

---

# loét dạ dày hành tá tràng

---

**Thạc sỹ. BSNT. Nguyễn thái Bình**  
**Bộ môn Nội tổng hợp-Đại học Hà Nội**

# 1. ĐẠİ CƯƠNG

## 1.1. Định nghĩa:

-LDD-HTT: mạn tính - đợt cấp tính, suy giảm yếu tố bảo vệ và/ hoặc tăng cường yếu tố tấn công →xói mòn niêm mạc DD-HTT.

## 1.2. Tỷ lệ mắc bệnh:

-Tỷ lệ : 10% dân số. Tỷ lệ bệnh/năm:2%. Tỷ lệ bệnh mới: 2/1000.

-LDD ít gặp hơn 2-3 lần so với LHTT

-Yếu tố di truyền: 24% LDD và 26%LHTT

## 1.3. Sinh lý bài tiết dịch vị:

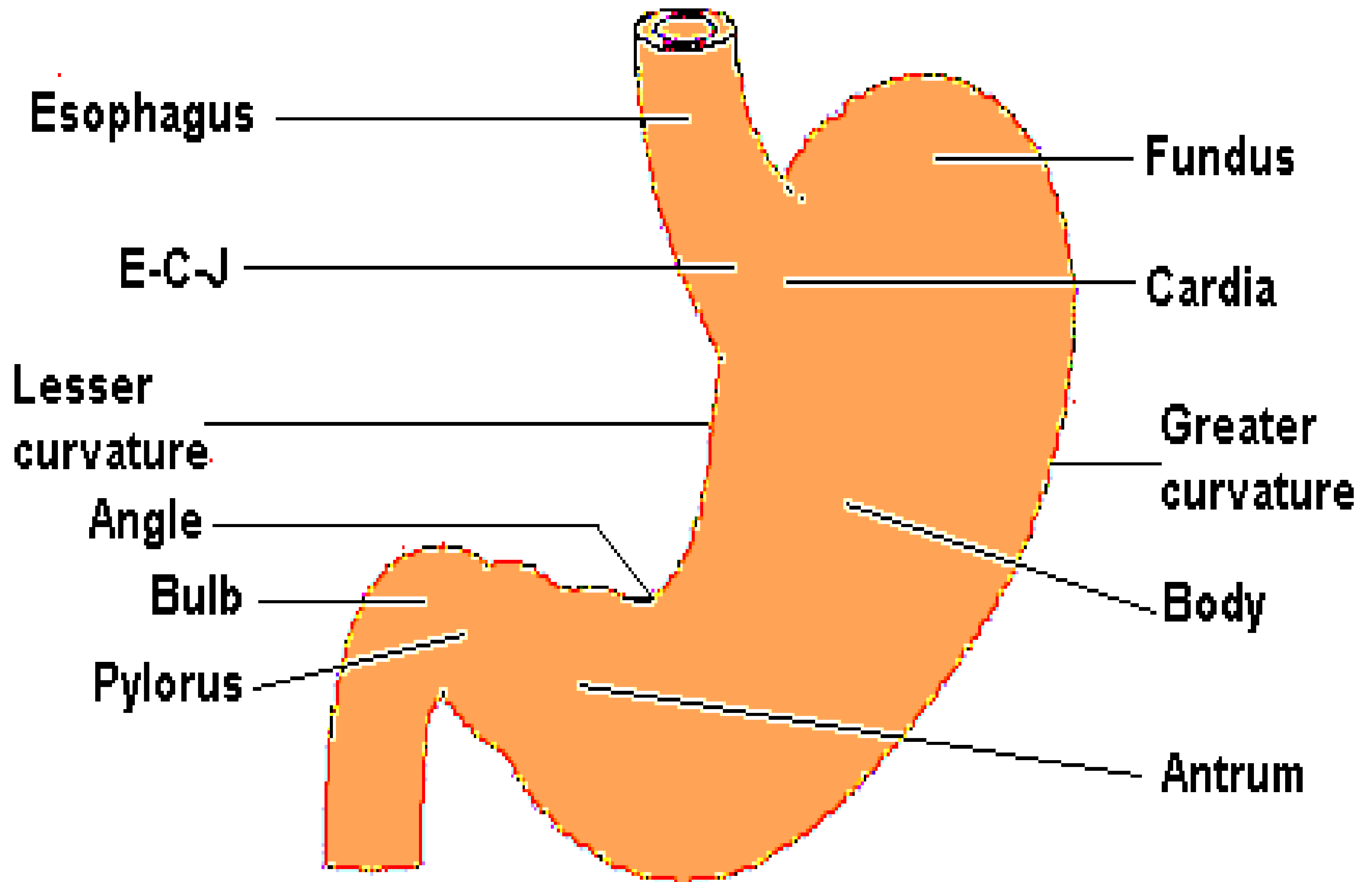
1.3.1. Các TB bài tiết dịch vị: TB tiết nhày, TB chính, TB thành, TB nội tiết và paracrin

# 1. ĐẠỊ CƯỜNG

## 1.3.2. Cơ chế bài tiết dịch vị

### 1.3.3. Bệnh sinh của loét: mất cân bằng: yếu tố bảo vệ và yếu tố tấn công

- Các yếu tố bảo vệ: chất nhầy, TB biểu mô, màng đáy giàu mao mạch
- Các yếu tố tấn công: pepsin, trào ngược  $H^+$ 
  - ▶ Suy giảm cơ chế bảo vệ niêm mạc dạ dày
- Suy yếu hàng rào niêm mạc
- + Bất thường của lớp nhầy: chậm tháo sạch dạ dày
- + Giảm bài tiết  $HCO_3^-$  / TB BM
- + Thay đổi bề mặt tráng phủ / TB BM: Tăng cao dòng trào ngược từ tá tràng vào dạ dày
- Giảm dòng máu nuôi dưỡng lớp niêm mạc
  - ▶ Tăng yếu tố tấn công: Tăng sản xuất pepsine 1; Trào ngược  $H^+$



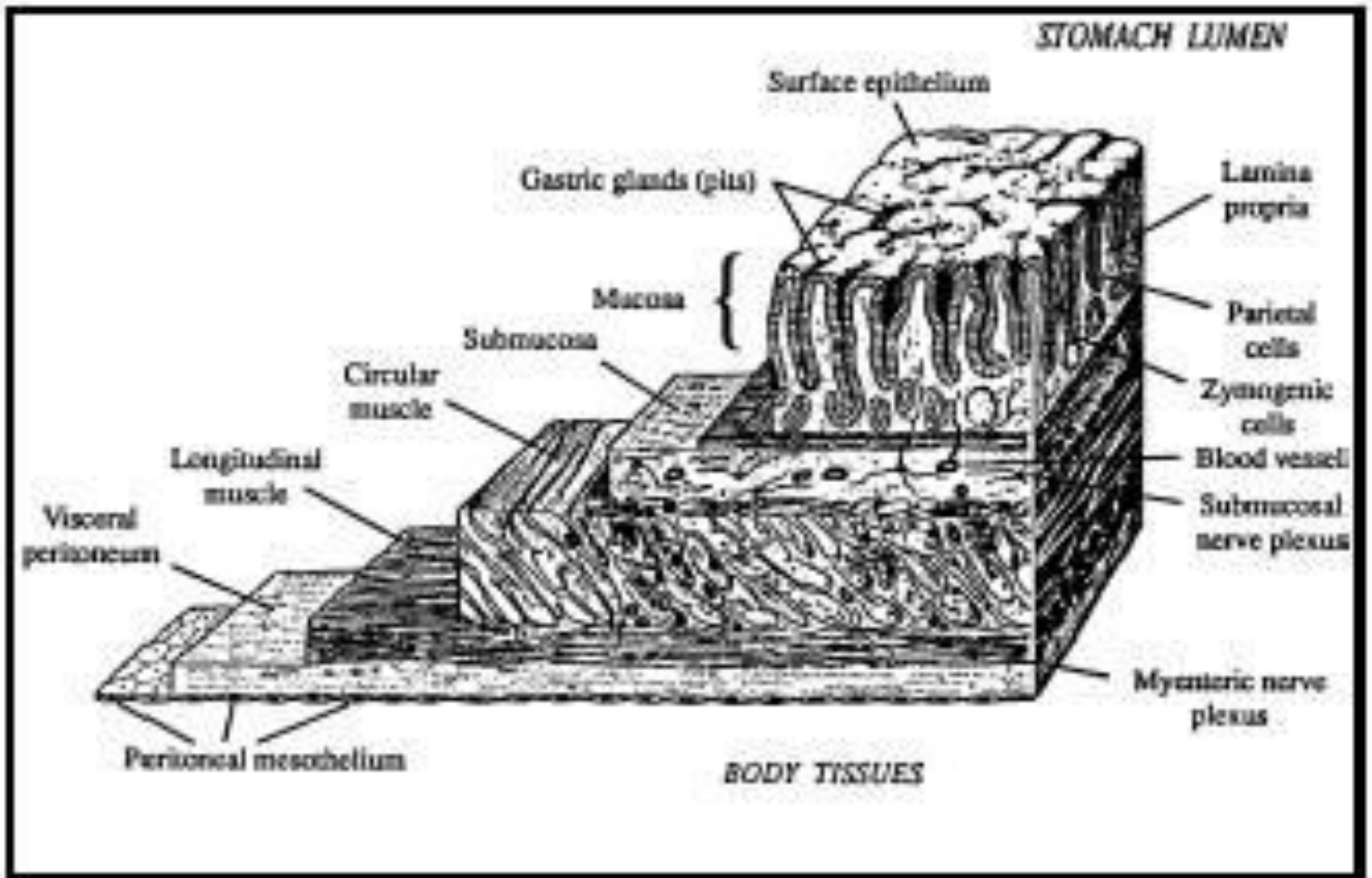
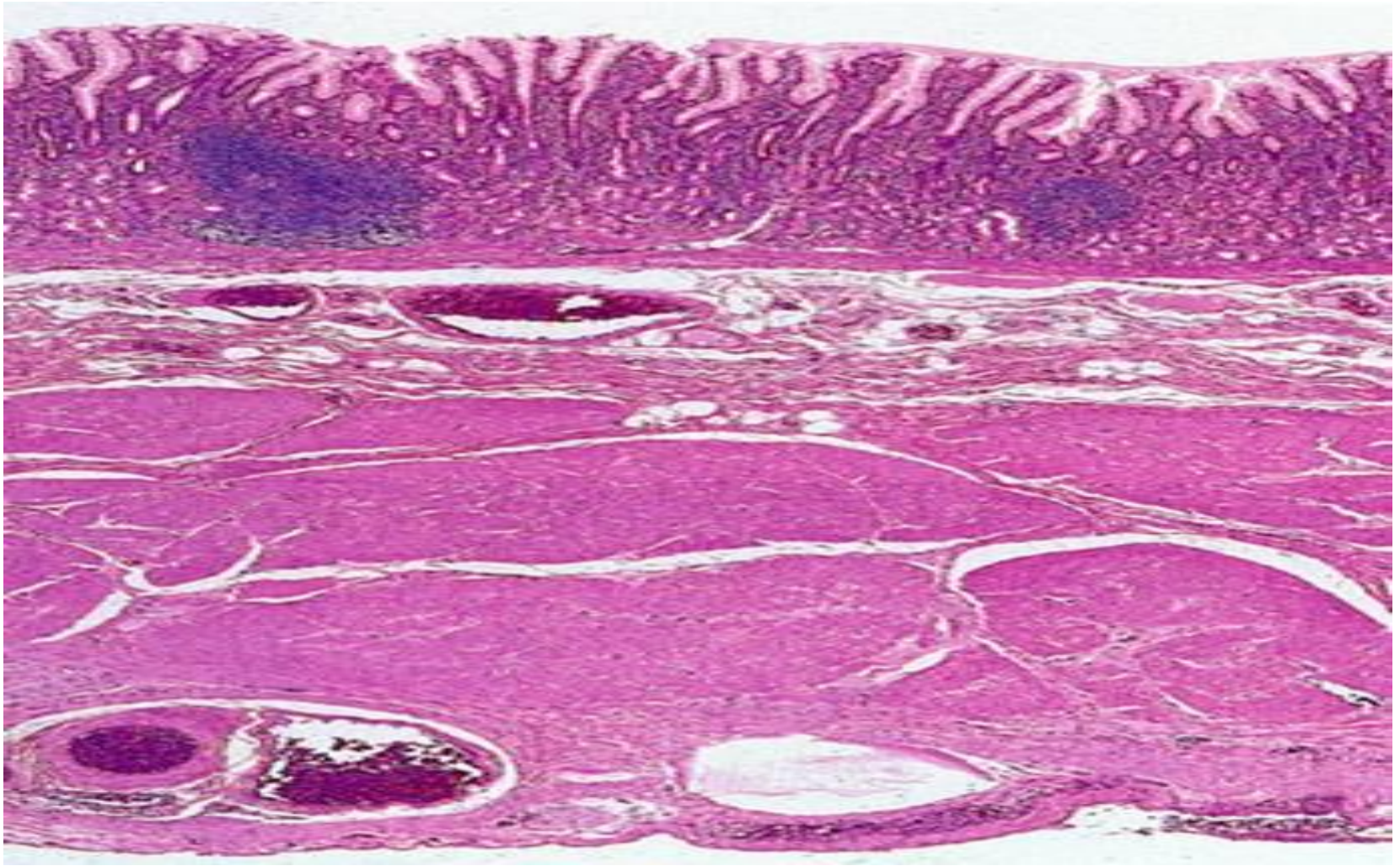


Fig 8.16. **Các lớp của niêm mạc dạ dày** theo Guyton (redrawn from Guyton<sup>863</sup>).



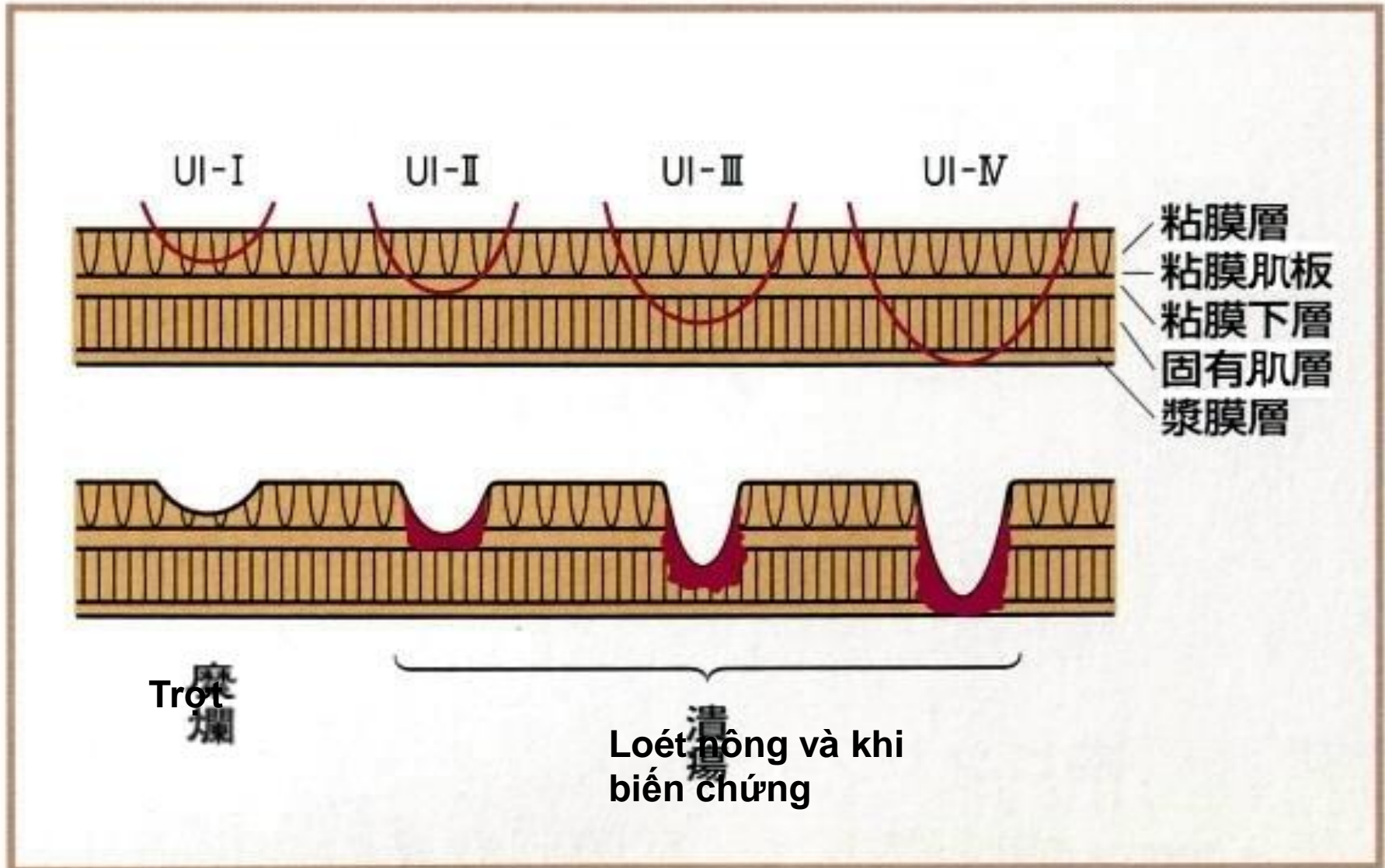
■ *Cấu trúc của các lớp niêm mạc dạ dày*

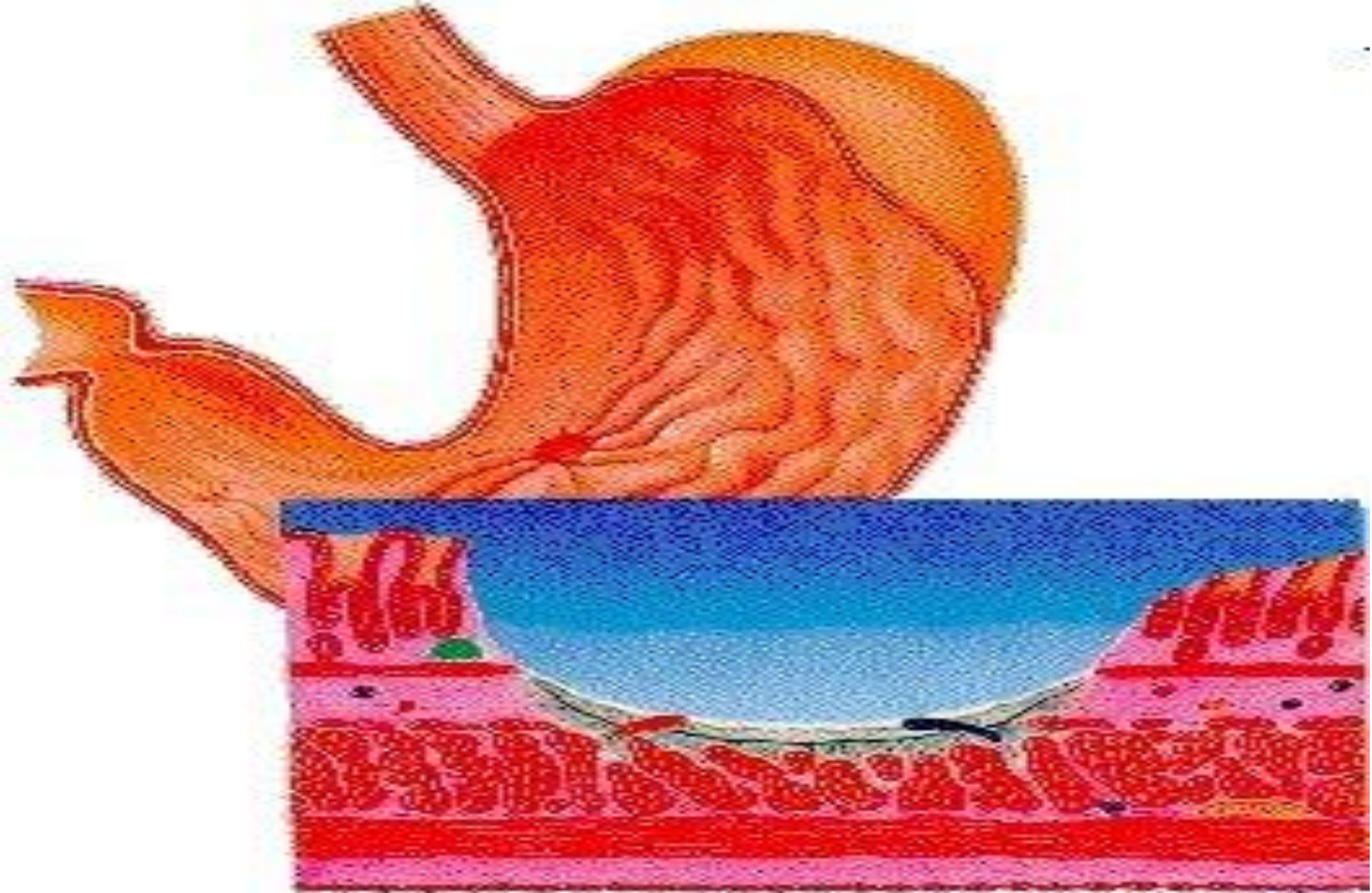
---



Hình minh họa tổn thương viêm loét; ổ loét DD-TT và các biến chứng

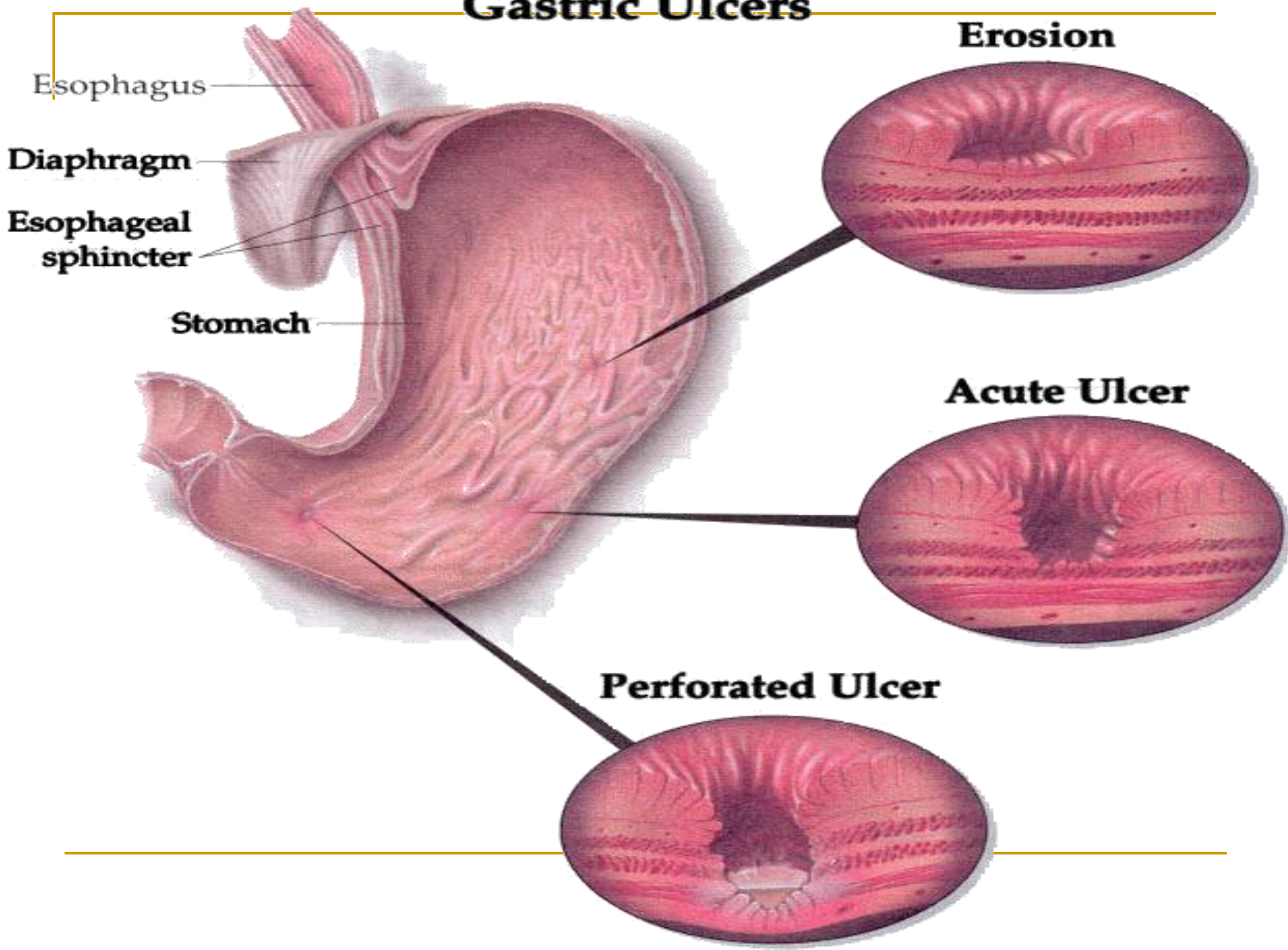
圖1 依潰瘍深度的分類 (村上)

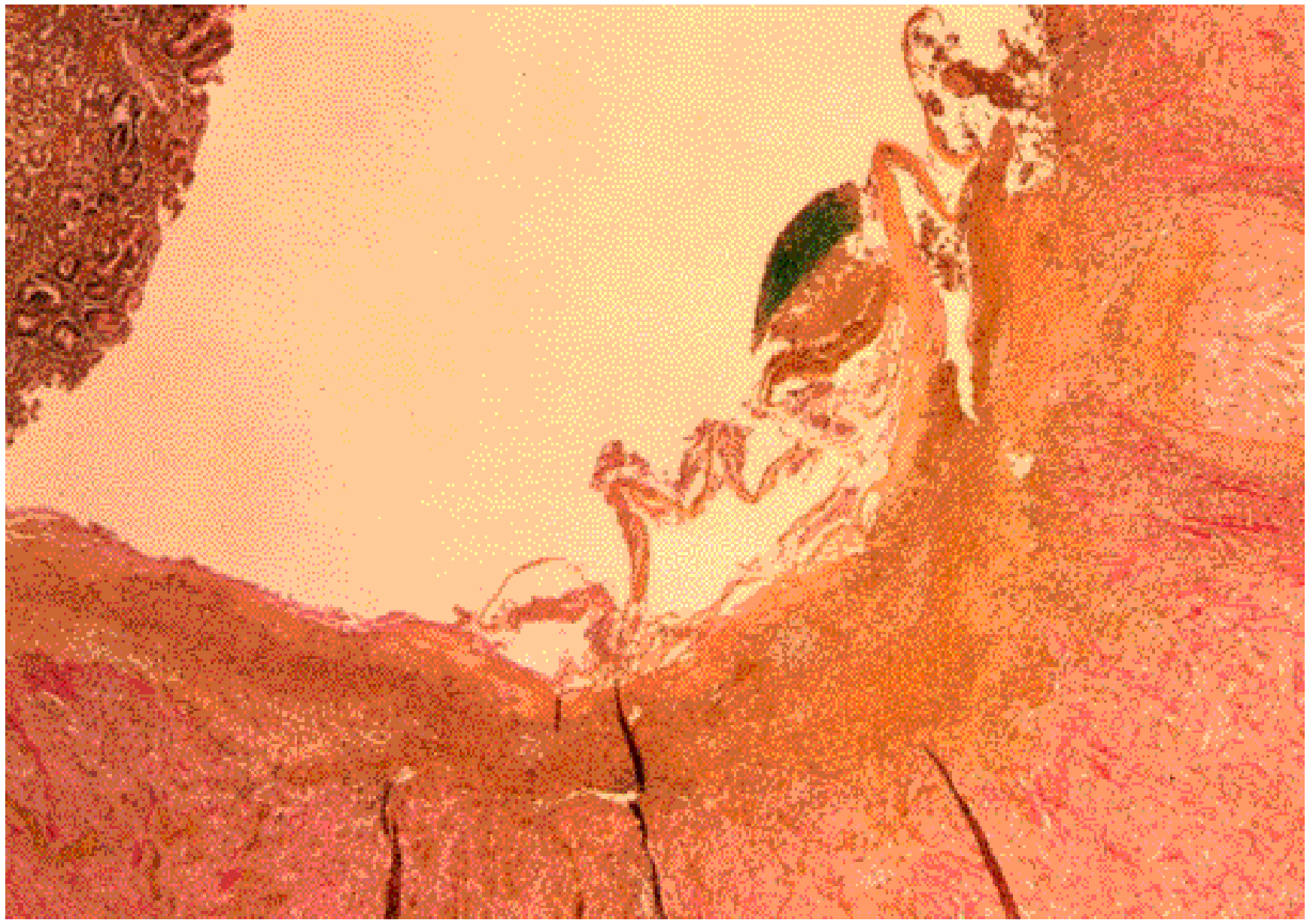






# Gastric Ulcers





---

# ĐẠI CƯƠNG

## 1.3.4.Vai trò gây bệnh của HP

## 1.3.5.Thiếu Prostaglandin nội sinh, AINS, thuốc lá, và các yếu tố tăng sùng hoá

## 1.4.Phân loại của Johnson trong bệnh LDD

- LDD týp I: ổ loét ở phần đứng BCN hay HV. Viêm teo HV, nhóm máu A, bài tiết axit↓
  - LDD týp II: phối hợp với LHTT.
  - LDD týp III: ổ loét ở HV, sử dụng AINS
-

**NSAIDS**  
**Bile reflux**

*H. pylori*

**Chronic Pan-Gastritis**

**Reactive  
(Chemical)  
Gastritis**

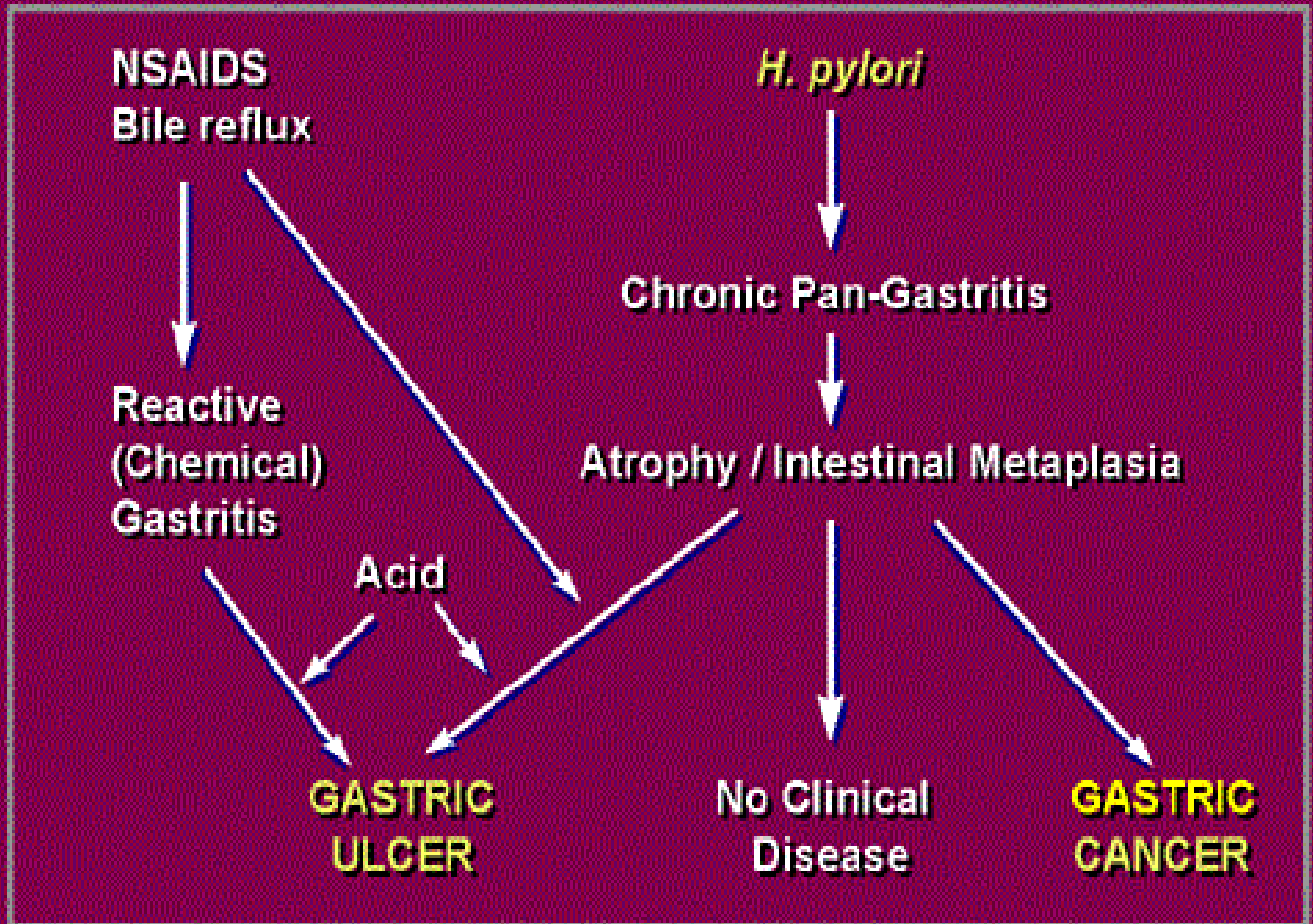
**Atrophy / Intestinal Metaplasia**

**Acid**

**GASTRIC  
ULCER**

**No Clinical  
Disease**

**GASTRIC  
CANCER**





## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.1. Hoàn cảnh phát hiện bệnh

#### 2.1.1. Đau thượng vị

- Tính lâu dài của tr/c, **có tính chu kỳ**

- Vị trí: **thượng vị**

- Hống lan

- **Đau liên quan đến bữa ăn.**

- 25% đau không điển hình

2.1.2. Các tr/c phối hợp: buồn nôn, nôn, gầy sút

2.1.3. Biến chứng

2.1.4. Không có tr/c

2.2. Khám lâm sàng: thông không phát hiện bất thường

## 2. CHẨN ĐOÁN

### 2.3. Chẩn đoán xác định

**2.3.1. Nội soi DD-HTT:** không có CCĐ. Xác định ổ loét

-LDD: ST 8-12 mảnh

-LTT: thông ở HTT, mặt tróc

+Kích thích

+Các yếu tố liên quan đến XHTH

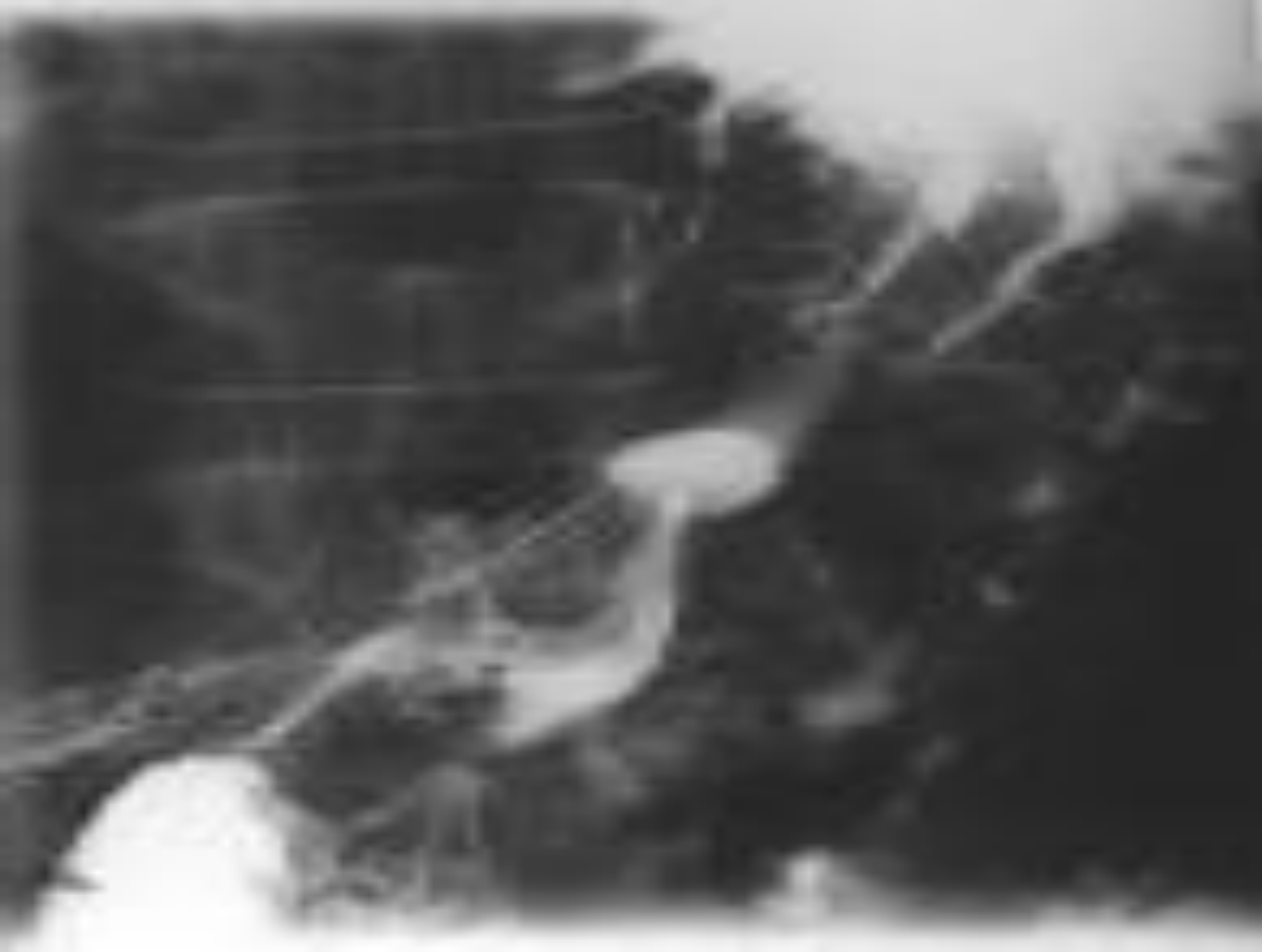
+Hình dạng: ổ loét đều đặn, ô van, dạng Salami

-Xét nghiệm phát hiện HP: Test Ureaza, Mô bệnh học

### 2.3.2. Chụp XQ dạ dày-TT

-It có t/c đặc hiệu và độ nhạy kém

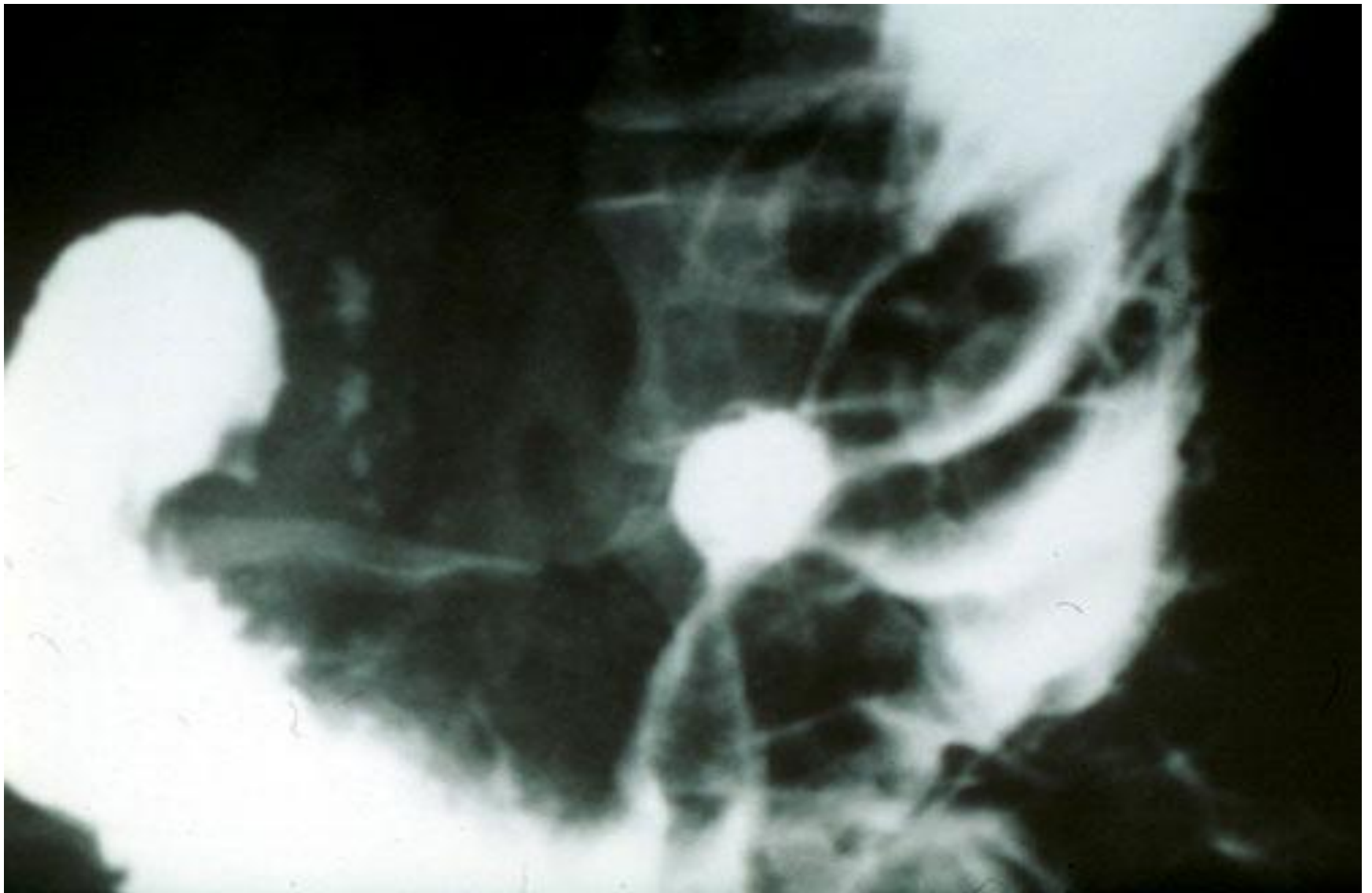
-Dấu hiệu trực tiếp hay gián tiếp

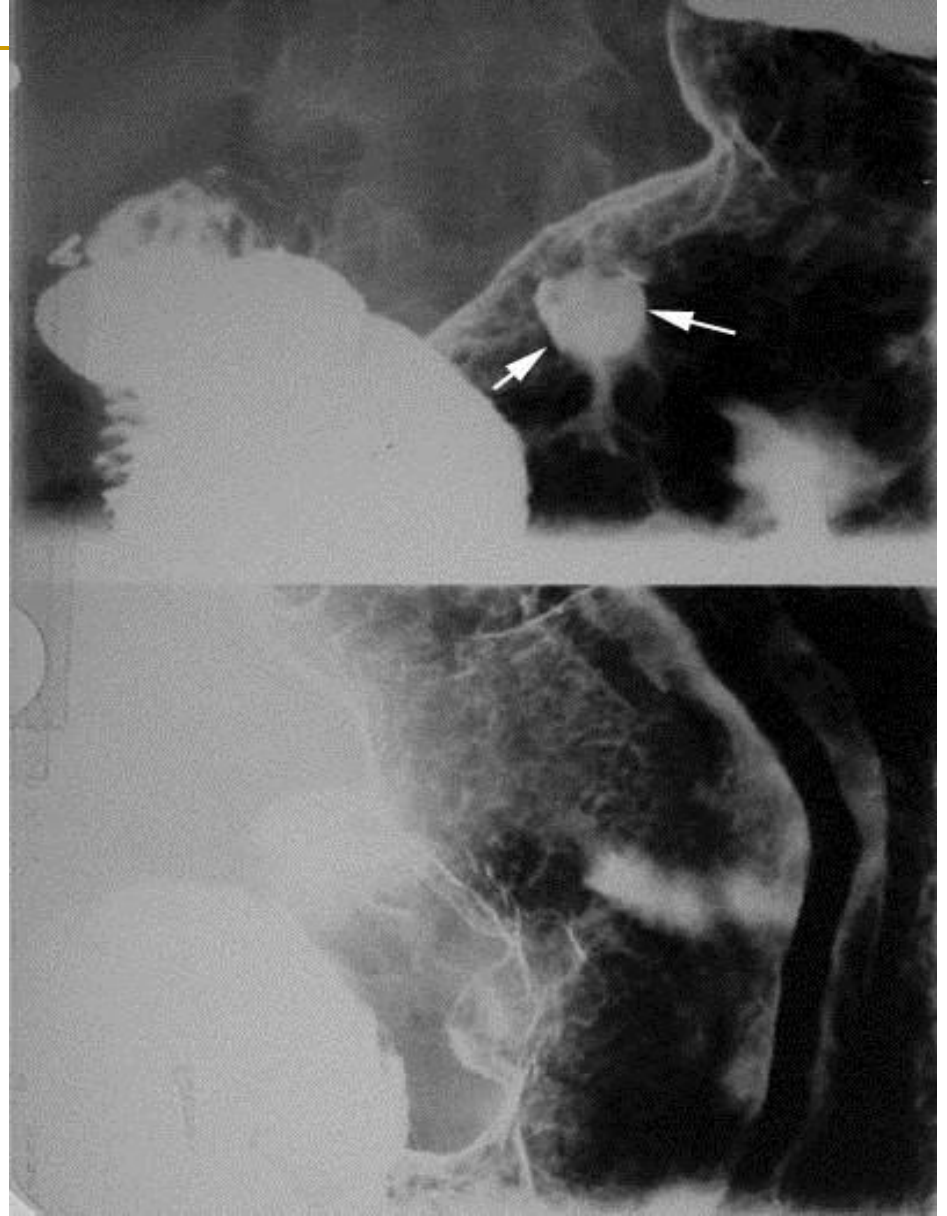


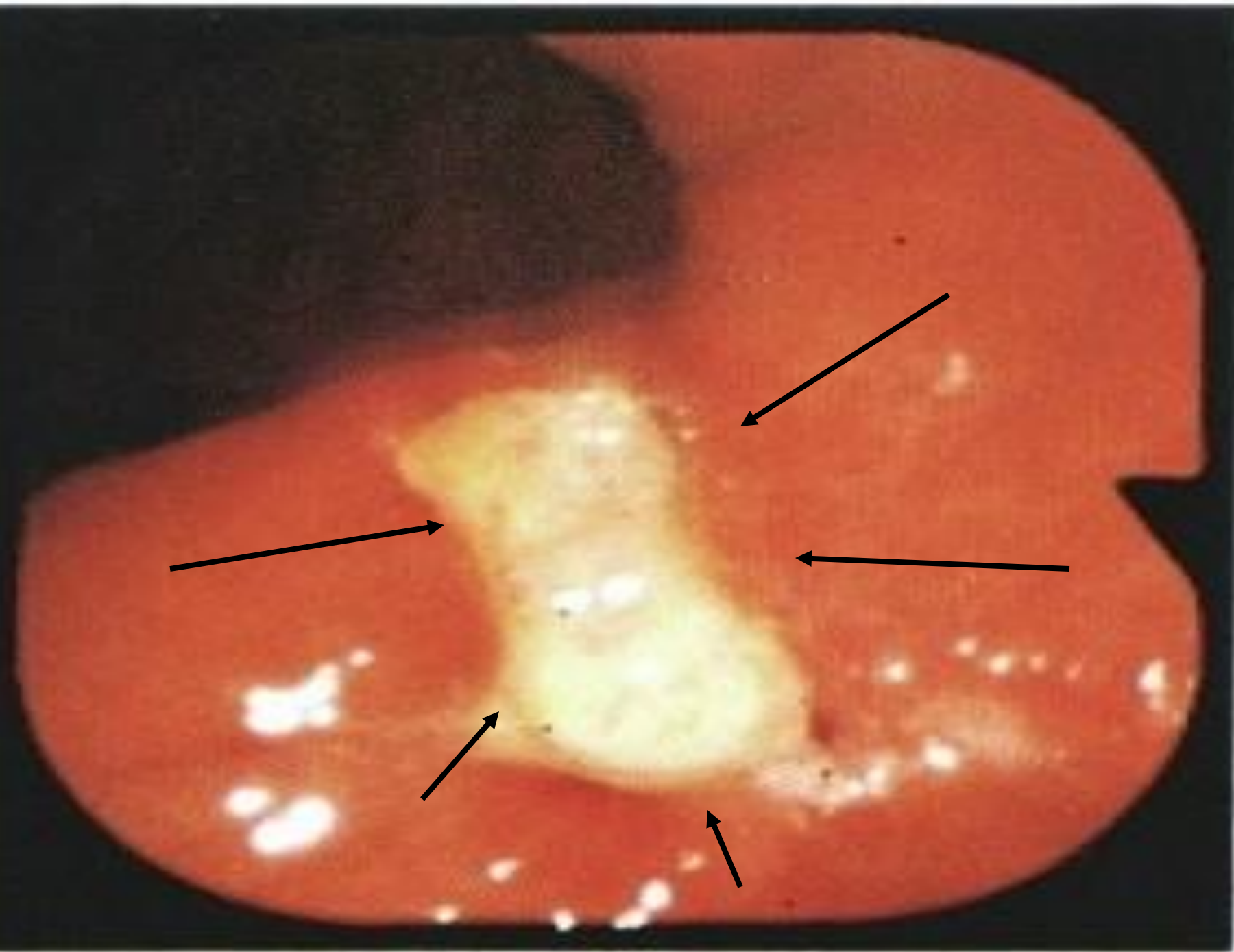




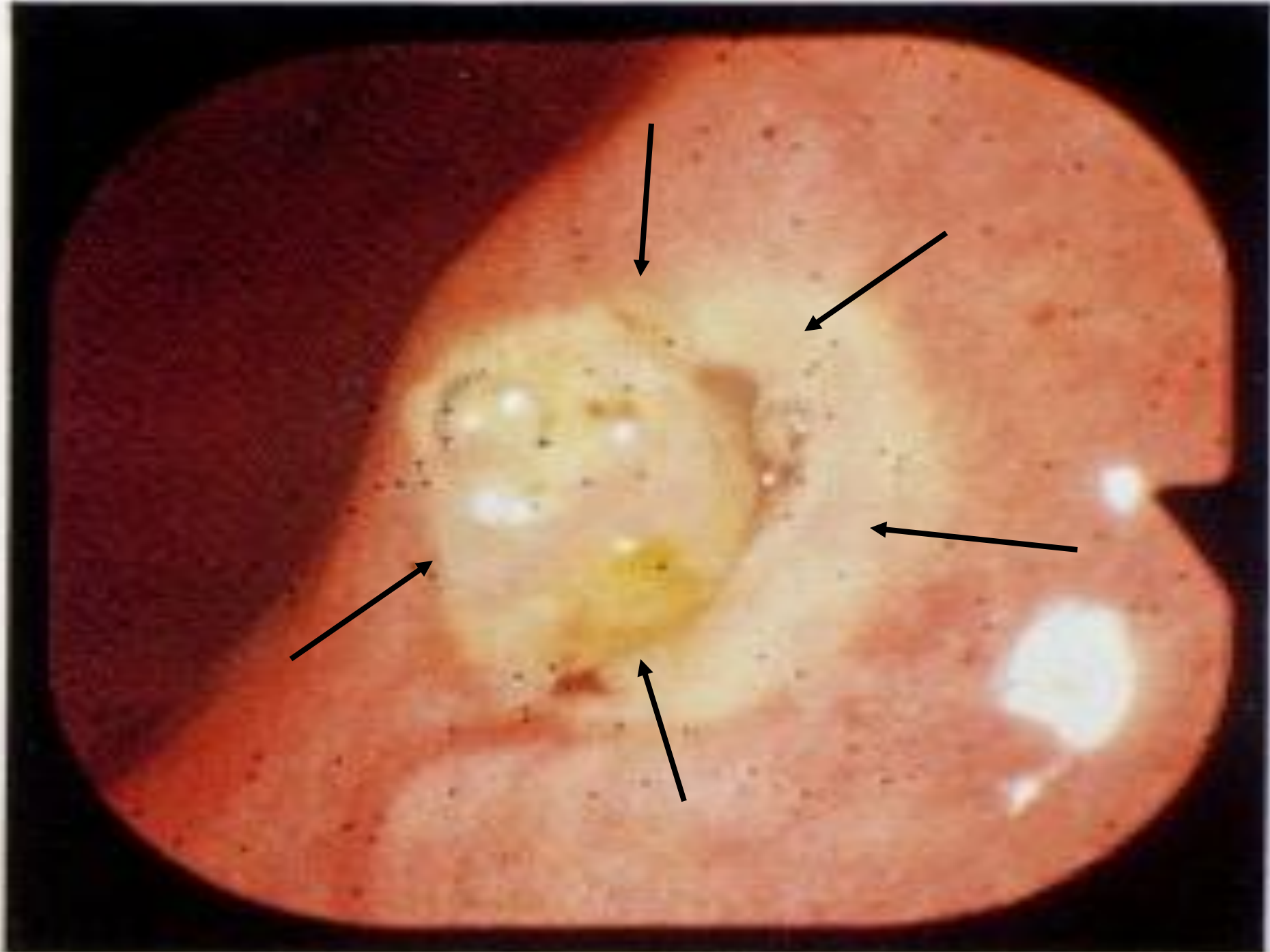


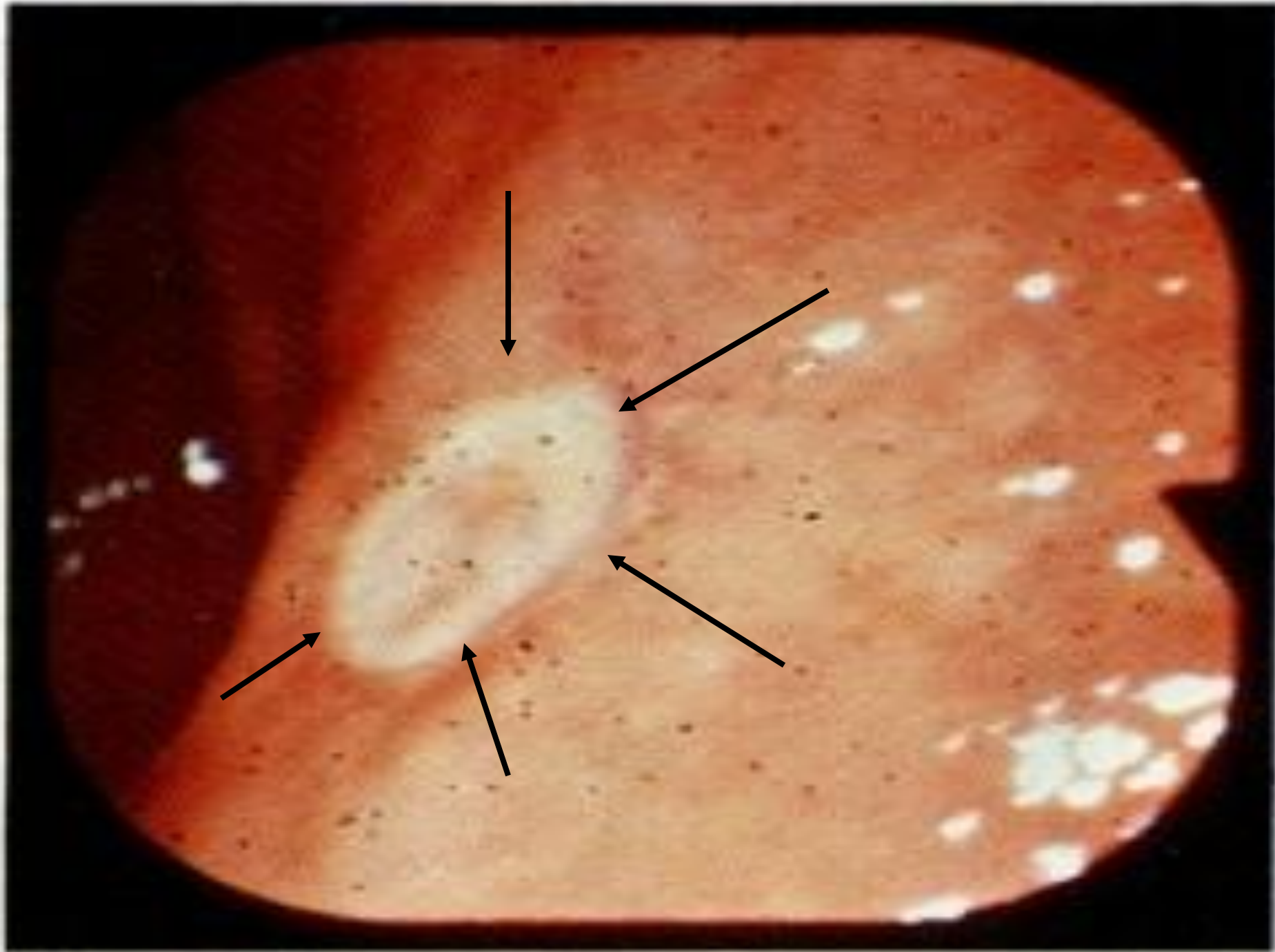












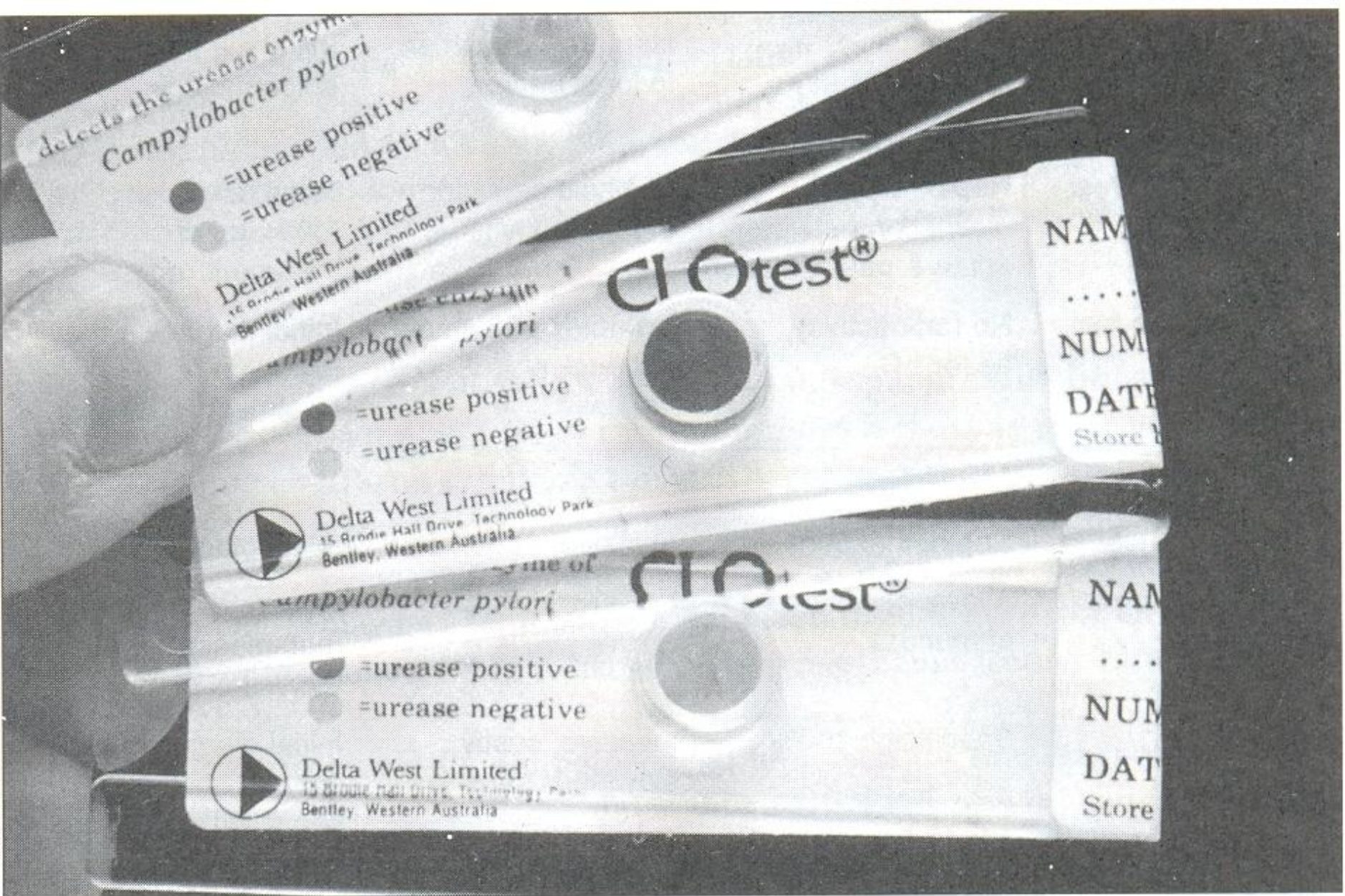
UE 10699  
FEM 87\_

05/15/99  
10:07:58



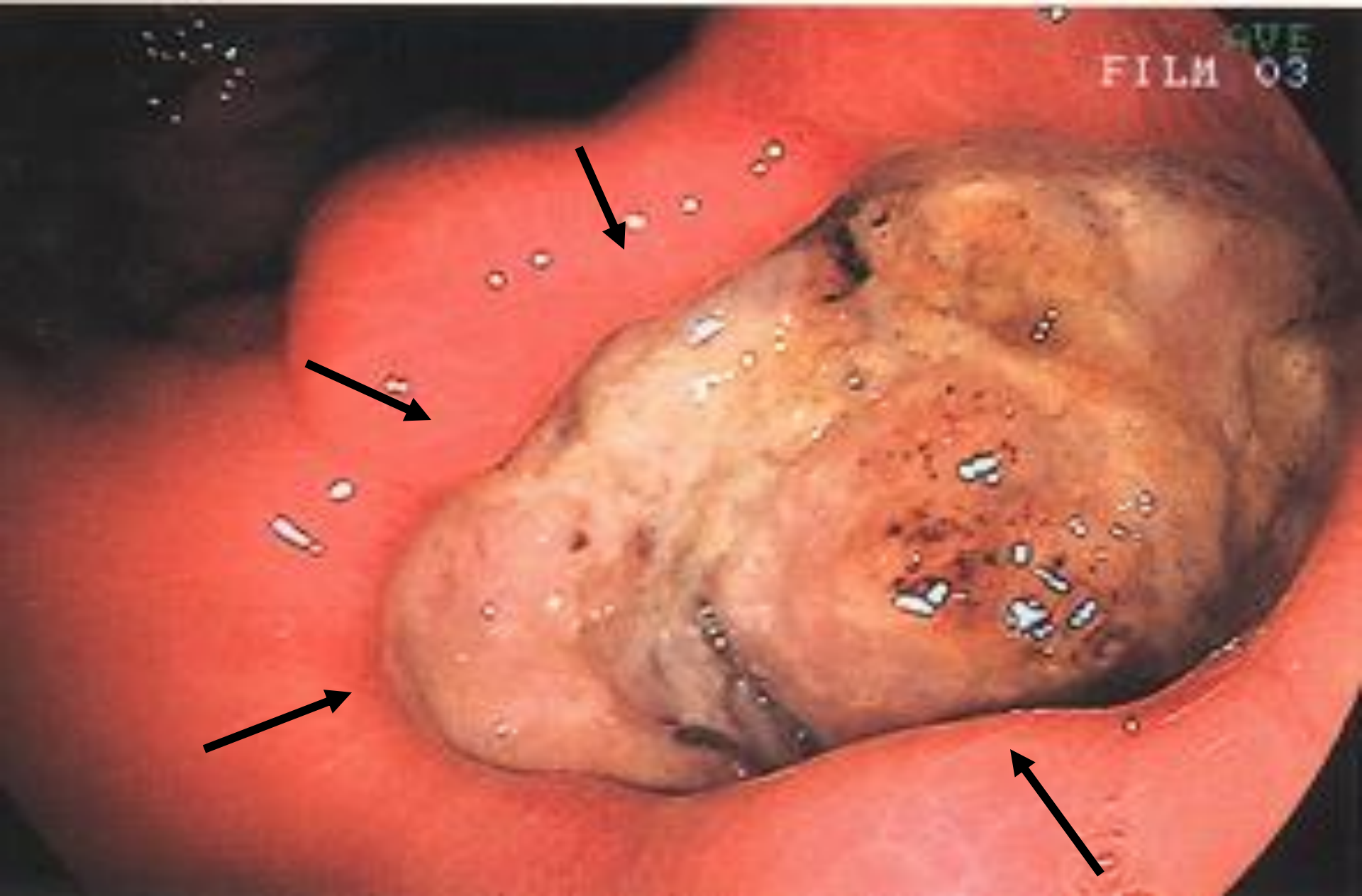
DR. MURRA SACA



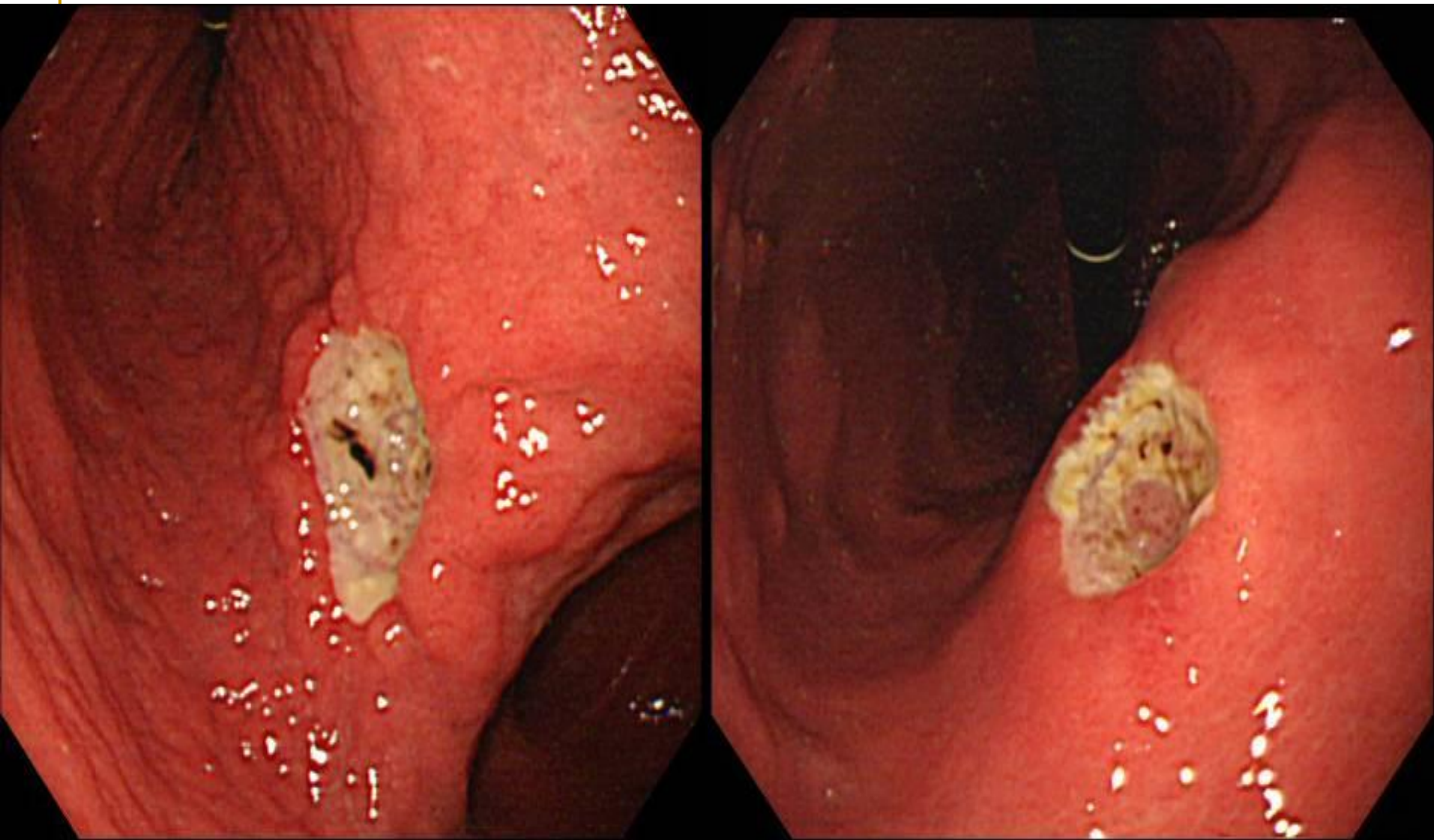


## ■ *CLO test phát hiện HP*





■ Hình ảnh ổ loét ở BCN, ổ loét sâu, đáy có giả mạc, bờ đều



- Hình ảnh ổ loét dạ dày lành tính ở vùng thân vị: , đáy có giả mạc, bờ ổ loét đều

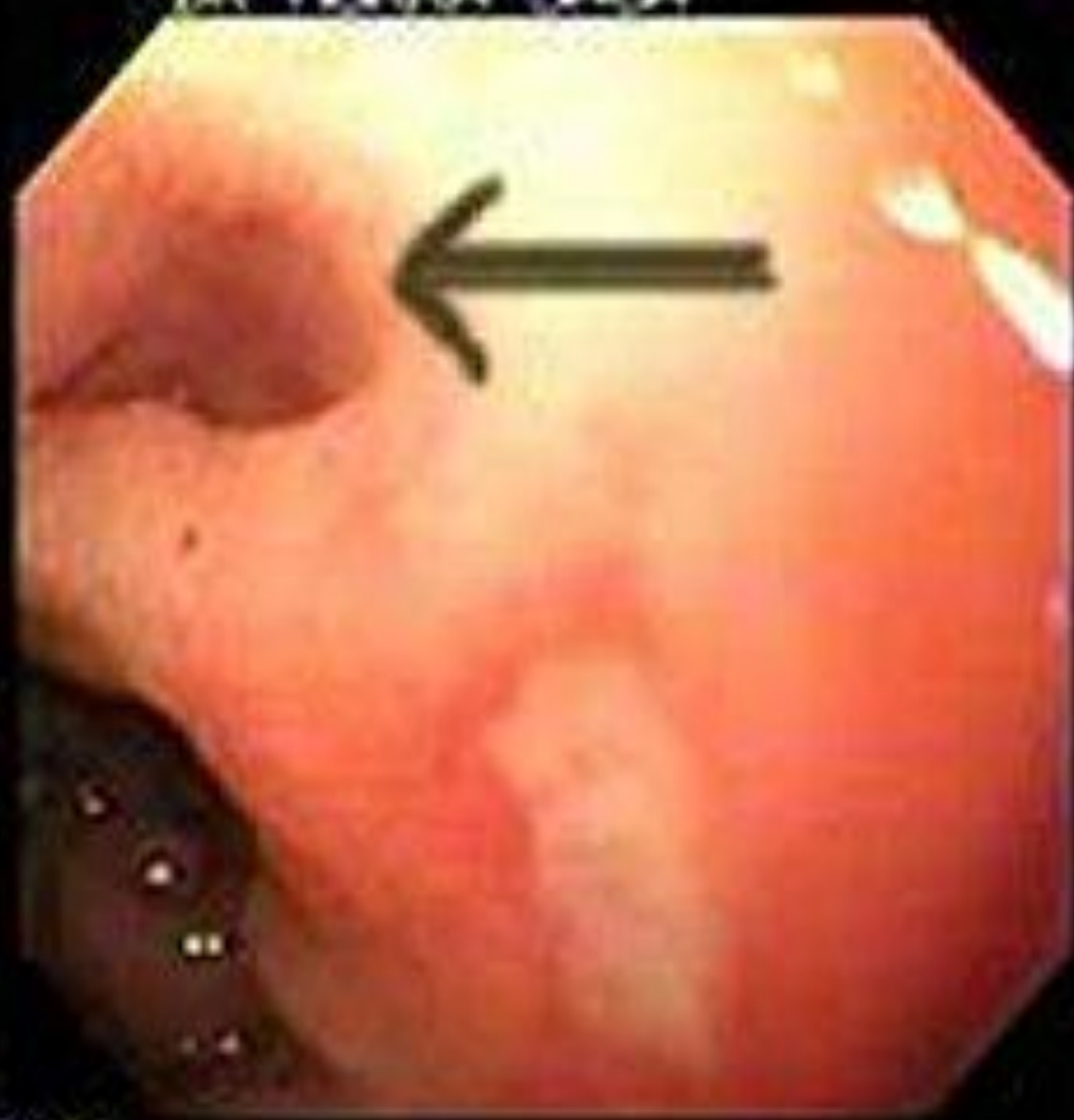




UE 17893  
64

DR. MURRAY SACA

08/18/93  
09:11:20



ULCERA DUODENAL

10193  
FEB 69

UN MES DE TRATAMIENTO

07/03/93  
11:24:37



ULCERA GASTRICA EN FASE DE CICATRIZAL



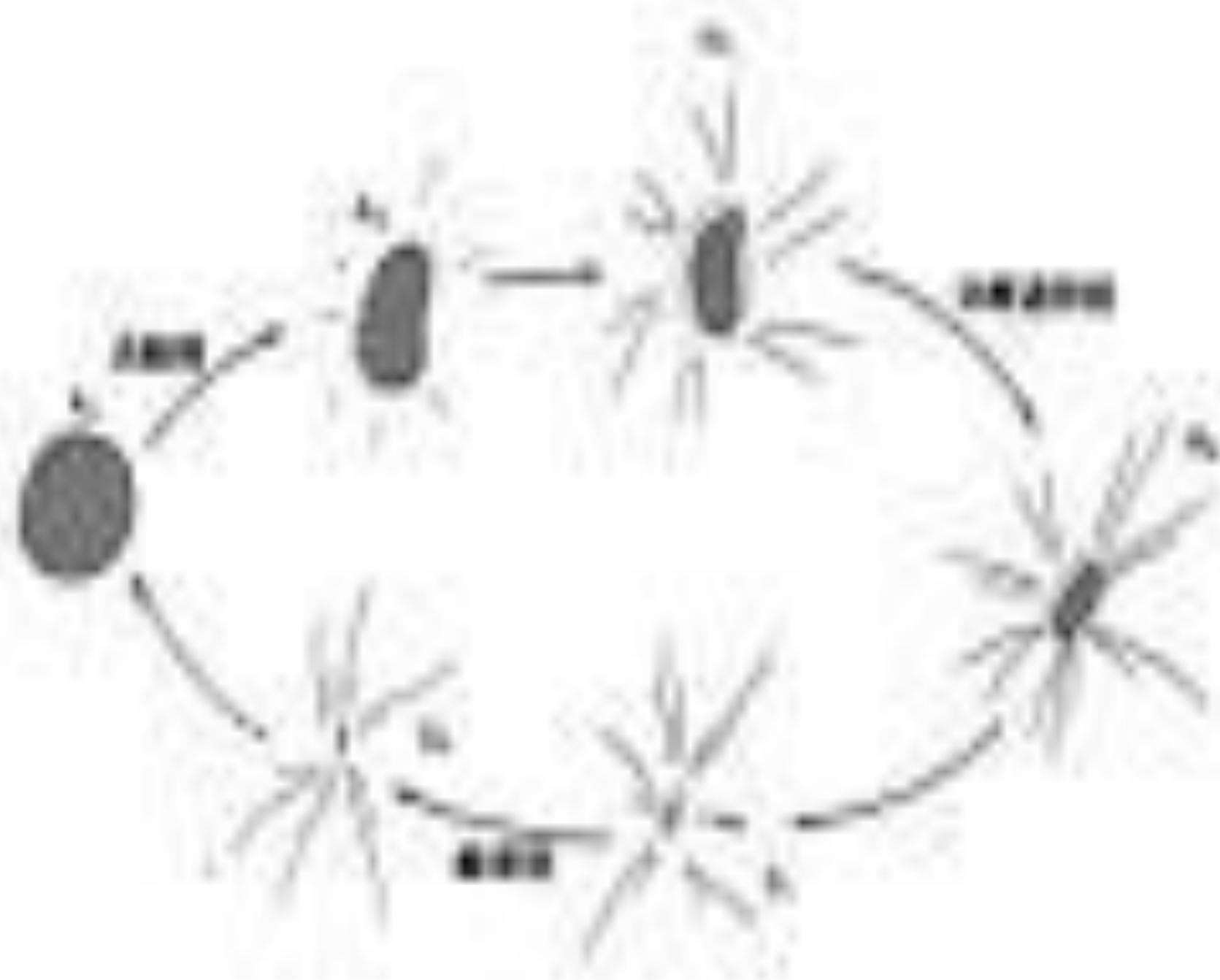


UE 3699  
MAG 53

02/18/99  
10:13:00



DR. MURRAY SACR






Pylorus



Clean  
ulcer crater

An endoscopic photograph showing the interior of a stomach. A large, well-defined ulcer is visible on the gastric mucosa. The ulcer's base is clean, showing a smooth, pinkish-red surface without significant debris or necrotic material. The surrounding mucosal folds are visible, and the overall color is a healthy pinkish-red.

Ulcer Clean Base





Lumen

---

## 3. BIẾN CHỨNG

### 3.1. Xuất huyết tiêu hoá: 15%

Nôn ra máu và ỉa phân đen

### 3.2. Hẹp môn vị: 10%

Nôn xh sau khi đau, thức ăn cũ

Sóng nhu động, lắc óc ách

### 3.3. Thủng ổ loét: 10%

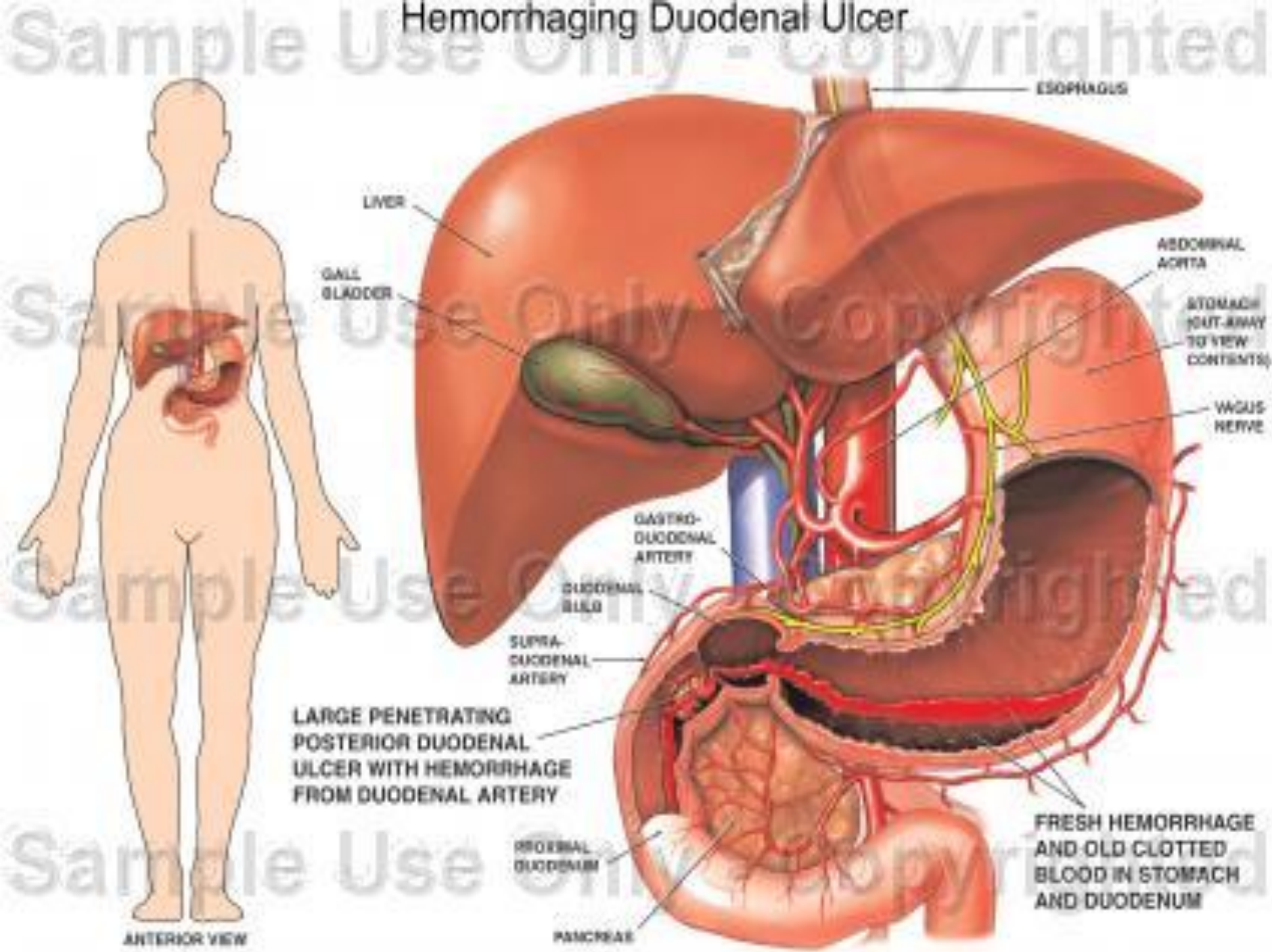
Gây viêm màng bụng

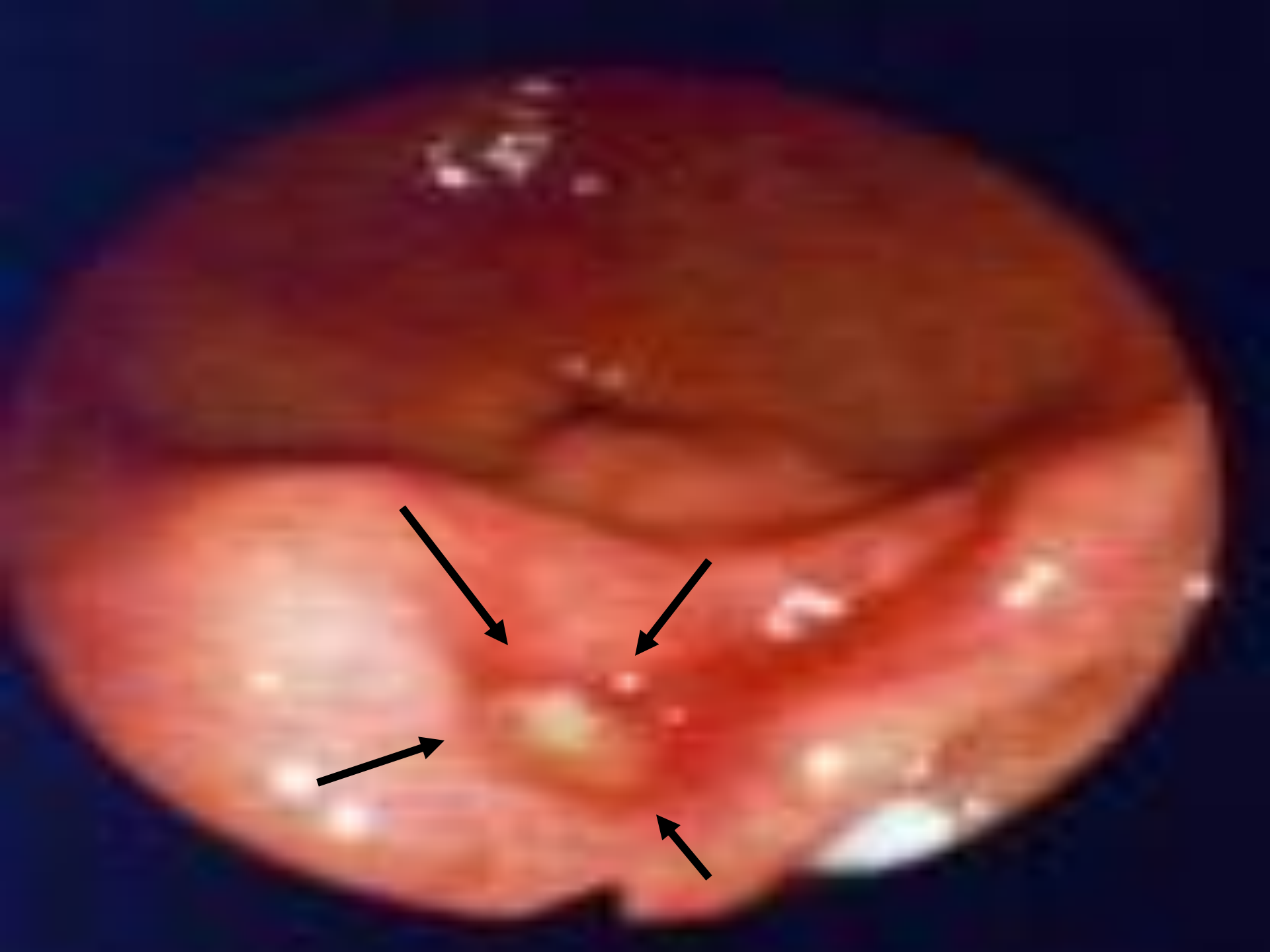
### 3.4. Ung th hoá: đối với LDD, ST nhiều mảnh, theo dõi định kỳ

---



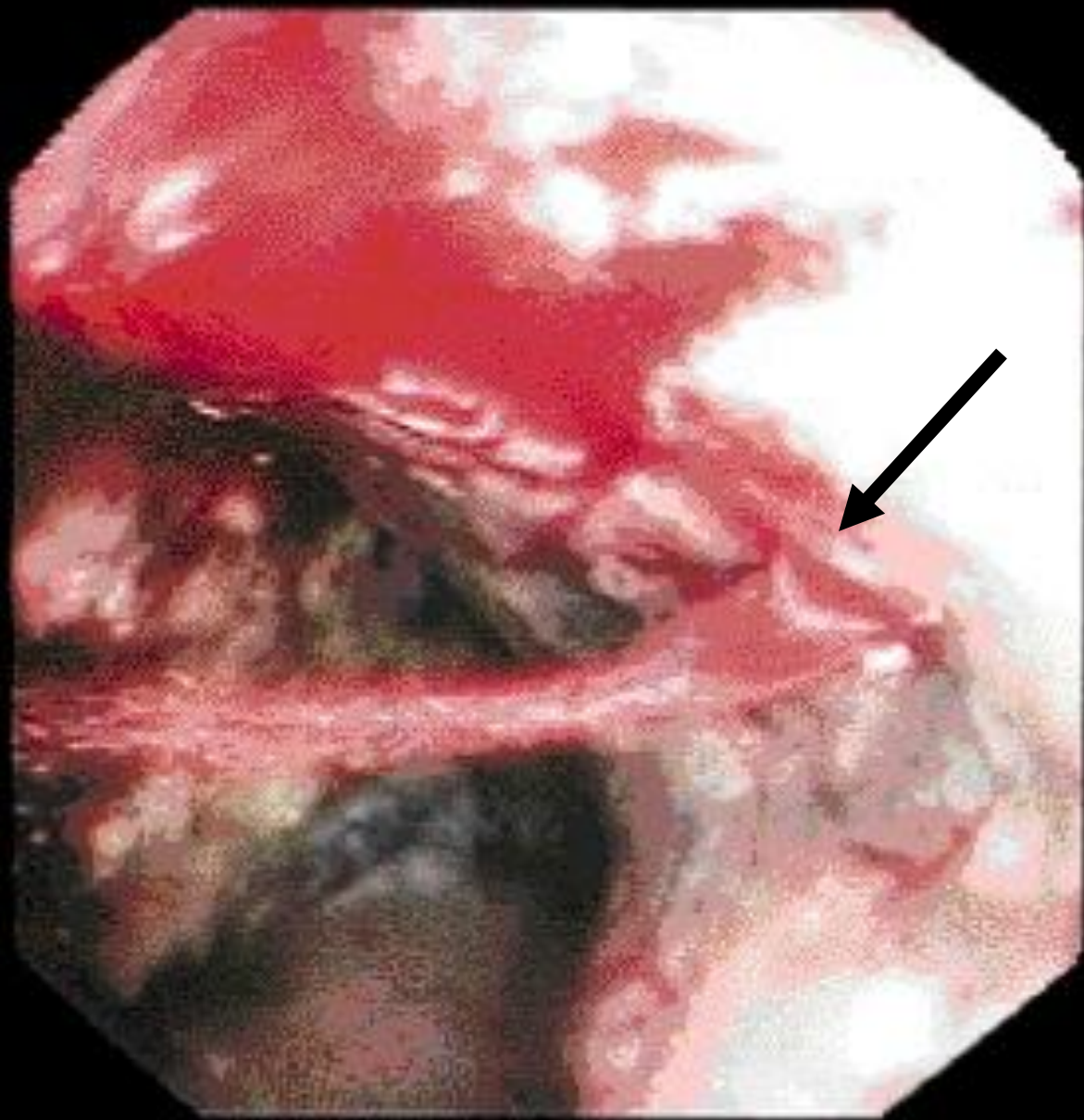
# Hemorrhaging Duodenal Ulcer

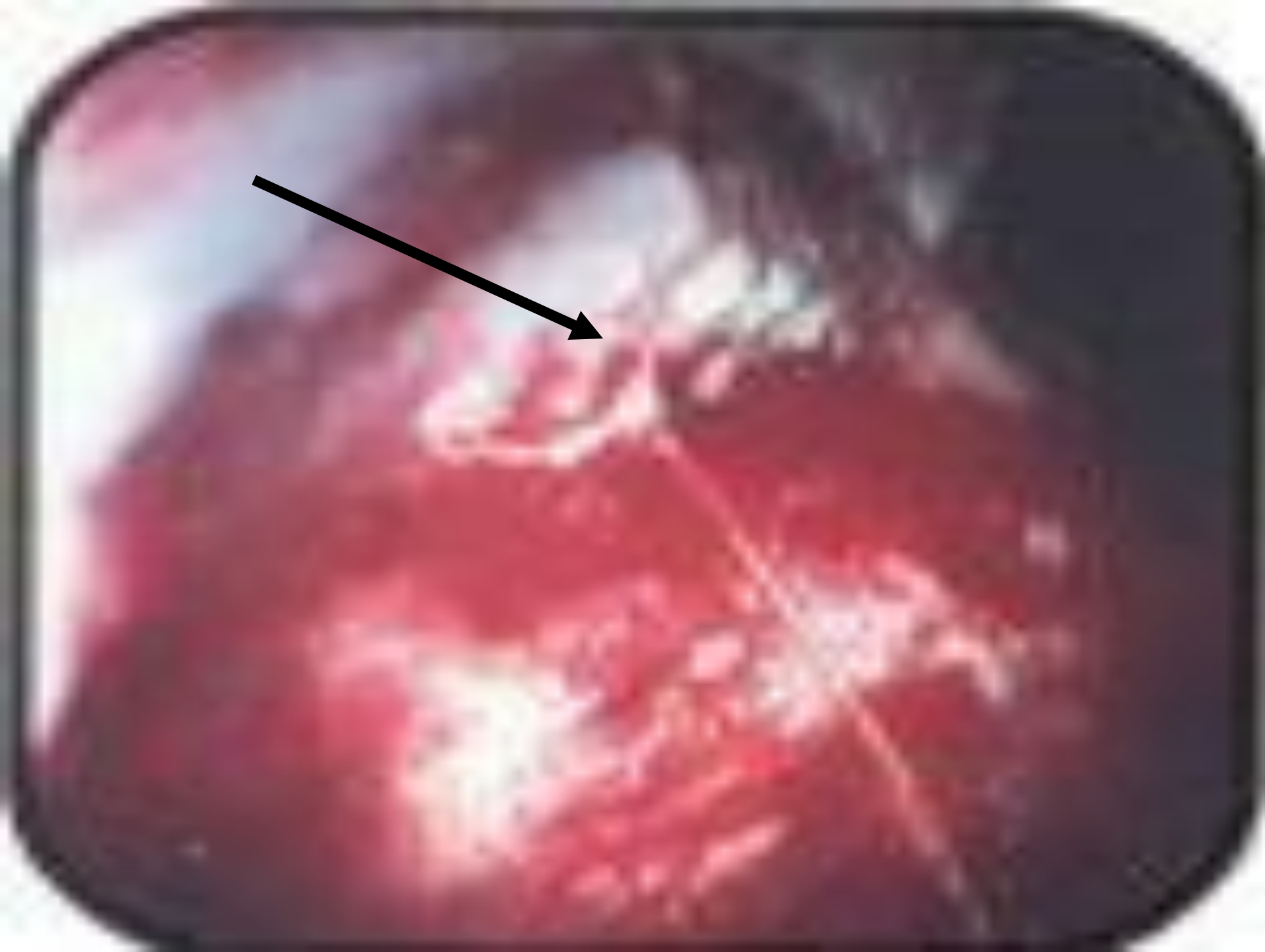


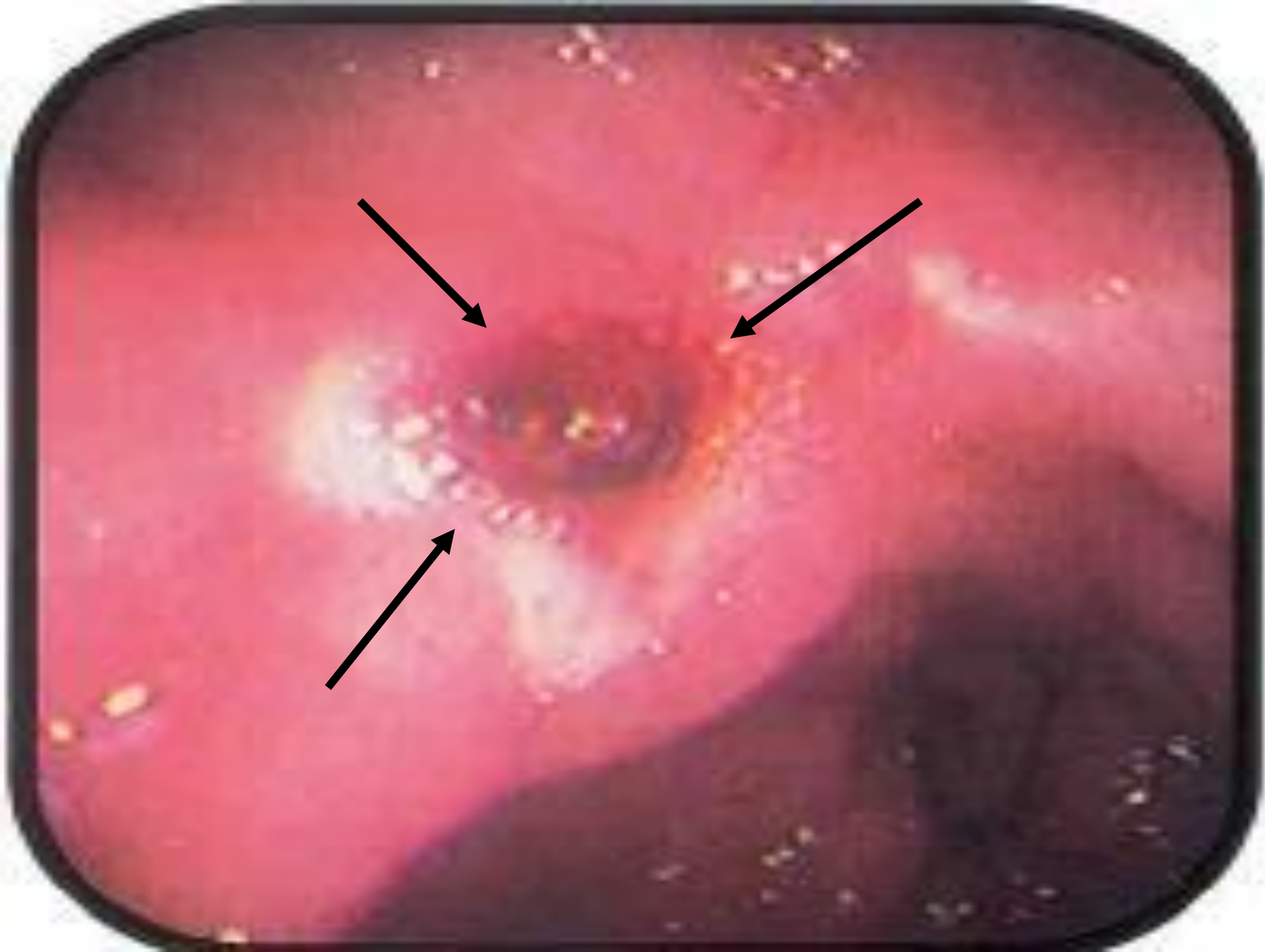




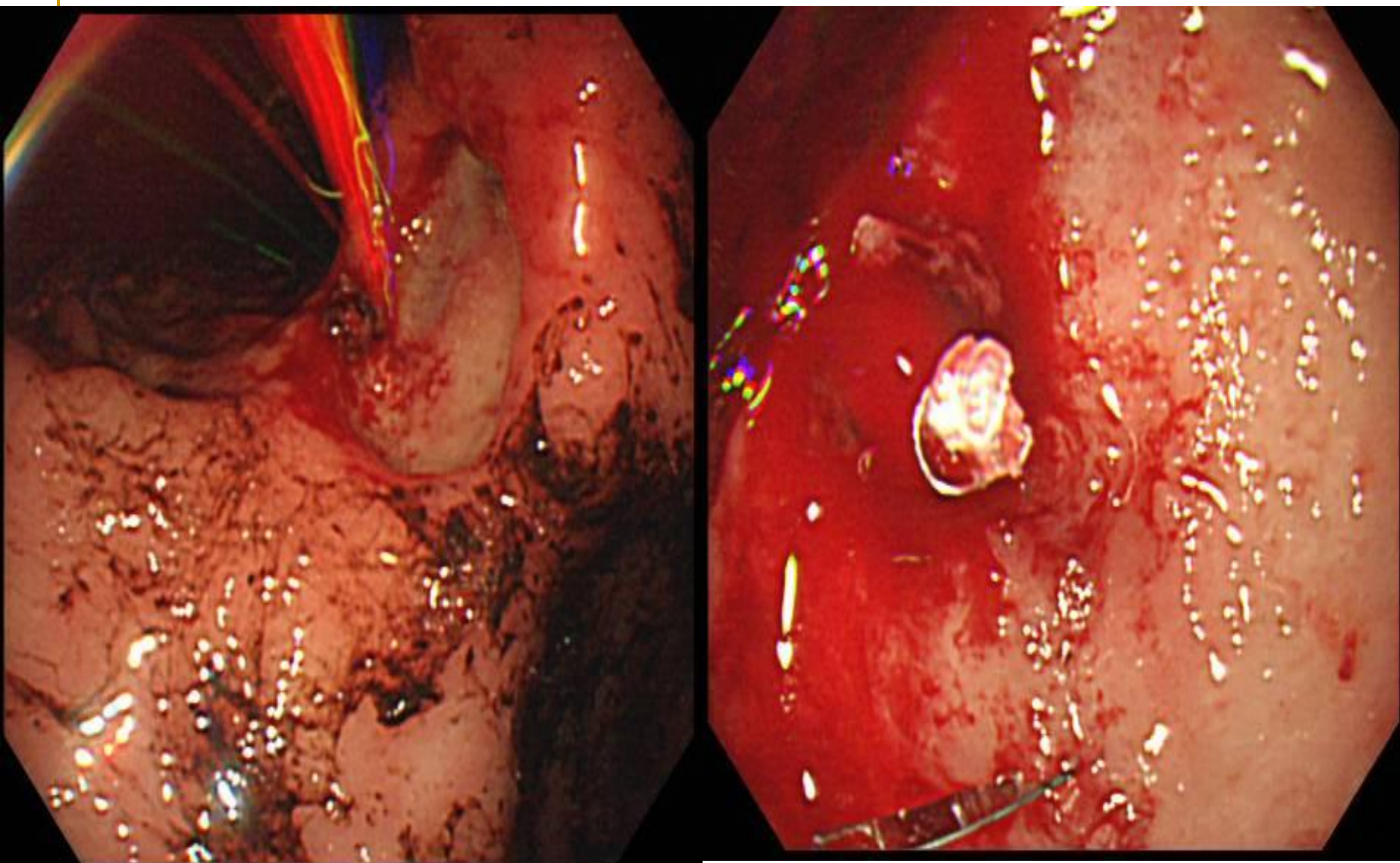




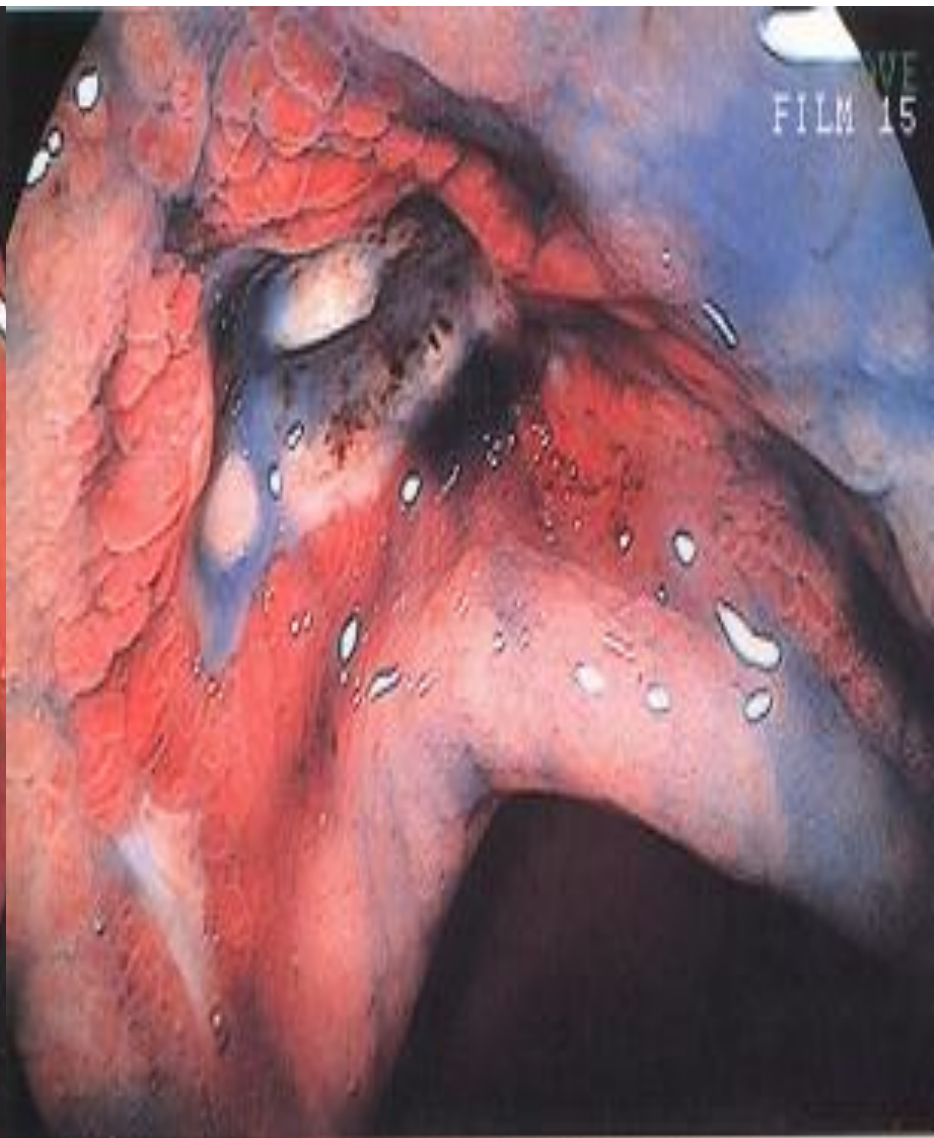
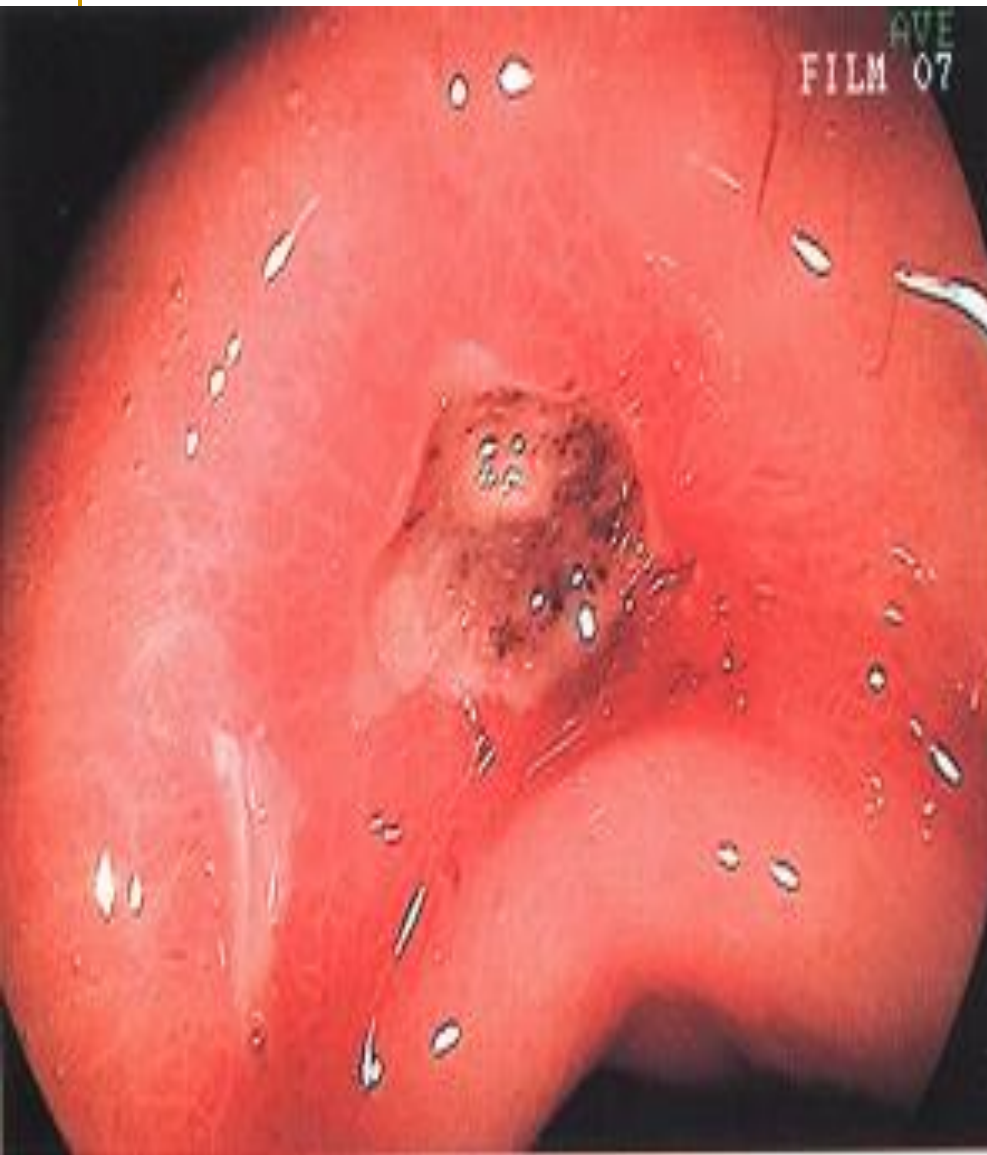






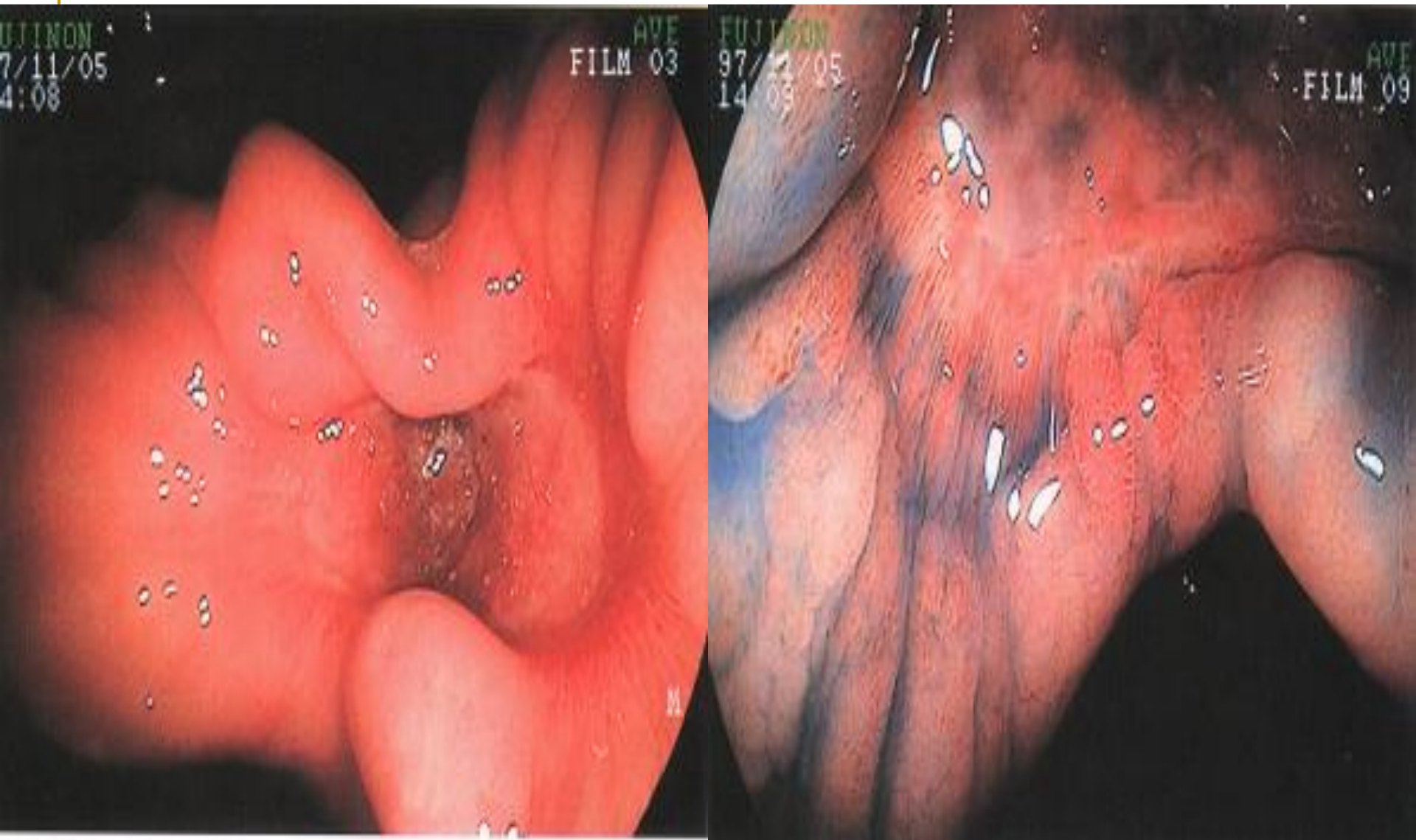


■ Hình ảnh ổ loét dạ dày có biến chứng chảy máu và cầm máu qua nội soi

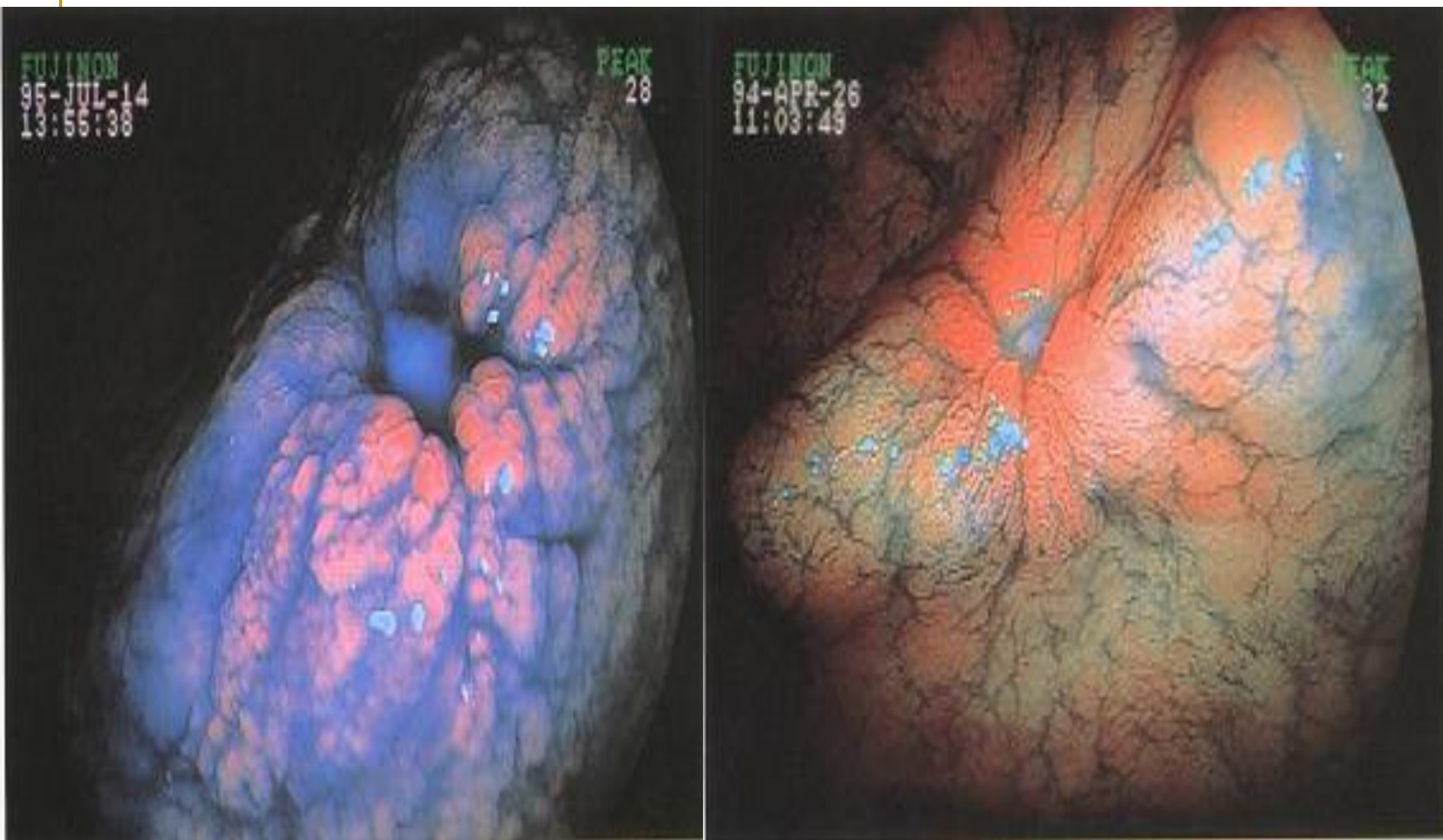


■ Hình ảnh ổ LDD, đáy ổ loét đọng cục máu đông,





- Ô loét ở giai đoạn đang liền sẹo



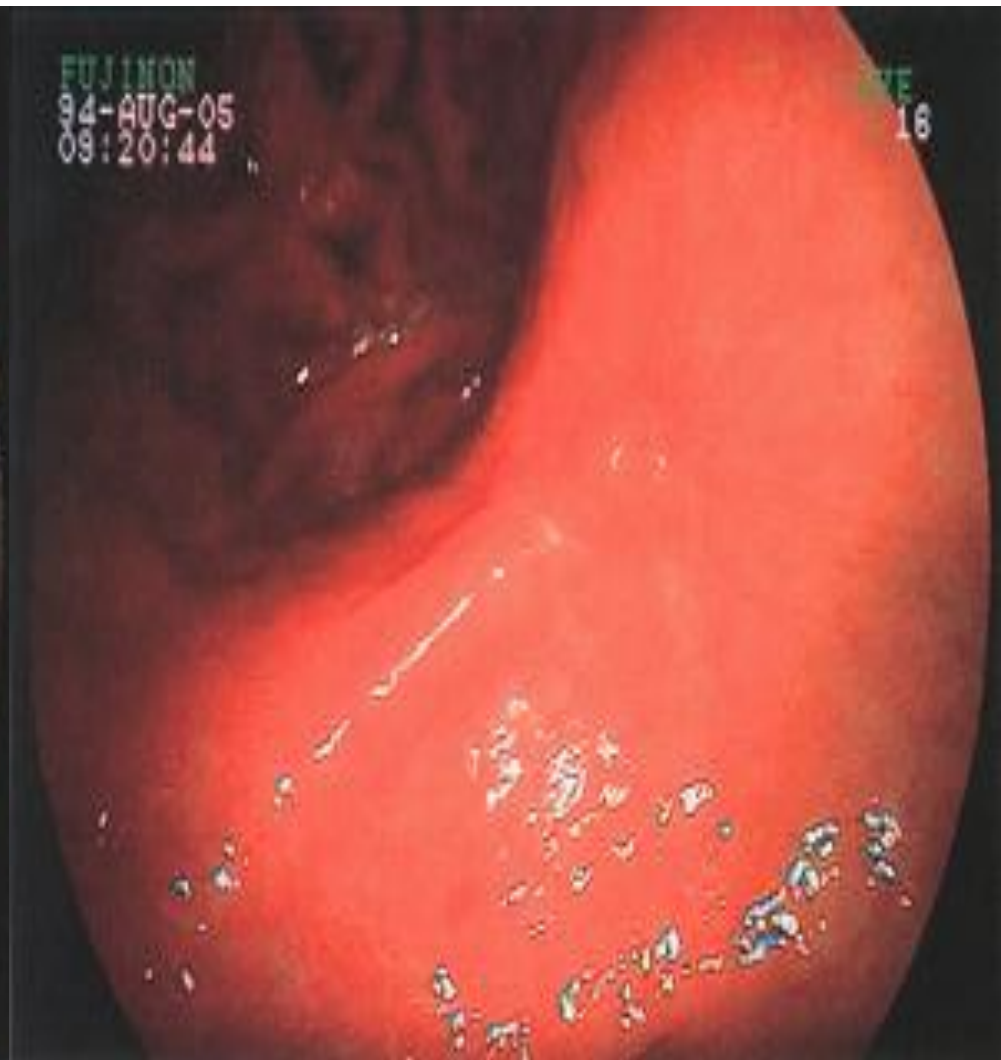
- *Ô loét ở giai đoạn đang liền sẹo sau nhuộm Indigocarmin*





■ Ô loét ở giai đoạn đang liền sẹo





- *Sẹo loét dạ dày : không còn giả mạc ở đáy ổ loét thay vào đó là biểu mô phủ*



■ *Loét hành tá tràng*



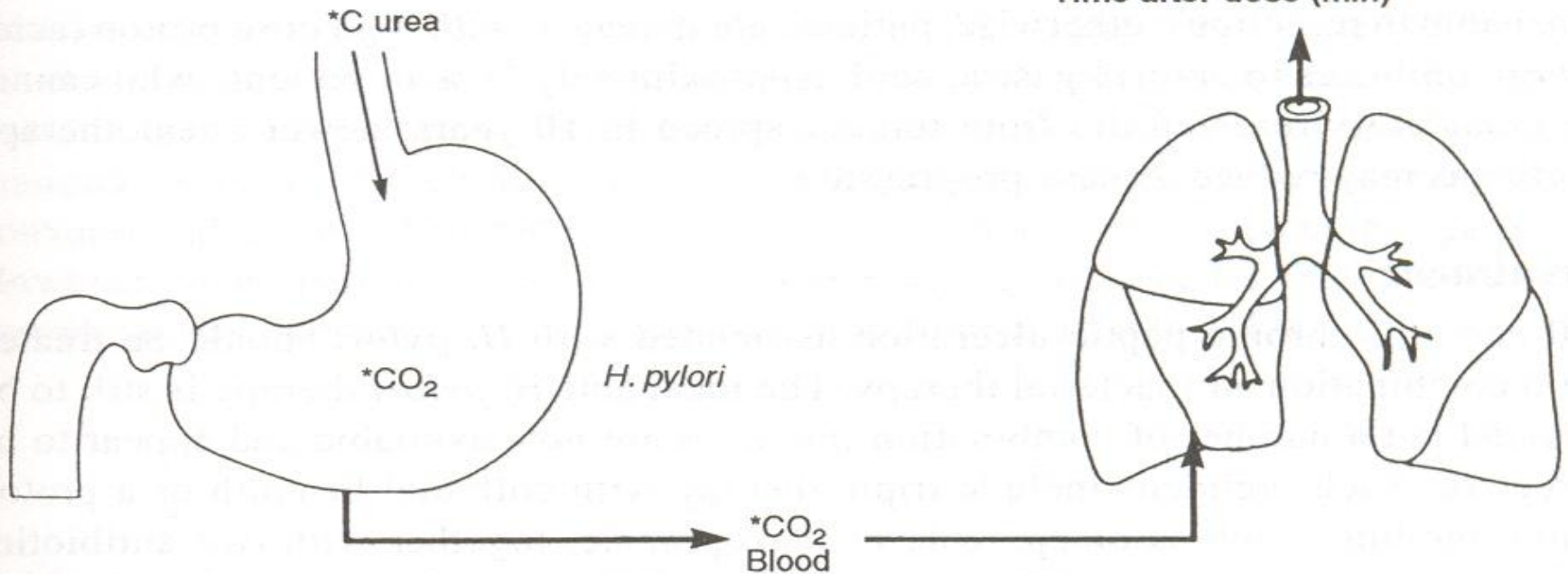
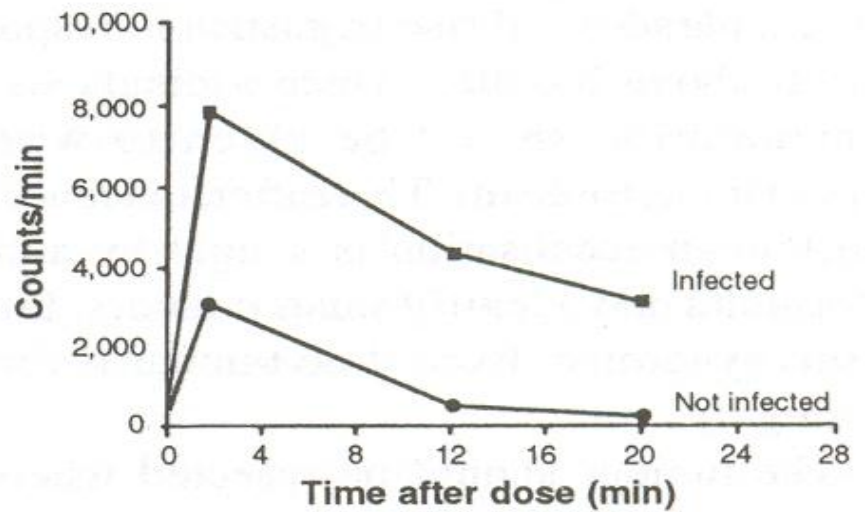
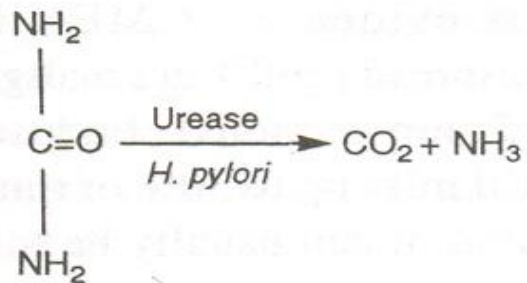


- *Sẹo loét hành tá tràng*



■ Loét hành tá tràng 2 ô đang liền sẹo





■ *Tes thở phát hiện nhiễm HP sau điều trị*

---

## 5. ĐIỀU TRỊ

### 5.1. Mục đích

- Điều trị nội khoa là chủ yếu.
- Có thể thay thuốc hay phối hợp thuốc
- Dùng đúng và đủ liều
- Điều trị diệt trừ HP
- PT khi có biến chứng hay điều trị nội khoa thất bại

### 5.2. Điều trị nội khoa: là chủ yếu

#### 5.2.1. Chế độ ăn uống, vệ sinh

- Tránh dùng *AINS*, *aspirin*
  - Ngừng hoặc giảm bớt hút thuốc lá ít hơn 10 điếu /ngày
  - Tránh dùng gia vị và các chất kích thích
-

## 5. ĐIỀU TRỊ

### 5.2.2. Các thuốc sử dụng

#### ► Thuốc ức chế bài tiết axit

- Thuốc ức chế trên cơ quan thụ cảm  $H_2$

+ ức chế bài tiết axit 40-60%/24 giờ

+ liều tấn công chia 2 lần: sáng; tối

+ hiệu quả liền vết loét sau 8 tuần điều trị

+ Thuốc đọc sử dụng: *Cimetidin, Ranitidin, Famotidin, Nizatidin, Roxatidin*

- Thuốc ức chế bơm proton

+ ức chế bài tiết axit mạnh nhất

+ liều tấn công chia 2 lần: sáng, tối

+ hiệu quả liền vết loét sau 4 tuần điều trị

+ Thuốc sử dụng: *Omeprazole, Lansoprazole, Pantoprazole, Rabeprazole*

## 5. ĐIỀU TRỊ

- Anticholinergique: *Pirenzepine*
  - Antigastrique: *Proglumide*
  - Các prostaglandine: chỉ có hiệu quả ở liều chống bài tiết
  - +Các thuốc sử dụng: *Misoprostol, Enprostil*
  - +Hiệu quả giống anti H<sub>2</sub>
- Các thuốc trung hòa bài tiết axit
- Các thuốc
  - +Muối của nhôm và magie: *Maalox*
  - +Photphat nhôm: *Photphalugen*
  - Cách 2 giờ khi dùng các thuốc khác
  - Dùng 30 phút sau bữa ăn và trước khi đi ngủ
- Các thuốc bảo vệ tế bào
- Các thuốc: *Sucralfate, Sous citrate de Bismuth*



---

## 5. ĐIỀU TRỊ

### 5.3. Phác đồ điều trị

#### 5.3.1. Giai đoạn tấn công

-4-6 tuần

-Liều tấn công

#### 5.3.2. Nếu ổ loét liền sẹo

LDD

-ST loại trừ ổ loét ác tính

-Giảm hút thuốc lá, không dùng *AINS*, *Aspirin*

LTT

-BN dùng *AINS*: điều trị duy trì anti H2 nửa liều/2 năm

-BN không dùng *AINS*, hay dùng thuốc chống đông, có biến chứng: không điều trị duy trì

---

## 5. ĐIỀU TRỊ

### 5.3.3. Nếu ổ loét không liền sẹo

- ▶ LDD (ổ loét đã thu gọn): tiếp tục trong 6-8 tuần, ngừng AINS và thuốc lá, tăng liều anti H<sub>2</sub>, thay đổi thuốc: thuốc bảo vệ TB hay IPP
- ▶ LHTT:
  - Tìm yếu tố nguyên nhân
  - Dùng thuốc không đủ
  - Diệt trừ HP
  - PT sau 4 tháng không kết quả

### 5.3.4. Điều trị diệt HP: phối hợp 2-3 thuốc

- Amoxicilin + Klion
- Amoxicilin + Clarithromycin

---

## 5. ĐIỀU TRỊ

### 5.4. Điều trị biến chứng

**5.4.1. Xuất huyết tiêu hoá:** khi huyết động ổn định nội soi và tiêm cầm máu thất bại PT

**5.4.2. Thủng ổ loét:** PT

**5.4.3. Hẹp môn vị:** điều trị nội khoa cải thiện toàn trạng PT

**5.4.4. Ung th hoá:** PT

### 5.5. Điều trị phẫu thuật

#### 5.5.1. Loét dạ dày

- ▶ Loét HV, BCN: PT hang vị, cắt dây X chọn lọc và PT dẫn lu
  - ▶ Loét TMV và MV: giống LHTT
  - ▶ LDD và LHTT: cắt dây X chọn lọc TV+ dẫn lu tiền môn vị+ cắt bỏ ổ loét dạ dày
-

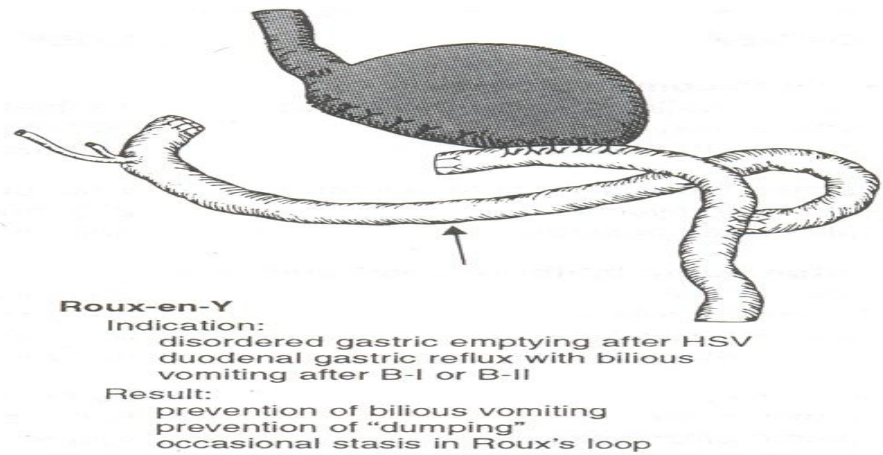
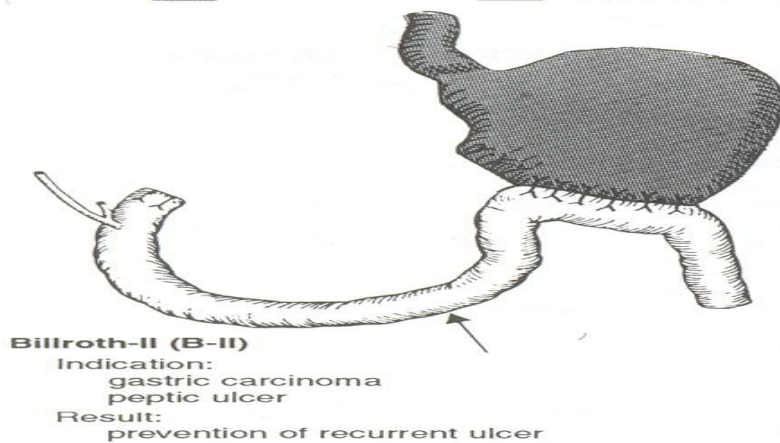
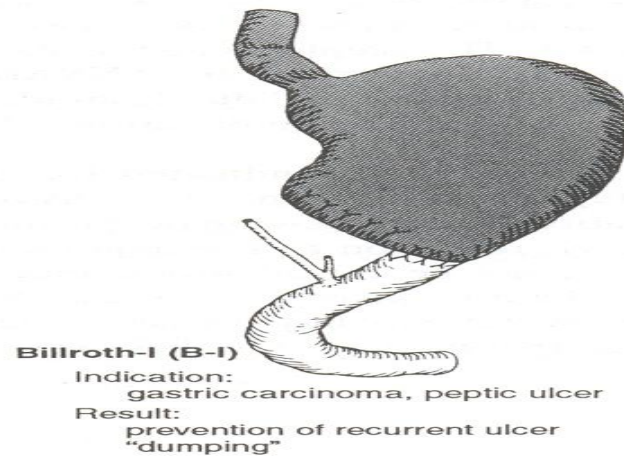
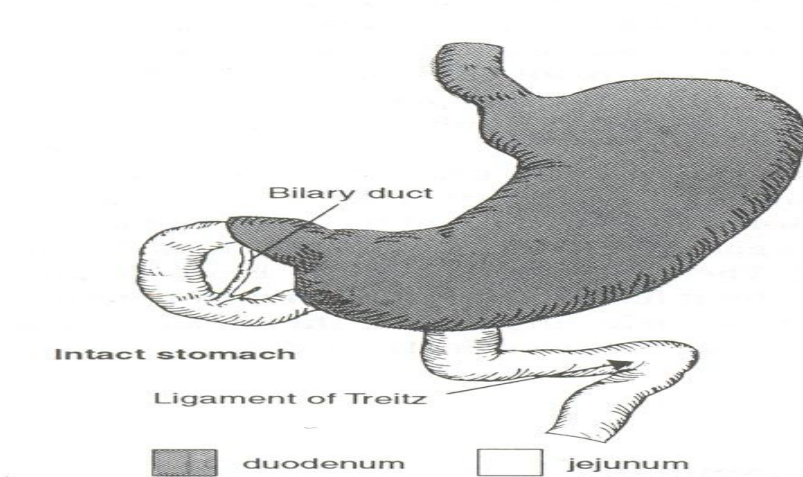
---

## 5. ĐIỀU TRỊ

### 5.5.2. Loét HTT

- ▶ Cắt dạ dày bán phần
  - ▶ PT cắt dây X và PT dẫn lu
  - ▶ PT dây X chọn lọc
  - ▶ PT dây X hay dây X chọn lọc+ PT hang vị
  - ▶ PT dây X siêu chọn lọc-cắt dây X vùng thân vị
-





■ *PT cắt dạ dày*