

# **TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH LIÊN QUAN AXÍT DỊCH VỊ**

Trình bày: BS.CKII LÊ ĐÌNH QUANG

# MỤC TIÊU

- 1.Trình bày kế hoạch điều trị và phòng ngừa bệnh trào ngược dạ dày – thực quản
- 2.Trình bày kế hoạch điều trị và phòng ngừa bệnh loét dạ dày – tá tràng
- 3.Trình bày kế hoạch điều trị khó tiêu chức năng

# BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY – THỰC QUẢN (BTNDD-TQ)

Thể bệnh:

- **NERD:** BTNDD-TQ với triệu chứng trào ngược điển hình nhưng không kèm tổn thương thực quản do trào ngược trên nội soi (2/3 trường hợp).
- **ERD:** BTNDD-TQ có kèm tổn thương do trào ngược trên nội soi (1/3 trường hợp).

# CHẨN ĐOÁN BTNDD-TQ

- **Lâm sàng**

- Triệu chứng trào ngược điển hình  $\geq 2$  lần / tuần.
- Triệu chứng không thường xuyên nhưng gây ảnh hưởng chất lượng sống của người bệnh.

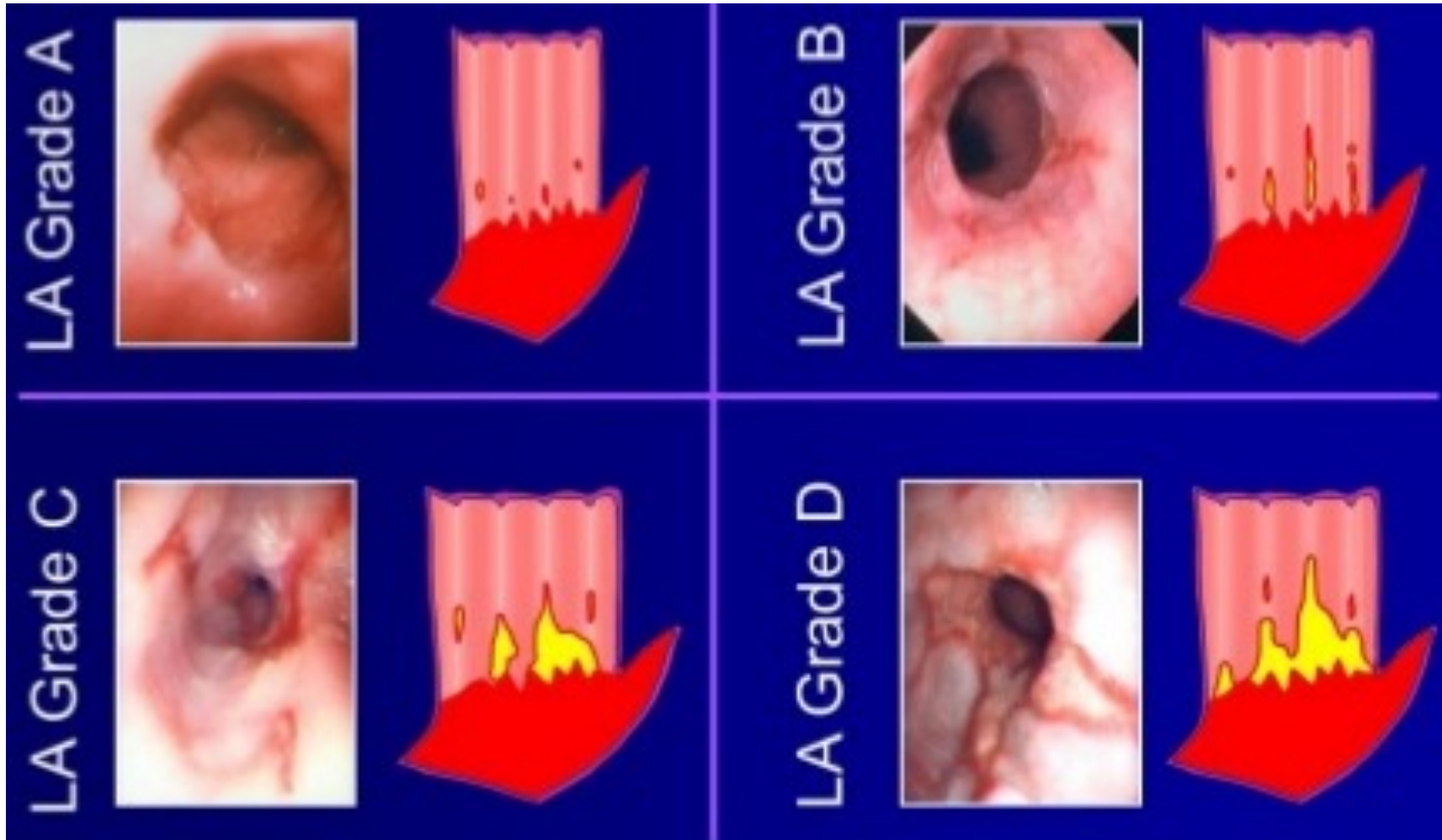
# CHẨN ĐOÁN BTNDD-TQ

## • Điều trị thử bằng PPI

- Không có triệu chứng báo động.
- Thời gian: 8 – 12 tuần.
- Liều PPI:
  - Liều chuẩn (biểu hiện hội chứng thực quản)
  - Liều gấp đôi (biểu hiện ngoài thực quản)
- Ss 78% và Sp 54%.

# CHẨN ĐOÁN BTNDD-TQ

- **Nội soi tiêu hóa trên** (Ss 40%, Sp 100%)



# CHẨN ĐOÁN BTNDD-TQ

- **Đo pH thực quản 24h**

- Nội soi có hình ảnh bình thường hoặc không điển hình của BTNDDTQ và bệnh nhân không đáp ứng với điều trị bằng PPI (cần ngưng PPI ít nhất 7 ngày).
- Trước hoặc sau khi phẫu thuật chống trào ngược.

# CHẨN ĐOÁN BTNDD-TQ

## • Đo pH và kháng trở thực quản

- Xác định tần suất trào ngược và mối liên quan giữa trào ngược và triệu chứng.
- Phát hiện các loại trào ngược (axít, chất axít yếu, dịch và hơi).
- Bệnh nhân BTNDDTQ không có tổn thương thực quản được xem xét chỉ định phẫu thuật.
- Loại trừ cơ thắt tâm vị hoặc mất trương lực thực quản nghiêm trọng.



# ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

- Tránh ăn uống các loại thực phẩm gây khởi phát triệu chứng trào ngược: thức ăn chua, cay, dầu mỡ, cà phê, rượu bia,...
- Tránh mặc quần áo chật, tránh ăn quá no và nằm sau khi ăn (nên cách bữa ăn khoảng 2 – 3 giờ).
- Giảm cân: nếu thừa cân, béo phì hoặc có tình trạng tăng cân đi kèm với sự xuất hiện của triệu chứng trào ngược.

# ĐIỀU TRỊ DÙNG THUỐC

- Triệu chứng không thường xuyên (< 2 lần/tuần)
  - Nhóm Alginate >> nhóm antacid.
  - Ngoài ra có thể dùng nhóm AntiH<sub>2</sub>.
- Triệu chứng thường xuyên
  - Nhóm PPI >> nhóm AntiH<sub>2</sub>.
  - Phối hợp thêm Alginate-antacid (giảm nhanh triệu chứng).

# CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ LÂU DÀI

- Điều chỉnh lối sống.
- PPI uống, liều 1 lần/ngày trong 8 – 12 tuần.
- PPI uống, liều 2 lần/ngày trong 8 – 12 tuần nếu triệu chứng vẫn còn dai dẳng (xem xét triệu chứng báo động, chẩn đoán phân biệt trước khi tiếp tục điều trị).
- Dừng thuốc lại nếu triệu chứng tái phát:
  - Sử dụng ngắt quãng (từng đợt 2 tuần), hoặc
  - Chỉ sử dụng khi có triệu chứng

# CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ LÂU DÀI

## Bệnh nhân tái phát triệu chứng

- Tái phát < 3 tháng: xem xét điều trị duy trì liên tục (sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả)
- Tái phát > 3 tháng: điều trị trở lại một đợt như ban đầu

## Điều trị duy trì liên tục

- Triệu chứng trào ngược thường xuyên
- Có biến chứng hẹp thực quản
- Viêm thực quản do trào ngược mức độ nặng
- Thực quản Barrett

# CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ LÂU DÀI

- Xem xét chẩn đoán và **tiệt trừ *H. pylori*** trong trường hợp phải sử dụng PPI lâu dài.
- **Phẫu thuật nội soi chống trào ngược**
  - Có thoát vị hoành gây hít sặc, hẹp thực quản hoặc triệu chứng về đêm thường xuyên dù đã uống PPI 2 lần / ngày.
  - Không đáp ứng với điều trị bằng thuốc.

# PHÒNG NGỪA

- Phòng ngừa nguyên phát

- Điều chỉnh lối sống và chế độ ăn uống có nguy cơ dễ bị BTNDD-TQ
- Duy trì cân nặng lý tưởng
- Tránh ăn quá no
- Tránh ăn gần lúc đi ngủ

- Phòng ngừa thứ phát

- Nhằm kiểm soát triệu chứng và tổn thương do trào ngược.
- Điều chỉnh chế độ ăn uống, sinh hoạt.
- Điều trị bằng thuốc.

# LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG (LDD-TT)

- **LDD-TT:** tình trạng tổn thương mất chất vượt quá lớp cơ niêm đến các lớp sâu hơn của thành dạ dày hoặc tá tràng.
- **Loét trơ DD-TT:** Loét có đường kính > 5mm và không lành sau khi đã điều trị **8 tuần** (đối với tá tràng) hoặc **12 tuần** (đối với dạ dày) bằng PPI.

# NGUYÊN NHÂN LDD-TT

- **Nhiễm trùng:** *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), HSV, CMV, *Helicobacter heilmannii*, hiếm (lao, giang mai, mucormycosis)
- **Thuốc:** NSAID, Aspirin, Biphosphonate, Clopidogrel, Corticoid, Spironolactone, thuốc bổ sung Kali
- **Qua trung gian cơ chế nội tiết:** U tiết gastrin, tăng chức năng tế bào G vùng hang vị, tăng sinh tế bào mast, cường tuyến phó giáp, hội chứng đa u nội tiết, bệnh lý tăng sinh tủy có tăng bạch cầu Basophile
- **Khác**
  - Bệnh lý thâm nhiễm: Crohn, sarcoidosis.
  - Bệnh lý mất bù mạn tính hoặc suy đa cơ quan cấp tính: **loét do stress** ở khoa sản sóc tích cực, xơ gan, suy thận, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ghép tạng.
  - Sau phẫu thuật cắt bán phần dạ dày hoặc nối tắt vị tràng.
  - Xạ trị
  - Loét vô căn (không do *H. pylori* và không do NSAID)



# ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU

- Tiệt trừ *H. pylori* (nếu có).
- Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ thúc đẩy: ngưng sử dụng NSAID (nếu được), điều chỉnh tình trạng dinh dưỡng, thiếu máu, bệnh kết hợp.
- Ngưng hút thuốc lá, hạn chế uống rượu bia < 1 đơn vị cồn / ngày (khoảng 10 gram/ngày).
- Tránh các thức ăn gây khởi phát triệu chứng (không bắt buộc chế độ ăn kiêng khem nhất định, có thể tùy vào trải nghiệm riêng của từng bệnh nhân).
- Các nhóm thuốc điều trị LDD-TT

# THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ

- **LDD-TT do *H. pylori***

- Tiệt trừ *H. pylori*: phác đồ PPI kết hợp kháng sinh trong 14 ngày.
- Loét tá tràng có biến chứng: 4 – 8 tuần.
- Loét dạ dày: 8 – 12 tuần.

- **LDD-TT do NSAID**

- PPI ít nhất 8 tuần
- Nếu bệnh nhân sau đó vẫn cần tiếp tục dùng NSAID hoặc aspirin: cần duy trì tiếp tục PPI

- **LDD-TT không do NSAID và *H. pylori***

- PPI 4 – 8 tuần.
- Xem xét lại chẩn đoán *H. pylori* và sử dụng NSAID.
- Duy trì PPI vì loét khó lành và nguy cơ tái phát thường cao hơn loét do 2 nguyên nhân nêu trên.

# THEO DÕI TIẾP THEO

- Kiểm tra hiệu quả điều trị diệt trừ *H. pylori* sau điều trị.
- Ngừng thuốc PPI khi kiểm tra nội soi ghi nhận lành loét DD.
- Nội soi tiêu hóa trên sau điều trị
  - Loét tá tràng: không khuyến cáo thực hiện thường qui. Chỉ thực hiện nếu bệnh nhân còn triệu chứng hoặc cần loại trừ loét trở và loét do nguyên nhân khác.
  - Loét dạ dày: nên thực hiện thường qui để loại trừ loét ác tính.

# LOÉT KHÁNG TRỊ HOẶC TÁI PHÁT

## ***H. pylori***

Xét nghiệm lần trước âm tính giả

Chưa làm đủ xét nghiệm chẩn đoán nhiễm *H. pylori*

Điều trị tiết trừ không thành công

## **NSAID**

Tiếp tục được chỉ định sử dụng NSAID

Tự dùng NSAID nhưng chưa ghi nhận và tư vấn trước đó

## **Ung thư dạng loét**

## **Các nguyên nhân khác**

- Hút thuốc lá (làm chậm lành loét)
- Ức chế tiết axít không đủ: không tuân thủ dùng thuốc, kiểu gen chuyển hóa nhanh PPI
- Tình trạng tăng tiết axít: u tiết gastrin, tăng chức năng tế bào G ở hang vị, loét tá tràng do tình trạng tăng tiết acid vô căn
- Thuốc điều trị kết hợp: Corticoid (đặc biệt khi điều trị phối hợp với NSAID), thuốc độc tế bào
- Nguyên nhân ít gặp: Crohn, lymphoma, nhiễm trùng khác không phải *H. pylori*, các bệnh thâm nhiễm, tăng bạch cầu ái toan

# ĐIỀU TRỊ LDD-TT KHÁNG TRỊ

- Tiệt trừ *H. pylori* nếu có và cần phải kiểm tra lại hiệu quả điều trị tiệt trừ.
- Tránh dùng NSAID và tránh hút thuốc lá.
- Dùng PPI liều tiêu chuẩn x 2 lần / ngày trong 12 tuần.
- Nên được điều trị ức chế tiết axít lâu dài sau khi lành.

# PHÒNG NGỪA TIỀN PHÁT

## Đánh giá mức độ nguy cơ LDD-TT do NSAID

### **Nguy cơ cao**

1. Tiền căn loét dạ dày – tá tràng có biến chứng
2. Có  $\geq 3$  yếu tố nguy cơ (ở phần nguy cơ trung bình)

### **Nguy cơ trung bình:** có 1 – 2 yếu tố nguy cơ sau:

1. Tuổi  $> 65$
2. Tiền căn LDD-TT nhưng không biến chứng
3. NSAID cần dùng liều cao
4. Dùng phối hợp với các thuốc sau: Aspirin (ngay cả ở liều thấp), corticoid, kháng đông

### **Nguy cơ thấp:** không có yếu tố nguy cơ nào kể trên

# **PHÒNG NGỪA TIỀN PHÁT LDD-TT Ở BỆNH NHÂN DÙNG NSAID**

- Ngưng dùng NSAID.
- Đổi sang nhóm thuốc khác không gây tổn thương DDTT.
- Liều thấp nhất có thể và điều trị dự phòng loét song song bằng PPI.
- NSAID ức chế chọn lọc COX2.
- Điều trị phối hợp NSAID chọn lọc COX2 và PPI (tối ưu).

# Đối với bệnh nhân cần dùng NSAID và Aspirin để phòng ngừa nguy cơ tim mạch

Nguy cơ tiêu hóa				
		Thấp	Trung bình	Cao
Nguy cơ tim mạch	Thấp	NSAID ít gây loét và chi phí thấp nhất	NSAID + PPI / Misoprostol	Tránh dùng nếu có thể Nếu cần dùng: Chọn lọc COX2 + PPI / Misoprostol
	Cao*	Naproxen + PPI / Misoprostol		Tránh dùng NSAID (kể cả chọn lọc COX2)

(\*Nguy cơ tim mạch cao: được định nghĩa là các bệnh nhân cần phải dùng Aspirin liều thấp để phòng ngừa biến chứng tim mạch)



# NHIỄM *H. PYLORI* VÀ NSAID

- Nên xét nghiệm *H. pylori* ở bệnh nhân đã dùng NSAID hoặc aspirin có tiền căn LDD-TT trước đó.
- Tiệt trừ *H. pylori* phối hợp với PPI ở những *bệnh nhân dùng NSAID, aspirin kể cả liều thấp và có kèm tiền căn bị xuất huyết tiêu hóa do LDD-TT.*

# PHÒNG NGỪA THỨ PHÁT

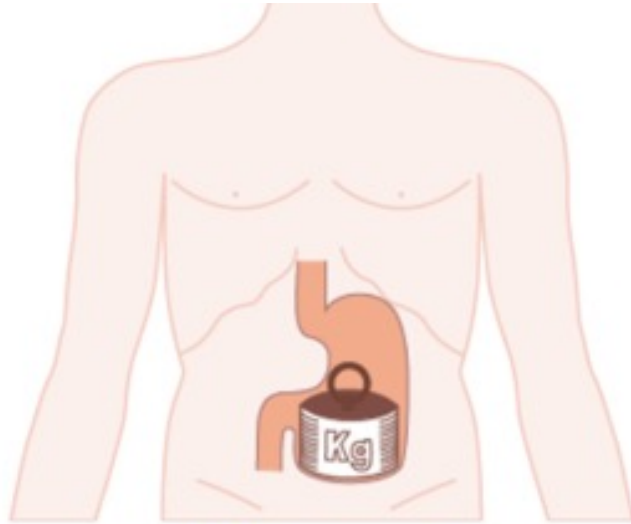
## Chỉ định duy trì PPI sau khi đã điều trị lành loét

- Loét không do *H. pylori* và không do NSAID
- Không tiết trừ *H. pylori* thành công
- Loét  $\geq 2$  cm và tuổi  $> 50$  hoặc có nhiều bệnh lý phối hợp
- Loét kháng trị (theo định nghĩa ở trên)
- Còn tiếp tục cần điều trị với NSAID
- Loét tái phát thường xuyên ( $> 2$  lần / năm)

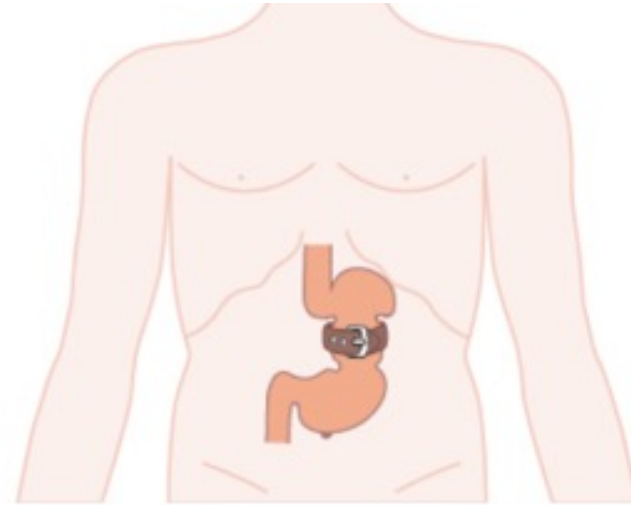
# KHÓ TIÊU CHỨC NĂNG

- Có  $\geq 1$  triệu chứng khó chịu sau đây (kéo dài  $\geq 3$  tháng và triệu chứng khởi phát ít nhất 6 tháng trước khi chẩn đoán)
  - Đầy bụng sau ăn
  - Ăn nhanh no
  - Đau thượng vị
  - Nóng rát thượng vị
- Và không có bằng chứng của bệnh thực thể (bao gồm nội soi tiêu hóa trên) có thể giải thích các triệu chứng khó chịu.

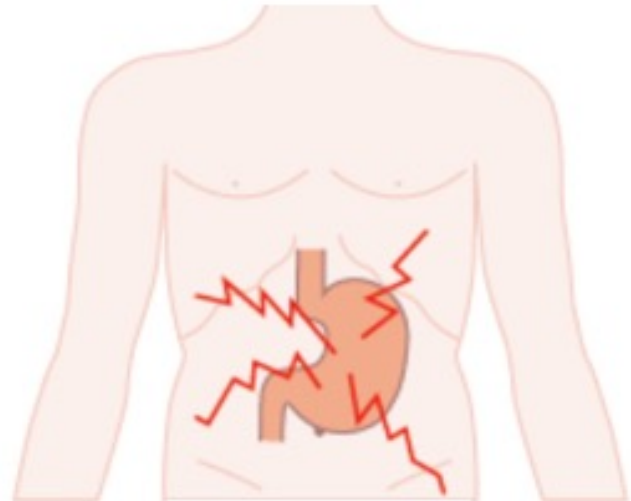
# KHÓ TIÊU CHỨC NĂNG



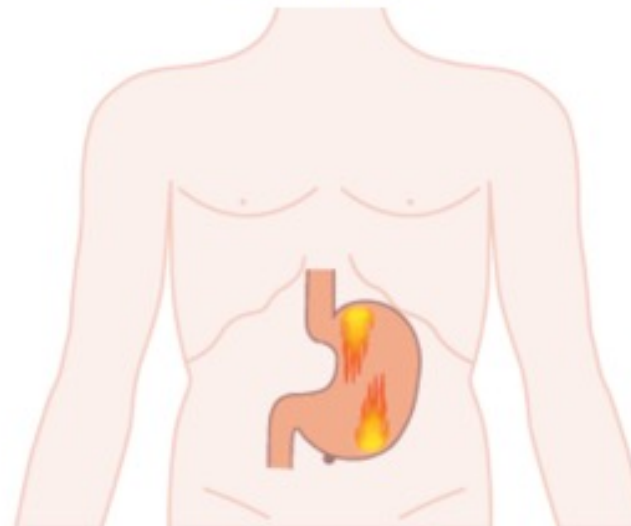
Đầy bụng sau ăn



Ăn nhanh no



Đau thượng vị



Nóng rát thượng vị

# HỘI CHỨNG KHÓ CHỊU SAU ĂN

- Tiêu chuẩn chẩn đoán phải có 1 hoặc cả 2 triệu chứng (đầy bụng sau ăn, ăn nhanh no) **ít nhất 3 ngày/tuần.**
- Và không kèm với các tình trạng bệnh thực thể, bệnh hệ thống hoặc chuyển hóa có thể giải thích được triệu chứng (bao gồm nội soi tiêu hóa trên).

# HỘI CHỨNG ĐAU THƯƠNG VỊ

- Tiêu chuẩn chẩn đoán phải có 1 hoặc cả 2 triệu chứng (đau thương vị, nóng rát thương vị) **ít nhất 1 ngày/tuần**.
- Và **không** kèm với các tình trạng bệnh thực thể, bệnh hệ thống hoặc chuyển hóa có thể giải thích được triệu chứng (bao gồm nội soi tiêu hóa trên).

# TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ

- Xét nghiệm *H. pylori* và điều trị
- PPI
  - Bệnh nhân có hội chứng đau thượng vị.
  - PPI ở liều thấp và liều chuẩn có hiệu quả tương tự.
  - Không nên dùng PPI kéo dài.
  - Xem xét ngừng PPI sau mỗi 6 đến 12 tháng.
- Thuốc trợ vận động (Prokinetics)

# ĐIỀU TRỊ KHÁC

- Thuốc điều hòa thần kinh

- Bệnh nhân KTCN có triệu chứng không cải thiện sau 8 tuần điều trị PPI
- Bệnh nhân có đáp ứng lâm sàng một phần với PPI

- Tâm lý trị liệu

Bao gồm liệu pháp thư giãn và thôi miên, tâm lý trị liệu và liệu pháp nhận thức – hành vi.

- Thuốc giãn phình vị



# ĐIỀU TRỊ KHÁC

- Các thuốc giảm đau trung ương
  - Carbamazepine, tramadol hoặc pregabalin
  - Pregabalin có hiệu quả trong điều trị cả triệu chứng lo âu và tiêu hóa.
- Thay đổi chế độ ăn uống
  - Dữ liệu hạn chế.
  - Một số loại thực phẩm có thể liên quan KTCN nên tránh (lúa mì, chất béo và caffeine).

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quách Trọng Đức, Trần Kiều Miên. Điều trị loét dạ dày tá tràng. Điều trị học nội khoa. Tái bản lần 2. Nhà xuất bản Y học. 2012: 209 – 224.
2. Christopher J. Black, Lesley A. Houghton, Alexander C. Ford. Insights into the evaluation and management of dyspepsia: recent developments and new guidelines. Ther Adv Gastroenterol 2018; 11: 1 – 17.
3. George F Longstreth, Brian E Lacy. Functional dyspepsia in adults. Uptodate 2020.
4. Iwakiri K *et al*. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2015 J Gastroenterol 2016; 51(8): 751 – 767.
5. Jan Tack. Dyspepsia. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10<sup>th</sup> Edition. Elsevier. 2016: 194 – 206.e4.
6. Joel E. Richter, Frank K. Friedenberg. Gastroesophageal Reflux Disease. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10<sup>th</sup> Edition. Elsevier. 2016: 733 – 754.e8.
7. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C *et al*. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut 2016; 0: 1 – 25.
8. Nicholas J Talley, Thomas Goodsall, Michael Potter. Functional dyspepsia. Aust Prescr 2017; 40: 209 – 213.
9. Nimish B Vakil. Peptic ulcer disease: Treatment and secondary prevention. Uptodate 2020.
10. Peter J Kahrilas. Medical management of gastroesophageal reflux disease in adults. Uptodate 2020.
11. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. GERD: Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease 2015.