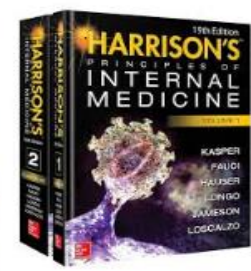




TẬP BÀI GIẢNG BỆNH LÝ HỌC PTH 350



LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

Mục tiêu học tập: Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được cơ chế bệnh sinh của bệnh loét dạ dày – tá tràng.
2. Mô tả được các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm có giá trị chẩn đoán bệnh loét dạ dày – tá tràng.
3. Mô tả được bốn biến chứng chủ yếu của bệnh và chỉ định điều trị ngoại khoa bệnh loét dạ dày – tá tràng.
4. Nêu được mục đích điều trị, tên các nhóm thuốc chính và hướng điều trị loét dạ dày – tá tràng.

Nội dung

1. Định nghĩa, nguyên nhân, bệnh sinh
2. Triệu chứng
 - 2.1. Loét dạ dày
 - 2.2 Loét hành tá tràng
3. Biến chứng
4. Điều trị
 - 4.1 Mục đích điều trị
 - 4.2 Chế độ ăn uống và sinh hoạt
 - 4.3 Các thuốc điều trị loét dạ dày – tá tràng
 - 4.4 Chỉ định điều trị ngoại khoa

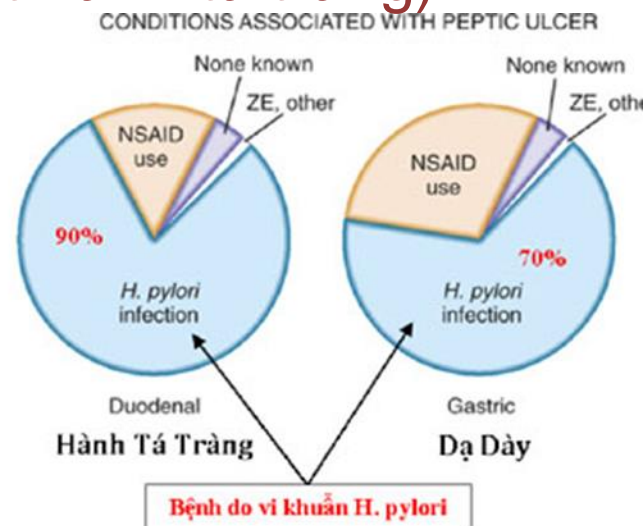
1. Định nghĩa, nguyên nhân và bệnh sinh

1.1 Định nghĩa

Loét dạ dày tá tràng (Peptic ulcer) là một bệnh mạn tính, diễn biến có tính chu kỳ. tổn thương là những ổ loét niêm mạc dạ dày-tá tràng, ổ loét này có thể xâm lấn sâu hơn qua lớp dưới niêm mạc; vị trí ổ loét ở dạ dày (loét dạ dày) hoặc ở hành tá tràng (loét hành tá tràng).

Có khoảng 10-15% dân chúng trên thế giới bị bệnh LDDTT.

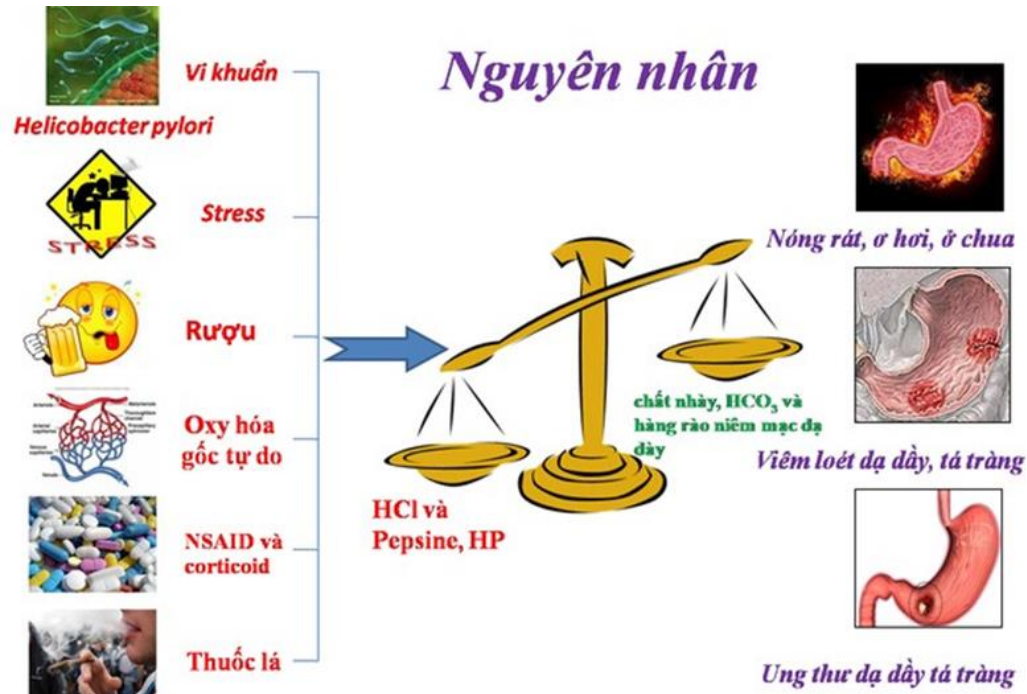
Ở Anh và ở Úc là 5, 2-9, 9%, ở Mỹ là 5-10%.



TỈ LỆ CỦA NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH LOÉT

1.2 Nguyên nhân và bệnh sinh

Cho đến nay cơ chế sinh bệnh của loét dạ dày-hành tá tràng vẫn chưa thật rõ ràng, có nhiều yếu tố liên quan, mọi quá trình làm yếu tố tấn công tăng lên mà không có sự củng cố đúng mức của yếu tố bảo vệ hoặc yếu tố bảo vệ giảm sút đều có thể dẫn đến loét dạ dày-hành tá tràng.



1.2.1 Vai trò của acid và pepsin dịch vị

Pepsine: làm tiêu hủy chất nhầy và collagen...

Sự phân tán ngược của ion H^+ : khởi phát loét...

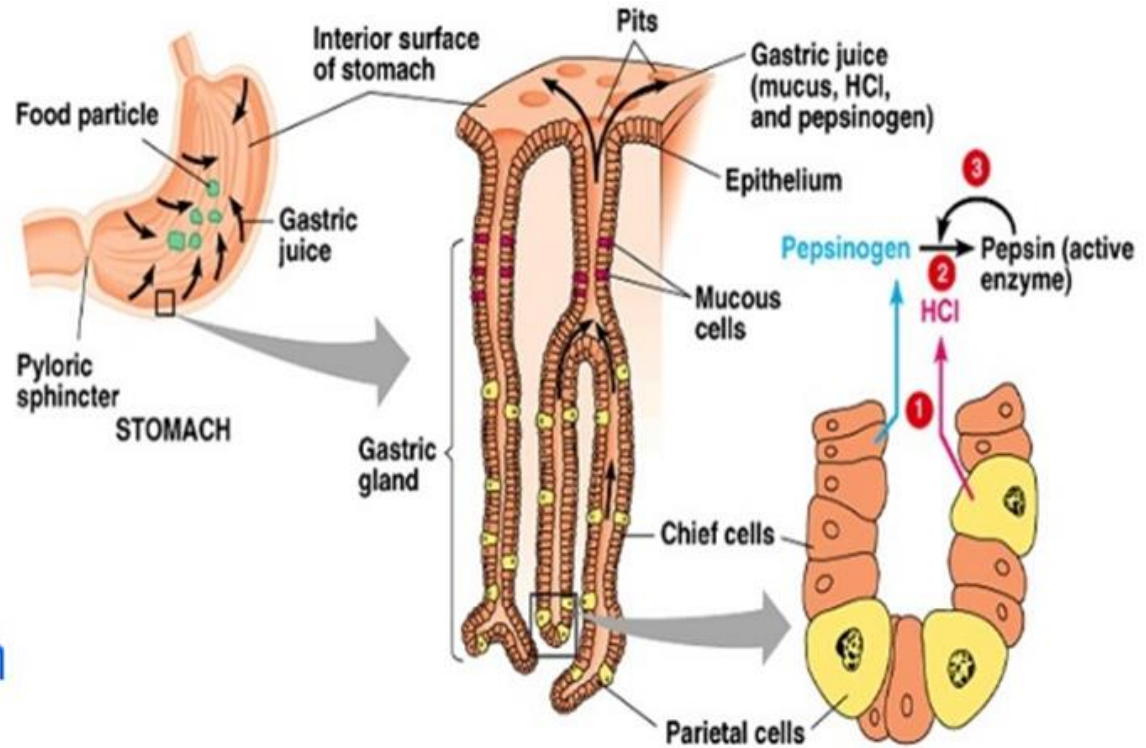
Yếu tố bảo vệ của niêm mạc dạ dày:

- + Hàng rào niêm dịch: để chống lại sự tấn công của ion H^+ , yếu tố chính là lớp niêm dịch giàu bicarbonate.
- + Lớp niêm mạc dạ dày: tiết ra glycoproteines, lipides và bicarbonate, chúng có khả năng loại bỏ sự đi vào bào tương của ion H^+ .
- + Lớp lamina propria: phụ trách chức năng điều hòa. Oxy và bicarbonate được cung cấp trực tiếp cho hạ niêm mạc giúp ngăn chặn sự acid hóa trong thành dạ dày gây ra bởi ion H^+ .

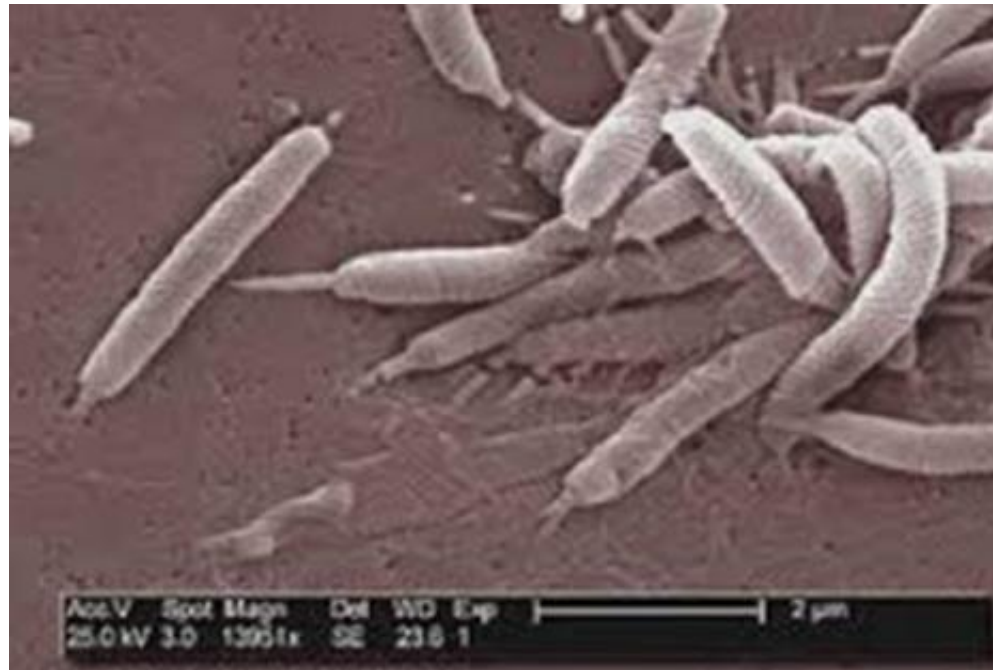
LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

Cấu tạo lớp niêm mạc dạ dày

- Tế bào chủ tiết enzym
- Tế bào vách tiết HCl
- Tế bào phụ tiết niêm dịch



1.2.2 Vai trò của *Helicobacter Pylori* (HP): đã được Marshall và Warren phát hiện năm 1983, HP gây viêm dạ dày mạn tính nhất là vùng hang vị (type B), và viêm tá tràng do dị sản niêm mạc dạ dày vào ruột non, rồi từ đó gây loét. 90% trường hợp loét dạ dày, và 95% trường hợp loét tá tràng có sự hiện diện HP nơi ổ loét.

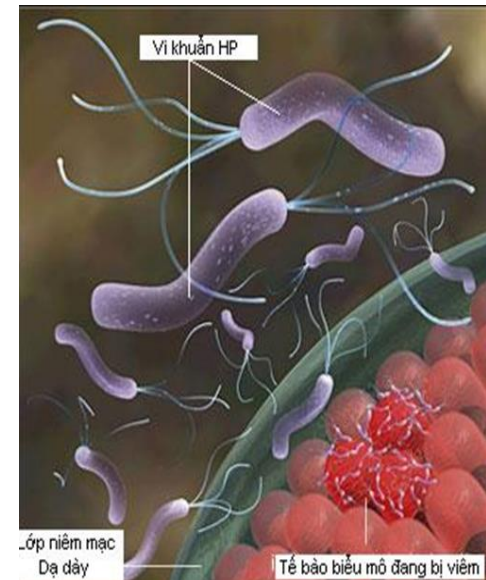


Vi Khuẩn H.P gây tổn thương niêm mạc dạ dày tá tràng đồng thời sản xuất ra amoniac làm môi trường tại chỗ bị acid để gây ra ổ loét.

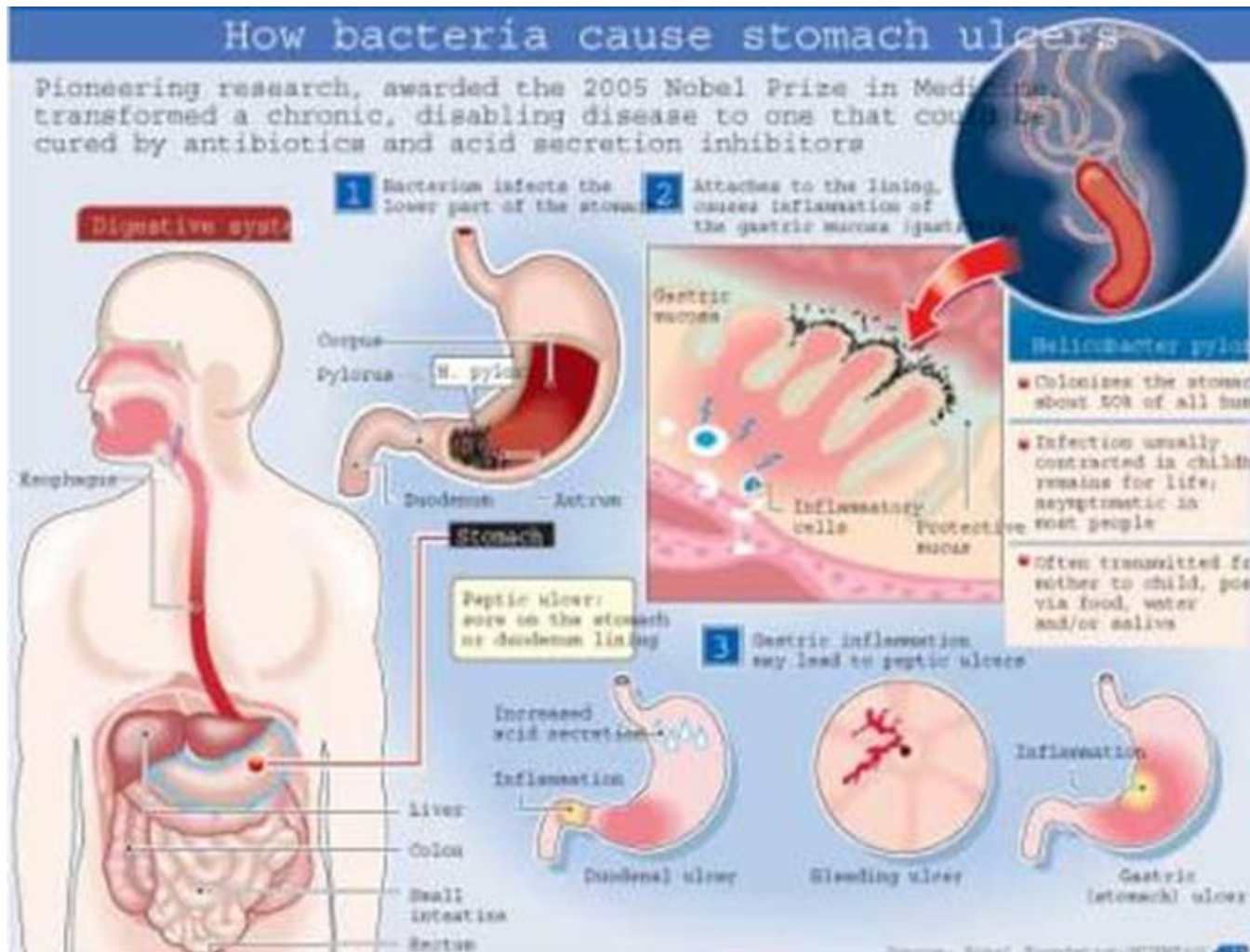
HP sản xuất men urease làm tổn thương niêm mạc dạ dày; nó cũng sản xuất ra proteine bề mặt, có hoá ứng động (+) với bạch cầu đa nhân trung tính và monocyte.

Nó còn tiết ra yếu tố hoạt hoá tiểu cầu, các chất tiền viêm, các chất superoxyde, interleukin 1 và TNF là những chất gây viêm và hoại tử tế bào.

HP còn sản xuất ra các men protease, phospholipase làm phá huỷ chất nhầy niêm mạc dạ dày.



LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG



1.2.3 Yếu tố tinh thần: Loét cũng thường xảy ra ở người có nhiều sang chấn tình cảm, hoặc trong giai đoạn căng thẳng tinh thần nghiêm trọng như trong chiến tranh.

1.2.4 Vai trò của hút thuốc lá: Loét dạ dày tá tràng thường gặp ở người hút thuốc lá, thuốc lá cũng làm xuất hiện các ổ loét mới và làm chậm sự lành sẹo hoặc gây đề kháng với điều trị. Cơ chế gây loét của thuốc lá có thể do kích thích dây X, hủy niêm dịch do trào ngược tá tràng dạ dày hoặc do giảm tiết bicarbonate.

1.2.5 Vai trò của một số thuốc

- Aspirin: gây loét và chảy máu, gặp ở dạ dày nhiều hơn tá tràng, do tác dụng tại chỗ và toàn thân. Trong dạ dày pH acide, làm cho nó không phân ly và hòa tan được với mỡ, nên xuyên qua lớp nhầy và ăn mòn niêm mạc gây loét.

Aspirin ức chế Prostaglandin, làm cản trở sự đổi mới tế bào niêm mạc và ức chế sự sản xuất nhầy ở dạ dày và tá tràng.

- Nhóm kháng viêm nonsteroid: gây loét và chảy máu tương tự như Aspirin nhưng không gây ăn mòn tại chỗ.
- Corticoide: không gây loét trực tiếp, vì chỉ làm ngăn chặn sự tổng hợp Prostaglandin, nên chỉ làm bộc phát lại các ổ loét cũ, hoặc ở người có sẵn tổ tính loét.

1.2.6 Yếu tố di truyền:

Cho rằng loét tá tràng có tổ tính di truyền, tần suất cao ở một số gia đình và loét đồng thời xảy ra ở 2 anh em sinh đôi đồng noãn, hơn là dị noãn.

1.2.7 Yếu tố ăn uống:

Đó là sự làm vơi dạ dày và sự trào ngược của tá tràng dạ dày. Trong loét tá tràng có sự làm vơi dạ dày quá nhanh làm tăng lượng acid tới tá tràng. Ngược lại trong loét dạ dày sự làm vơi dạ dày quá chậm, gây ứ trệ acide ở dạ dày.

Yếu tố tiết thực: không loại trừ loét phân bố theo địa dư là có sự đóng góp của thói quen về ăn uống. Như ở Bắc Án ăn nhiều lúa mì loét ít hơn ở miền Nam ăn toàn gạo. Thật vậy nước bọt chứa nhiều yếu tố tăng trưởng thượng bì làm giảm loét. Caféine và calcium là những chất gây tiết acide; rượu gây tổn thương niêm mạc dạ dày.

2. Triệu chứng

2.1. Loét dạ dày

2.1.1. Triệu chứng: đau là triệu chứng chính có nhiều tính chất.

- Đau từng đợt mỗi đợt kéo dài 2 - 8 tuần cách nhau vài tháng đến vài năm.

- Đau gia tăng theo mùa nhất là vào mùa đông tạo nên tính chu kỳ của bệnh loét. Tuy nhiên các biểu hiện lâm sàng của viêm vùng hang vị xảy ra trước loét có thể làm mất tính chu kỳ này.

- Đau liên hệ đến bữa ăn, sau ăn 30 phút - 2 giờ; thường đau nhiều sau bữa ăn trưa và tối hơn là bữa ăn sáng.

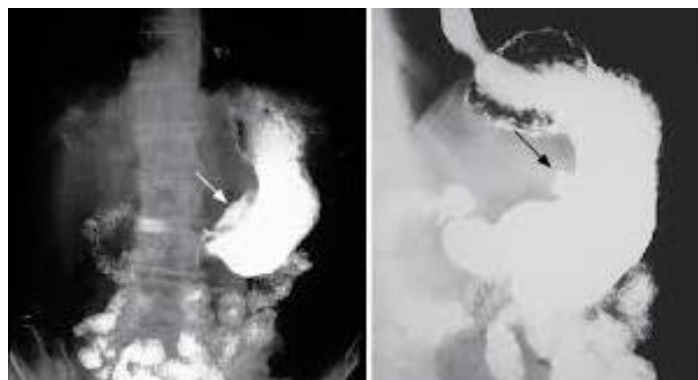
- Đau kiểu quặn tức, đau đôi khi hơn là đau kiểu rát bỏng.
- Đau được làm dịu bởi thuốc kháng toan hoặc thức ăn, nhưng khi có viêm kèm theo thì không đỡ hoặc có thể làm đau thêm.
- Vị trí đau thường là vùng thượng vị.
- Nếu ổ loét nằm ở mặt sau thì có thể đau lan ra sau lưng.
- Ngoài ra có thể đau ở bất kỳ chỗ nào trên bụng.
- Một số trường hợp loét không có triệu chứng và được phát hiện khi có biến chứng.

2.1.2. Xét nghiệm:

Các xét nghiệm sinh hóa ít có giá trị trong chẩn đoán:

- Lưu lượng dịch vị cơ bản thấp (BAO)
- Lưu lượng sau kích thích (MAO) bình thường hoặc giảm trong loét loại 1. Trong loét loại 2 và 3 sự tiết dịch vị bình thường hoặc tăng. Trong loét dạ dày kèm vô toan cần nghĩ đến ung thư.

- Chụp phim dạ dày baryte và nhất là nội soi cho thấy có hình ảnh ổ loét thường nằm ở hang vị, góc bờ cong nhỏ, đôi khi thấy ở thân dạ dày hay tiền môn vị.



Đồng thời có thể sinh thiết ổ loét để xét nghiệm mô bệnh học và tìm HP.

2.2. Loét tá tràng:

Xảy ra ở người lớn với mọi lứa tuổi. Tuy nhiên, nhìn chung nó xảy ra trước 60 tuổi.

Nam = 2 nữ và thường có yếu tố gia đình.

2.2.1. Triệu chứng:

Đau là đặc trưng của loét tá tràng thường rõ hơn loét dạ dày, vì ở đây không có viêm phổi hợp.

Các đợt bộc phát rất rõ ràng.

Chu kỳ đau: đau xuất hiện từng đợt, mỗi đợt từ vài tuần tới vài tháng, đợt đau thường xuất hiện vào mùa rét hoặc khi thay đổi thời tiết.

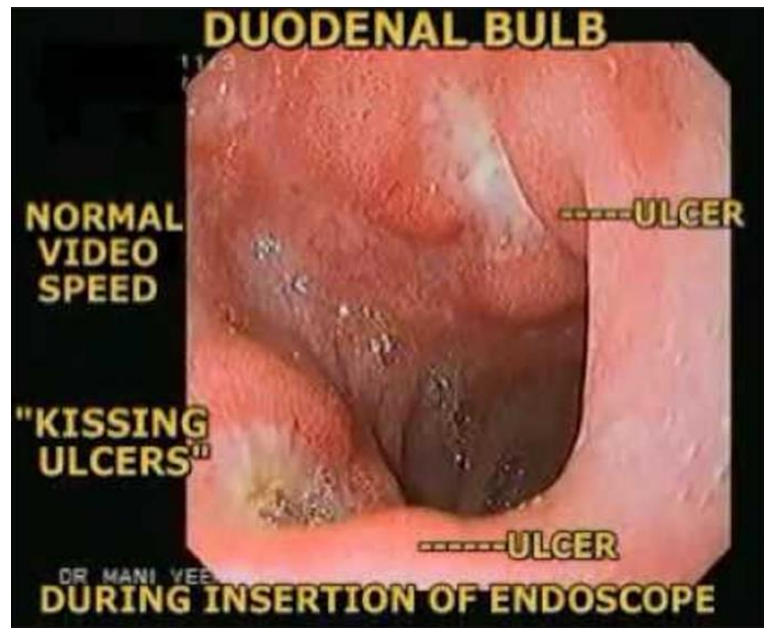
Giữa các kì đau, thường không có triệu chứng nào cả.

- Nhịp điệu đau: Đau theo giờ nhất định trong ngày, thường xuất hiện 2 – 4 giờ sau ăn, hoặc đau vào đêm khuya 1 – 2 giờ sáng.
- Đau đói và đau kiểu quặn thắt nhiều hơn là đau kiểu nóng ran.
- Đau ở thượng vị lan ra sau lưng về phía bên phải (1/3 trường hợp).
- Có khoảng 10% trường hợp không đau, được phát hiện loét dạ dày chỉ qua nội soi hoặc do biến chứng.
- Khoảng 10% trường hợp loét đã lành sẹo nhưng vẫn còn thấy đau.

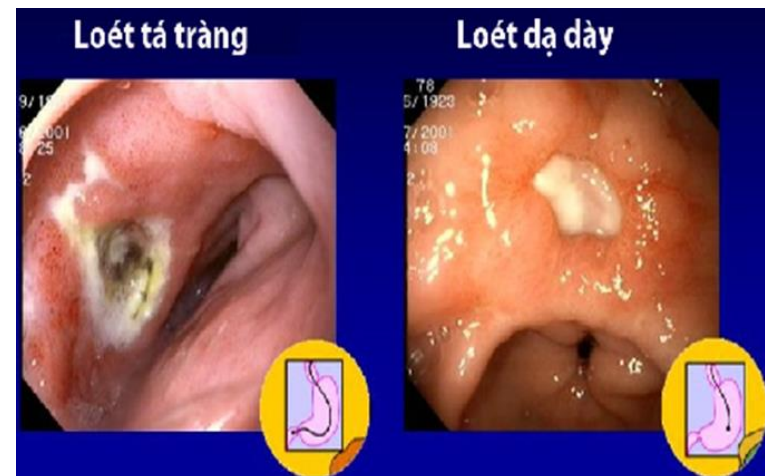


2.2.2. Xét nghiệm:

-Trên 90% loét nằm ở mặt trước hoặc mặt sau của hành tá tràng cách môn vị 2 cm. Đôi khi 2 ổ loét đối diện gọi là “Kissing ulcers”. Nội soi cho hình ảnh loét tròn, là hay gặp nhất, loét không đều, loét dọc và loét hình mặt cắt khúc dồi ý “salami” ít gặp hơn.



- Sự tiết acid dạ dày thường cao bất thường.
- Nội soi và phim baryte, cho thấy ổ động thuốc thường nằm theo trục của môn vị ở trên hai mặt hoặc hình ảnh hành tá tràng bị biến dạng. Nội soi có thể nhận ra dễ dàng ổ loét do đáy màu xám sẫm được phủ một lớp fibrin, đôi khi được che đậy bởi các nếp niêm mạc bị sưng phù, các loét dọc khó phân biệt với một ổ loét đang lành sẹo...
- Định lượng acid và gastrin được chỉ định nếu nghi ngờ 1 sự tiết bất thường do u gastrin, một sự phì đại vùng hang vị, cường phó giáp hoặc suy thận.



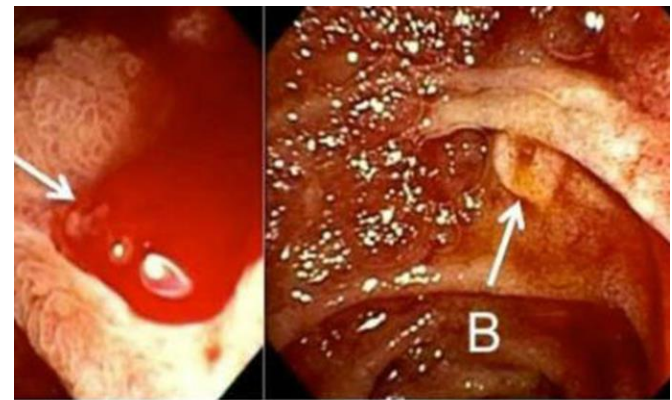
3. Biến chứng

Thường gặp là chảy máu, thủng, xơ teo gây hẹp, thủng bít hay tự do, loét sâu kèm viêm quanh tạng, đặt biệt loét dạ dày lâu ngày có thể ung thư hóa.

3.1. Chảy máu:

Thường gặp nhất nhưng khó đánh giá tần số chính xác. Khoảng 15-20% bệnh nhân loét có một hoặc nhiều lần chảy máu; loét tá tràng thường chảy máu (17%) so với dạ dày (12%), người già chảy máu nhiều hơn người trẻ.

Biến chứng chảy máu thường xảy ra trong đợt loét tiến triển nhưng cũng có thể là dấu hiệu đầu tiên.



Xuất huyết dạ dày do rượu

3.2. Thủng:

Loét ăn sâu vào thành dạ dày hay tá tràng có thể gây thủng. Đây là biến chứng thứ nhì sau chảy máu (6%), đàn ông nhiều hơn phụ nữ.

Loét mặt trước hoặc bờ cong nhỏ thì thủng vào khoang phúc mạc lớn, loét mặt sau thì thủng vào cơ quan kế cận hoặc hậu cung mạc nối.

Triệu chứng: thường khởi đầu bằng cơn đau dữ dội kiểu dao đâm đó là dấu viêm phúc mạc và nhiễm trùng nhiễm độc.

Chụp phim bụng không sửa soạn hoặc siêu âm có liềm hơi dưới cơ hoành nhất là bên phải.



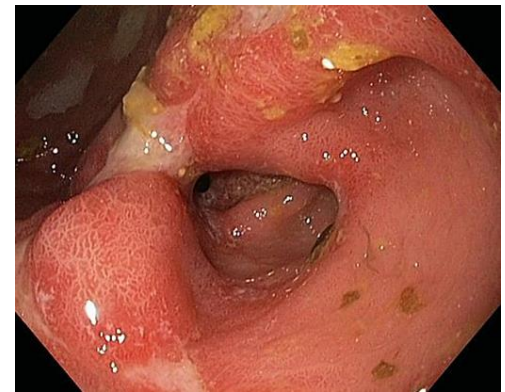
3.3. Hẹp môn vị:

Thường gặp nhất khi ổ loét nằm gần môn vị. Gây ra do loét dạ dày hoặc tá tràng hoặc phản ứng co thắt môn vị trong loét dạ dày nằm gần môn vị, hẹp có thể do viêm phù nề môn vị.

- Triệu chứng: Nặng bụng sau ăn. Mửa ra thức ăn củ > 24 giờ. Dấu óc ách dạ dày lúc đói và dấu Bouveret. Gầy và dấu mất nước.

- Chẩn đoán hẹp môn vị bằng:

- + Thông dạ dày có dịch ứ >100ml.
- + Phim baryte dạ dày còn tồn đọng baryte >6giờ.
- + Phim nhấp nháy, chậm làm vơi dạ dày > 6 giờ khi thức ăn có đánh dấu Technium 99.

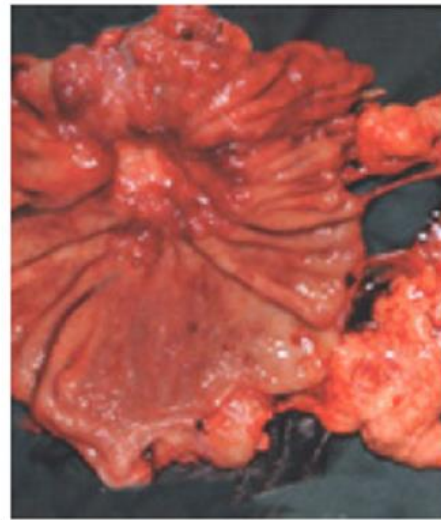


3.4. Loét ung thư hóa:

Tỉ lệ loét ung thư hóa thấp 5-10%, và thời gian loét kéo dài >10 năm. Hiện nay người ta thấy rằng viêm mạn hang vị nhất là thể teo, thường đưa đến ung thư hóa nhiều hơn (30 %), còn loét tá tràng rất hiếm khi bị ung thư hóa.



**Loét dạ dày
lành tính.**



**Ung thư dạ dày
dạng loét.**

4. Điều trị

4.1 Mục đích điều trị

- Giảm yếu tố gây loét dựa trên bệnh căn của từng bệnh nhân.
- Tăng cường yếu tố bảo vệ và tái tạo niêm mạc
- Diệt trừ H.pylory bằng kháng sinh và thuốc diệt khuẩn.

10 THỰC PHẨM
TỐT NHẤT
CHO NGƯỜI
VIÊM LOÉT DẠ DÀY

Đặc Trị Viêm Đại Tr tràng
Cấp và Mãn Tính



PHONG LIỄU
TRÀNG VỊ KHANG



MẬT ONG



SỮA CHUA



CHUỐI



TRÁI CÂY KHÔNG MÚI



PHO MÁT



MÍA



KHOAI TÂY



TỎI



BẮP CẢI



GẠO NÂU

4.2 Chế độ ăn uống và sinh hoạt làm giảm tiết dịch vị

- Chế độ ăn uống và nghỉ ngơi:
 - Nghỉ ngơi cả thể xác và nhất là tinh thần trong giai đoạn có đợt đau loét.
 - Trong giai đoạn loét tiến triển cần ăn chế độ ăn lỏng và thức ăn kiềm tính như cháo sữa, tránh các thức ăn kích thích cay nóng như tiêu ớt. Cữ bia rượu và nhất là thuốc lá vì làm chậm lành sẹo và dễ gây loét tái phát.
 - Thực tế hiện nay đã chứng minh thức ăn ít quan trọng chỉ cần ăn đều tránh nhịn đói gây tăng tiết acide.
 - Ăn phụ ban đêm hoặc trước lúc đi ngủ gây tiết acide ban đêm, nên cần chống chỉ định.

- Thuốc lá đã được chứng minh có hại gây tăng tiết acide, chậm lành sẹo và làm tăng tái phát.
- Tâm lý liệu pháp: cần giải thích để bệnh nhân yên tâm và hợp tác trong điều trị. Nếu bệnh nhân quá lo lắng có thể cho thêm an thần: Diazepam, Tétrazépam, Chlodiazepate.

4.3 Các thuốc điều trị loét dạ dày – tá tràng

a. Thuốc trung hòa acid dịch vị:

- Các biệt dược thường là Maalox, Gelox, Alusi, Mylanta có thêm Siméticon là chất chống sùi bọt làm giảm hơi trong dạ dày,
- Trigel có phối hợp thêm chất làm giảm đau
- Phosphalugel được trình bày dưới dạng gel nên có tính chất bám niêm mạc và giữ lại trong dạ dày lâu hơn; liều dùng 3-4g/ngày.



b. Thuốc chống bài tiết HCl:

Là các thuốc làm giảm tiết acid dịch vị qua nhiều cơ chế khác nhau do kháng choline, kháng thụ thể H₂, kháng bơm proton của tế bào viền thành dạ dày & kháng gastrine.

- *Thuốc kháng choline:*

Pirenzepine & pirenzepine và Kháng H₂ biệt dược là Gastrozepine, Leblon.



- *Thuốc kháng H2:*

+ Thể hệ 2: Ranitidine (Raniplex, Azantac, Zantac, Histac, Lydin, Aciloc...).

+ Thể hệ 3: Famotidine (Pepcidine, Servipec, Pepcid, Quamatel, Pepdine).

+ Thể hệ thứ 4: Nizacid (Nizatidine).



- *Thuốc kháng bơm proton:*

- + Omeprazol (Mopral, Lomac, Omez, Losec).
- + Esomeprazole (Nexium).
- + Lanzorprazol (Lanzor, Ogasyl).
- + Pentoprazole (Inipomp).
- + Rabeprazole (Velox, Ramprazole).



- *Thuốc kháng Gastrin: Proglumide (Milide).*



c. *Thuốc bảo vệ niêm mạc*

- Carbénoxolone (Caved' s, Biogastrone).
- Bismuth (Peptobismol, Trymo, Dénol).
- Sucralfate (Ulcars, Kéal, venter, sulcrafar).
- Prostaglandine E2 (Cytotec, Minocytol)



d. *Thuốc diệt H.P*: chủ yếu là các kháng sinh:

- Nhóm lactamine như Pénicilline, Ampicilline, Amoxicilline, các Céphalosporines.
- Nhóm cycline: Tétracycline, Doxycycline.
- Nhóm macrolides: Erythromycine, Roxithromycine, Azithromycine, Clarithromycine, Levofloxacin.



- Nhóm Quinolone và nhóm imidazoles: Métronidazole, Tinidazole, Secnidazole...
- Nhóm Bisthmus: Như trymo, denol, Peptobismol.



Phác đồ điều trị đau dạ dày do vi khuẩn Hp mới cập nhật thống nhất bởi hội nghị Masstricht IV (2013).

Nội dung	Tỷ lệ diệt <i>H.pylori</i>	Ghi chú
Phác đồ 3 thuốc PPI: 1 viên/ngày, kết hợp với: Clarithromycin 500 mg/2 viên/ngày Amoxicillin 1 g/ngày Hoặc: PPI: 1 viên/ngày, kết hợp với: Clarithromycin 500 mg/2 viên/ngày Metronidazole 500 mg/2 viên/ngày Hoặc PPI: 1 viên/ngày, kết hợp với: Clarithromycin 500 mg/2 viên/ngày Metronidazole 500 mg/2 viên/ngày Dùng trong 7-14 ngày	73-86% 70-85%	Phác đồ này là phác đồ sử dụng đầu tay ở Mỹ và thời gian dùng ít nhất: 10 ngày Phác đồ này hay dùng cho những bệnh nhân khi có dị ứng với Penicillin
Phác đồ 4 thuốc Bismuth 525 mg/4 viên/ngày, kết hợp với: Metronidazole 250 mg x 4 viên/ngày Tetracycline 500 mg/4 viên/ngày PPI 40 mg/2 viên/ngày Hoặc: Ranitidin 150 mg/2 viên/ngày Dùng trong 10-14 ngày	75-90%	Phác đồ này thường là phác đồ kế tiếp khi sử dụng phác đồ 3 thuốc thất bại
Phác đồ 3 thuốc sử dụng Levofloxacin PPI: 2 viên/ngày, kết hợp với: Levofloxacin 500 mg x 2 viên/ngày Amoxicillin 1 g/ngày Dùng trong 10 ngày	60-80%	Phác đồ này thường là phác đồ kế tiếp hoặc là phác đồ cứu vãn.
Phác đồ kế tiếp PPI: 2 viên/ngày, kết hợp với: Amoxicillin 1 g/ngày . Dùng trong 5 ngày, sau đó tiếp tục dùng: PPI: 2 viên/ngày, kết hợp với: Clarithromycin 500 mg/2 viên/ngày Tinidazole 500 mg/2 viên/ngày Dùng trong 5 ngày.	83-98%	Phác đồ này cho hiệu quả diệt <i>H.pylori</i> cao trên 90%, do vậy được coi là phác đồ kế tiếp, hoặc cứu vãn, hoặc cũng có thể dùng ngay từ đầu.

4.4 Chỉ định điều trị ngoại khoa

- Chỉ định phẫu thuật tuyệt đối:
 - + loét biến chứng chảy máu cấp nặng không cầm máu được
 - + loét thủng , hẹp môn vị, ung thư hóa.
- Chỉ định tương đối:
 - + Chảy máu ổ loét tái phát nhiều lần nghi ngờ chảy tiếp.
 - + Bệnh nhân > 40 tuổi, đã điều trị nội khoa tích cực mà không đỡ, đau nhiều làm ảnh hưởng đến khả năng lao động và cuộc sống bình thường.

Tài liệu tham khảo chính

- 1.Đại học Duy Tân, (2016) Tập bài giảng Bệnh lý học.
- 2.Lê Thị Luyến, Lê Đình Vần, (2010) Bệnh học , Nhà xuất bản Y học.
- 3.Hoàng Thị Kim Huyền (2014), Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị. Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
- 4.Giáo trình Bệnh lý & Thuốc PTH 350
([http://www.nguyenphuchoc199.com/pth- 350](http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350)).
- 5.Các giáo trình về Bệnh học, Dược lý, Dược lâm sàng,...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Chọn câu đúng nhất ~ Loét dạ dày tá tràng, nguyên nhân hay gặp là do:
 - A. Stress
 - B. Thuốc lá
 - C. Di truyền
 - D. H.pylori
2. Chọn câu đúng nhất ~ Omeprazol là nhóm thuốc điều trị dạ dày thuộc nhóm :
 - A. Ức chế bơm H^+
 - B. Giảm tiết dịch
 - C. Kích thích tiết nhầy
 - D. Ức chế bơm proton
3. Chọn câu đúng nhất ~ chọn đúng thuốc trong nhóm thuốc chống bài tiết HCl trong bệnh loét dạ dày – tá tràng :
 - A. Pantoprazole
 - B. Zantac
 - C. Nizatidine
 - D. Clarithromycin

4. Chọn câu đúng nhất ~ chọn đúng thuốc trong nhóm thuốc bảo vệ niêm mạc trong điều trị loét dạ dày-tá tràng:

- A. Rabeprazole
- B. Maalox
- C. Metronidazole
- D. Ulcar

5. Chọn câu đúng nhất ~ chọn đúng thuốc trong nhóm thuốc diệt *Helicobacter Pylori* (HP) – thuốc có trong phác đồ cho hiệu quả diệt *H.pylori* cao trên 90% (có thể dùng ngay từ đầu):

- A. Levofloxacin
- B. Metronidazole
- C. Cytotec
- D. Timidazole

https://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/4._software_testing_chapter_gastrointestinal_diseases.rar

