



HỘI NGHỊ KHOA HỌC CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TP.HCM MỞ RỘNG LẦN THỨ XII-2025

Phiên Tiêu hoá



CÁC DẤU HIỆU CẢNH BÁO CROHN TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

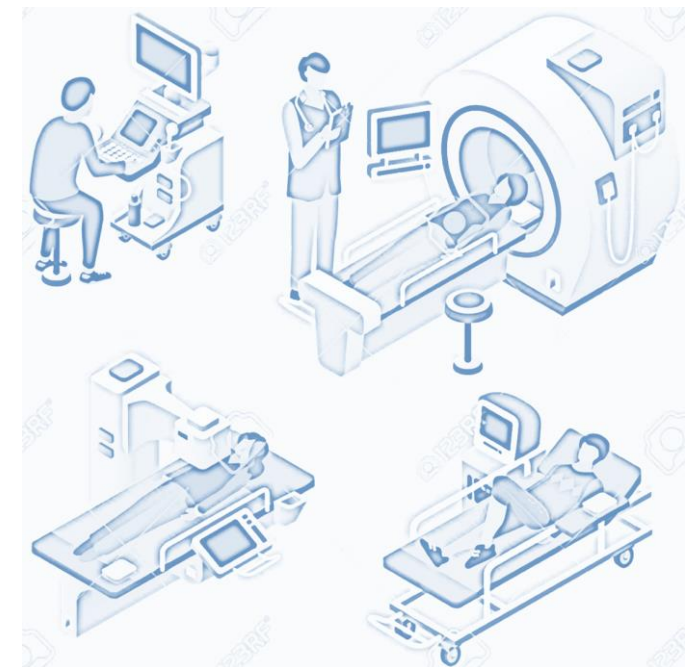
BSCKI. Nguyễn Thanh Duy
Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM



NỘI DUNG



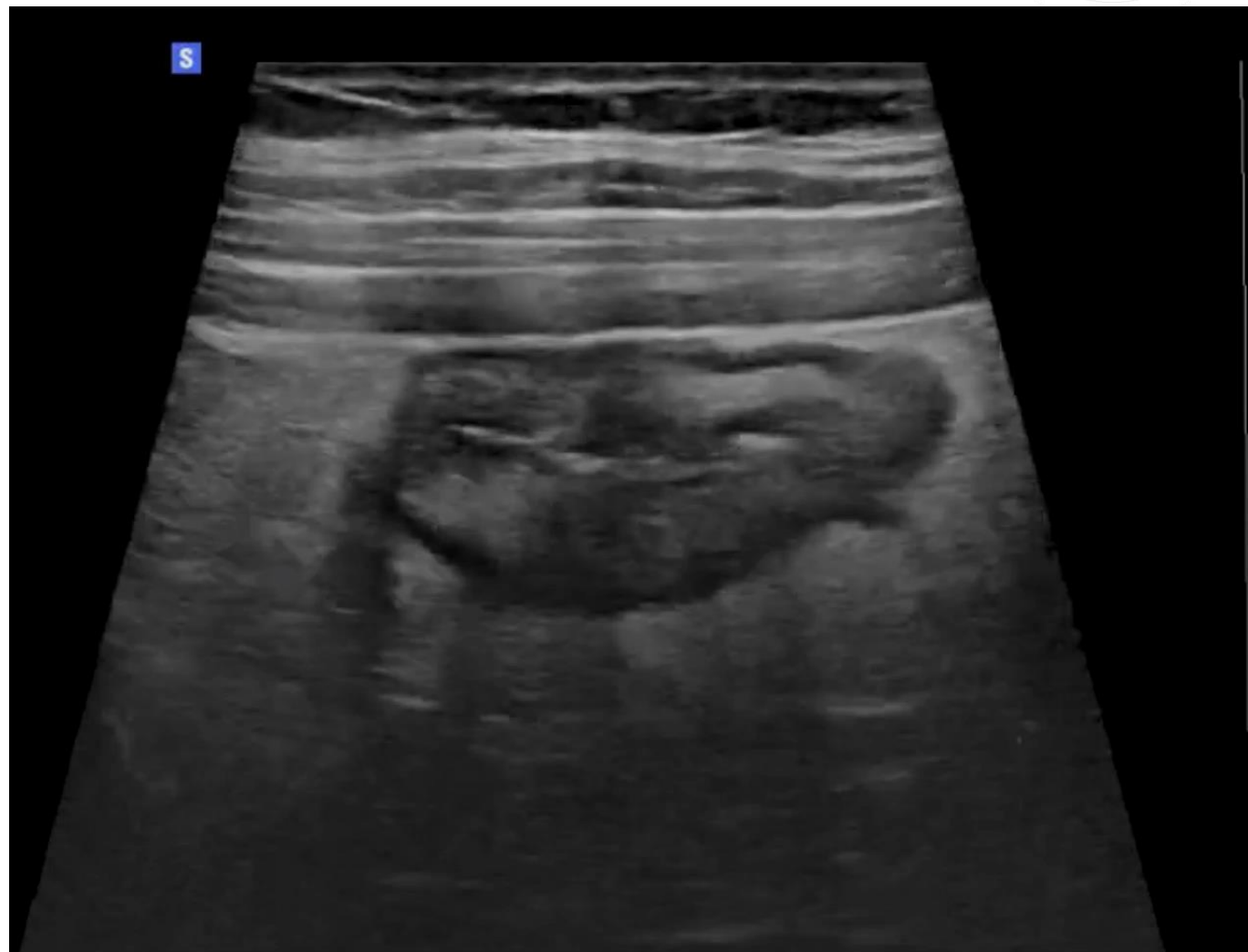
- 1 Tình huống lâm sàng
- 2 Chẩn đoán - Dấu hiệu cảnh báo Crohn
- 3 CTE và MRE chẩn đoán Crohn
- 4 Chẩn đoán phân biệt



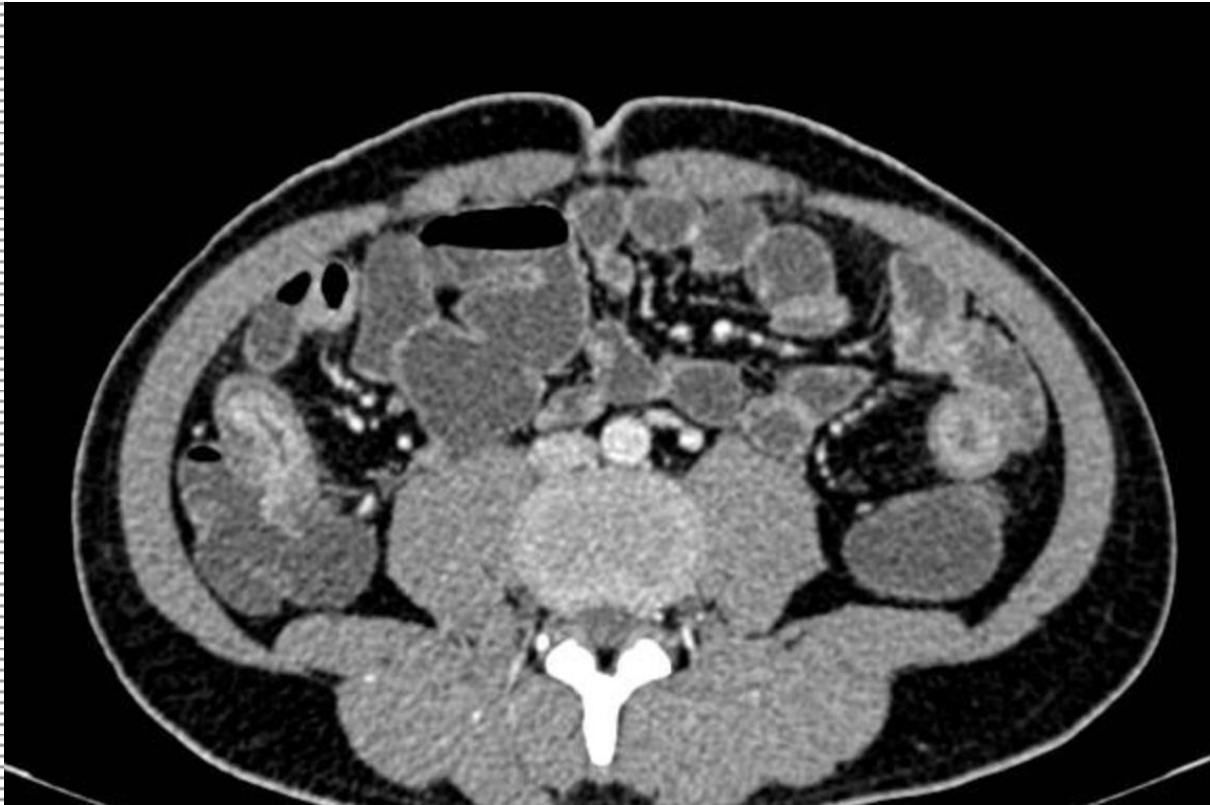
Tình huống lâm sàng 1



- ❖ NB nam, 22 tuổi
- ❖ CĐ: rò hậu môn xuyên cơ thắt
- ❖ Siêu âm thường quy trước phẫu



Tình huống lâm sàng 1



Tình huống lâm sàng 2

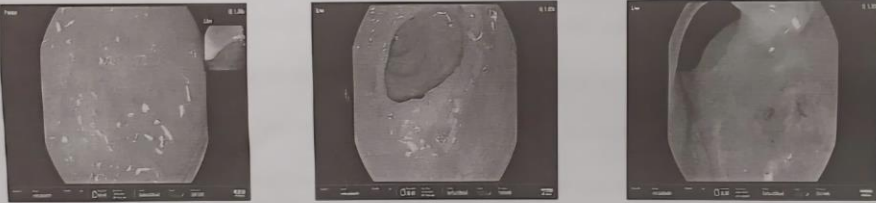


- ❖ NB nam, 24 tuổi
- ❖ TCLS: tiểu đực
- ❖ TC: nội soi cắt bướu bàng quang, GPB: viêm BQ mạn tính

MÔ TẢ KẾT QUẢ

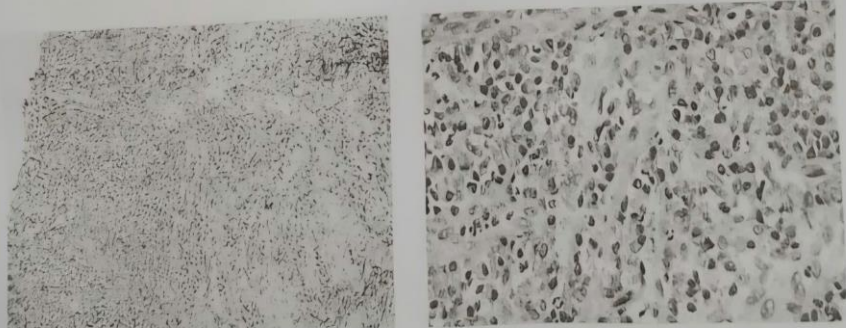
NỘI SOI ĐẾN MANH TRĂNG: CÒN ÍT DỊCH PHÂN RÃI RÁC

- MIỆNG HÔI TRĂNG: LOÉT NHIỄM CỨNG GÂY HÉP.
- MANH TRĂNG: NHIỀU MẢNG LOÉT QUANH MIỆNG HÔI TRĂNG
- ĐẠI TRĂNG LÊN: bình thường
- GỐC GAN: bình thường
- ĐẠI TRĂNG NGANG: bình thường
- GỐC LÁCH: bình thường
- ĐẠI TRĂNG XUỐNG: bình thường
- ĐẠI TRĂNG SIGMA: NIỄM MẠC VIÊM ĐỎ LỒM ĐỒM
- TRƯỚC TRĂNG: bình thường
- HẬU MÔN: bình thường



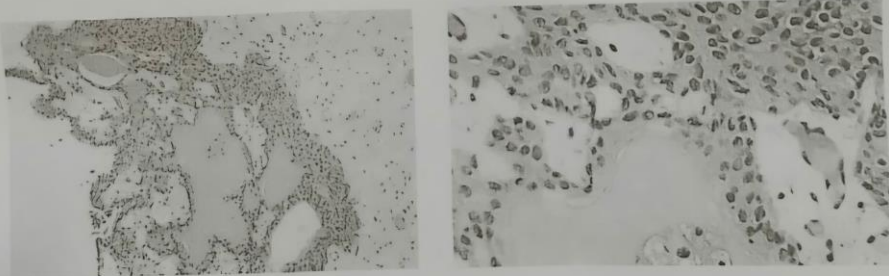
Kết luận: LOÉT MIỆNG HÔI TRĂNG VÀ MANH TRĂNG-SINH THIẾT LÀM GPB. VIÊM ĐẠI TRĂNG SIGMA

GPB ví thể: Trên sinh thiết thấy lớp niêm mạc bị loét và chỗ mất lớp biểu mô. Mô đệm ngấm nhiều tế bào viêm, chất xuất tiết.



Kết luận: VIÊM LOÉT NIỄM MẠC RUỘT.

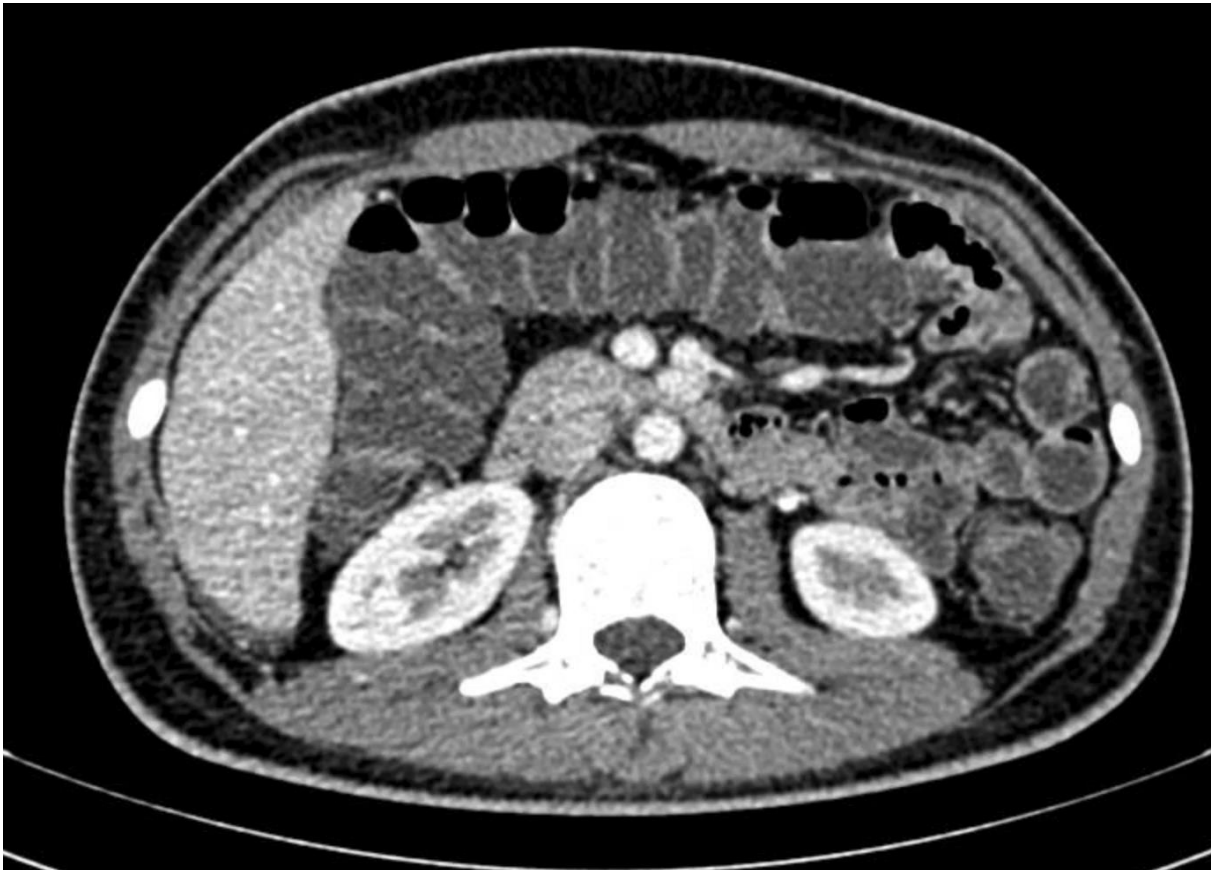
GPB ví thể: Lớp niêm mạc và dưới niêm mạc thâm nhập nhiều limphô bào



Kết luận: VIÊM BÀNG QUANG MẠN TÍNH.

Tình huống lâm sàng 2

❖ CĐ: theo dõi rò bàng quang - ruột



Thực trạng chẩn đoán bệnh Crohn tại UMC



- Bệnh Crohn mới chẩn đoán từ 08/2019 đến 08/2023 (n = 60)
- Thời gian trung vị từ có triệu chứng đến khi chẩn đoán: **12 (3 – 17,5)**
- Tiền căn NSĐT trước đó: **45 (75%)**
 - **25%** NSĐT ít nhất 2 lần
- Kiểu hình (behavior):
 - Hẹp tiêu hóa: **17 (28,3%)**
 - Rò tiêu hóa: **18 (30%)**
- Phẫu thuật trong vòng 3 tháng đầu sau chẩn đoán: **16 (26,7%)**

Nguyên nhân làm chậm chẩn đoán CD tại Việt Nam



Bệnh hiếm gặp

- Nhiều CD phân biệt
- CĐPB thường gặp hơn

Một số “hiểu lầm”

- GPB là tiêu chuẩn vàng
- Chẩn đoán Crohn bắt buộc phải có u hạt

Chẩn đoán trễ Bệnh Crohn

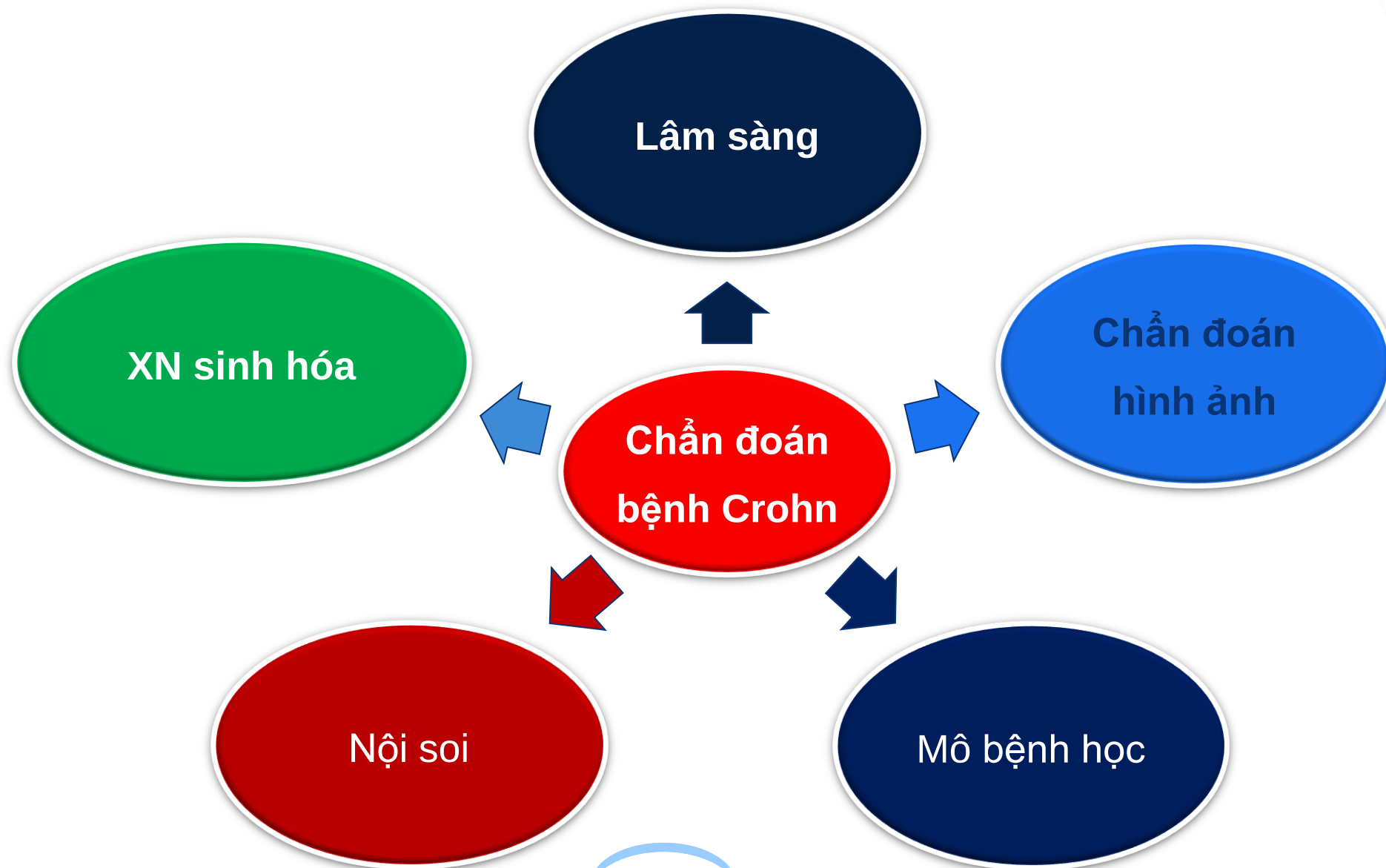
Bệnh khó chẩn đoán

- Triệu chứng âm thầm
- Nội soi không rõ ràng
- CĐHA không đặc hiệu
- GPB: rào cản

Thiếu phương tiện/chuyên gia

- FC – MRE/CTE
- Mô bệnh học

GPB không phải là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán



Khi nào nghi ngờ bệnh Crohn?



- Trẻ tuổi
- Tiêu chảy mạn
- Đau bụng mạn (hố chậu phải)
- Sụt cân/suy kiệt
- Rò/hẹp tiêu hóa
- Loét miệng nổi
- Tổn thương quanh hậu môn
- Thiếu máu
- Giảm albumin
- Tăng CRP/Tăng Calprotectin phân
- Hình ảnh học: CTE hay MRE

Triệu chứng lâm sàng bệnh Crohn tại UMC (N = 50)

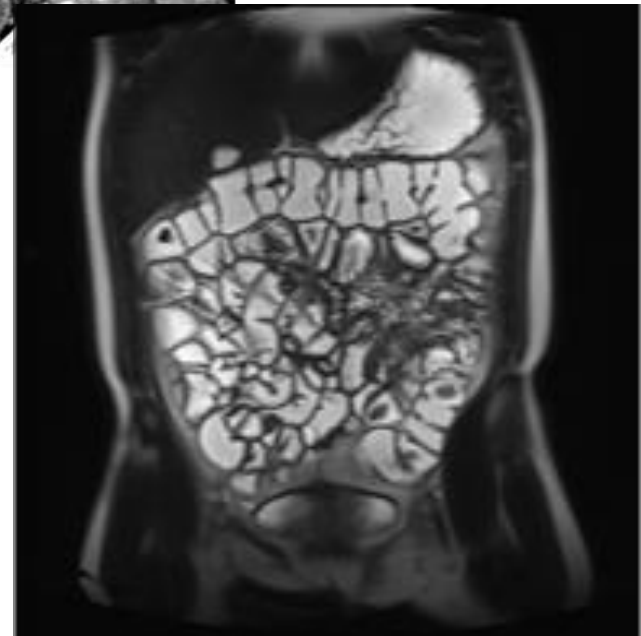
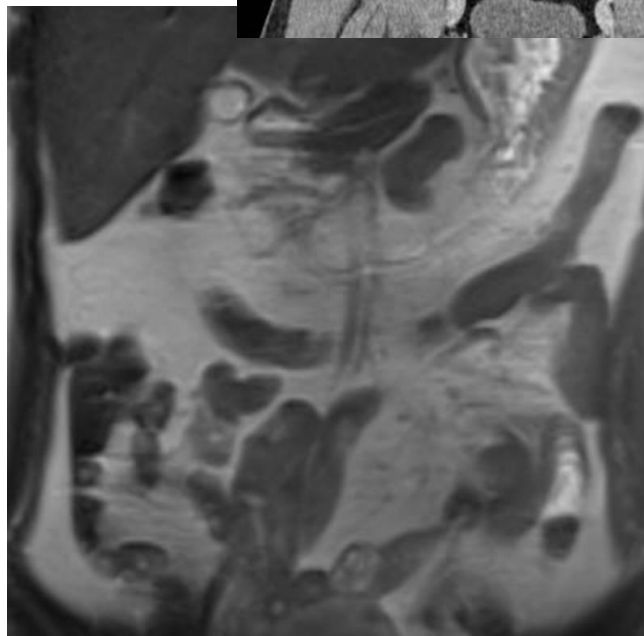


Triệu chứng	N
Tiêu chảy mạn	37 (74%)
Tiêu ra máu	7 (14%)
Đau bụng	42 (84%)
Mót rặn	1 (2%)
Tiêu gấp	1 (2%)
Nôn/buồn nôn	9 (18%)
Loét miệng	5 (10%)
Sốt	14 (28%)

Triệu chứng	N
Rò hậu môn	4 (8%)
Áp xe hậu môn	3 (6%)
Rò ruột-da	8 (18%)
Thủng ruột	1 (2%)
Sụt cân	36 (72%)
Chán ăn	22 (44%)
BMI < 18	18 (36%)
Biểu hiện ngoài ruột	1 (2%)*

*Vẫn nên

Hình không chuẩn bị ruột và hình CTE / MRE



CTE/MRE trong bệnh Crohn

- Độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán tổn thương ruột non.
- ECCO 2019: BN Crohn mới chẩn đoán nên được đánh giá ruột non (siêu âm ruột, CTE/MRE, capsule endoscopy)
- Vai trò:
 - Chẩn đoán bệnh Crohn
 - Đánh giá biến chứng (rò, hẹp, áp xe) → quyết định chiến lược điều trị
 - Theo dõi đáp ứng điều trị
- Đặc biệt hữu ích khi nghi ngờ CD nhưng NSĐT bình thường.
- Khuyến cáo: Crohn mới chẩn đoán nên được đánh giá ruột non
- MRE vs CTE: ít phơi nhiễm tia xạ.
- Cần Bs CDHA có kinh nghiệm



Kỹ thuật CTE - MRE



40 phút
chuẩn bị
trước chụp

PEG
(Fortrans)

V # 1500-
2000ml

Tùy thuộc
khả năng
dung nạp NB

Mỗi 350-500 ml/10 phút

CT và CTE trong bệnh Crohn tại UMC

	CT (N = 36)	CTE (N = 32)
Chẩn đoán		
- Dày thành ruột không đặc hiệu (u/viêm) hay - Không phù hợp/ít nghĩ Crohn	30 (83,3%)	5 (15,6%)
Theo dõi/phù hợp bệnh Crohn	6 (16,7%)	27 (84,4%)
Biến chứng		
Rò tiêu hóa	9 (25%)	13 (40,6%)
Hẹp tiêu hóa	5 (13,9%)	10 (31,3%)
Áp xe ổ bụng	6 (16,7%)	4 (12,5%)

Bệnh Crohn vs Lao ruột



❖ Thách thức lớn về chẩn đoán:

- Lâm sàng, X quang, nội soi, mô bệnh học: nhiều đặc điểm tương đồng
- Không có một xét nghiệm đơn độc nào có thể chẩn đoán phân biệt chính xác
- Các xét nghiệm chẩn đoán lao có thể không đủ nhạy và đặc hiệu

❖ Cách tiếp cận chẩn đoán phân biệt:

- Hỏi kỹ bệnh sử
- Nội soi đại tràng, sinh thiết làm mô bệnh học và vi trùng học (nhuộm AFB, +/- PCR và cấy MGIT)
- CTE/MRE bụng
- TST hoặc IGRA
- Tầm soát Lao phổi (BK/đàm / X Quang phổi – CT ngực không cản quang)
- Điều trị thử dựa vào chẩn đoán: Không nên dùng sinh học trừ khi đã loại trừ chính xác lao

Bệnh Crohn vs Lao ruột



LAO RUỘT

Có tiếp xúc với nguồn lây bệnh

Thời gian **bệnh ngắn 6-7 tháng**

Sốt

Tiêu chảy (hiếm khi có máu)

Báng bụng (ADA +)

Biểu hiện Lao ở nơi khác

BỆNH CROHN

Tiền căn gia đình bị IBD

Thời gian **bệnh kéo dài > 1 năm**

Tiêu chảy

Có khi tiêu ra máu

Bệnh ở vùng quanh hậu môn

Biểu hiện ngoài ruột

CTE và MRE



LAO RUỘT

Dày thành ruột, không phân lớp
(stratification)

Hẹp đồng tâm (concentric)

Viêm mạc treo, không ứ huyết mạch máu

Hạch to giảm đậm độ, có tăng quang viền (có thể hoại tử)

Dịch báng tăng đậm độ

Tổn thương phổi đi kèm

BỆNH CROHN

Dày thành ruột, có phân lớp ở giai đoạn viêm hoạt động

Hẹp lệch tâm (eccentric)

Tăng sinh, ứ huyết mạch máu mạc treo (comb sign) ++

Hạch to nhẹ

Tăng sinh xơ mỡ mạc treo ++



HỘI NGHỊ KHOA HỌC CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH TP.HCM MỞ RỘNG LẦN THỨ XII-2025



Cảm ơn đã theo dõi!