



# LOÉT DẠ DÀY/ LOÉT TÁ TRÀNG

Võ Thị Mỹ Dung  
[mydungvothi@ump.edu.vn](mailto:mydungvothi@ump.edu.vn)

# Mục tiêu

1. Trình bày nguyên nhân – yếu tố thuận lợi gây loét dạ dày/ loét tá tràng (LDDTT)
2. Trình bày triệu chứng lâm sàng của LDDTT
3. Trình bày cận lâm sàng chẩn đoán nhiễm *H.pylori*
4. Trình bày biến chứng xuất huyết tiêu hóa

# **NỘI DUNG**

**I. Đại cương**

**II. Nguyên nhân – Yếu tố thuận lợi**

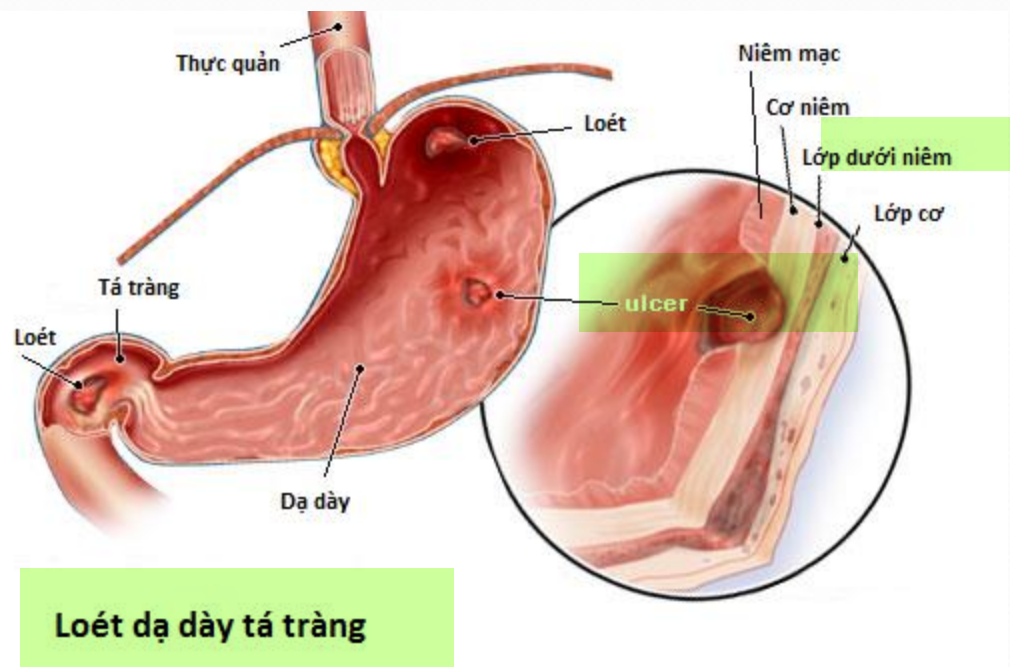
**III. Biểu hiện lâm sàng**

**IV. Chẩn đoán phân biệt**

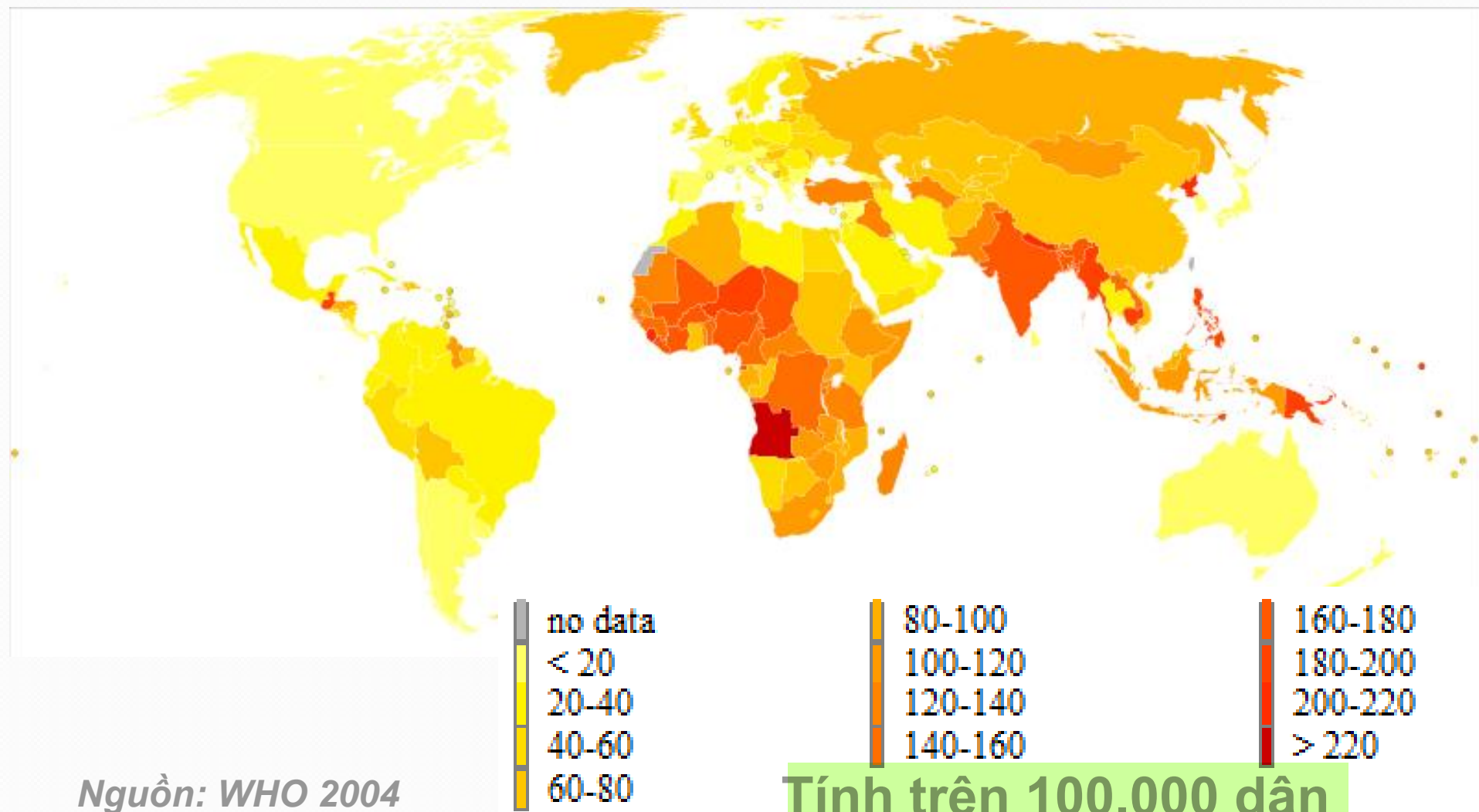
**V. Cận lâm sàng**

**VI. Biến chứng**

# ĐẠI CƯƠNG



# Tỉ lệ bệnh LDDTT



Nguồn: WHO 2004

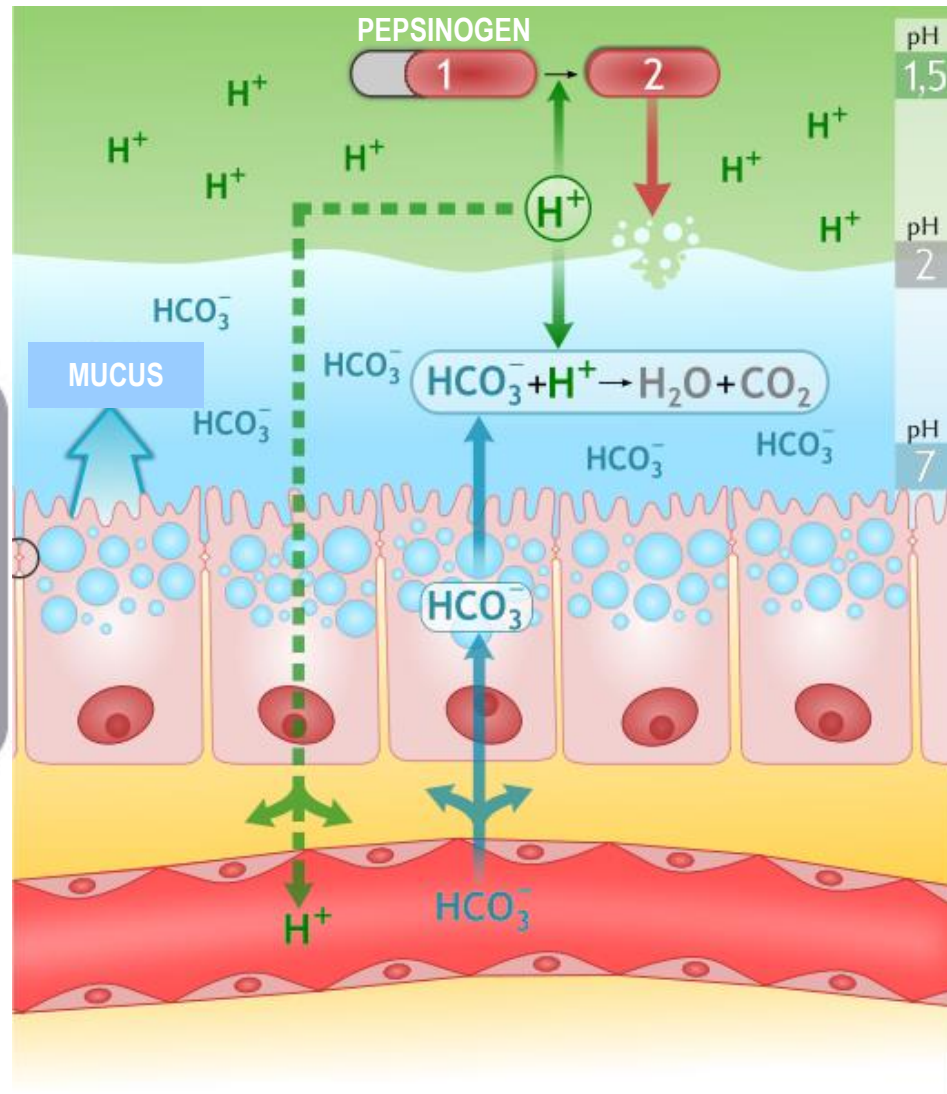
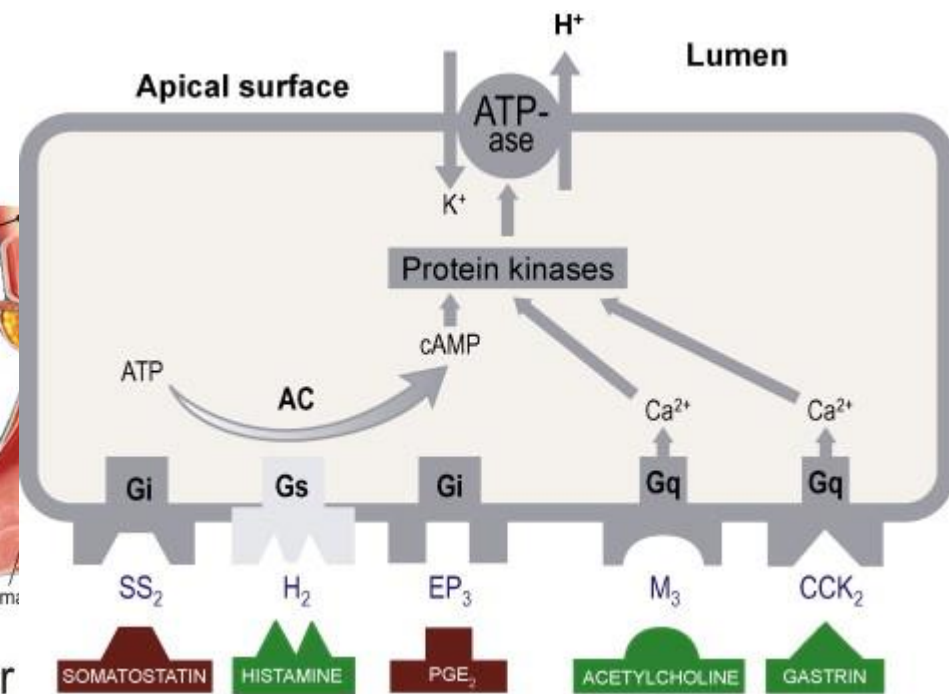
# DỊCH TỄ

- ~ 4,5 triệu người Mỹ bị LDDTT mỗi năm
- Tỷ lệ mới bị LTT ↓ trong 3-4 thập niên qua
- Tỷ lệ LDD không có biến chứng ↓
- Tỷ lệ LDD có biến chứng không đổi
- Tỷ lệ bệnh trước đây ♂ >> ♀, hiện: ♂ # ♀
- Tỷ lệ bệnh suốt đời ♂ 11-14%, ♀ 8-11%
- Nhiễm *H.pylori* (+), tỷ lệ bệnh suốt đời 20%
- Tỷ lệ nhiễm *H.p* ngày càng tăng theo tuổi




# **NGUYÊN NHÂN YẾU TỐ THUẬN LỢI**

# BỆNH SINH





# YẾU TỐ BẢO VỆ - YẾU TỐ PHÁ HỦY

1910 Schwarz DK – No acid  no ulcer

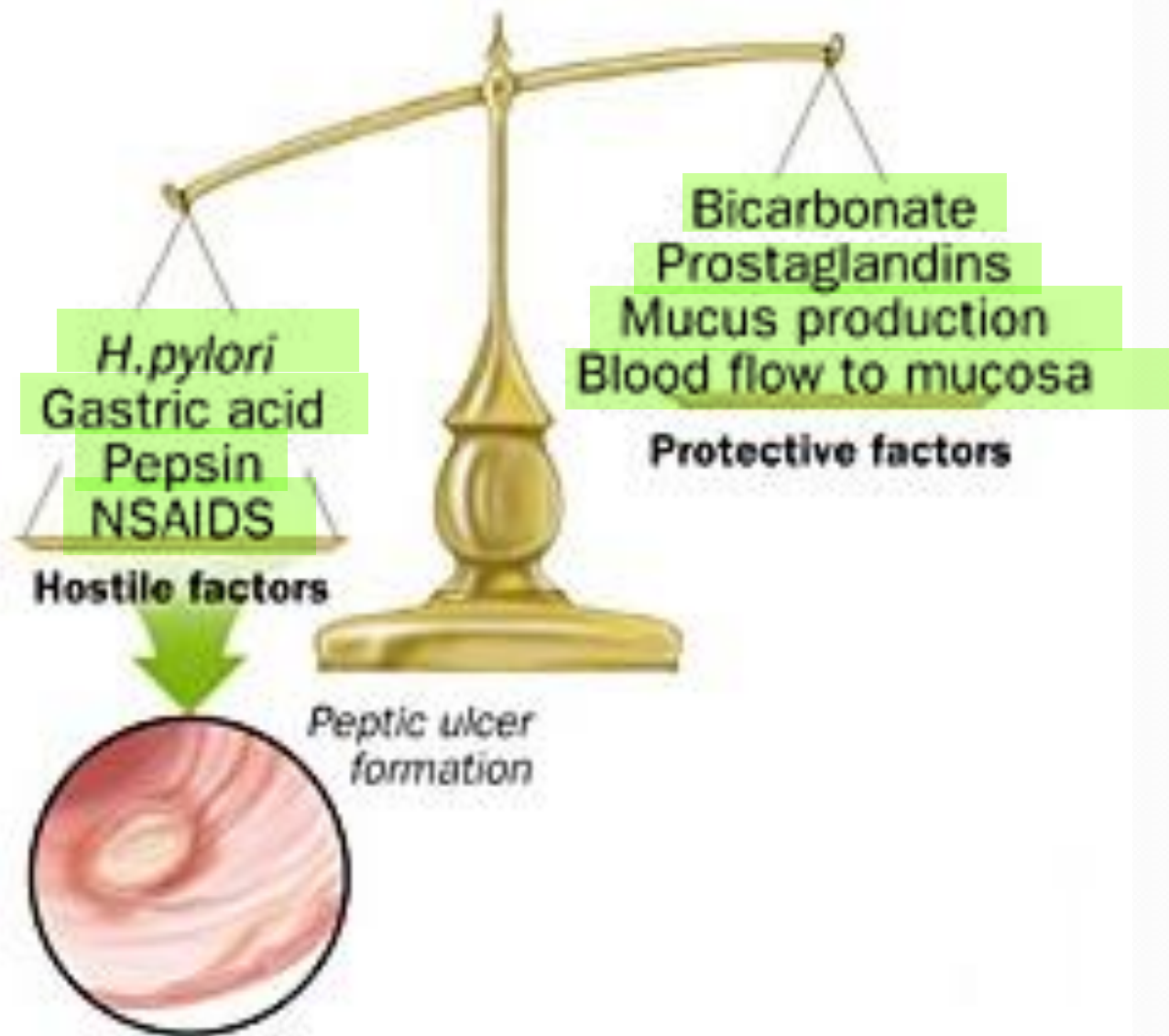
1955 Davenport H, Code C, Scholer J  
Gastric mucosal barrier

1970s Vane JR, Robert A, Jacobson E  
PGs & gastric cytoprotection

1983 Warren R, Marshall B

The discovery of *H. pylori* in gastric mucosa  
2005 Nobel Prize in Medicine

# YẾU TỐ BẢO VỆ - YẾU TỐ PHÁ HỦY



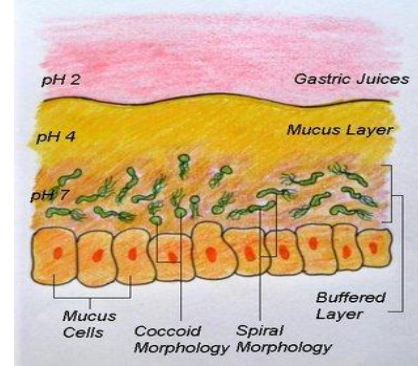
# A-XÍT DẠ DÀY

- 1/3 bệnh nhân loét tá tràng tăng BAO & MAO
- BAO tăng → tỉ số chênh 3,5
- MAO tăng → tỉ số chênh 7 đối với loét tá tràng
- BAO > 15 mEq/giờ: nguy cơ cao
- Tình trạng làm trống dạ dày nhanh
  - Loét hành tá tràng chiếm 95% loét tá tràng
- Toan hóa tá tràng
  - chuyển sản dạ dày
  - tạo môi trường thích hợp *H.pylori* định cư

# *H. pylori*

- xoắn trùng hình que gram âm
- định cư ở niêm mạc dạ dày
- khoảng một nửa số dân số thế giới.<sup>1</sup>
- 95% bệnh nhân loét tá tràng và
- 70% bệnh nhân loét dạ dày.<sup>2</sup>
- lây truyền qua đường miệng trong thời thơ ấu và tồn tại trong nhiều chục năm.
- căn nguyên của loét dạ dày và loét tá tràng<sup>3</sup>
- yếu tố nguy cơ của lymphoma dạng MALT & ung thư biểu mô tuyến dạ dày.<sup>4,5</sup>

# HELICOBACTER PYLORI

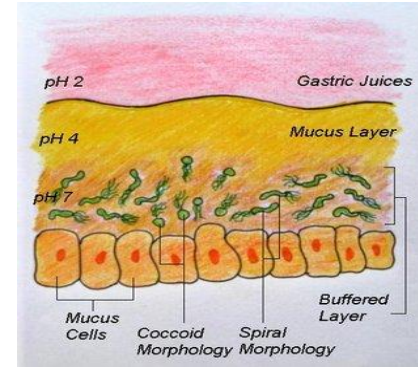


## Nhiễm trùng *H.pylori* ở dạ dày

- 85% người nhiễm không có triệu chứng
- Viêm dạ dày hoạt động
- 10-20% loét dạ dày/ loét tá tràng
- 1-2% ung thư biểu mô tuyến dạ dày
- Lymphoma dạng MALT
- Viêm động mạch vành
- Thiếu máu thiếu sắt
- Bệnh da
- Những biểu hiện ở khớp

1983 Robin Warren & Barry Marshall

# HELICOBACTER PYLORI



Tác động của *H.pylori* trên đường tiêu hóa

- kí chủ – vi khuẩn

1983 Robin Warren & Barry Marshall

2005 Nobel prize





## Flagella

bacterial mobility & chemotaxis  
to colonize under mucosa

## Urease

neutralize gastric acid  
gastric mucosal injury (by ammonia)

## Lipopolysaccharides

adhere to host cells  
inflammation

## Outer proteins

adhere to host cells

## Exotoxin(s)

- **vacuolating toxin (vacA)**  
gastric mucosal injury

## Secretory enzymes

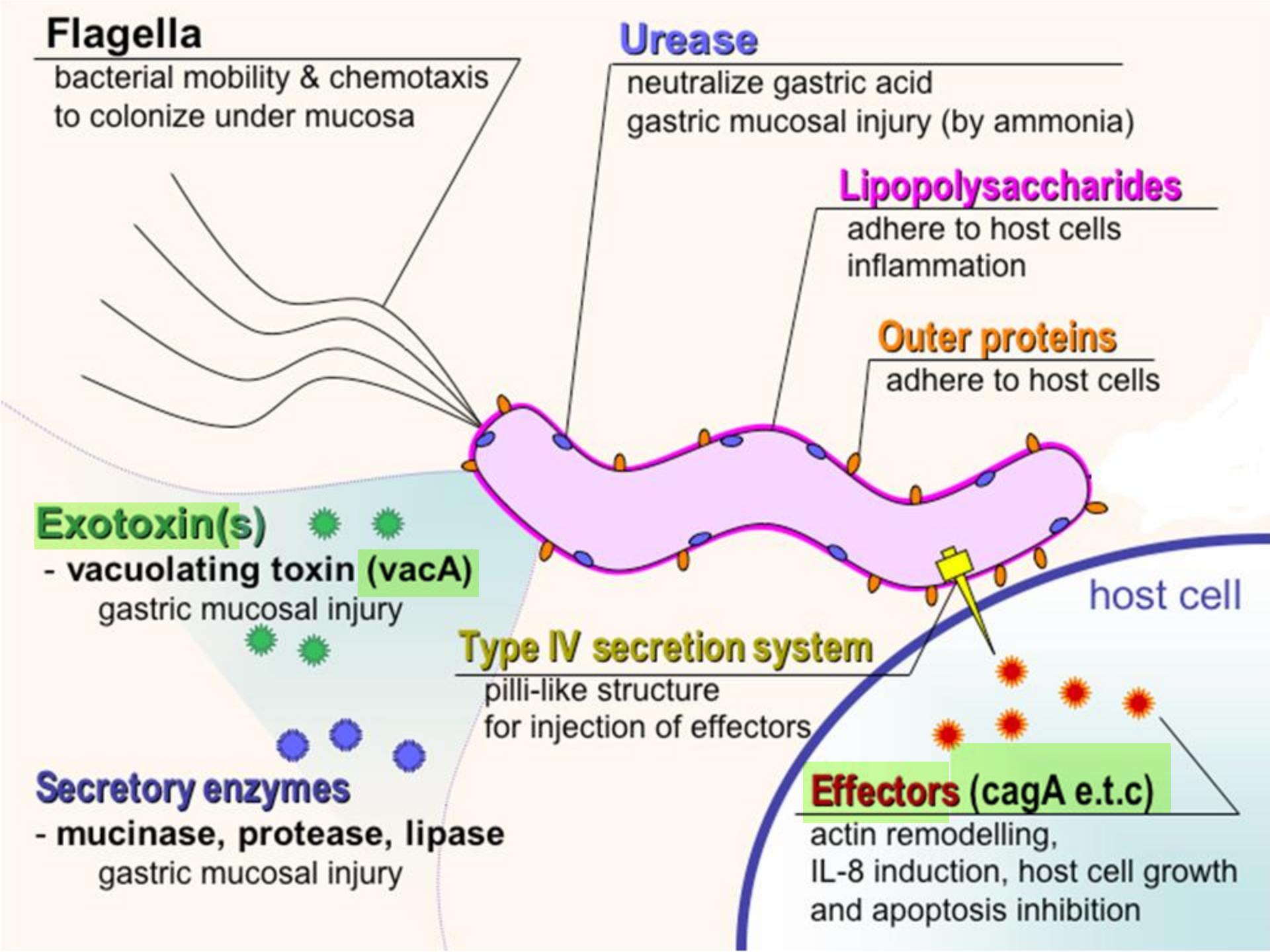
- **mucinase, protease, lipase**  
gastric mucosal injury

## Type IV secretion system

pilli-like structure  
for injection of effectors

## Effectors (cagA e.t.c)

actin remodelling,  
IL-8 induction, host cell growth  
and apoptosis inhibition



## NHIỄM *H.pylori*

- nồng độ gastrin tăng
- nồng độ pepsinogen tăng
- nồng độ somatostatin giảm
- tá tràng tăng tiếp xúc với a-xít
- giảm tiết bicarbonate tá tràng



# **KHÁNG VIÊM NONSTEROID (NSAID)**

- Phá vỡ hàng rào niêm mạc**
- Tổn thương trực tiếp do bản chất a-xít**
- Ức chế tổng hợp prostaglandin**
- Gây loét dạ dày nhiều hơn tá tràng**

# KHÁNG VIÊM NONSTEROID (NSAID)

Những yếu tố đi kèm làm tăng nguy cơ

- tuổi cao
- nữ
- nhiễm *H.pylori*
- NSAID liều cao
- phối hợp nhiều loại NSAID
- sử dụng NSAID lâu dài
- phối hợp corticoid
- phối hợp thuốc kháng đông
- bệnh nặng xảy ra đồng thời
- tiền căn bị loét dạ dày/ loét tá tràng

# Bệnh nhân có nguy cơ bị tổn thương đường tiêu hóa do NSAID

## *High risk: nguy cơ cao*

1. Tiền căn loét có biến chứng, nhất là mới xảy ra
2. Nhiều hơn 2 yếu tố nguy cơ

## *Moderate risk (1 – 2 yếu tố nguy cơ)*

1. Tuổi >65
2. Điều trị NSAID liều cao
3. Tiền căn bị loét không có biến chứng
4. Dùng đồng thời aspirin, corticoid, kháng đông

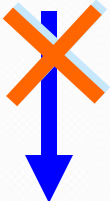
## *Low risk: nguy cơ thấp*

**Không có yếu tố nguy cơ**

*H. pylori* is an independent and additive risk factor  
and needs to be addressed separately

# KHÁNG VIÊM NONSTEROID

Yếu tố bảo vệ  
Prostaglandin



Chất nhầy  
Bicarbonate

TB niêm  
mạc dạ dày

Mạch máu nuôi

Yếu tố phá hủy

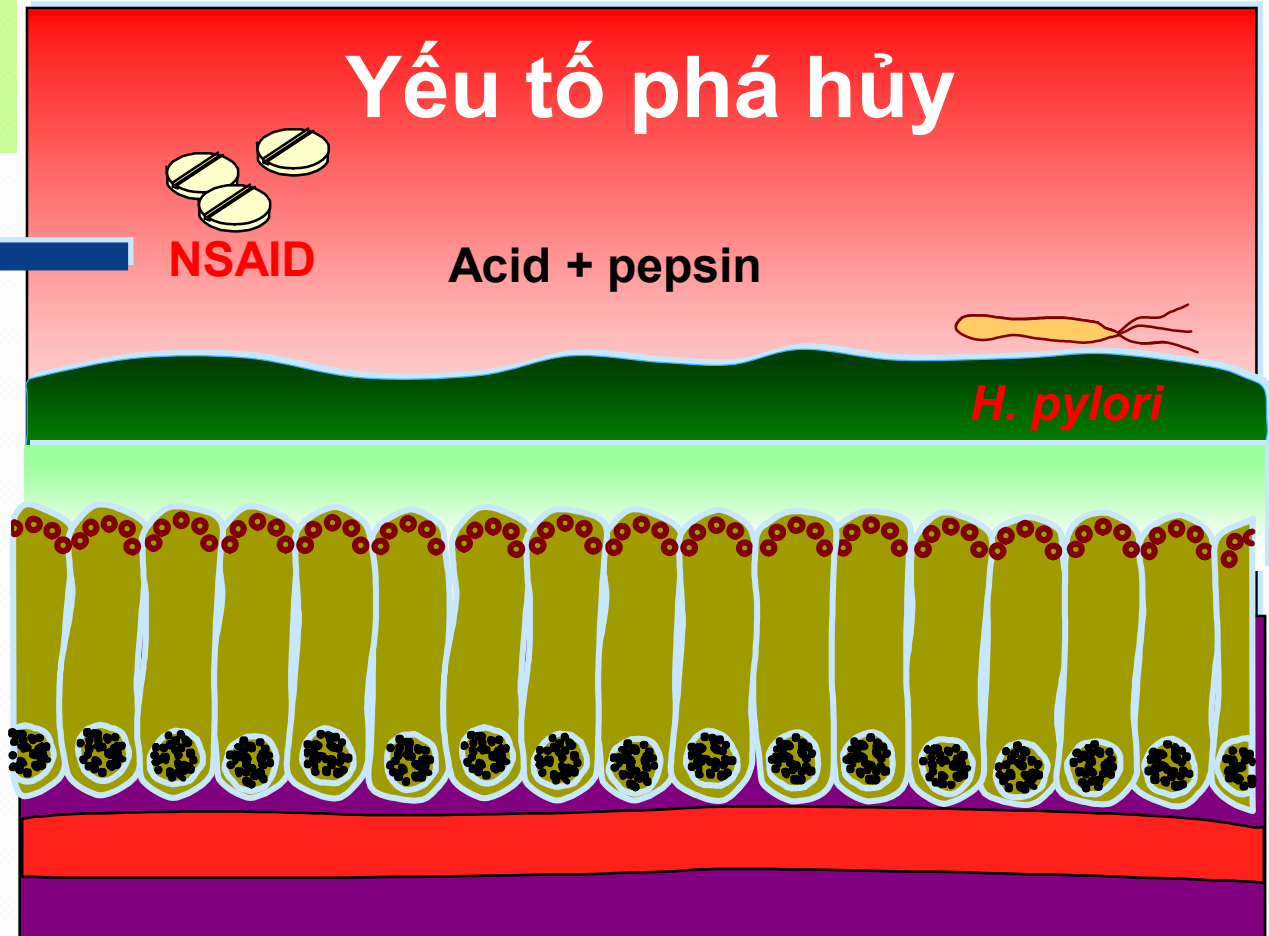


NSAID

Acid + pepsin



*H. pylori*



# KHÁNG VIÊM NONSTEROID

Yếu tố bảo vệ

Prostaglandin



Chất nhầy

Bicarbonate

TB niêm  
mạc dạ dày

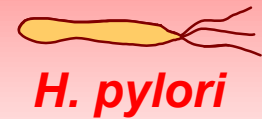
Mạch máu nuôi

Yếu tố phá hủy

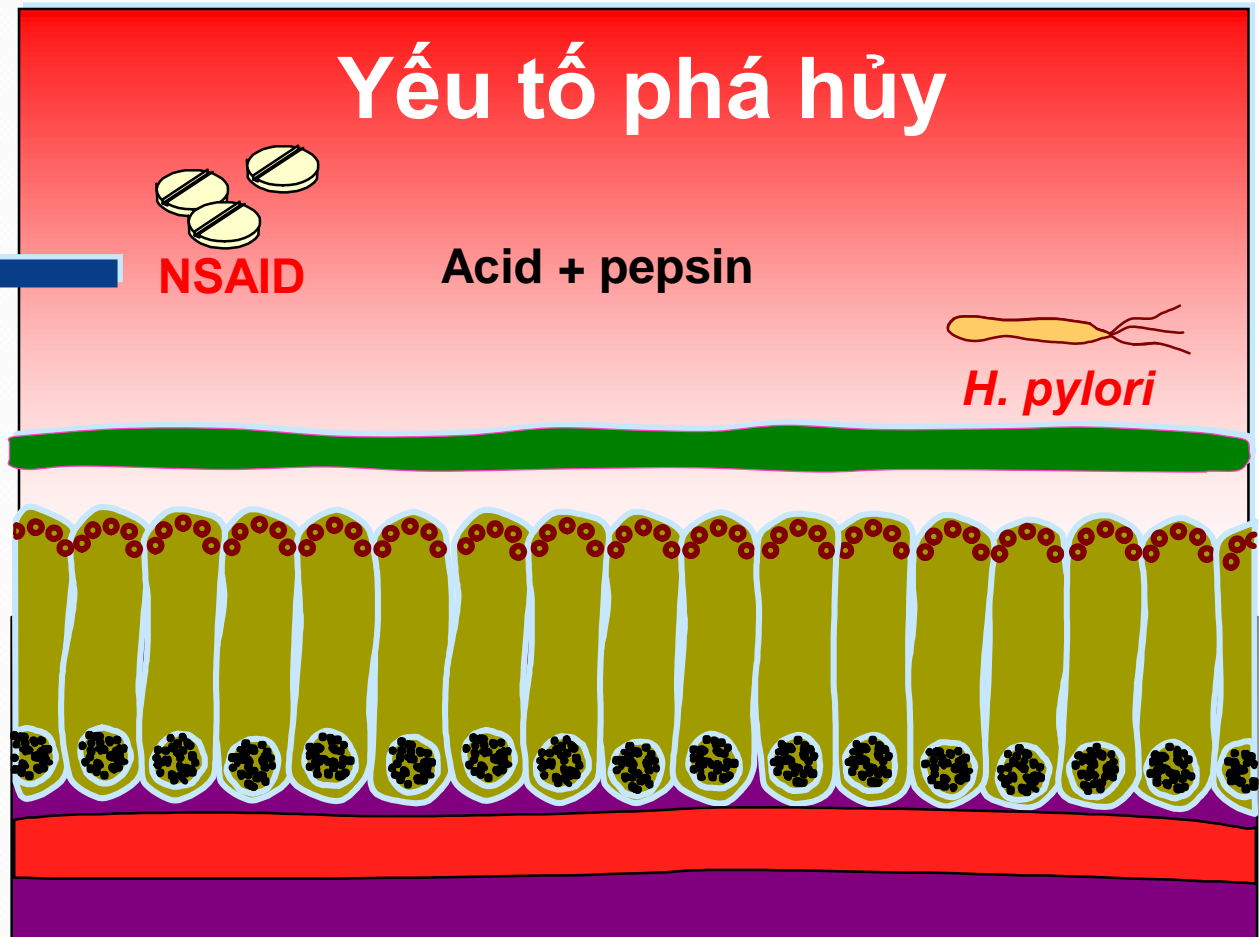


NSAID

Acid + pepsin



*H. pylori*



# KHÁNG VIÊM NONSTEROID

Yếu tố bảo vệ

Prostaglandin



Chất nhầy  
Bicarbonate

TB niêm  
mạc dạ dày

Mạch máu nuôi

Yếu tố phá hủy

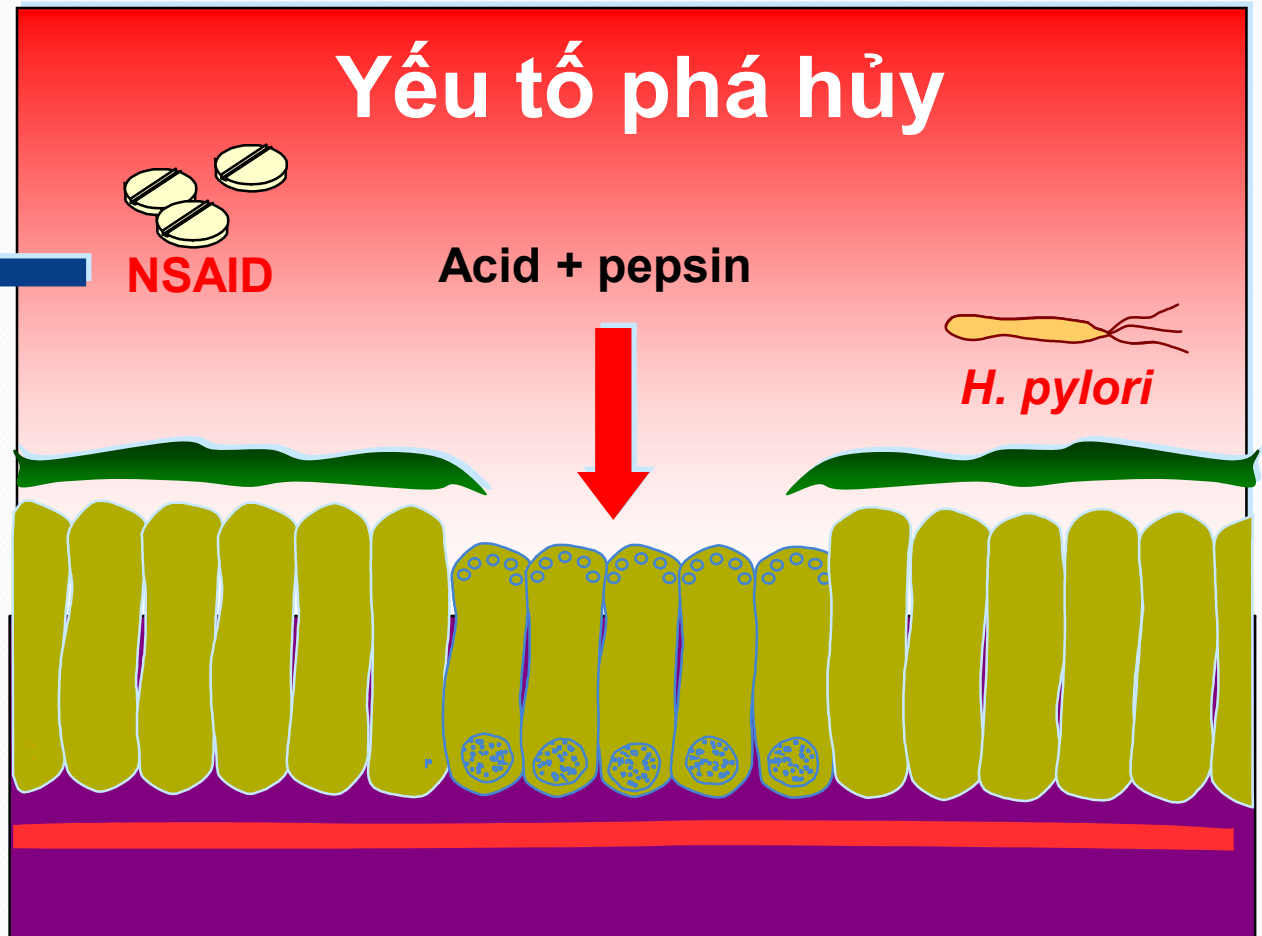


NSAID

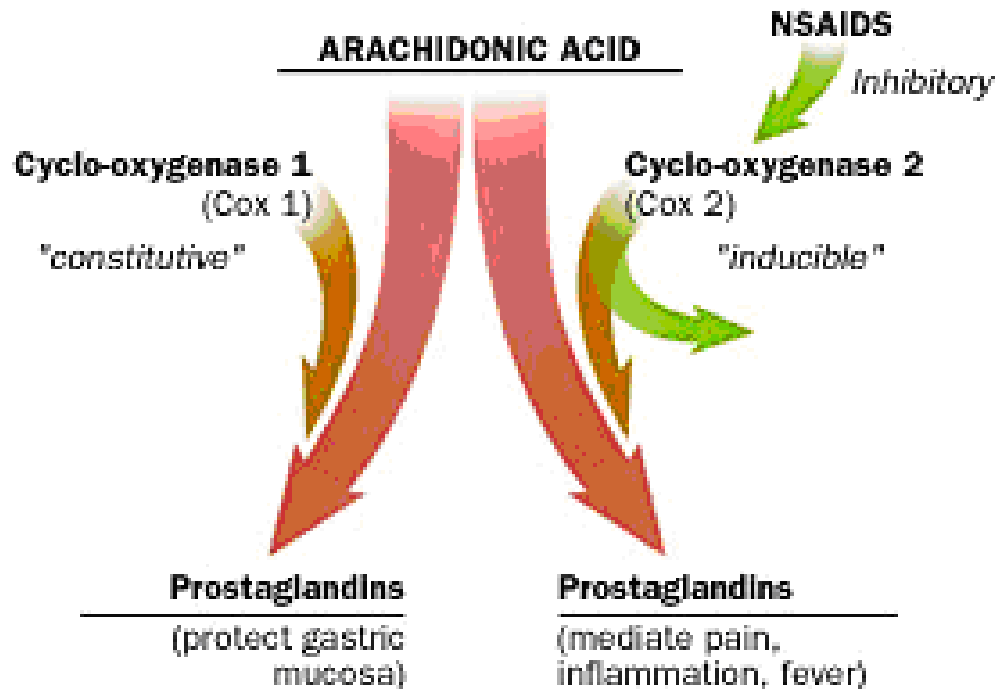
Acid + pepsin



*H. pylori*



# KHÁNG VIÊM NONSTEROID



**Tổng hợp Prostaglandin &  
Cơ chế hoạt động của các chất ức chế Cox 2**

# BƯỞU TIẾT GASTRIN

## Hội chứng Zollinger-Ellison 1955

- Loét dạ dày/ loét tá tràng (nhiều ổ)
- Tiết a-xít dạ dày lượng lớn
- Bướu tế bào sản xuất gastrin
  - ở tụy chiếm tỉ lệ ~ 50%
  - ở tá tràng ~ 20%
  - nơi khác: dạ dày, gan, buồng trứng, hạch bạch huyết quanh tụy, mạc treo ruột non

Hp  
tỷ lệ loét tá tràng có HP cao hơn là loét dạ dày

NSAIDs

thường loét dạ dày nhiều hơn tá tràng

ZE: loét dạ dày, loét tá tràng nhiều ổ



# GEN

- Có vai trò quan trọng trong bệnh sinh LDDTT
- Tỷ lệ bệnh suốt đời LDDTT ở người thân hàng thứ nhất 3 lần nhiều hơn so với dân số chung
- Hơn 20% LTT có tiền sử gia đình bị bệnh
- LDD: nhóm thành viên trong gia đình bị ảnh hưởng
- Có mối liên hệ giữa LTT – nhóm máu O
- Không tiết kháng nguyên ABO/nước bọt & dịch vị có nguy cơ cao hơn
- Mối liên hệ về gen giữa tăng pepsinogen máu gia đình tít I – loét tá tràng

# HÚT THUỐC

Có mối tương quan hút thuốc – tỉ lệ mới bị loét, tử vong, biến chứng, tái phát, chậm lành bệnh

## Hút thuốc

- niêm mạc tăng nhạy cảm
- những yếu tố bảo vệ niêm mạc dạ dày ↓
- môi trường thuận lợi cho nhiễm *H.pylori*
- sự xâm nhập của *H.pylori* dày đặc hơn
- khả năng bị LDDTT > không hút 2 lần

## Hút thuốc – *H.pylori*

- đồng yếu tố hình thành LDDTT
- nguy cơ tái phát LDDTT ↑

# CHẤN ĐỘNG TÂM LÝ

- Tâm lý – bệnh sinh, diễn tiến tự nhiên bệnh loét?  
Chấn động cấp → ↑ nhịp tim, huyết áp, lo lắng  
Chấn động cấp / LTT → ↑ tiết a-xít cơ bản
- Không có bằng chứng về nhân cách ‘loét’  
Loét cảm nhận mức độ chấn động nhiều hơn
- Không bằng chứng yếu tố nghề nghiệp - tỉ lệ bệnh
- Chấn động nặng có thể gây loét dạ dày/ loét tá tràng
  - \* Phỏng - Phẫu thuật - Bệnh nội khoa trầm trọng
  - \* Chấn thương thần kinh trung ương
  - \* Chấn thương hoặc bứt rứt não → Loét Cushing
  - \* Phỏng diện rộng → Loét Curling

# RƯỢU

- Ethenol tuyệt đối → tổn thương niêm mạc
- Rượu tinh khiết
  - lipid hòa tan
  - gây tổn thương niêm mạc cấp
- Nồng độ <10%: không tổn thương niêm mạc
- Nồng độ thấp (5%) → kích thích tiết a-xít
- Nồng độ cao → giảm tiết a-xít

# CHẾ ĐỘ ĂN

- Một số thức ăn-đồ uống gây **chứng khó tiêu**
  - Chế độ ăn đặc biệt gây bệnh loét (–)
  - Nghiên cứu dịch tễ **không phát hiện** mối liên quan **giữa** các thức uống có cà-phê, không có cà-phê hoặc cola, bia, sữa **với** nguy cơ bệnh loét tăng
- **Thay đổi chế độ ăn không cần thiết**

# **YẾU TỐ CĂN NGUYÊN BỔ SUNG**

- Xơ gan
- Bệnh Celiac
- Bệnh tự miễn
- Bệnh Crohn
- Hóa trị
- Tia xạ
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn dạ dày do mật
- Bệnh mảnh ghép tấn công ký chủ
- Các bệnh viêm dạ dày dạng hạt khác
- Sử dụng cocaine cứng
- Bệnh dạ dày do mật
- Viêm dạ dày ↑ bạch cầu ái toan
- Nhiễm Cytomegalovirus
- Bệnh dạ dày do tăng ure máu
- Viêm dạ dày Henoch-Schönlein
- Bệnh dạ dày do chất ăn mòn

# TIỀN CĂN

## Điều tra tiền căn

- Loét dạ dày/ loét tá tràng
- Nhiễm *H. pylori*
- Uống NSAID
- Hút thuốc



# **BIỂU HIỆN LÂM SÀNG**



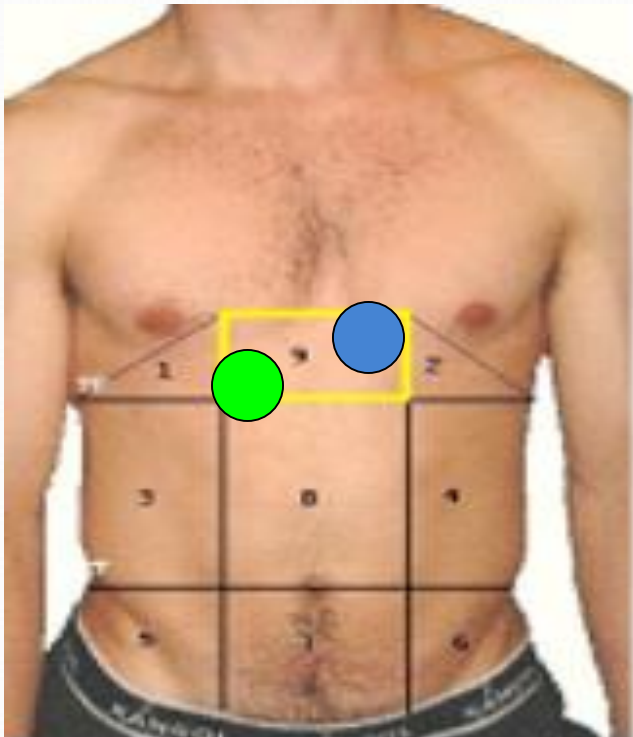
# **TRIỆU CHỨNG CƠ NẲNG**

- Đau thượng vị**
- Khó tiêu**
- Ợ nóng**
- Khó chịu vùng ngực**
- Triệu chứng của biến chứng**

# BỆNH SỬ

## 1. Đau thượng vị có chu kỳ, theo mùa, bữa ăn

Do tác động của a-xít trên thụ thể hóa học trong tá tràng, tăng độ nhạy của tá tràng với a-xít mật & pepsin hoặc vận động dạ dày tá tràng bị thay đổi



- Vị trí
- Kiểu đau: liên tục, cơn
- Cường độ: âm ỉ, quặn
- Hướng lan
- Thời gian, tần suất
- Yếu tố tăng giảm đau
- TC đi kèm, hoàn cảnh

# Đau thượng vị

- Loét dạ dày

- xảy ra ngay sau khi ăn
- đau liên tục suốt ngày, tăng sau khi ăn no
- antacid chỉ làm giảm đau ít
- đau lan ra sau lưng gợi ý thủng vào tụy

- Loét tá tràng

- 2-3 giờ sau bữa ăn, khiến thức giấc ban đêm
- đau liên tục suốt ngày, tăng khi đói
- 30-80% bệnh nhân đau ban đêm
- thức ăn/ antacid làm giảm đau

# BỆNH SỬ

## 2. Ợ chua

- nóng rát sau xương ức
- rối loạn trương lực thực quản-tâm vị

## 3. Buồn nôn, nôn

rối loạn thần kinh thực vật

## 4. No hơi, nặng bụng: co bóp ruột

## 5. Thần kinh lo lắng

**Không có triệu chứng: Loét tâm**

# TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ

**Đau thượng vị: thường gặp nhất**

**Triệu chứng thực thể nghèo nàn**

**Dấu hiệu của biến chứng ( $\pm$ )**

- Nhịp nhanh; huyết áp kẹt, hạ
- Gõ vang; vùng đục trước gan (–), ↓
- Bụng cứng gỗ, rất đau
- Bụng lõm lõng thuyên; dấu óc ách

# CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

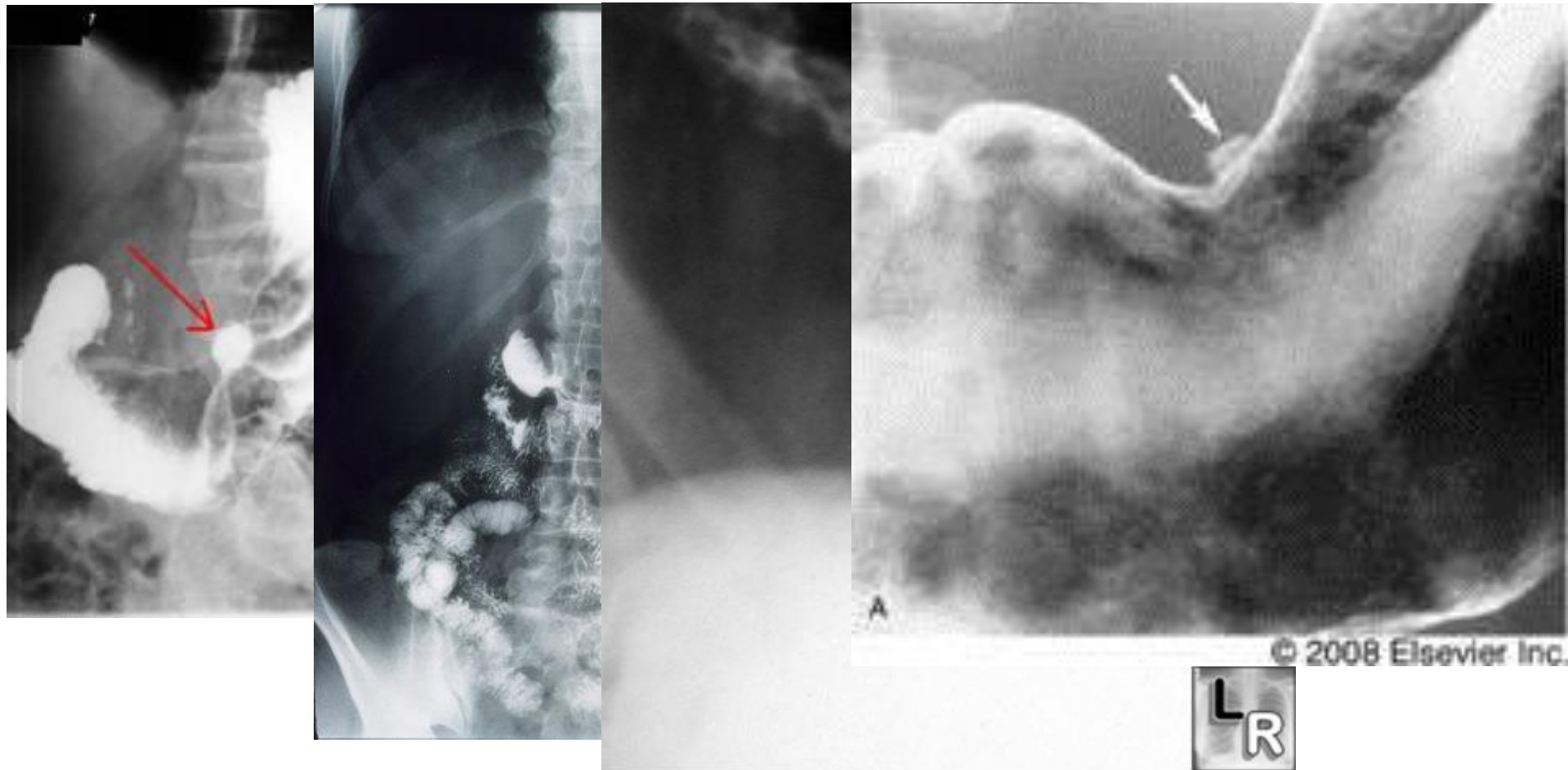
- Chứng khó tiêu không loét
- Bệnh Crohn
- Hội chứng vành cấp
- Viêm đường mật
- Viêm túi mật
- Sỏi mật
- Viêm thực quản
- Viêm dạ dày cấp
- Viêm dạ dày mạn



**CẬN LÂM SÀNG**

# X QUANG DẠ DÀY TÁ TRÀNG

độ chính xác & độ nhạy kém





# NỘI SOI DẠ DÀY TÁ TRÀNG

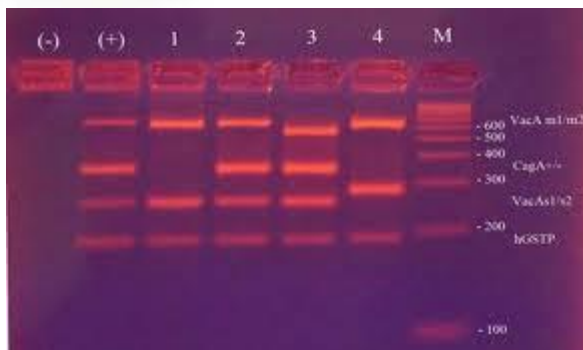
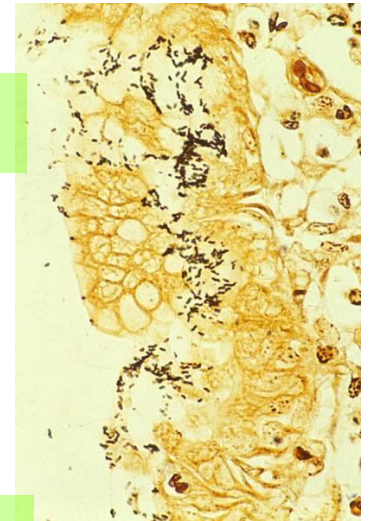
- Chẩn đoán loét dạ dày/ loét tá tràng
- Phương pháp trực tiếp, chính xác nhất
- Sinh thiết tổn thương dạ dày



# NỘI SƠI CHẨN ĐOÁN *H.pylori*

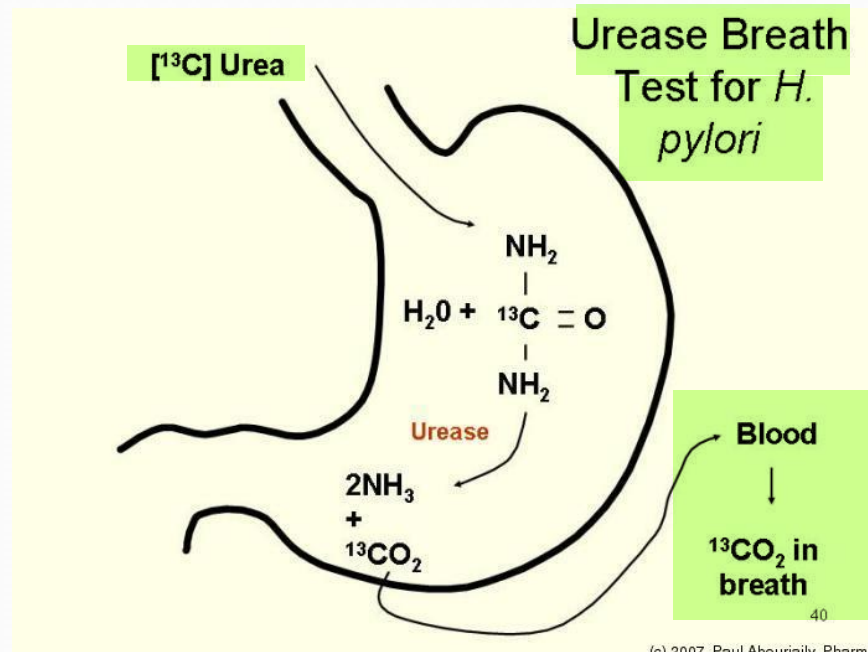
## Invasive

- Thử nghiệm urease nhanh
- Khảo sát mô học
- Nuôi cấy
- PCR: Định typ *H.pylori*



# Các thử nghiệm $\Delta H_p$ không nội soi

- **Huyết thanh chẩn đoán *H. pylori***  
không phân biệt đã nhiễm với đang nhiễm
- **Tìm kháng nguyên trong phân**
- **Thở Urea**





# **BIẾN CHỨNG**

# UNG THƯ DẠ DÀY

- Loét dạ dày có nguy cơ phát triển thành ung thư
- Nguy cơ ung thư ~ 2% trong 3 năm đầu
- Yếu tố nguy cơ quan trọng: nhiễm *H pylori*
- *H pylori* → Viêm teo dạ dày → ung thư
- *H p* → thâm nhập tế bào dạng lympho
  - hình thành đám, nang dạng lympho
  - bướu lymphoma dạng MALT
- Tiệt trừ *H pylori* → ↓ lymphoma dạng MALT

**Nghi ngờ ác tính nếu loét dạ dày kéo dài**

# XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

**Các nguyên nhân XHTH trên thường gặp**

- \* **Loét dạ dày, Loét tá tràng**
- \* **Vỡ tĩnh mạch thực quản giãn**
- \* **Hội chứng Mallory - Weiss**
- \* **Viêm chột dạ dày xuất huyết**
- \* **Viêm dạ dày xuất huyết**

# XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

- XHTH do LDD & LTT chiếm tỷ lệ 5-20%
- ♂ > ♀, Loét tá tràng > Loét dạ dày
- 75-80% trường hợp tự ngừng
- Biểu hiện lâm sàng
  - Tiêu phân đen đơn thuần, sệt-dính-bóng (thường gặp trong Loét tá tràng)
  - Tiêu phân đen kèm nôn ra máu
  - Tiêu máu đỏ: lượng nhiều, ồ ạt
- XHTH trên: TQ – góc Treitz

# XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

- Vị trí: trên
- Mức độ mất máu
  - Độ I – nhẹ
  - Độ II – trung bình
  - Độ III – nặng
- Xuất huyết
  - Ổn
  - Chưa ổn
  - Tái phát



## $\Delta$ mức độ xuất huyết

	<b>nhẹ</b>	<b>trung bình</b>	<b>nặng</b>
<b>Lượng máu mất</b>	<b>&lt;20% V máu</b>	<b>20%–30%</b>	<b>&gt;30%</b>
<b>Huyết áp tâm thu</b>	<b>bình thường &gt;90 mmHg</b>	<b>80 – 90 mm Hg</b>	<b>hạ áp, kẹt &lt;80 mmHg</b>
<b>Hạ áp tư thế</b>	<b>không</b>	<b>có thể</b>	<b>chắc chắn</b>
<b>Mạch nhanh lần/phút</b>	<b>Không 90–&lt;100</b>	<b>vừa phải 100–&lt;120</b>	<b>nhiều ≥120</b>
<b>Da</b>	<b>ấm, tươi máu tốt</b>	<b>đỏ mờ hôi</b>	<b>mát – lạnh, ẩm ướt</b>
<b>Nhịp thở lần/phút</b>	<b>bình thường 16–20</b>	<b>bình thường – giảm nhẹ</b>	<b>bất thường</b>
<b>Nước tiểu</b>	<b>bình thường</b>	<b>giảm</b>	<b>vô niệu</b>
<b>Tri giác</b>	<b>tỉnh/lo âu</b>	<b>lo âu, chóng mặt</b>	<b>lẫn lộn/ngủ gà</b>

# Thang điểm Rockall lâm sàng

Yếu tố	Điểm 0	Điểm 1	Điểm 2	Điểm 3	Tối đa
Tuổi	<60	≥60- ≤79	≥80		2
Choáng Mạch HATT	không <100 ≥100	tim nhanh ≥100 ≥100	hạ HA HE		2
Bệnh kèm theo			Suy tim Thiếu máu cơ tim Bệnh khác nặng	Suy thận Suy gan Bệnh ác tính di căn	3

# THÚNG Ổ LOÉT

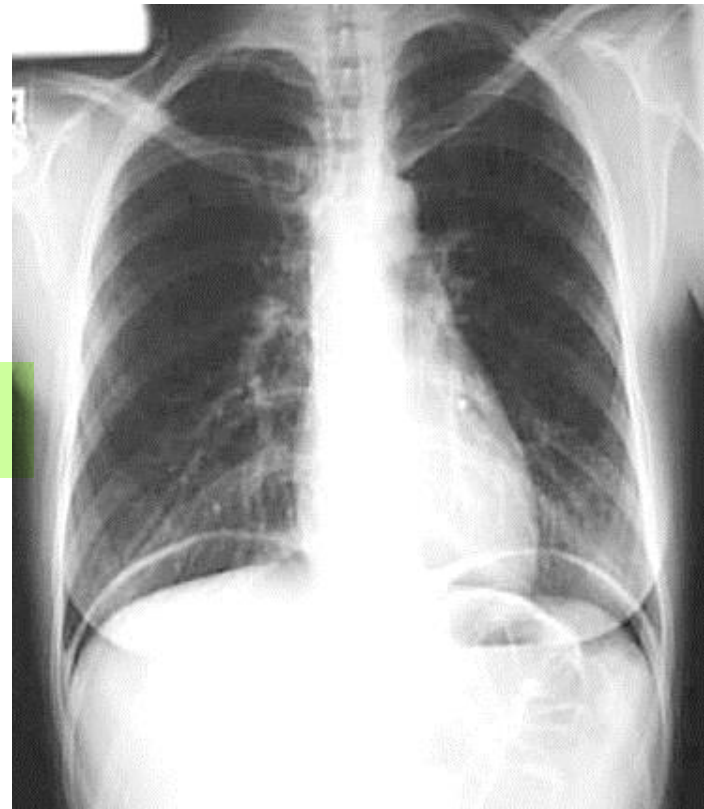
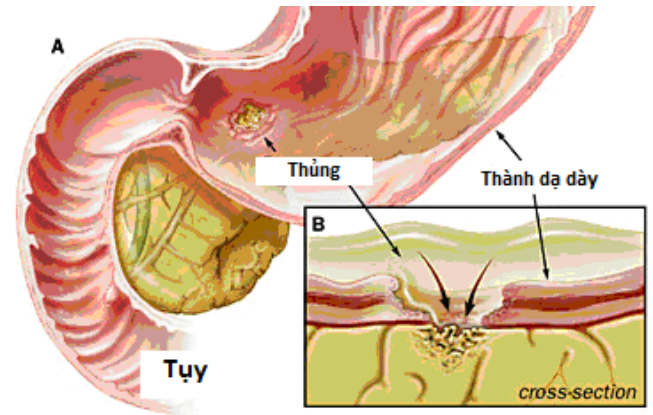
- Người lớn tuổi điều trị NSAID kinh niên
- ♂ > ♀
- Tỷ lệ tử vong # 15%
- Loét DD > Loét TT
- Có thể không có triệu chứng ở bệnh nhân đang dùng glucocorticoid
- Thủng có thể xảy ra trong trường hợp tiền căn không có triệu chứng của loét

# THỦNG

- **Thủng tự do: thoát dịch vào xoang bụng.**

Khám bụng: gõ vang, mất/giảm vùng đục gan, dấu hiệu viêm phúc mạc, Xq bụng đứng: hơi tự do

- **Thủng bí: ổ loét xói mòn thủng dính vào mạc nối, tụy, ống mật, gan, ruột non, ruột già**



# HỆP MÔN VỊ

- <5%, Loét tá tràng >> Loét dạ dày
- Do viêm sưng ống môn vị / sẹo xơ hóa mạn
- Buồn nôn-nôn, đau thượng vị, đầy bụng
- Thiếu máu, albumin ↓, kiềm hóa, ↓ kali
- X quang: bóng dạ dày to, mức nước hơi
- Nội soi: sau khi giải áp dạ dày 12-24 giờ  
→ đánh giá hẹp môn vị

# VIÊM TỤY CẤP

- Viêm tụy do thủng ổ loét ở thành sau dạ dày hoặc hành tá tràng vào tụy
- Đau thượng vị liên tục, trầm trọng, lói ra sau lưng và không giảm với điều trị kháng tiết
- Amylase có thể tăng. CT scan giúp xác định chẩn đoán
- Thường được điều trị bằng phẫu thuật

# KẾT LUẬN

## Loét dạ dày/ Loét tá tràng

- Bệnh tiêu hóa thường gặp
- Bệnh sinh và nguyên nhân rõ ràng
- Triệu chứng cơ năng phong phú
- Triệu chứng thực thể nghèo nàn
- Biến chứng có thể ảnh hưởng sống còn
- Tỷ lệ tử vong do LDDTT ~ 1/100000
- Tỷ lệ tử vong do xuất huyết do LTT ~ 5%

# Take home message

- Nguyên nhân gây LDDTT
- Triệu chứng lâm sàng của LDDTT
- Thử nghiệm chẩn đoán nhiễm *H.pylori*
- Biến chứng của LDDTT

Võ Thị Mỹ Dung

[mydungvothi@ump.edu.vn](mailto:mydungvothi@ump.edu.vn)