

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa : Loét dạ dày tá tràng bao gồm những tổn thương ở niêm mạc dạ dày và tá tràng, lan xuống dưới lớp cơ niêm khi những tác động ăn mòn của acid và pepsin vượt quá các cơ chế bảo vệ niêm mạc dạ dày. Vị trí thường gặp nhất là ở hang vị và hành tá tràng.

1.2. Nguyên nhân

- Thường gặp: chiếm hơn 90% trường hợp
 - Vi khuẩn *Helicobacter Pylori*
 - Thuốc kháng viêm non-steroid
- Nguyên nhân khác
 - Nhiễm virus
 - Thuốc, hóa trị
 - Xạ trị
 - Hội chứng Zollinger-Ellison
 - Bệnh Crohn
 - Không rõ nguyên nhân

1.3. Dịch tễ học: Bệnh dễ xảy ra ở những người

- Nhiễm *Helicobacter Pylori*
- Sử dụng thuốc kháng viêm non-steroid
- Lớn hơn 65 tuổi
- Tiền căn có loét dạ dày
- Sử dụng đồng thời aspirin, corticoid hoặc kháng đông
- Hút thuốc lá làm tăng gấp đôi nguy cơ viêm loét dạ dày tá tràng, làm chậm lành ổ loét và tăng tái phát

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Hỏi bệnh sử:

- Chú ý hỏi về tiền căn sử dụng thuốc kháng viêm non-steroid
- Bệnh nhân có thể có đau bụng vùng thượng vị, đầy bụng, khó tiêu hoặc có thể không có triệu chứng gì
- Bệnh nhân có thể đau hạ sườn phải, giống viêm túi mật cấp hoặc cơn đau quặn mật
- 10% có thể biểu hiện bằng biến chứng:
 - Xuất huyết tiêu hoá: ói ra máu hoặc tiêu phân đen
 - Thủng ổ loét: đột ngột đau bụng dữ dội
 - Hẹp môn vị: Buồn nôn, nôn ói nhiều, ói ra thức ăn cũ, sứt cân khi loét dạ dày mạn tính dẫn tới sẹo, hẹp môn vị
- Khám lâm sàng:
 - Ấn đau thượng vị hoặc hạ sườn phải. Nếu ổ loét thủng, thường có triệu chứng viêm phúc mạc, ấn đau, đề kháng khắp bụng
 - Nếu ổ loét chảy máu, có thể có máu ẩn trong phân, thiếu máu mạn, tiêu phân đen, hoặc ói ra máu. Nếu chảy máu nhiều, có thể ảnh hưởng tới huyết động, mạch nhanh, tụt huyết áp. Cần thăm khám trực tràng khi nghi ngờ xuất huyết tiêu hoá trên

2.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm thường quy: Có thể có thiếu máu thiếu sắt
- Xét nghiệm chẩn đoán Helicobacter Pylori
 - Kháng thể kháng H Pylori: độ nhạy hơn 80%, độ đặc hiệu hơn 90%, có thể tồn tại tới 18 tháng sau khi đã diệt trừ H Pylori
 - Urea test và chẩn đoán H Pylori dựa vào mô học: có thể âm giả nếu bệnh nhân đang sử dụng thuốc ức chế bơm proton
 - Test hơi thở: độ nhạy, độ đặc hiệu lên đến 95%, thường để chẩn đoán sau điều trị H Pylori
 - Tìm kháng nguyên H Pylori trong phân
- Hình ảnh học:
 - Chụp dạ dày cản quang: khó phát hiện những tổn thương loét nhỏ, không sinh thiết được để chẩn đoán H Pylori hay ung thư dạ dày
 - Nội soi dạ dày tá tràng: là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán, nên làm ở những bệnh nhân có những triệu chứng báo động ung thư như chán ăn, khó nuốt, u thượng vị, ói dữ dội, sụt cân, thiếu máu, lớn tuổi và tiền căn gia đình có ung thư đường tiêu hóa trên.
- Xét nghiệm chẩn đoán phân biệt :
 - Viêm túi mật, sỏi đường mật: siêu âm bụng tổng quát, men gan
 - Viêm tụy cấp: lipase, amylase, siêu âm bụng, CT scanner bụng
 - Nhồi máu cơ tim cấp: men tim , điện tâm đồ
- Xét nghiệm chẩn đoán biến chứng:

- X-quang bụng đứng không sửa soạn hoặc CT scanner bụng: khi nghi ngờ thủng ổ loét
- Công thức máu: đánh giá mức độ thiếu máu

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý ác tính: Ung thư dạ dày hoặc lymphoma cũng có thể biểu hiện như viêm loét dạ dày tá tràng. Những dấu hiệu báo động như sụt cân, ói ra máu, tiêu phân đen, thiếu máu, nôn ói kéo dài, u vùng thượng vị, không đáp ứng với thuốc ức chế bơm proton: cần nội soi để chẩn đoán xác định
- Cơn đau quặn mật
- Viêm tụy cấp: bệnh nhân có tiền sử uống rượu hoặc sỏi mật, xét nghiệm có tăng amylase, lipase
- Viêm túi mật cấp: Bệnh nhân có tiền căn sỏi túi mật, siêu âm thấy có sỏi, thành túi mật dày...
- Nhồi máu cơ tim cấp vùng hoành: Bệnh nhân có thể đau thượng vị, thường lớn tuổi, tăng huyết áp...
- Khó tiêu chức năng
- Bệnh trào ngược dạ dày thực quản
- Nhiễm ký sinh trùng (giun lươn, giardia)
- Tác dụng phụ của thuốc, Bệnh crohn...

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Nếu ổ loét đang chảy máu: ưu tiên cầm máu, truyền hồng cầu lắng nếu cần
- Bù nước, điện giải: khi bệnh nhân có xuất huyết tiêu hoá, nôn ói nhiều
- Thuốc kháng tiết acid, thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày
- Xem xét chỉ định phẫu thuật:
 - Có biến chứng: Thủng ổ loét, Hẹp môn vị
 - Loét do hội chứng Zollinger Ellison
 - Chảy máu nặng, không đáp ứng điều trị nội khoa
 - Đau bụng nhiều, không đáp ứng điều trị nội khoa

3.2. Điều trị cụ thể

- Thuốc kháng Histamin H2:
 - Bao gồm cimetidine, famotidine, nizatidine, ranitidine
 - Dung nạp tốt
- Thuốc ức chế bơm proton: ức chế bơm proton liều chuẩn
 - Omeprazole 20mg uống/ngày

- Pantoprazole 40mg uống/ngày
- Esomepazole 40mg uống/ngày
- Lansoprazole 30mg uống/ngày
- Dexlansoprazole 30mg uống/ngày
- Rabeprazole 20mg uống/ngày
- Thuốc bảo vệ niêm mạc:
 - Thuốc Antacids: Maalox, Phosphalugel, Gaviscon, Actapulgite...
 - Sucralfate
 - Thuốc có chứa Bismuth
 - Rebamipide
 - Dẫn xuất Prostaglandin: điều trị phòng ngừa loét do NSAIDs, có thể gây tiêu chảy hoặc sảy thai
- Thuốc khác: Các thuốc nhóm Anticholinergic, chống trằn cảm ba vòng...
- Hạn chế sử dụng thuốc NSAIDS, tránh rượu bia, thuốc lá, tránh những thức ăn làm khó tiêu
- Xét nghiệm vi trùng H pylori: nếu có, nên điều trị 10-14 ngày
 - Phác đồ 4 thuốc không Bismuth:
 - Thuốc ức chế bơm proton liều chuẩn 2 lần/ngày
 - Clarithromycin 500mg 1vx2
 - Amoxicillin 0,5g 2vx2
 - Metronidazol 250mg 2vx2
 - Phác đồ 4 thuốc có Bismuth:
 - Thuốc ức chế bơm proton liều chuẩn 2 lần/ngày
 - Bismuth subcitrate 120mg 1vx4
 - Tetracyclin 0,5g 2vx2
 - Metronidazol 250mg 1vx4
 - Phác đồ 3 thuốc với Levofloxacin
 - Thuốc ức chế bơm proton liều chuẩn 2 lần/ngày
 - Levofloxacin 0,5g 1-2v/ngày
 - Amoxicillin 0,5g 2vx2

4. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

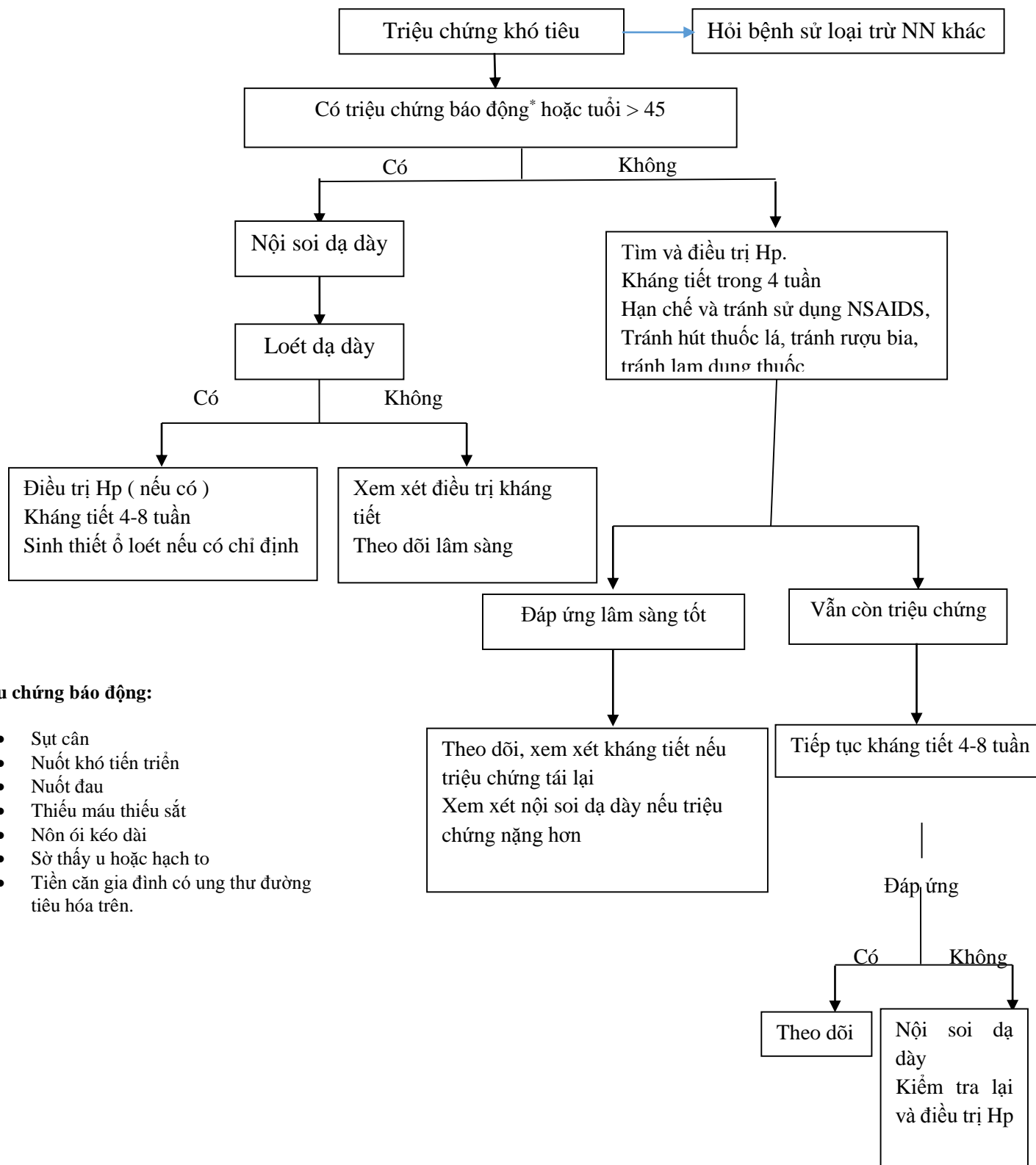
- Tiên lượng: Phần lớn tiên lượng tốt, 1-2% có biến chứng
- Biến chứng: Thủng ổ loét, Hẹp môn vị, xuất huyết tiêu hóa, đau bụng nhiều, không đáp ứng điều trị nội khoa

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neville D. Bamji và Ariel A. Benson (2015). Peptic Ulcer Disease. *Mount Sinai Expert Guides Gastroenterology*, John Wiley & Sons, p170-179.
2. C. Prakash Gyawali và Amit Patel (2014). Peptic Ulcer Disease. *The Washington Manual of Medical Therapeutics*, 34th, Lincott Williams & Wilkins, p1922-1930
3. C. Prakash Gyawali (2012) Peptic Ulcer Disease. *The Washington Manual Gastroenterology Subspecialty Consult*, 3th, Wolters Kluwer, Lincott Williams & Wilkins, p128-138
4. Dan L. Longo, Anthony S. Fauci (2010) Peptic Ulcer Disease and Related. *Harrison's Gastroenterology and Hepatology* Mc Graw Hill Medical, p125-144
5. Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. American Gastroenterological Association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 2005; 129:1756.
6. Ramakrishnan K, Salinas RC, Peptic ulcer disease, *Am Fam Physician*. 2007 Oct 1;76(7):1005-12.

LƯU ĐỒ HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG



TRƯỜNG KHOA