**LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG**

**1.ĐẠI CƯƠNG**

**1.1 Định nghĩa**

Loét dạ dày - tá tràng : là tổn thương gây khuyết lớp niêm mạc dạ dày - tá tràng với độ sâu ít nhất là đến lớp dưới niêm mạc

**1.2 Nguyên nhân**

**1.2.1 - Loét dạ dày - tá tràng có liên quan nhiễm trùng**

- Nhiễm Helicobacter pylori

- Nhiễm Helicobacter heilmannii

- Nhiễm virus như: CMV, herpes virus

**1.2.2 - Loét dạ dày - tá tràng không liên quan nhiễm trùng**

- Do stress, Yếu tố tâm lý: loét thường xảy ra ở ngườì có nhiều sang chấn tình cảm, hoặc trong giai đoạn căng thẳng tinh thần nghiêm trọng như trong chiến tranh,biến động xã hội,..

- Do hóa chất: chất ăn mòn, NSAID, aspirin, rượu, coticosteroid, acid mật, urê huyết cao....

• Aspirin: gây loét và chảy máu, gặp ở dạ dày nhiều hơn tá tràng, do tác dụng tại chỗ và toàn thân. Trong dạ dày pH acide, làm cho tinh thể aspirin không phân ly và hòa tan được với mỡ, nên xuyên qua lớp nhầy và ăn mòn niêm mạc gây loét,Đồng thời Aspirin ức chế Prostaglandin, làm cản trở sự đổi mới tế bào niêm mạc và ức chế sự sản xuất nhầy ở dạ dày và tá tràng.

• Kháng viêm nonsteroide: gây loét và xuất huyết tương tự như Aspirin nhưng tính acid yếu hơn nên không gây ăn mòn tại chỗ.

• Corticoide: không gây loét trực tiếp, vì làm ngăn chận sự tổng hợp Prostaglandin, nên chỉ làm bộc phát lại các ổ loét cũ, hoặc ở người có sẵn nguy cơ loét.

- Do bất thường nội tiết : Tăng tiết acetylcholin gây co thắt cơ trơn dạ dày, gây thiếu dinh dưỡng và làm giảm sức đề kháng của niêm mạc dạ dày tạo điều kiện phát sinh vết loét; Tăng tiết ACTH, cortisol gây tăng tiết HCl và pepsin (hoặc có thể gây giảm tiết chất nhầy bảo vệ); Hiện tượng tăng tiết dịch vị khi đường máu hạ có thể do tuyến tụy tăng cường hoạt động trong ung thư tuyến tụy, Hội chứng Zolhnger - Ellison

Ngoài ra còn thấy rối loạn các tuyến nội tiết khác có thể kèm theo vết loét, như trong xơ gan, rối loạn tuyến sinh dục, tuyến giáp, tuyến cận giáp

- Di truyền: loét tá tràng có tần suất cao ở một số gia đình, loét đồng thời xảy ra ở 2 anh em sinh đôi đồng noãn, hơn là dị noãn.

- Rối loạn vận động: liên quan sự làm trống dạ dày, sự trào ngược của tá tràng- dạ dày. Trong loét tá tràng có sự làm trống dạ dày quá nhanh làm tăng lượng acid tới tá tràng. Ngược lại trong loét dạ dày sự làm trống dạ dày quá chậm, gây ứ trệ acide ở dạ dày.

- Yếu tố môi trường

• Thói quen về ăn uống: Bắc Ân ăn nhiều lúa mì loét ít hơn ở Nam Ân ăn toàn gạo. Caféine và calcium là những chất gây tiết acide; rượu gây tổn thương niêm mạc dạ dày.

• Thuốc lá: loét dạ dày tá tràng thường gặp ở người hút thuốc lá, thuốc lá cũng làm xuất hiện các ổ loét mới và làm chậm sự lành sẹo hoăc gây đề kháng với điều trị do ức chế yếu tố tăng trưởng của niêm mạc dạ dày tá tràng.

**1.3 Các thể loét DD-TT**

**1.3.1 - Loét câm**

- BN không có triệu chứng

- Phát hiện tình cờ khi nội soi hay khi đã có biến chứng (xuất huyết tiêu hóa, thủng ...)

**1.3.2 - Loét khổng lồ**

- Là ổ loét có đường kính > 2 cm, thường gặp ở phần bệnh nhân dùng NSAIDs, suy thận mạn

- Thường gặp biến chứng : xuất huyết tiêu hóa, thủng, ung thư.....

**1.3.3**- Loét hậu hành tá tràng

- Thông thường các ổ loét tá tràng chỉ nằm trong phạm vi 2 - 3 cm kể từ môn vị

- Các ổ loét hậu hành tá tràng ít gặp và thường gợi ý sự tồn tại của khối u tiết gastrin hay các tình trạng tăng tiết khác

- Cần chẩn đoán phân biệt với túi thừa, sang thương tân sinh của tá tràng.....

**1.3.4 - Loét dạ dày - tá tràng, H.p (+) : xem bài “ Điều trị Helicobacter pylori ”**

**1.3.5 - Loét dạ dày - tá tràng do thuốc**

Phân tầng nguy cơ tổn thương niêm mạc ổng tiêu hóa do thuốc

Các yếu tố nguy cơ

• Tuổi > 65

• Dùng NSAIDs liều cao

• Tiền căn ghi nhận loét dạ dày tá tràng

• Dùng Aspirin liều thấp, Corticostreroid hay thuốc kháng đông.

Nguy cơ cao

• Tiền căn ghi nhận loét dạ dày tá tràng có biến chứng

• Có > 2 yếu tố nguy cơ

Nguy cơ trung bình : có từ 1 đến 2 yếu tố nguy cơ Nguy cơ thấp: Không yếu tố nguy cơ nào kể trên Phân tầng nguy cơ tim mạch

• Nguy cơ cao : đang dùng Aspirin liều thấp

• Nguy cơ thấp : không dùng Aspirin liều thấp

**2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**

**2.1 - Lâm sàng**

**2.1.1 Đau**

- Đau thượng vị thường gặp nhất

- Đau các vị trí bất thường khác

Đau sát cơ hoành lan lên trên : tổn thương ở tâm vị, cần phân biệt với bệnnh lý tim mạch

Đau sau lưng lan lên trên : tổn thương ở mặt sau dạ dày tá tràng, cần phân biệt với bệnh lý thận, cột sống

Đau hạ sườn trái : tổn thương ở bờ cong lớn, cần phân biệt với bệnh lý tụy

***-*** Loét dạ dày: Đau từng đợt mỗi đợt kéo dài 2 - 8 tuần cách nhau vài tháng đến vài năm. Đau gia tăng theo mùa nhất là vào mùa đông tạo nên tính chu kỳ của bệnh loét. Tuy nhiên các biểu hiện lâm sàng của viêm vùng hang vị xảy ra trước loét có thể làm mất tính chu kỳ này. Đau liên hệ đến bữa ăn, sau ăn 30 phút - 2 giờ; thường đau nhiều sau bữa ăn trưa và tối hơn là bữa ăn sáng. Đau kiểu quặn tức, đau đói hiếm hơn là đau kiểu rát bỏng. Đau được làm dịu bởi thuốc kháng acid hoặc thức ăn, nhưng khi có viêm kèm theo thì không đỡ hoặc có thể làm đau thêm. Vị trí đau thường là vùng thượng vị lan lên trên dọc theo xương ức hay vùng trước tim. Nếu ổ loét nằm ở mặt sau thì có thể đau lan ra sau lưng. Một số trường hợp loét không có triệu chứng và được phát hiện khi có biến chứng

- Loét tá tràng: đau của loét tá tràng thường rõ hơn loét dạ dày, vì ở đây không có viêm phối hợp. Các đợt bộc phát rất rõ ràng. Giữa các kì đau, thường không có triệu chứng nào cả. Đau xuất hiện 3 - 4 giờ sau khi ăn và kéo dài cho đến bửa ăn tiếp theo, tạo thành nhịp ba kỳ, hoặc đau vào đêm khuya 1 - 2 giờ sáng. Đau đói và đau kiểu quặn thắt nhiều hơn là đau kiểu nóng ran. Đau ở thượng vị lan ra sau lưng về phía bên phải (1/3 trường hợp) và thường kèm thêm ựa chua. Cũng có 10% trường hợp không đau, được phát hiện qua nội soi hoặc do biến chứng và 10% trường hợp loét lành sẹo nhưng vẫn còn đau. Về nhịp điệu thì đau loét tá tràng thường nhịp nhàng và có tính chu kì hơn là đau do loét dạ dày.

**2.1.2 Triệu chứng khác**

- Rối loạn tiêu hoá: ăn không tiêu, , ợ hơi, ợ chua, ăn kém,

- Sụt cân...

- Có thể có hội chứng nhiễm trùng

**2.1.3 Biến chứng**

+ Xuất huyết tiêu hóa

+ Thủng dạ dày - tá tràng

+ Hẹp môn vị

+ Ung thư trên nền ổ loét........

**2.2 - Cận lâm sàng**

- Để chẩn đoán xác định

***+*** Nội soi dạ dày tá tràng

+ Sinh thiết niêm mạc qua nội soi, xét nghiệm mô bệnh học

- Để tìm nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng

+ Các xét nghiệm chẩn đoán Hp

+ Xét nghiệm mô bệnh học, cấy vi khuẩn mẫu sinh thiết niêm mạc dạ dày + Xét nghiệm dịch vị, chất nôn : Tìm vi trùng, độc chất ...

- Để chẩn đoán phân biệt / biến chứng : Tùy theo các chẩn đóan phân biệt / biến chứng mà chỉ định các cận lâm sàng phù hợp

**3. CHẨN ĐOÁN**

**3.1 Chẩn đoán có bệnh :**

Lâm sàng có cơn đau loét điển hình CLS: Nội soi, XQ dạ dày baryte.

**3.2 Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm dạ dày mạn: Đau vùng thượng vị mơ hồ, liên tục, không có tính chu kỳ, thường đau sau ăn, kèm chậm tiêu đầy bụng. Chẩn đoán dựa vào nội soi sinh tiết có hình ảnh viêm dạ dày mạn với tẩm nhuận tế bào viêm đơn nhân, xơ teo các tuyến

- Ung thư dạ dày: Thường xảy ra ở người lớn tuổi, đau không có tính chu kỳ, ngày càng gia tăng, không đáp ứng điều trị loét. Cần nội soi sinh thiết nhiều mảnh cho hình ảnh ung thư dạ dày.

- Viêm tuỵ mạn: Có tiền sử viêm tuỵ cấp nhất là nghiện rượu, có thể kèm tiêu chảy mạn tính và hội chứng kém hấp thu. Đau thường lan ra sau lưng ở vùng tuỵ. Xét nghiệm amylase máu thường tăng 2-3 lần. Siêu âm và chụp phim X quang thấy tuỵ xơ teo có sỏi, ống tuỵ dãn.

- Viêm túi mật mạn do sỏi: Tiền sử sỏi mật, lâm sàng có cơn đau quặn gan, nhiễm trùng và tắc mật. Chẩn đoán dựa vào siêu âm và chụp đường mật ngược dòng cho hình ảnh sỏi, túi mật xơ teo.

**3.2 Chẩn đoán nguyên nhân /** yếu tố thúc đẩy : Hp (+), do thuốc ....

**3.3 Chẩn đoán biến chứng :**

***3.3.1 Xuất huyết tiêu hóa:*** thường gặp, 15-20% bệnh nhân loét có một hoặc nhiều lần xuất huyết; loét tá tràng dễ xuất huyết hơn loét dạ dày, người già dễ xuất huyết hơn người trẻ. Chẩn đoán dựa vào nội soi

***3.3.2. Thủng:*** loét ăn sâu vào thành dạ dày hay tá tràng có thể gây thủng. Đây là biến chứng thứ nhì sau xuất huyết, đàn ông nhiều hơn phụ nữ. Loét mặt trước hoặc bờ cong nhỏ thì thủng vào khoang phúc mạc lớn, loét mặt sau thì thủng vào cơ quan kế cận hoặc hậu cung mạc nối.

- Triệu chứng: thường khởi đầu bằng cơn đau dữ dội kiểu dao đâm đó là dấu viêm phúc mạc và nhiễm trùng nhiễm độc. Chụp phim bụng không sửa soạn hoặc siêu âm có liềm hơi dưới hoành

***3.3.3. Loét xuyên thấu dính vào cơ quan kế cận:*** thường là tụy, mạc nối nhỏ, đường mật, gan, mạc nối lớn, mạc treo đại tràng, đại tràng ngang thường gặp là loét mặt sau hoặc loét bờ cong lớn. Các loét này thường đau dữ dội ít đáp ứng với điều trị, loét xuyên vào tụy thường đau ra sau lưng hoặc biểu hiện viêm tụy cấp, loét thủng vào đường mật chụp đường mật hoặc siêu âm có hơi trong đường mật

***3.3.4. Hẹp môn vị:*** thường gặp khi ổ loét nằm gần môn vị. Gây ra do loét dạ dày hoặc tá tràng hoăc phản ứng co thắt môn vị trong loét dạ dày nằm gần môn vị, hẹp có thể do viêm phù nề môn vị.

- Triệu chứng: Nặng bụng sau ăn, nôn ra thức ăn củ > 24 giờ. Dấu óc ách dạ dày lúc đói và dấu Bouveret. Gầy và dấu mất nước.

- Chẩn đoán hẹp môn vị:

+ Nội soi

+ Thông dạ dày có dịch ứ >100ml.

+ Phim baryte dạ dày còn tồn đọng baryte >6giờ.

+ Phim nhấp nháy, chậm làm vơi dạ dày >6 giờ khi thức ăn có đánh dấu đồng vị phóng xạ Technium 99.

***3.3.5. Loét ung thư hóa:*** viêm mạn tính hang vị thể teo, thường đưa đến ung thư hóa nhiều hơn (30 %)

**4. ĐIỀU TRỊ**

**4.1- Mục tiêu điều trị**

- Giảm nhanh và lâu dài các triệu chứng

- Bảo vệ và kích thích tái sinh niêm mạc

- Loại trừ các nguyên nhân gây bệnh

**4.2- Điều trị không dùng thuốc**

***-*** Cần tránh tuyệt đối thức ăn gây tổn thương niêm mạc dạ dày, tá tràng : Rượu bia, thuốc lá, thức ăn có nhiều gia vị chua cay.

- Tránh hoạt hóa acid mật : giảm ăn chất béo

- Tạo môi trường đệm trong dạ dày : Nên ăn nhiều bữa trong ngày, mỗi bữa không nên ăn quá no, ăn nhẹ, ăn lỏng - Ăn bữa cuối trước ngủ tối 3 giờ

- Tránh suy nghĩ căng thẳng, stress

- Có thể dùng sữa để trung hòa nhanh acid dạ dày

**4.3 - Điều trị bằng các thuốc tác động vào nồng độ HCl trong dịch dạ dày**

**4.3.1- Thuốc ức chế bơm proton ( PPI = Proton Pump Inhibitor )**

- Dùng trước ăn 30’

- Liều chuẩn

|  |  |
| --- | --- |
| + Esomeprazole | 40mg/ ngày |
| + Omeprazole | 20 mg/ ngày |
| + Pantoprazole | 40mg/ ngày |
| + Rabeprazole | 20 mg/ ngày |
| + Lansoprazole | 30mg/ ngày |

- Kiểm soát acid tốt hơn khi sử dụng liều cao hơn chuẩn và nhiều lần trong ngày ( 2 lần /ngày tốt hơn 1 lần / ngày)

- Trong những ngày đầu có sự chậm trễ trong tác dụng ức chế acid do phải ức chế dần các bơm proton. Sử dụng liều cao hơn liều chuẩn có thể rút ngắn thời gian này

- Tùy tình trạng của bệnh nhân mà lựa chọn liều và đường dùng thích hợp

+ Nếu bệnh nhân có biểu hiện viêm dạ dày mức độ nặng ( đau nhiều thượng vị, đau lăn lộn, đau thượng vị liên tục, nôn ói không thể uống thuốc, không đáp ứng với PPI liều chuẩn...) có thể dùng PPI đường tĩnh mạch hoặc đường uống với liều cao hơn chuẩn, nhiều lần trong ngày để nhanh chóng kiểm soát acid dạ dày cho bệnh nhân.

+ Các trường hợp biểu hiện triệu chứng nhẹ có thể dùng PPI liều chuẩn đường uống

**4.3.2- Thuốc trung hòa acid ( Antacid)**

- Nhóm Aluminum hydroxide ( Al(OH)3 ), Magne hydroxide ( Mg(OH)2 ).

- Dùng trước ăn 30’

- Dùng 3- 4 lần/ ngày vào 3 bữa ăn chính và trước khi ngủ

**4.3.3 Thuốc ức chế thụ thể H2 ( Anti H2 Receptor)**

- Dùng trước ăn 30’

- Nhóm Famotidine 20mg x 2 lần/ ngày + 20mg trước khi ngủ tối

- Nhóm Nizatidine 150mg x 2 lần/ ngày + 300mg trước khi ngủ tối

- Nhóm Cimetidine 400mg x 2 lần/ ngày + 800mg trước khi ngủ tối

- Nhóm Ranitidine 150mg x 2 lần/ ngày + 300mg trước khi ngủ tối

**4.4 Điều trị bằng các thuốc tác động lên yếu tố bảo vệ niêm mạc 4.4.1Thuốc thuộc dẫn chất Prostaglandin**

+ Nhóm Misoprostol 200mcg x 4lần/ ngày + Nhóm Enprotil 35mcg x 2 lần/ ngày

**4.4.2 Thuốc thuộc nhóm Sucralfate**

+ Dùng trước ăn 30’

+ Dùng 1 gói x 3 - 4 lần / ngày

**4.4.3 Thuốc thuộc nhóm muối Bismuth**

+ Dùng trước ăn 30’

+ Dùng 300- 600mg x 3 - 4 lần / ngày

**4.5 Điều trị bằng các thuốc tác động lên chức năng vận động dạ dày, ruột**

- Thuốc chống co thắt hướng cơ trơn Papavarine : nhóm Drotaverine, nhóm Mebeverine......

- Thuốc chống co thắt đối vận thụ thế 5 - HT3 : Nhóm Odansetron.....

- Thuốc hỗ trợ vận động dạ dày, ruột

+ Nhóm đối vận thụ thể D2 : Nhóm Domperidone , nhóm Metoclopramide.....

***+*** Nhóm đồng vận thụ thể 5- HT4 : Nhóm Mosapride ....

**4.6 Điều trị Loét dạ dày - tá tràng, H.p (+) : xem bài “ Điều trị Helicobacter pylori ”**

**4.7 Điều trị dự phòng khi dùng các thuốc có nguy cơ gây tổn thương niêm mạc dạ dày - tá tràng**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nguy cơ tiêu hóa |
| cao | trung bình | thấp |
| Nguycơtimmạch | cao | PPI / Misoprostol Không dùng NSAIDs kể cả ức chế COX2 | PPI / Misoprostol+/- Chỉ dùng Naproxen (nếu cần ) | PPI / Misoprostol+/- Chỉ dùng Naproxen (nếu cần) |
| thấp | PPI / Misoprostol+/ - chỉ dùng ức chế COX2 ( nếu cần) | PPI / Misoprostol +/- NSAID ( nếu cần) | NSAID ít gây loét nhất ở liều thấp nhất có hiệu quả |

Tuy nhiên vì vẫn có 1 tỷ lệ những ổ loét câm, bệnh nhân không hề có triệu chứng hay tiền căn gì về viêm loét dạ dày, nên dù bệnh nhân chỉ có nguy cơ thấp về tiêu hóa lẫn tim mạch vẫn nên dùng PPI / Misoprostol dự phòng khi được chỉ định các thuốc có nguy cơ gây tổn thương niêm mạc dạ dày.

- Misoprostol 200mcg x 4 lần / ngày

- PPI theo liều chuẩn 40mg/ ngày 20 mg/ ngày 40mg/ ngày 20 mg/ ngày 30mg/ ngày

- Esomeprazole

- Omeprazole

- Pantoprazole

- Rabeprazole

- Lansoprazole

***-*** Tất cả bệnh nhân trước khi điều trị lâu dài với các thuốc có nguy cơ gây tổn thương niêm mạc dạ dày - tá tràng cần làm các xét nghiệm tìm Hp và cần điều trị tiệt trừ Hp nếu kết quả dương tính