn điều hòa miễn dịch Nhiều bệnh viêm đường tiêu hóa là hậu quả của sự thay đổi chức năng miễn dịch. Viêm niêm mạc trong bệnh celiac là do ăn các loại ngũ cốc chứa gluten. Viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan và viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan biểu hiện sự thâm nhiễm bạch cầu ái toan nổi bật ở niêm mạc. Viêm loét đại tràng và bệnh Crohn là các loại bệnh viêm ruột (IBD) gây tổn thương niêm mạc chủ yếu ở đường ruột dưới. Viêm đại tràng vi thể, viêm đại tràng

lympho bào và viêm đại tràng collagen, biểu hiện sự thâm nhiễm dưới biểu mô mà không có tổn thương niêm mạc rõ ràng. Chức năng tế bào mast bất thường là nguyên nhân gây ra bệnh mastocytosis và có thể đóng vai trò trong một số trường hợp hội chứng ruột kích thích (IBS). Vi khuẩn, virus và ký sinh trùng gây ra viêm hồi tràng hoặc viêm đại tràng ở một số bệnh nhân. Các biểu hiện đường tiêu hóa của COVID-19 bao gồm buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau bụng và bất thường về gan. Sự thay đổi hệ vi sinh vật đường ruột (gọi là rối loạn hệ vi sinh vật) có thể gây ra các đợt bùng phát bệnh viêm ruột (IBD), bệnh celiac và hội chứng ruột kích thích (IBS), và có thể là yếu tố trong quá trình sinh ung thư trong một số trường hợp ung thư tuyến tụy.

Lưu lượng máu đường ruột bị suy giảm: Tổn thương do thiếu máu cục bộ xảy ra do lưu lượng máu bị suy giảm. Các trường hợp hiếm gặp của chứng liệt dạ dày là do tắc nghẽn động mạch tạng. Thiếu máu cục bộ ruột non và đại tràng phổ biến hơn và có thể là hậu quả của tắc mạch hoặc huyết khối động mạch, huyết khối tĩnh mạch, hoặc giảm tưới máu do mất nước, nhiễm trùng huyết, xuất huyết hoặc giảm cung lượng tim. Những tình trạng này gây ra tổn thương niêm mạc, xuất huyết, thủng hoặc hẹp với thiếu máu cục bộ mãn tính. Viêm ruột kết do xạ trị có thể dẫn đến giảm lưu lượng máu niêm mạc mà không cần tắc nghẽn mạch máu lớn.

Thoái hóa tân sinh: Tất cả các vùng đường tiêu hóa đều dễ bị thoái hóa ác tính. Tại Hoa Kỳ, ung thư đại trực tràng là phổ biến nhất và thường xuất hiện sau tuổi 45. Ung thư dạ dày phổ biến, đặc biệt ở một số quần thể người châu Á, và có thể là hậu quả của nhiễm trùng *Helicobacter pylori*. Ung thư thực quản phát triển do trào ngược axit mãn tính hoặc sau khi lạm dụng rượu hoặc thuốc lá. U tân sinh ruột non hiếm gặp nhưng xảy ra ở những bệnh viêm nhiễm tiềm ẩn. Hầu hết các bệnh ung thư đường tiêu hóa đều có mô học dạng ung thư biểu mô, nhưng cũng có thể thấy u lympho và các loại tế bào khác. Ung thư hậu môn phát sinh sau khi bị nhiễm trùng hoặc viêm hậu môn trước đó. Ung thư tuyến tụy và đường mật gây đau dữ dội, sụt cân và vàng da, và có tiên lượng xấu. Ung thư biểu mô tế bào gan thường phát sinh trong bối cảnh viêm gan virus mãn tính hoặc xơ gan thứ phát do các nguyên nhân khác.

Rối loạn không có bất thường hữu cơ rõ ràng

Các rối loạn tiêu hóa phổ biến nhất không cho thấy bất thường nào trên các xét nghiệm sinh hóa hoặc cấu trúc và bao gồm hội chứng ruột kích thích (IBS), chứng khó tiêu chức năng và chứng ợ nóng chức năng. Những rối loạn này đã được đặt tên mới và được gọi là rối loạn tương tác ruột-não (DGBI). DGBI thể hiện sinh lý bệnh phức tạp bao gồm chức năng vận động ruột bị thay đổi, phản ứng cảm giác nội tạng quá mức đối với kích thích có hại, xử lý bất thường của hệ thần kinh trung ương đối với cảm giác đau nội tạng và khiếm khuyết miễn dịch niêm mạc. Nhiều bệnh nhân mắc DGBI có những rối loạn cảm xúc đáng kể trong các xét nghiệm tâm lý.

Ảnh hưởng di truyền Một số bệnh lý đường tiêu hóa có yếu tố di truyền. Các thành viên trong gia đình của bệnh nhân IBD cho thấy khuynh hướng di truyền đối với sự phát triển bệnh. Ung thư đại tràng, thực quản và tuyến tụy phát sinh trong một số rối loạn di truyền nhất định. Hội chứng Lynch là một tình trạng trội trên nhiễm sắc thể thường với nguy cơ cao mắc ung thư đại tràng và ung thư phụ khoa. Các hội chứng rối loạn vận động di truyền được mô tả. Hiện tượng tập trung bệnh trong gia đình được quan sát thấy ở các bệnh DGBI, mặc dù đây có thể là hành vi bệnh lý gia đình học được thừa phát hơn là một yếu tố di truyền thực sự.

■ TRIỆU CHỨNG BỆNH ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Các triệu chứng của bệnh đường tiêu hóa bao gồm đau bụng, ợ nóng, buồn nôn và nôn mửa, thay đổi thói quen đi tiêu, chảy máu đường tiêu hóa, vàng da và các biểu hiện khác (Bảng 332-1).

Đau bụng Đau bụng là kết quả của bệnh đường tiêu hóa và các bệnh lý ngoài ruột của đường tiết niệu sinh dục, thành bụng, ngực hoặc cột sống. Đau nội tạng thường ở vị trí giữa và không rõ ràng. Đau thành bụng khu trú và được mô tả chính xác.

Các bệnh viêm gây đau bao gồm loét dạ dày tá tràng, viêm ruột thừa, viêm túi thừa, bệnh viêm ruột (IBD), viêm tụy, viêm túi mật và viêm ruột kết nhiễm trùng. Các nguồn không do viêm bao gồm đau quặn mật, thiếu máu cục bộ mạc treo ruột và u tân sinh. Nguyên nhân phổ biến nhất gây đau bụng là hội chứng ruột kích thích (IBS) và chứng khó tiêu chức năng.

Ợ nóng: Ợ nóng, cảm giác nóng rát dưới xương ức, được 40% dân số trải nghiệm. Ợ nóng thường do trào ngược axit dạ dày thực quản quá mức, nhưng một số trường

hợp có mức độ tiếp xúc axit bình thường và do trào ngược không axit hoặc tăng nhạy cảm thần kinh thực quản.

Buồn nôn và nôn: Buồn nôn và nôn do các bệnh lý đường tiêu hóa, thuốc, độc tố, nhiễm trùng, rối loạn nội tiết, các bệnh lý mê đạo và bệnh lý hệ thần kinh trung ương gây ra. Cần loại trừ tắc nghẽn cơ học như một nguyên nhân gây buồn nôn và nôn mãn tính. Rối loạn nhu động ruột bao gồm liệt dạ dày và tắc ruột giả gây ra các triệu chứng tương tự. Buồn nôn và nôn cũng được báo cáo ở những người mắc IBS hoặc rối loạn chức năng tiêu hóa dạ dày tá tràng (hội chứng buồn nôn nôn mãn tính, hội chứng nôn theo chu kỳ, hội chứng nôn quá mức do cần sa).

ABDOMINAL PAIN	NAUSEA AND VOMITING	DIARRHEA	GI BLEEDING	OBSTRUCTIVE JAUNDICE
Appendicitis	Medications	Infection	Ulcer disease	Bile duct stones
Gallstone disease	GI obstruction	Poorly absorbed sugars	Esophagitis	Cholangiocarcinoma
Pancreatitis	Motor disorders	Inflammatory bowel disease	Varices	Cholangitis
Diverticulitis	Functional bowel disorder	Microscopic colitis	Vascular lesions	Sclerosing cholangitis
Ulcer disease	Cyclic vomiting syndrome	Functional bowel disorder	Neoplasm	Ampullary stenosis
Esophagitis	Cannabinoid hyperemesis syndrome	Celiac disease	Diverticula	Ampullary carcinoma
GI obstruction	Enteric infection	Pancreatic insufficiency	Hemorrhoids	Pancreatitis
Inflammatory bowel disease	Pregnancy	Hyperthyroidism	Fissures	Pancreatic tumor
Functional bowel disorder	Endocrine disease	Ischemia	Inflammatory bowel disease	
Vascular disease	Motion sickness	Endocrine tumor	Infectious colitis	
Gynecologic causes	Central nervous system disease			
Renal stone				

Chảy máu đường tiêu hóa trên: Chảy máu đường tiêu hóa trên biểu hiện bằng đi ngoài phân đen hoặc nôn ra máu, trong khi chảy máu đường tiêu hóa dưới gây ra phân màu đỏ tươi hoặc đỏ sẫm. Tuy nhiên, chảy máu nhanh ở các vị trí trên có thể gây chảy máu trực tràng màu đỏ, trong khi chảy máu chậm ở đại tràng lên có thể gây đi ngoài phân đen. Chảy máu đường tiêu hóa mạn tính tiềm ẩn có thể biểu hiện bằng thiếu máu do thiếu sắt. Nguyên nhân gây chảy máu đường tiêu hóa trên bao gồm loét, viêm dạ dày tá tràng, viêm thực quản, các nguyên nhân do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, ung thư, rách chỗ nối thực quản dạ dày và các tổn thương mạch máu. Các nguồn gây chảy máu đường tiêu hóa dưới bao gồm trĩ, nứt hậu môn, túi thừa, viêm đại tràng thiếu máu cục bộ, khối u, bệnh viêm ruột, viêm đại tràng nhiễm trùng, viêm đại tràng do thuốc, dị dạng động tĩnh mạch và các tổn thương mạch máu khác.

Vàng da: Vàng da là kết quả của bệnh lý trước gan, trong gan hoặc sau gan. Các nguyên nhân gây vàng da sau gan bao gồm các rối loạn đường mật (sỏi ống mật

chủ, viêm đường mật cấp tính, viêm đường mật xơ cứng nguyên phát, hẹp đường mật, u tân sinh) và tuyến tụy (viêm tụy, hẹp đường mật, ung thư).

Các triệu chứng khác: Khó nuốt, đau khi nuốt và đau ngực không rõ nguyên nhân gợi ý bệnh lý thực quản. Cảm giác vướng ở cổ họng được báo cáo khi bị trào ngược axit nhưng cũng xảy ra khi bị rối loạn chức năng cơ thắt thực quản trên, quá mẫn cảm hoặc rối loạn cảm xúc. Giảm cân, chán ăn và mệt mỏi được báo cáo ở những người mắc các bệnh lý tân sinh, viêm nhiễm, rối loạn vận động, bệnh lý tuyến tụy và tâm thần. Bệnh viêm ruột (IBD) có liên quan đến rối loạn chức năng gan mật, tổn thương da và mắt, và viêm khớp. Bệnh Celiac có thể biểu hiện bằng viêm da dạng herpes. Vàng da gây ngứa. Ngược lại, các bệnh hệ thống có thể gây hậu quả ở đường tiêu hóa. Lupus ban đỏ hệ thống có thể gây thiếu máu cục bộ đường ruột, biểu hiện bằng đau hoặc chảy máu.

ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN MẮC BỆNH LÝ ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Việc đánh giá bệnh lý đường tiêu hóa nghi ngờ bắt đầu bằng việc hỏi bệnh sử và khám lâm sàng cẩn thận, và có thể được tiếp tục bằng các xét nghiệm sử dụng các công cụ để kiểm tra cấu trúc hoặc chức năng ruột và chất chứa trong lòng ruột trong một số trường hợp nhất định. Ở những bệnh nhân có kết quả chẩn đoán bình thường, các hồ sơ triệu chứng đã được xác nhận có thể được mô tả để xác định chắc chắn sự hiện diện của bệnh lý đường tiêu hóa khó chữa (DGBI).

■ TIỀN SỬ BỆNH

Tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa nghi ngờ có nhiều thành phần. Thời gian xuất hiện triệu chứng, hồ sơ và thời gian kéo dài gợi ý các nguyên nhân cụ thể. Các triệu chứng ngắn hạn thường do nhiễm trùng hoặc viêm cấp tính, tiếp xúc với độc tố hoặc thiếu máu cục bộ. Các triệu chứng kéo dài chỉ ra viêm mãn tính, khối u hoặc DGBI. Tắc nghẽn lòng ruột biểu hiện bằng khó nuốt, buồn nôn và nôn, đầy hơi và chướng bụng, hoặc táo bón tùy thuộc vào vị trí tắc nghẽn. Các triệu chứng do tắc nghẽn, thiếu máu cục bộ, bệnh viêm ruột (IBD) và DGBI trở nên trầm trọng hơn sau bữa ăn, trong khi các triệu chứng loét có thể được giảm bớt sau khi ăn. Đau loét dạ dày xảy ra không liên tục trong nhiều tuần đến nhiều tháng, trong khi đau quặn mật khởi phát đột ngột và kéo dài đến vài giờ. Đau viêm tụy cấp rất dữ dội và kéo dài từ vài ngày đến vài tuần. Ăn uống gây tiêu chảy, trong khi đi đại tiện làm giảm khó chịu trong một số trường hợp IBD và IBS. Nhiễm trùng đường mật cấp

tính trầm trọng hơn do căng thẳng. Tỉnh giấc đột ngột vì đau cho thấy nguyên nhân thực thể hơn là nguyên nhân chức năng. Tiêu chảy do kém hấp thu thường cải thiện khi nhịn ăn, trong khi tiêu chảy do tiết dịch vẫn tiếp diễn ngay cả khi không ăn uống.

Mối liên hệ giữa triệu chứng và các yếu tố khác cung cấp cái nhìn sâu sắc về các khả năng chẩn đoán tiềm ẩn. Các triệu chứng tắc nghẽn kèm theo tiền sử phẫu thuật bụng làm dấy lên lo ngại về dính ruột. Phân lỏng sau khi cắt dạ dày hoặc cắt túi mật gợi ý hội chứng trào ngược hoặc tiêu chảy sau cắt túi mật. Triệu chứng khởi phát sau khi đi du lịch cần xem xét khả năng nhiễm trùng. Thuốc gây đau, thay đổi thói quen đi tiêu hoặc chảy máu đường tiêu hóa. Bệnh Celiac phổ biến ở người gốc Bắc Âu, trong khi IBD phổ biến hơn ở người Do Thái. Tiền sử tình dục có thể làm dấy lên lo ngại về nhiễm trùng hoặc suy giảm miễn dịch. Các tiêu chí triệu chứng do các nhóm làm việc xây dựng giúp cải thiện chẩn đoán các rối loạn tiêu hóa sâu (DGIB) và giảm các xét nghiệm chẩn đoán không cần thiết. Các tiêu chí dựa trên triệu chứng được chấp nhận rộng rãi nhất là tiêu chí Rome, cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu từ 55–75% khi được kiểm tra so với các phát hiện cấu trúc trong hội chứng ruột kích thích (IBS) và chứng khó tiêu chức năng, cho thấy cần phải lựa chọn xét nghiệm cẩn thận ở những bệnh nhân có nguy cơ cao mắc bệnh lý thực thể.

■ KHÁM THỂ CHẤT

Khám thể chất bổ sung thông tin từ bệnh sử.

Sốt gợi ý viêm nhiễm hoặc khối u. Hạ huyết áp tư thế đứng do mất máu nhiều, mất nước, nhiễm trùng huyết hoặc bệnh lý thần kinh tự chủ.

Các dấu hiệu trên da, mắt hoặc khớp có thể chỉ ra các chẩn đoán cụ thể như bệnh viêm ruột (IBD).

Khám cổ kèm đánh giá khả năng nuốt giúp đánh giá chứng khó nuốt.

Khám phổi và tim có thể gợi ý bệnh tim phổi là nguyên nhân gây đau bụng hoặc buồn nôn, trong khi khám vùng chậu kiểm tra các nguồn gốc đau phụ khoa. Khám trực tràng có thể phát hiện máu do tổn thương niêm mạc hoặc khối u hoặc khối u viêm sờ thấy được trong viêm ruột thừa. Các bệnh lý chuyển hóa và rối loạn vận động ruột có thể liên quan đến bệnh lý thần kinh ngoại biên.

Kiểm tra bụng có thể phát hiện chướng bụng do tắc nghẽn, khối u hoặc cổ trướng hoặc bất thường mạch máu do bệnh gan. Nghe tim phổi phát hiện tiếng thổi hoặc tiếng cọ xát do bệnh mạch máu hoặc khối u gan.

Mất tiếng nhu động ruột biểu thị tắc ruột, trong khi tiếng nhu động ruột cao, tăng hoạt động đặc trưng cho tắc ruột. Gõ đánh giá kích thước gan và phát hiện sự thay đổi độ đục do cổ trướng. Sờ nắn đánh giá tình trạng gan lách to và các khối u tân sinh hoặc viêm nhiễm.

Thiếu máu cục bộ ruột gây đau dữ dội nhưng ít đau khi chạm vào.

Bệnh nhân đau nội tạng có thể biểu hiện khó chịu toàn thân, trong khi những người đau thành bụng hoặc viêm phúc mạc có đau khu trú kèm theo co cứng không tự chủ, cứng bụng hoặc phản ứng dội ngược. Bệnh nhân đau cơ xương khớp đau thành bụng có thể nhận thấy đau khi chạm vào, tăng lên khi thực hiện nghiệm pháp Valsalva hoặc nâng chân.

■ CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN

Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, chụp X-quang và xét nghiệm chức năng giúp chẩn đoán bệnh lý đường tiêu hóa nghi ngờ. Đường tiêu hóa có thể được đánh giá bên trong bằng cách sử dụng nội soi và kiểm tra các chất trong lòng ống. Xét nghiệm mô học mô đường tiêu hóa bổ sung cho các xét nghiệm này.

Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm có thể cung cấp thông tin hữu ích. Thiếu máu do thiếu sắt cho thấy mất máu niêm mạc, trong khi thiếu vitamin B12 là do bệnh lý đường ruột, dạ dày hoặc tuyến tụy. Cả hai tình trạng này đều là kết quả của việc ăn uống không đủ. Tăng bạch cầu và tăng tốc độ lắng máu cũng như protein C-reactive được tìm thấy trong viêm nhiễm, trong khi giảm bạch cầu được thấy trong bệnh do virus. Nôn mửa hoặc tiêu chảy nặng gây ra rối loạn điện giải, bất thường về cân bằng acid-base và tăng urê máu. Bệnh lý tuyến tụy-mật hoặc gan gây ra tăng các chỉ số hóa học của tuyến tụy hoặc gan. Các xét nghiệm hóa học tuyến giáp, cortisol và nồng độ canxi được sử dụng để đánh giá các nguyên nhân nội tiết gây ra triệu chứng. Xét nghiệm thai nghén được xem xét đối với phụ nữ bị buồn nôn không rõ nguyên nhân. Các xét nghiệm huyết thanh sàng lọc viêm teo dạ dày, bệnh celiac, bệnh mô liên kết và hội chứng rối loạn vận động do cận u.

Nồng độ hormone và chất dẫn truyền thần kinh được đo để chẩn đoán nghi ngờ u nội tiết. Đo nồng độ gastrin huyết thanh sau khi dùng secretin có thể hỗ trợ chẩn đoán u tiết gastrin. Các khối u ác tính trong ổ bụng tạo ra các dấu ấn khối u bao gồm kháng nguyên carcinoembryonic, CA 19-9, CA 125 và α -fetoprotein. Xét nghiệm máu theo dõi các chất chuyển hóa thiopurine ở bệnh nhân IBD đang dùng thuốc ức chế miễn dịch.

Nghiên cứu về các dấu ấn sinh học mới đang được tiến hành để dự đoán diễn biến theo thời gian và đáp ứng điều trị ở bệnh IBD và các bệnh lý khác.

Dịch cổ trướng được phân tích để tìm nhiễm trùng, khối u ác tính hoặc các dấu hiệu của tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Mẫu nước tiểu được sàng lọc để tìm u carcinoid, bệnh porphyria và nhiễm độc kim loại nặng. Xét nghiệm di truyền được chỉ định ở một số bệnh nhân có khuynh hướng di truyền đối với một số bệnh lý đường tiêu hóa nhất định. Các phương pháp được di truyền có thể xác định những liệu pháp nào không nên được áp dụng cho những bệnh nhân cụ thể.

Thành phần trong lòng ruột được phân tích trong một số trường hợp nhất định.

Xét nghiệm kháng nguyên *Helicobacter pylori* trong phân có thể phát hiện nhiễm trùng hoạt động do tác nhân này trong bệnh loét dạ dày hoặc chứng khó tiêu. Mẫu phân được nuôi cấy để tìm mầm bệnh vi khuẩn, kiểm tra bạch cầu và ký sinh trùng, hoặc xét nghiệm kháng nguyên *Giardia*. Lượng chất béo trong phân tăng lên khi bị kém hấp thu. Elastase trong phân giảm khi bị suy tuyến tụy ngoại tiết.

Các tình trạng viêm nhiễm như bệnh viêm ruột (IBD) làm tăng calprotectin hoặc lactoferrin trong phân. Có thể đo điện giải trong phân trong trường hợp tiêu chảy. Sàng lọc thuốc nhuận tràng được thực hiện đối với trường hợp nghi ngờ lạm dụng thuốc nhuận tràng. Xét nghiệm miễn dịch hóa học trong phân và xét nghiệm DNA đa mục tiêu trong phân có thể được sử dụng để sàng lọc ung thư đại tràng ở các quần thể có nguy cơ thấp. Axít dạ dày được định lượng để loại trừ u tiết gastrin. Xét nghiệm pH/trở kháng thực quản được thực hiện đối với chứng trào ngược dạ dày thực quản khó điều trị và có thể xác định các cơ chế gây ra chứng ợ hơi không rõ nguyên nhân. Các chỉ định nội soi được liệt kê trong Bảng 332-2, có thể chẩn đoán các nguyên nhân gây chảy máu, đau, buồn nôn và nôn, sụt cân, rối loạn chức năng ruột và sốt. Nội soi đường tiêu hóa trên đánh giá thực quản, dạ dày và tá tràng và được khuyến cáo là xét nghiệm ban đầu đối với các trường hợp nghi ngờ loét,

viêm thực quản, u tân sinh, kém hấp thu và dị sản Barrett và loạn sản vì khả năng quan sát và sinh thiết các bất thường. Dịch hút tá tràng thu được bằng nội soi có thể được kiểm tra ký sinh trùng hoặc nuôi cấy để phát hiện sự phát triển quá mức của vi khuẩn. Cần lưu ý rằng nội soi đường tiêu hóa trên bình thường ở 85% bệnh nhân bị khó tiêu không rõ nguyên nhân.

Nội soi đại tràng là thủ thuật được ưu tiên để sàng lọc và theo dõi ung thư đại tràng với khả năng cắt bỏ các polyp không phải ung thư. Nội soi đại tràng cũng có thể lấy sinh thiết đối với viêm đại tràng hoặc viêm hồi tràng thứ phát do IBD, viêm đại tràng vi thể, sử dụng thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch, nhiễm trùng, thiếu máu cục bộ và xạ trị. Nội soi đại tràng sigma kiểm tra đại tràng đến chỗ uốn lách và loại trừ các nguyên nhân gây chảy máu, viêm hoặc tắc nghẽn ở đoạn xa ở những bệnh nhân trẻ tuổi không có nguy cơ cao mắc ung thư đại tràng. Đối với trường hợp chảy máu đường tiêu hóa khó xác định do dị dạng động tĩnh mạch hoặc loét nông, cần thực hiện nội soi ruột non bằng phương pháp đẩy ruột, nội soi viên nang hoặc nội soi ruột non bằng bóng đôi. Nội soi viên nang cũng giúp hình dung bệnh Crohn ở ruột non ở những người có kết quả chụp X-quang âm tính. Siêu âm nội soi (EUS) chẩn đoán và phân giai đoạn ung thư đường tiêu hóa, loại trừ sỏi ống mật chủ, đánh giá viêm tụy và đánh giá tính toàn vẹn của cơ thắt hậu môn. Chụp mật tụy ngược dòng nội soi (ERCP) cung cấp chẩn đoán và điều trị bệnh lý tuyến tụy và đường mật

Chụp X-quang/Y học hạt nhân: Các xét nghiệm chụp X-quang đánh giá cấu trúc nội tạng và ngoài lòng ruột. Chụp thực quản cản quang là thủ thuật ban đầu để loại trừ các vòng thắt nhỏ, hẹp hoặc chứng co thắt tâm vị là nguyên nhân gây khó nuốt, trong khi đó, xét nghiệm nuốt ba pha bằng huỳnh quang đánh giá chứng khó nuốt vùng hầu họng. Chụp X-quang cản quang ruột non phát hiện các khối u ruột, hẹp và rò rỉ và có thể ước tính thời gian vận chuyển trong ruột. Thụt tháo cản quang được thực hiện khi nội soi đại tràng không thành công hoặc chống chỉ định.

Chụp đại tràng cản quang xác định rối loạn chức năng hậu môn trực tràng là nguyên nhân gây táo bón. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính (CT) đánh giá các vùng không thể tiếp cận bằng nội soi hoặc các nghiên cứu cản quang, bao gồm gan, tuyến tụy, túi mật, thận và khoang sau phúc mạc, và có thể chẩn đoán viêm ruột thừa, tổn thương khối u, dịch tụy, phì đại cơ quan và (trong trường hợp siêu âm) sỏi mật. Chụp CT và chụp cộng hưởng từ (MR) đại tràng là các phương pháp thay thế

cho nội soi đại tràng để sàng lọc ung thư đại tràng. Các phương pháp chụp cộng hưởng từ (MR) hình ảnh ống mật tụy để loại trừ khối u, sỏi và viêm đường mật xơ hóa và gan để xác định đặc điểm của các khối u lành tính và ác tính.

Chụp CT hoặc MR ruột non đánh giá sự dày lên, hẹp, khối u và rò rỉ ở ruột non trong bệnh viêm ruột (IBD) và các tình trạng viêm hoặc tân sinh khác. Chụp đường mật qua da xuyên gan tiếp cận hệ thống đường mật trong vàng da tắc mật. Kỹ thuật chụp mạch CT và MR có thể xác định tắc nghẽn mạc treo và phát hiện xuất huyết nội lòng ruột cấp tính.

Siêu âm hoặc chụp đàn hồi MR định lượng xơ hóa trong bệnh gan mãn tính. Chụp cắt lớp phát xạ positron (PET) phân biệt bệnh ác tính với bệnh lành tính ở một số hệ cơ quan. Chụp ảnh bằng các kỹ thuật PETCT kết hợp sử dụng DOTA-octreotate và các chất liên quan đã cải thiện phát hiện các khối u nội tiết thần kinh.

Xạ hình đánh giá các bất thường về cấu trúc và định lượng sự vận chuyển trong lòng ruột. Chụp xạ hình hạt nhân giúp xác định vị trí chảy máu ở bệnh nhân bị xuất huyết nhanh để định hướng điều trị bằng nội soi, chụp mạch hoặc phẫu thuật. Chụp bạch cầu được đánh dấu phóng xạ tìm kiếm các ổ áp xe trong ổ bụng không nhìn thấy được trên CT. Xạ hình đường mật bổ sung cho siêu âm trong việc đánh giá viêm túi mật. Xạ hình để định lượng sự làm rỗng thực quản và dạ dày đã được thiết lập tốt. Các phép đo xạ hình về sự vận chuyển ruột non hoặc đại tràng ít được sử dụng rộng rãi hơn. Đánh giá mô bệnh học: Sinh thiết niêm mạc nội soi đánh giá các bệnh viêm nhiễm (bao gồm bệnh celiac, IBD, viêm đại tràng vi thể), nhiễm trùng, loạn sản và tân sinh. Sinh thiết dạ dày có thể phát hiện H. pylori bằng phương pháp nhuộm miễn dịch hóa học và xác định độ nhạy cảm với kháng sinh từ nuôi cấy sinh thiết. Sinh thiết trực tràng sâu tạo điều kiện thuận lợi cho việc chẩn đoán bệnh Hirschsprung hoặc bệnh amyloid. Sinh thiết gan được thực hiện đối với các bất thường về xét nghiệm hóa học gan, vàng da không rõ nguyên nhân, một số trường hợp viêm gan virus và sau khi ghép gan để loại trừ sự đào thải. Sinh thiết thu được trong quá trình chụp CT hoặc siêu âm được sử dụng để đánh giá các tình trạng trong ổ bụng không thể tiếp cận bằng nội soi.

Các phương pháp để kiểm tra trực quan các đặc điểm mô học và phát hiện loạn sản trong quá trình nội soi trước khi sinh thiết đích trong viêm đại tràng, thực quản

Barrett, và ung thư dạ dày bao gồm hình ảnh dải hẹp, nội soi nhuộm màu, nội soi vi mô laser đồng tiêu và chụp cắt lớp quang học. Các kỹ thuật trí tuệ nhân tạo sử dụng máy học đang được phát triển để phát hiện loạn sản và ung thư giai đoạn sớm trong hình ảnh từ sinh thiết.

Kiểm tra chức năng: Các xét nghiệm chức năng ruột cung cấp dữ liệu quan trọng khi xét nghiệm cấu trúc không chẩn đoán được. Đo áp lực thực quản độ phân giải cao xác định các rối loạn vận động thực quản bao gồm chứng co thắt tâm vị.

Đo áp lực ruột non kiểm tra tắc nghẽn giả và đo áp lực đại tràng đánh giá tình trạng trì trệ đại tràng. Đo áp lực hậu môn trực tràng với thử nghiệm tổng bóng giúp xác định chứng són phân không rõ nguyên nhân hoặc táo bón do rối loạn chức năng đường ra. Đầu dò hình ảnh lòng ống chức năng đo độ giãn nở giảm ở cơ thắt thực quản dưới trong chứng co thắt tâm vị, cơ thắt thực quản trên với túi thừa Zenker, và môn vị trong chứng liệt dạ dày. Đo lượng hydro và metan trong hơi thở khi nhịn ăn và sau khi thử thách monosaccharide hoặc oligosaccharide đường uống giúp sàng lọc chứng không dung nạp carbohydrate và sự phát triển quá mức của vi khuẩn ruột non. Xét nghiệm hơi thở urê đánh giá tình trạng nhiễm *H. pylori* dai dẳng. Xét nghiệm hơi thở làm rỗng dạ dày là một phương pháp thay thế cho chụp xạ hình trong chẩn đoán liệt dạ dày.

TREATMENT

Gastrointestinal Disease

Việc điều trị các bệnh lý đường tiêu hóa phụ thuộc vào nguyên nhân gây ra triệu chứng. Các lựa chọn điều trị bao gồm thay đổi chế độ ăn uống, thuốc men, điều trị rối loạn hệ vi khuẩn đường ruột, nội soi điều trị, can thiệp chụp X-quang, phẫu thuật, các phương pháp tâm lý và vật lý trị liệu.

Các ứng dụng điện thoại thông minh đã được phát triển cho nhiều mục đích khác nhau, từ việc cung cấp hướng dẫn chuẩn bị nội soi đến giáo dục và thúc đẩy việc tuân thủ các hạn chế về chế độ ăn uống.

THAY ĐỔI DINH DƯỠNG

Thay đổi dinh dưỡng đối với bệnh lý đường tiêu hóa có thể làm giảm triệu chứng, khắc phục các khiếm khuyết bệnh lý hoặc thay thế lượng thức ăn bình thường bằng các chế phẩm dinh dưỡng qua đường ruột hoặc đường tĩnh mạch. Những thay đổi giúp cải thiện triệu chứng nhưng không đảo ngược được các bất thường về cơ quan bao gồm hạn chế lactose đối với chứng thiếu men lactase, bữa ăn lỏng trong chứng liệt dạ dày, hạn chế carbohydrate đối với hội chứng trào ngược dạ dày thực quản, tránh một số loại thịt đối với hội chứng alpha gal và chế độ ăn ít FODMAP (oligosaccharide, disaccharide, monosaccharide và polyol có thể lên men) trong hội chứng ruột kích thích (IBS). Chế độ ăn không chứa gluten đối với bệnh celiac là một ví dụ về liệu pháp chính để giảm viêm niêm mạc. Tương tự, chế độ ăn kiêng loại bỏ có thể cải thiện mô học và các triệu chứng trong viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan. Triglyceride chuỗi trung bình thay thế chất béo bình thường trong hội chứng ruột ngắn hoặc bệnh hồi tràng nặng. Truyền dịch qua ống thông dạ dày được thực hiện ở những bệnh nhân không thể nuốt an toàn. Nuôi dưỡng qua ống thông hồng tràng được xem xét cho các hội chứng rối loạn vận động dạ dày ngăn cản nuôi dưỡng vào dạ dày. Nuôi dưỡng tĩnh mạch toàn phần được sử dụng cho suy ruột toàn thân ở những bệnh nhân không thể duy trì dinh dưỡng qua đường ruột.

DƯỢC LÝ TRỊ LIỆU

Thuốc thuộc nhiều nhóm khác nhau điều trị các bệnh về đường tiêu hóa. Nguồn lực đáng kể được chi cho các loại thuốc không cần kê đơn. Thuốc kê đơn được cung cấp như liệu pháp ngăn hạn hoặc liên tục để giảm các triệu chứng đường tiêu hóa. Các thuốc kê đơn khác điều chỉnh hoạt động của bệnh với mục đích thay đổi diễn tiến bệnh theo thời gian. Các phương pháp điều trị thay thế phổ biến trong các trường hợp mà liệu pháp truyền thống không mang lại hiệu quả đầy đủ.

Thuốc không cần kê đơn Thuốc không cần kê đơn được dành riêng cho các triệu chứng đường tiêu hóa nhẹ. Thuốc kháng axit, thuốc đối kháng histamine H₂, alginat và thuốc ức chế bơm proton (PPI) làm giảm các triệu chứng trong bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) và chứng khó tiêu. Thuốc bổ sung chất xơ, thuốc làm mềm phân, thuốc thụt tháo và thuốc nhuận tràng được sử dụng cho chứng táo bón. Thuốc nhuận tràng được phân loại là thuốc kích thích, thuốc thẩm thấu (bao gồm các chế phẩm đẳng trương chứa polyetylen glycol) và đường hấp thụ kém. Thuốc chống tiêu chảy không cần kê đơn bao gồm bismuth subsalicylate, hỗn hợp kaolin-pectin và loperamide. Thuốc lactase được sử dụng cho chứng không dung

nap lactose. Các triệu chứng đầy hơi có thể được giảm bớt bằng α -galactosidase của vi khuẩn, thuốc chống đầy hơi và thuốc hấp phụ. Việc sử dụng các chế phẩm không cần kê đơn cho các triệu chứng dai dẳng mãn tính cần được giám sát bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để đảm bảo không bỏ sót bệnh lý nghiêm trọng tiềm ẩn.

Thuốc kê đơn để kiểm soát triệu chứng Thuốc kê đơn được phê duyệt để điều trị các triệu chứng trong nhiều bệnh lý đường tiêu hóa. Liều cao PPI được khuyến cáo cho GERD khi các chế phẩm không kê đơn không hiệu quả. Khi dùng cấp tính, PPI làm chậm chảy máu đường tiêu hóa trên cấp tính, giảm nhu cầu điều trị nội soi. PPI làm chậm sự tiến triển của dị sản Barrett và có thể kiểm soát viêm thực quản tăng bạch cầu ái eosin. Vonoprazan là thuốc đầu tiên trong nhóm thuốc ức chế axit mới hơn thuộc nhóm thuốc ức chế axit cạnh tranh kali để điều trị các rối loạn liên quan đến axit nghiêm trọng và như một liệu pháp hỗ trợ cho việc diệt trừ *H. pylori*. Baclofen làm giảm trào ngược dạ dày thực quản bằng cách tăng cường chức năng hàng rào cơ thắt thực quản dưới. Các liệu pháp khác cho viêm thực quản tăng bạch cầu ái eosin bao gồm fluticasone và budesonide dạng uống. Các chất bảo vệ tế bào như sucralfate có sẵn cho loét đường tiêu hóa trên. Thuốc tăng cường nhu động ruột, kích thích nhu động ruột trong chứng liệt dạ dày, tắc ruột giả mạn tính, tắc ruột kết giả cấp tính và táo bón do nhu động ruột chậm. Thuốc kích thích tiết dịch được kê đơn cho chứng táo bón khó điều trị, trong khi thuốc đối kháng opioid ngoại biên được chỉ định cho chứng táo bón do opioid gây ra. Thuốc chống tiêu chảy theo toa bao gồm thuốc opioid, thuốc chống co thắt kháng cholinergic, thuốc chống trầm cảm ba vòng, thuốc gắn kết axit mật và thuốc đối kháng serotonin. Opioid có thể cần thiết để kiểm soát cơn đau trong bệnh ác tính di căn và viêm tụy mạn tính. Thuốc chống nôn làm giảm buồn nôn và nôn. Men tụy làm giảm tình trạng kém hấp thu và đau do bệnh lý tuyến tụy. Thuốc tương tự somatostatin chống tiết dịch octreotide điều trị các tình trạng tăng tiết dịch. Một số thuốc ức chế men chuyển acetylcholinesterase (DGBI) cần thuốc điều hòa thần kinh, bao gồm thuốc chống trầm cảm ba vòng, để kiểm soát cơn đau, tiêu chảy hoặc buồn nôn. Thuốc chẹn beta không chọn lọc có thể làm giảm nguy cơ xuất huyết giãn tĩnh mạch thực quản do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Thuốc kê đơn để điều trị bệnh lý khác

Các nhóm thuốc kê đơn khác điều chỉnh hoạt động của bệnh bằng cách giảm viêm, điều hòa chức năng miễn dịch và nhắm mục tiêu vào khối u.

Thuốc điều hòa miễn dịch được sử dụng trong bệnh viêm ruột (IBD), viêm đại tràng vi thể, viêm đại tràng do thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch, bệnh celiac kháng thuốc, viêm tụy tự miễn và viêm mạch máu ruột. Các tác nhân sinh học ức chế hoạt động hoại tử khối u và kháng thể nhắm mục tiêu vào integrin, cytokine gây viêm, thuốc ức chế Janus kinase và các phân tử bám dính tế bào có lợi trong điều trị IBD. Các thuốc hiệu quả đối với viêm loét đại tràng cấp tính nặng cần nhập viện bao gồm corticosteroid, infliximab và cyclosporine. Các thuốc sinh học làm giảm bạch cầu ái toan hoặc ức chế tế bào mast cho thấy triển vọng trong các rối loạn tăng bạch cầu ái toan. Diệt trừ *H. pylori* điều trị một số bệnh ung thư dạ dày. Hầu hết các ung thư đường tiêu hóa đáp ứng kém với hóa trị liệu có hoặc không kèm theo xạ trị, trong khi u lympho có thể được chữa khỏi bằng các phương pháp can thiệp này. Các chương trình điều trị ung thư, bao gồm liệu pháp miễn dịch, thuốc ức chế điểm kiểm soát miễn dịch và vắc-xin khối u, đang được phát triển.

Y học bổ sung và thay thế Một số phương pháp điều trị thay thế có sẵn để kiểm soát các triệu chứng đường tiêu hóa. Gừng, bấm huyệt và kích thích huyệt được sử dụng để điều trị buồn nôn. Pyridoxine được dùng để điều trị buồn nôn trong ba tháng đầu thai kỳ. Dầu bạc hà và các sản phẩm dầu hạt thì là, cùng các chế phẩm thảo dược như STW 5 (hỗn hợp chín loại thảo dược) rất hữu ích cho chứng khó tiêu chức năng và hội chứng ruột kích thích (IBS). Các chế phẩm enzyme tụy có hiệu lực thấp được bán như các chất hỗ trợ tiêu hóa nhưng có rất ít bằng chứng hỗ trợ hiệu quả của chúng.

CÁC LIỆU PHÁP NHẮM VÀO RỐI LOẠN HỆ VI SINH ĐƯỜNG RUỘT

Thuốc kháng sinh được kê đơn để điều trị loét do *H. pylori*, tiêu chảy nhiễm trùng, viêm túi thừa phức tạp và sự phát triển quá mức của vi khuẩn ruột non. Một số trường hợp IBS thể tiêu chảy chiếm ưu thế đáp ứng với thuốc kháng sinh không hấp thu rifaximin. Probiotics chứa các chủng vi khuẩn và prebiotics nuôi dưỡng chọn lọc các vi khuẩn cộng sinh không gây hại đã được sử dụng như liệu pháp hỗ trợ cho bệnh tiêu chảy nhiễm trùng và IBS, với bằng chứng về hiệu quả còn hạn chế. Postbiotics là các chất chuyển hóa do vi sinh vật probiotic tạo ra, có tác dụng ức chế vi khuẩn gây bệnh trong lòng ruột. Cấy phân của người hiến tặng vào đại tràng bằng nội soi đại tràng hoặc thụt tháo là phương pháp điều trị hiệu quả cho viêm đại tràng do *Clostridioides difficile* tái phát. Các sản phẩm thương mại dùng đường uống và trực tràng dựa trên hệ vi sinh vật đã được phê duyệt hoặc đang được phát triển cho chỉ định này.

NỘI SOI ĐIỀU TRỊ

Ngoài vai trò chẩn đoán, nội soi còn có nhiều khả năng điều trị. Các kỹ thuật đốt điện và tiêm chất co mạch có thể cầm máu từ vết loét và dị dạng mạch máu. Kẹp đặt qua nội soi có thể làm tắc nghẽn các vị trí chảy máu động mạch, trong khi thuốc xịt cầm máu dạng bột có thể cầm máu đường tiêu hóa dai dẳng. Thắt vòng nội soi các tĩnh mạch thực quản và trĩ bằng vòng thắt giúp cầm máu từ các vị trí này. Có thể tiêm thrombin hoặc cyanoacrylate vào các tĩnh mạch giãn dạ dày đang chảy máu. Nội soi có thể loại bỏ polyp trong dạ dày, ruột non hoặc đại tràng. Nội soi đại tràng giảm áp giúp loại bỏ khí dư thừa trong một số trường hợp tắc ruột kết giả cấp tính. Cắt bỏ niêm mạc nội soi, bóc tách dưới niêm mạc và các kỹ thuật tần số vô tuyến được sử dụng để điều trị một số trường hợp thực quản Barrett có loạn sản và cắt bỏ các khối u ung thư bề mặt hoặc khối u dưới biểu mô ở những nơi khác trong đường ruột. Tắc nghẽn lòng ống tiêu hóa và đường mật tụy được giải quyết bằng cách nong nội soi hoặc đặt stent nhựa hoặc stent kim loại có thể giãn nở. Cắt cơ vòng nội soi bóng Vater điều trị sỏi ống mật chủ. Nội soi đường mật có thể hỗ trợ tán sỏi trong ống mật chủ, cắt bỏ các khối u ống dẫn nhỏ và đặt stent túi mật để tạo điều kiện dẫn lưu ở những bệnh nhân không thể phẫu thuật. Siêu âm nội soi can thiệp được sử dụng để mở thông nang tụy với dạ dày bằng cách sử dụng stent kim loại áp sát lòng ống, cắt bỏ mô hoại tử tụy và đặt các dấu hiệu định vị để hướng dẫn xạ trị tụy và trực tràng. Siêu âm nội soi (EUS) cũng có thể tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiếp cận nội soi đến phần dạ dày xa bị loại trừ ở những bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật cắt bỏ một phần dạ dày (phẫu thuật bariatric) bằng cách sử dụng các stent tương tự để có thể thực hiện nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) cho các bệnh lý đường mật tụy. Đặt stent dưới hướng dẫn của EUS có thể xử lý tình trạng hẹp sau phẫu thuật cắt bỏ một phần tụy.

Nội soi được sử dụng để đặt ống thông nuôi ăn vào dạ dày. Phẫu thuật cắt cơ nội soi qua đường miệng được thực hiện trên cơ thắt thực quản dưới trong bệnh co thắt tâm vị, môn vị trong bệnh liệt dạ dày và cơ thắt thực quản trên đối với túi thừa Zenker. Các phương pháp điều trị nội soi cho chứng trào ngược axit, bao gồm phẫu thuật tạo nếp gấp đáy vị không cần rạch qua đường miệng, đã được phát triển như những lựa chọn thay thế tiềm năng cho phẫu thuật. Các phương pháp bariatric nội soi, bao gồm bóng trong dạ dày, phẫu thuật tạo hình ống dạ dày và phẫu thuật tái tạo và chuyển hướng tá tràng, đã được phát triển.

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CAN THIỆP

Các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh can thiệp mang lại lợi ích trong một số trường hợp nhất định. Thuyên tắc mạch hoặc co mạch qua chụp mạch làm giảm chảy máu từ các vị trí trong ruột không thể can thiệp nội soi.

Cắt bỏ huyết khối qua chụp mạch, đặt stent và tiêu huyết khối cũng điều trị thiếu máu cục bộ mạc treo ruột. Nong hoặc đặt stent dưới hướng dẫn huỳnh quang làm giảm hẹp lòng ruột. Thụt tháo thuốc cản quang có thể làm giảm xoắn đại tràng. Dẫn lưu dịch ổ bụng dưới hướng dẫn CT và siêu âm có thể tránh được phẫu thuật. Chụp đường mật qua da xuyên gan làm giảm tắc nghẽn đường mật khi ERCP chống chỉ định. Mở thông túi mật qua da điều trị viêm túi mật cấp tính ở những bệnh nhân không thể cắt bỏ túi mật.

Đặt shunt cửa chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh được thực hiện cho chảy máu do giãn tĩnh mạch không thể điều trị bằng nội soi. Tán sỏi hiếm khi được thực hiện để tán sỏi mật ở những bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh thường được lựa chọn thay vì nội soi để đặt ống thông nối dạ dày ruột. Đôi khi cần hỗ trợ chụp X-quang để đặt catheter tĩnh mạch trung tâm để nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

PHẪU THUẬT

Vai trò của phẫu thuật trong các bệnh lý đường tiêu hóa bao gồm chữa khỏi bệnh, kiểm soát triệu chứng, duy trì dinh dưỡng và giảm nhẹ các khối u không thể cắt bỏ. Phẫu thuật chữa khỏi viêm loét đại tràng không đáp ứng thuốc, viêm túi thừa, viêm túi mật, viêm ruột thừa và áp xe trong ổ bụng, nhưng chỉ làm giảm triệu chứng và điều trị các biến chứng trong bệnh Crohn. Phẫu thuật được thực hiện cho các biến chứng loét như chảy máu, tắc nghẽn hoặc thủng và tắc ruột kéo dài sau khi điều trị bảo tồn. Phẫu thuật tạo nếp gấp đáy vị thực quản được thực hiện cho chứng trào ngược axit khó điều trị. Thời gian tiếp xúc axit trên xét nghiệm pH giúp lựa chọn ứng viên cho phẫu thuật tạo nếp gấp đáy vị. Chứng co thắt tâm vị đáp ứng với các phẫu thuật làm giảm trương lực cơ thắt thực quản dưới.

Các phẫu thuật cho rối loạn vận động bao gồm cấy ghép máy kích thích điện cho chứng liệt dạ dày và các thiết bị điện và cơ thắt nhân tạo cho chứng són phân. Phẫu thuật có thể đặt ống thông hồng tràng để nuôi dưỡng qua đường ruột lâu dài.

Các chỉ định phổ biến khác cho phẫu thuật bao gồm thoát vị, trĩ và nút hậu môn không lành.

CÁC PHƯƠNG PHÁP TÂM LÝ VÀ VẬT LÝ TRỊ LIỆU

Các liệu pháp tâm lý, bao gồm tâm lý trị liệu, liệu pháp nhận thức hành vi và thôi miên, cho thấy hiệu quả trong DGBI và mang lại lợi ích lớn nhất cho những bệnh nhân bị rối loạn chức năng tâm lý nghiêm trọng.

Các nhà trị liệu hành vi hướng dẫn thở bằng cơ hoành để giảm ợ hơi hoặc trào ngược thức ăn. Các phương pháp phản hồi sinh học do các nhà vật lý trị liệu thực hiện có thể điều trị chứng són phân khó chữa hoặc táo bón do rối loạn phối hợp cơ vòng thực quản-ruột.