

MỘT TRƯỜNG HỢP LAO ĐƯỜNG TIÊU HÓA BIẾN CHỨNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA KHÓ CHẨN ĐOÁN, MỘT SỐ THẬN TRỌNG KHI CHẨN ĐOÁN BỆNH CROHN

Trần Xuân Trường¹, Võ Thị Xuân Mai¹,
Nguyễn Thị Thu Lệ¹, Nguyễn Thị Hồng Anh¹

TÓM TẮT

Bệnh lao đường tiêu hóa là bệnh hiếm gặp và khó chẩn đoán; bệnh thường diễn tiến âm thầm và không đặc hiệu cũng như thường được chẩn đoán nhầm với bệnh Crohn. Việc chẩn đoán sai hoặc chẩn đoán chậm trễ sẽ dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm cho bệnh nhân. Tại khoa Nội tổng quát 9B1 bệnh viện Chợ Rẫy chúng tôi đã ghi nhận một trường hợp lao đoạn cuối hồi tràng và đại tràng có biến chứng xuất huyết tiêu hóa tái đi tái lại mà trước đó bệnh nhân đã được chẩn đoán nhầm bệnh Crohn. Bệnh nhân đã được điều trị thành công với thuốc kháng lao kết hợp cầm máu nội khoa bằng octreotide tiêm dưới da.

Từ khóa: Lao đường tiêu hóa, bệnh Crohn, octreotide.

SUMMARY

**CASE REPORT: THE
GASTROINTESTINAL
TUBERCULOSIS COMPLICATED BY
GASTROINTESTINAL BLEEDING IS
DIFFICULT TO DIAGNOSE, SOME
CAUTION WHEN DIAGNOSING
CROHN'S DISEASE**

¹Khoa nội tổng quát (9B1), bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Trường,

SĐT: 0903740791

Email: txuantruong@yahoo.com

Ngày nhận bài: 29/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 19/01/24

Ngày duyệt bài: 25/02/2024

The Gastrointestinal tuberculosis is a rare disease and difficult to be diagnosed. The disease often progresses silently and non-specifically and is often misdiagnosed as Crohn's disease. Misdiagnosis or delayed diagnosis can result in serious complications for the patient. At the Department of General Internal Medicine 9B1, Cho Ray Hospital, we recorded a case of tuberculosis in the terminal ileum and colon with complications of recurrent gastrointestinal bleeding in which the patient had previously been misdiagnosed with Crohn's disease. The patient was successfully treated with anti tuberculosis drugs combined with medical hemostasis with subcutaneous injection of octreotide.

Keywords: Gastrointestinal tuberculosis, Crohn's disease, octreotide

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 13 trên toàn thế giới, với 1,5 triệu ca tử vong vào năm 2020^[5]. Lao ngoài phổi thường là thứ phát sau lao phổi hơn là lao nguyên phát tại cơ quan đó. Lao ngoài phổi chiếm khoảng 20% số bệnh nhân mắc lao, trong đó chỉ có 10% là lao đường ruột, tức khoảng 1% tổng số ca mắc bệnh lao^[5]. Tỷ lệ tử vong lao đường ruột dao động từ 1,4% - 20%^[5]. Chẩn đoán bệnh lao đường ruột khó khăn vì triệu chứng của nó không đặc hiệu, cũng như giống với các triệu chứng của nhiều bệnh lý đường ruột khác; trong đó lao

đường tiêu hóa thường được chẩn đoán lầm với bệnh Crohn. Trong một báo cáo ghi nhận có khoảng 60% lao đường ruột không được chẩn đoán sớm ngay từ đầu. Trong một báo cáo của các tác giả Trung Quốc - một trong những quốc gia có gánh nặng bệnh lao cao, có tới 17% bệnh nhân mắc lao đường ruột ban đầu bị chẩn đoán nhầm là bệnh Crohn^[7]. Trong khi lao đường tiêu hóa cần điều trị bằng thuốc kháng lao còn ngược lại bệnh Crohn thì điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch. Việc chẩn đoán nhầm và điều trị không đúng sẽ gây nhiều biến chứng và tăng tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân. Biến chứng của lao đường ruột đó là xuất huyết tiêu hóa, thủng, tắc nghẽn lòng ruột, thiếu máu, suy dinh dưỡng... Do đó, việc chẩn đoán sớm và điều trị đầy đủ để giảm tỷ lệ tử vong do lao đường tiêu hóa là cực kỳ quan trọng. Trong báo cáo này chúng tôi sẽ trình bày một trường hợp lao hồi tràng và đại tràng biến chứng xuất huyết tiêu hóa mà trước đó được chẩn đoán nhầm là bệnh Crohn. Bệnh nhân đã được chúng tôi điều trị thành công với cầm máu nội khoa bằng octreotide tiêm dưới da kết hợp thuốc kháng lao.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

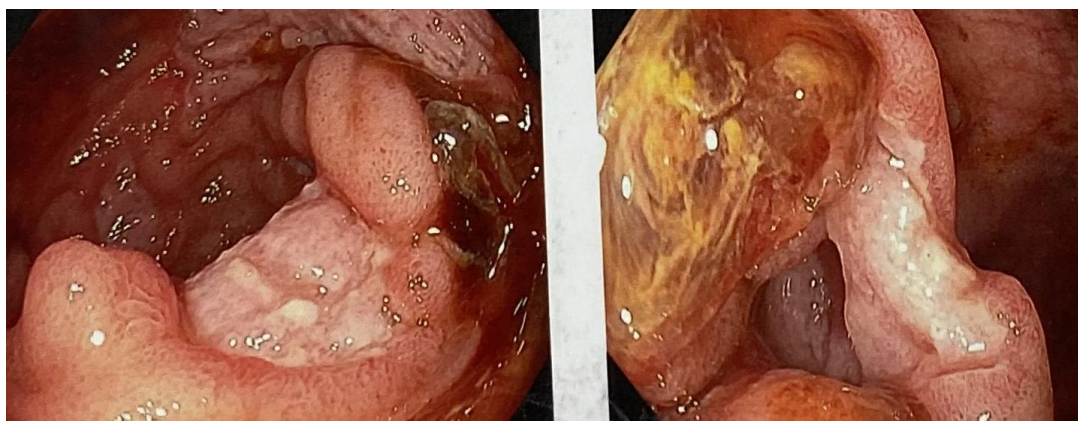
Bệnh nhân nữ, 57 tuổi, tiền căn nhồi máu cơ tim đặt stent mạch vành năm 2021 tại bệnh viện Chợ Rẫy. Bệnh khởi phát từ tháng 9 năm 2022 bệnh nhân bị loét ở miệng; bệnh nhân đã điều trị tại nhiều bệnh viện, bệnh không cải thiện và xuất hiện thêm triệu chứng đau bụng, tiêu lỏng. Nội soi đại tràng và giải phẫu bệnh lần 1 (04/08/2023) tại bệnh viện bạn: sinh thiết hồi tràng: viêm hồi tràng mạn tính hoạt động mạnh kèm loét, không thấy u hạt, virus hay ký sinh trùng. Sinh thiết đại tràng ngang và đại tràng xích ma: viêm đại tràng hoạt động trung bình kèm loét.

Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng bệnh Crohn nên điều trị bằng Adalimumab và Methylprednisolon uống. Sau 3 tuần điều trị với thuốc ức chế miễn dịch, tình trạng đau bụng không cải thiện và tiêu máu tái đi tái lại phải truyền máu nhiều lần. Lần cuối cùng, bệnh nhân bệnh nhân tiêu máu nhiều và nội soi đại tràng lần 2 kiểm tra ghi nhận viêm loét sâu nặng hồi tràng-đại tràng với nhiều đoạn loét trên 4cm, diễn tiến nặng hơn so với 7 tuần trước và đang xuất huyết tiến triển. Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt đại tràng cầm máu; nhưng bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật nên nhập viện bệnh viện Chợ Rẫy.

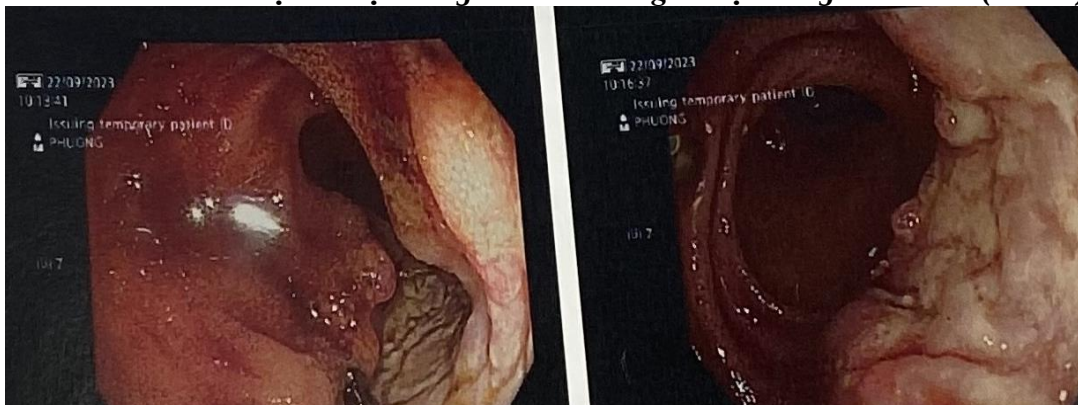
Khám lâm sàng: Bệnh nhân đau quặn bụng vùng hạ vị từng cơn, tiêu máu đỏ tươi. Tổng trạng suy kiệt. BMI: 15,14kg/m². Sinh hiệu ổn. Tim đều; phổi không ran; bụng mềm, không báng, không sờ thấy khối u ổ bụng, gan lách không to. Kết quả công thức máu: thiếu máu đẳng sắc đẳng bào; chức năng gan thận, nước tiểu, X-quang phổi trong giới hạn bình thường. CT bụng có cản quang: dày đồng tâm đoạn cuối hồi tràng khả năng viêm. Bệnh nhân được nhập viện khoa 9B1 bệnh viện Chợ Rẫy với chẩn đoán ban đầu: xuất huyết tiêu hóa dưới do viêm loét hồi tràng- đại tràng nghi do bệnh Crohn phân biệt do lao/ bệnh nhân nhồi máu cơ tim cũ đã đặt stent. Thời điểm này bệnh nhân được điều trị: truyền máu+ octreotide+ Solumedrol 40mg+ pentasa+ hỗ trợ dinh dưỡng và nội soi đại tràng. Kết quả nội soi đại trực tràng lần 3 khi nhập viện bệnh viện Chợ Rẫy: có máu bầm và loét rải rác đại tràng xích ma, đại tràng ngang và nhiều tổn thương loét rộng 3 - 4 cm ở hồi tràng, sinh thiết ổ loét làm giải phẫu bệnh. Xét nghiệm Interferon Gamma release âm tính. BK đàm âm tính. VS 1h: 53mm, VS 2h: 83mm. CRP: 47.7 mg/L. Calprotectin/ phân: >800µg/g. Giải phẫu bệnh lần 2 của nội soi sinh thiết tại

bệnh viện Chợ Rẫy: chưa loại trừ viêm lao ít nghi Crohn. Hóa mô miễn dịch TB (+). Bệnh nhân được chẩn đoán cuối cùng: lao hồi tràng và đại tràng biến chứng xuất huyết tiêu hóa/ bệnh nhân nhồi máu cơ tim cũ đã đặt stent, được điều trị thuốc kháng lao theo phác đồ A1 của Chương trình chống lao quốc

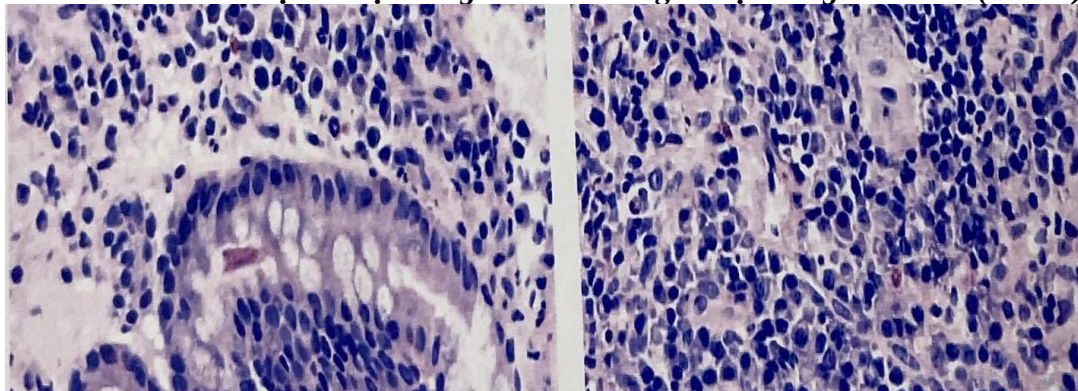
gia (2RHZE/4RHE)^[1] kết hợp cầm máu nội khoa bằng octreotide tiêm dưới da. Sau 2 tuần điều trị kháng lao và octreotide bệnh nhân tiêu phân vàng, hết đau bụng xuất viện ổn về tiếp tục điều trị theo Chương trình chống lao quốc gia.



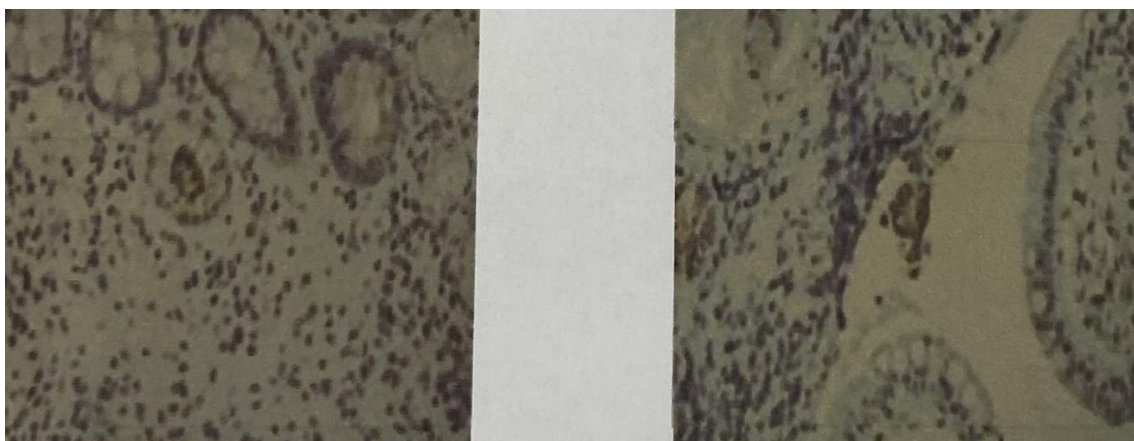
Hình 1: Hình ảnh nội soi đại tràng: loét hồi tràng và đại tràng 18/9/2023 (BVFV)



Hình 2: Hình ảnh nội soi đại tràng: loét hồi tràng và đại tràng 22/9/2023 (BVCR)



Hình 3: Hình ảnh giải phẫu bệnh hướng đến viêm lao



Hình 4: Hình ảnh hóa mô miễn dịch TB (+)

III. BÀN LUẬN

Bệnh lao vẫn là vấn đề về sức khỏe của các quốc gia trên thế giới, bao gồm cả Việt Nam. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính có khoảng 10 triệu người mắc bệnh lao và 1,4 triệu người chết vì lao vào năm 2019. Tại Việt Nam, WHO ước tính có khoảng 174.000 người mắc lao mới, 11.000 người tử vong do bệnh lao (2018) và là một trong ba mươi nước có gánh nặng bệnh lao cao nhất trên thế giới^[8]. Những người bị nhiễm vi khuẩn lao có nguy cơ mắc bệnh lao từ 5 – 15% trong đời. Bệnh lao thường gặp là lao phổi trong khi lao ngoài phổi thì ít gặp hơn^[8]. Lao ngoài phổi có thể gặp ở các vị trí sau: thanh quản, hạch bạch huyết, màng phổi, não, thận, xương khớp, màng não, phúc mạc và ruột. Bệnh lao có thể ảnh hưởng đến bất kỳ phần nào của đường tiêu hóa, từ miệng đến hậu môn (49%), phúc mạc (42%), hạch bạch huyết mạc treo ruột (4%) và gan và hệ thống mật tụy (5%)^[8]. Lao đường ruột thường liên quan phổ biến nhất là vùng hồi manh tràng, đại tràng và ruột non. Ngược lại,

lao đường tiêu hóa trên, cụ thể là lao thực quản và lao dạ dày là những vị trí nhiễm lao hiếm gặp hơn. Lao ruột có thể là kết quả của các phương thức lây lan khác nhau như nhiễm trùng trực tiếp do ăn phải trực khuẩn từ thức ăn hoặc nuốt đàm bị nhiễm bệnh lao, lây lan từ cơ quan lân cận và lây lan qua đường máu hoặc đường bạch huyết. Theo thống kê thì vị trí liên quan phổ biến nhất là vùng hồi manh tràng (25% -90%), tiếp theo là ruột non (6% -67%), đại tràng (2% -32%) và vùng dạ dày tá tràng (0,5% -5%)^[5]. Về mặt biểu hiện lâm sàng, các dấu hiệu và triệu chứng liên quan đến bệnh lao đường ruột không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các bệnh đường ruột khác^[5] vì vậy chẩn đoán có thể bị bỏ sót hoặc bị trì hoãn - dẫn đến tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong. Hầu hết bệnh nhân lao đường tiêu hóa đều có các triệu chứng kéo dài từ một tháng đến một năm. Biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (76% - 88%), sụt cân (50% - 80%) và sốt (43% - 80%)^[5]. Giảm cân ở bệnh nhân lao đường tiêu hóa là do nhiều yếu tố, có liên quan đến

quá trình viêm mãn tính, giảm và thay đổi sự hấp thu ở ruột^[5]. Sốt nhẹ ($37,5^{\circ}\text{C}$ đến $38,5^{\circ}\text{C}$) và kèm theo đổ mồ hôi về đêm^[5]. Các triệu chứng tiêu hóa khác có thể xảy ra bao gồm tiêu chảy, buồn nôn, nôn và táo bón^[5]. Khi khám thực thể, có thể tìm thấy bụng báng (10% -34%), khối sờ thấy ở bụng (10% -17%) và lách to (14,2%)^[5]. Nhiều vùng của đường tiêu hóa có thể bị ảnh hưởng, phổ biến nhất là vùng hồi manh tràng, gặp ở hơn 75% bệnh nhân. Và đôi khi, bệnh nhân bị lao đường ruột cũng có thể không có triệu chứng^[5]. Bệnh nhân trong trường hợp của chúng tôi có biểu hiện tiêu ra máu, một biểu hiện hiếm gặp của lao đường ruột, chỉ gặp ở 7–20% trường hợp^[5]. Nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa được cho là do viêm niêm mạc do trực khuẩn lao gây ra. Mặc dù không đặc hiệu cho bệnh lao đường ruột, bệnh nhân của chúng tôi cũng có một số triệu chứng phổ biến nhất của bệnh lý này như là đau bụng, tiêu lỏng sau đó tiêu máu, sụt cân, sốt nhẹ và đổ mồ hôi về đêm. Việc chẩn đoán xác định bệnh lao đường ruột là một thách thức và dựa trên các nghiên cứu vi sinh, mô bệnh học, miễn dịch. Nhuộm trực khuẩn lao có độ đặc hiệu rất cao (100%)^[5] nhưng nó lại có độ nhạy thấp (17%-31%) nên nguy cơ âm tính giả rất cao^[5]. Xét nghiệm tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh lao đường ruột là nuôi cấy vi khuẩn lao, rất đặc hiệu (100%) mặc dù có giá trị độ nhạy rất thấp (9,3%) và thời gian 8 tuần mới có kết quả nên sẽ chậm trễ trong chẩn đoán bệnh đặc biệt là trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa như bệnh nhân chúng tôi trình bày. Việc

sử dụng IGRA còn hạn chế, mặc dù một số nghiên cứu cho thấy độ nhạy từ 74% đến 88% và độ đặc hiệu từ 74% đến 86%. Tuy nhiên IGRA dương tính không phân biệt giữa nhiễm lao hoạt động và nhiễm lao tiềm ẩn và IGRA âm tính vẫn không loại trừ lao tiềm ẩn^[5]. Về giải phẫu bệnh để chẩn đoán nhằm giữa bệnh Crohn và lao đường ruột. Bệnh Crohn được đặc trưng bởi tổn thương viêm mạn tính một hoặc nhiều vị trí của ống tiêu hóa, từ miệng đến hậu môn, thường gặp ở đoạn cuối ruột non, phần đầu của đại tràng và quanh ống hậu môn, tổn thương xuyên qua các lớp của thành ống tiêu hóa từ niêm mạc đến thanh mạc. Bệnh Crohn là một trong hai bệnh chính của viêm ruột (IBD: Inflammatory Bowel Disease), bao gồm bệnh Crohn (CD: Crohn's Disease) và viêm loét đại tràng (UC: Ulcerative colitis). Về mặt bệnh học, trong bệnh Crohn biểu hiện là những tổn thương không liên tục, xuyên thành và có u hạt dễ gây các biến chứng thủng, rò, không đối xứng và liên quan đến hồi tràng. Nguyên nhân gây bệnh Crohn vẫn chưa rõ ràng, sự thay đổi miễn dịch, yếu tố di truyền và môi trường đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển bệnh. Nhiều giả thuyết được đưa ra gồm nhiễm trùng, vi khuẩn, virus, Chlamydia, yếu tố chế độ ăn gồm ăn nhiều chất béo, dầu, thịt và ăn ít chất xơ. Bệnh chủ yếu gặp ở các nước phương Tây. Tuy nhiên, bệnh đang gia tăng mạnh trong những năm gần đây ở một số quốc gia Châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng có thể liên quan đến sự thay đổi của môi trường, chế độ ăn uống, sinh hoạt. Về nội soi: Tổn

thương đường ruột ở lao đường ruột có thể có các dạng như: loét (60%), phì đại (10%) và loét phì đại (30%)^[2]. Thể loét thường gặp ở những người suy dinh dưỡng còn thể thể phì đại được mô tả ở những cá nhân được nuôi dưỡng tương đối tốt. Các dạng loét và hẹp thường ảnh hưởng đến ruột non hơn, trong khi các dạng đại tràng và hồi manh tràng thường là loét phì đại^[6]. Kết quả nội soi cho thấy sự liên quan đến hồi manh tràng trong trường hợp của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác vì đây là vị trí phổ biến nhất trong lao đường ruột. Nguyên nhân lao hồi manh tràng là thường gặp trong bệnh lý lao đường ruột, được cho là do thời gian tiếp xúc giữa vi khuẩn lao và niêm mạc tăng lên do bị thu hẹp và ứ đọng. Sự hiện diện của mô bạch huyết ở vùng hồi manh tràng, nơi trực khuẩn có thiên hướng lây nhiễm, cũng có thể là một yếu tố góp phần. Những bệnh nhân lao đường tiêu hóa khi chưa có chẩn đoán xác định mà có biến chứng tắc ruột, thủng, hoặc xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng không cầm máu được thường đòi hỏi phải phẫu thuật thăm dò khẩn cấp, sau đó có kết quả xác định lao sẽ điều trị thuốc chống lao sau phẫu thuật. Liệu pháp chống lao cho bệnh lao đường ruột cũng giống như phương pháp điều trị lao phổi. Trong điều trị xuất huyết tiêu hóa dưới thì nội soi đại tràng cầm máu sau khi làm sạch đại tràng là phương pháp được lựa chọn đầu tiên, nếu không cầm máu được bằng nội soi thì chỉ định ngoại khoa cầm máu trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa nặng. Bệnh nhân của chúng tôi đã được nội soi nhiều lần tại nhiều bệnh viện nhưng

vẫn không cầm máu được do đó xuất huyết tiêu hóa tái đi tái lại và ngày càng xuất huyết nặng nên đã có chỉ định cắt đại tràng cầm máu nhưng do bệnh nhân không đồng ý. Khi chúng tôi tiếp nhận bệnh nhân do huyết động bệnh nhân còn ổn định nên chúng tôi quyết định cầm máu bằng octreotide. Gần đây, octreotide đã được chứng minh là một liệu pháp hiệu quả trong điều trị xuất huyết tiêu hóa dưới ở những bệnh nhân đáp ứng kém với các phương pháp điều trị trước đó. Theo tác giả Khedr A và cộng sự công bố năm 2022^[4] ghi nhận octreotide có tác dụng cầm máu cho các trường hợp xuất huyết tiêu hóa của ruột non do nhiều nguyên nhân khác nhau. Octreotide có nhiều tác dụng như làm giảm lưu lượng tá tràng và nội tạng, tăng sức cản mạch máu^[4], ức chế bài tiết pepsin, gastrin, axit, tăng kết tập tiểu cầu và ức chế sự hình thành mạch máu bằng cách ức chế sản xuất VEGF. Do đó, octreotide ngăn chặn xuất huyết tiêu hóa thông qua cơ chế làm giảm lưu lượng máu niêm mạc đến hệ thống tiêu hóa, ức chế bài tiết axit, ức chế pepsin, và ngăn ngừa sự phân giải cục máu đông hình thành tại vị trí chảy máu^[4]. Chan và cộng sự^[3] đã báo cáo rằng octreotide có thể làm giảm nồng độ oxit nitric nội mô, ức chế giải phóng glucagon, một chất làm giãn mạch mạnh, dẫn đến co mạch nội tạng và giảm chảy máu. Từ đó chúng tôi đã quyết định cầm xuất huyết tiêu hóa cho bệnh nhân chúng tôi bằng octreotide 0.1 mg tiêm dưới da 3 lần mỗi ngày trong khi chờ tác dụng của thuốc kháng lao. Sau 2 tuần điều trị kháng lao và octreotide bệnh nhân tiêu phân vàng,

hết đau bụng xuất viện ổn về tiếp tục điều trị theo Chương trình chống lao quốc gia.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh Crohn thường được điều trị với các loại thuốc ức chế miễn dịch, thuốc sinh học, corticoids trong khi bệnh lao đường ruột là bệnh điều trị khỏi hoàn toàn với thuốc kháng lao. Việc chẩn đoán nhầm và điều trị không chính xác sẽ nguy hiểm cho bệnh nhân. Tuy nhiên việc chẩn đoán xác định bệnh là cực kỳ khó khăn nên thường chẩn đoán trễ và để lại nhiều biến chứng cho bệnh nhân cũng nhưng tăng tỷ lệ tử vong. Do đó cần thiết chú ý chẩn đoán bệnh và điều trị sớm lao đường tiêu hóa cũng như vai trò của giải phẫu bệnh là cực kỳ quan trọng trong việc phân biệt hai bệnh lý này. Trong điều trị biến chứng xuất huyết tiêu hóa dưới không cầm máu được qua nội soi thì octreotide là một liệu pháp mới được đề ý gần đây và được xem là phương pháp điều trị nội khoa và không chính thức trong điều trị xuất huyết tiêu hóa dưới. Cần có thêm các thử nghiệm với số lượng bệnh nhân tham gia lớn hơn và thời gian theo dõi lâu hơn để xác nhận tính an toàn, hiệu quả của thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2021). “Phác đồ điều trị bệnh lao”.
2. **Abbas Z** (2015). “Abdominal tuberculosis, inTextbook of Hepato-Gastroenterology”. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Pub, pp. 68–76.
3. **Chan MM, Chan MM, Mengshol JA, Fish DN, Chan ED** (2013). “Octreotide: a drug often used in the critical care setting but not well understood”. *Chest* (144), pp.1937–1945.
4. **Khedr A, et al** (2022). “Role of octreotide in small bowel bleeding”. *World J Clin Cases*10(26), pp. 9192-9206.
5. **Maulahela H, Simadibrata M, et al** (2022). “Recent advances in the diagnosis of intestinal tuberculosis”. *BMC Gastroenterol*, 22(89).
6. **Noomene R, Ouakaa A, et al** (2017). “What remains to surgeons in the management of abdominal tuberculosis? A 10 years experience in an endemic area”. *Indian J Tuberc*,64(3), pp.167–72.
7. **X. C. Shi, L. F. Zhang, et al** (2016). “Clinical and laboratory diagnosis of intestinal tuberculosis,” *Chinese Medical Journal* 129 (11), pp. 1330–1333.
8. **WHO** (2018). *Global Tuberculosis Report* 2018.