**PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM LOÉT DẠ DÀY**

**I- ĐẠI CƯƠNG BỆNH VIÊM LOÉT DẠ DÀY:**

**1- Định nghĩa:** Viêm dạ dày mãn tính (VDDMT) được xác định qua mô bệnh học với sự xâm nhập tế bào lymphocyte, tương bào và các tế bào đa nhân trung tính.thông thường các triệu chưng lâm sang, hình ảnh đại thể của niêm mạc dạ dày không tương quan với nhau.

**2- Phân loại:** Có nhiều nguyên nhân gây VDDMT và diễn tiến của VDDMT đi từ viêm nông , viêm teo dạ dày và viêm dạ dày teo. Về hình thái tổn thương phân thành 3 type

- Type I: viêm dạ dày mãn không triệu chứng, chiếm 80- 85%.

- Type II: viêm hang vị , loét hành tá tràng, chiếm 10-15%.

- Type III: viêm teo dạ dày ==> nguy cơ K dạ dày. Khoảng 1%.

**3- Nguyên nhân:**

- Nhiễm helicobacter pylori giữ vai trò chủ yếu trong hầu hết các nguyên nhân gây viêm loét dạ dày ( gây tổn thương chủ yếu hang vị , hành tá tràng)

- VDD tự miễn(tổn thương chủ yếu ở type I)

- VDD thấm nhập lymphocyte (lymphocytic Gastric)

- VDD thấm nhập Eosinophil( Eosinophilic Gastric)

- VDD dạng hạt(Granulomatous Gastritis)

**II- CHẨN ĐOÁN BỆNH VIÊM LOÉT DẠ DÀY:**

1- Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu,thường gặp đau âm ỉ vùng thượng vị , buồn nôn , ăn chậm tiêu.

2- Nội soi chẩn đoán và sinh thiết là tiêu chuẩn vàng.

3- chẩn đoán nhiễm H.Pylori:

\* TEST cần lấy mẫu qua nội soi :

- CLO TEST : Thường dùng nhất .

- Sinh thiết đọc giãi phẫu bệnh niêm mạc dạ dày, đồng thời tìm sự hiện diện của vi khuẩn H.Pylori trên niêm mạc dạ dày

- Nuôi cấy, làm kháng sinh đồ, làm PCR và định độc lực Cag-A, Vac-A.

\* TEST KHÔNG XÂM LẤN (KHÔNG CẦN NỘI SOI)

- Test hơi thở .

- Tìm kháng nguyên H.P (H.P-Ag) trong phân.

- Huyết thanh chẩn đoán tìm IgG: Chỉ có ý nghĩa tầm soát, không có ý nghĩa theo dõi điều trị thành công hay thất bại vì kháng thể vẫn tồn tại trong huyết thanh rất lâu dù đã tiệt trừ thành công H.Pylori.

\* CẦN LƯU Ý: "NGƯNG KHÔNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH ĐƯỜNG UÓNG, THUỐC NHÓM PPI ĐƯỜNG UỐNG, HOĂC NHÓM BISMUTH TRONG TÓI THIỂU 2-4 TUẦN" thì các test chẩn đoán H.Pylori mới chính xác

**4- Chẩn đoán phân biệt:**

Hội chứng khó tiêu chức năng, loét DDTT, bệnh lý đường mật, viêm tụy cấp ==> dựa vào nội soi, siêu âm bụng, men tụy, phosphatase kiềm, Bilirubine.

**III- ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM LOÉT DẠ DÀY:**

**A. ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG:**

- Thuốc Antacids (Varogel, Simelox, Phosphalugel): 1 gói x 3-4 lần/ngày

- Thuốc giảm đau , giảm co thắt cơ trơn:

+ Atropine, Hyoscin (buscopan) : Lưu ý tác dụng phụ và chống chỉ định (tim nhanh, khô miệng, glaucome, bí tiểu, u xơ TLT).

+ Spasmaverine, Drotaverine (Nospa), Alverine (Meteospasmyl)

- Thuốc chống nôn: Primperan 1v x 2-3 lần/ngày

- Thuốc chống đầy hơi, đầy bụng : Simethicon (Pepsane), Domperidone (Motilium-M)

**B- ĐIỀU TRỊ LÀNH LOÉT :**

- Thời gian điều trị :

+ Viêm loét dạ dày : 8 - 12 tuần + Viêm loét hành tá tràng: 4- 8 tuần.

+ Trường hợp loét dạ dày và tá tràng phức tạp nên kéo dài thêm PPI sau tiệt trừ

+ Những trường hợp loét tá tràng không phức tạp, không cần kéo dài PPI sau tiệt trừ

- Các nhóm thuốc :

+ Thuốc ức chế bơm proton (PPI) CÓ HIỆU QUẢ TỐT HƠN thuốc đối kháng thụ thể S2

--> Các thuốc ức chế bơm proton (PPI) uống liều chuẩn là 1 viên ngày trước ăn sáng 30 pphút

--> Có thể tăng lên 2 lần/ngày trước ăn sáng và trước ăn chiều 30 phút.

+ Các thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày

--> Sucralfate : 1 gói x 3 lần (trước ăn).

—> Rebamipide (Mucosta): 1v x 3 lần (trước ăn)

**C. ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU TÙY THEO NGUYÊN NHÂN:**

==> Điều trị giải lo âu an thần :

+ Thường dùng : SULPIRIDE 50mg : 1 viên x 2-3 lần/ ngày.

+ Có thể dùng : -- Diazepame 5mg : 1 viên/ tối

-- Librax: 1v x 2 lần/ ngày.

===> Điều trị nguyên nhân khác: như VDD thấm nhập lymphocyte(lymphocytic Gastritis), VDD thấm nhập Eosinophil (Eosinophilic Gastritis). Chẩn đoán bằng nội soi , mô bệnh học và một số triệu chứng gợi ý lien quan đến dí ứng toàn thân. Điều trí bằng corticoides.

==> Điều trị tiệt khuẩn H. pylori: 1 số phác đồ đươc khuyến cáo và áp dụng hiện nay.

• Phác đồ đầu tay: PPI+ CLARI + AMOX/ Metro dùng trong 7-10 ngày

Áp dung cho những nơi có tỷ lệ kháng clarithromycin < 15-20% và tỷ lệ kháng Metronidazole <40%

• PPI liều chuẩn x 2 lần/ngày

• Clarithromycin 0,5g x 2 lần/ ngày } x 7- 10 ngày

• Amoxicillin 1g x2 lần / ngày hoặc Metronidazole 500mg x2 lần /ngày

\* Phác đồ 4 thuốc không có bismuth (phác đồ đồng thời hoăc nối tiếp)

—> Phác đồ đồng thời: PPI+ Amox +Clari + Metr PPI liều chuẩn + Amox 1g + Clarithromycin 0,5g Metronidazole 0,5g tất cả dùng 2 lần/ngày trong 10 -14 ngày —> Phác đồ nối tiếp: (sequential therapy)

+ 5 ngày đầu : (PPI liều chuẩn + Amoxicillin 1g) x 2 lần /ngày

+ 5 ngày tiếp theo: (PPI liều chuẩn + Clarithro 0,5g + Metro0,5g) x 2 lần /ngày.

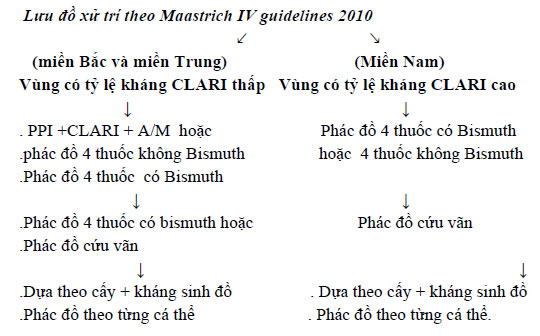
\* Phác đồ 4 thuốc có bismuth: PPI+Tetra +Metro/Tinidazole +Bismuth

PPI liều chuẩn x2 lần + tetracycline 500mg x 4 lần + metronidazole/ tinidazole 500mg x 3 lần + bismuth 120mg x 4 lần. tất cả dùng trong 14 ngày

\* Phác đồ cứu vãn (salvage ttherapy):

PPI liều chuẩn + Amoxicillin 1g + Levofloxaxin 250-500mg / hoặc Rifabutin150mg/ hoặc Furazolidone.

Tất cả dùng 2 lần/ ngày trong 14 ngày.



• Kết quả cấy và KS đồ hoặc các test đánh giá độ nhạy với KS  
• Kết quả phân tích tính đa dạng gen của CYP2C19 ở gan và đột biến 23S rRNA.