1. **ĐẠI CƯƠNG**
* Loét dạ dày tá tràng là tổn thương bào mòn lõm xuống của niêm mạc dạ dày tá tràng xảy ra khi tế bào biểu mô không thể chống đỡ lại các tác động của acid và pepsin trong lòng dạ dày. Tổn thương này hiện diện ở cả niêm mạc dạ dày và tá tràng đôi khi xảy ra ở niêm mạc thực quản do trào ngược dịch dạ dày lên thực quản.
* Loét tá tràng thương gặp hơn loét dạ dày.
1. **NGUYÊN NHÂN**
	* Nhiễm HP.
	* NSAIDS & Salicylates.
	* Stress: Thường xảy ra ở các bệnh nhân hậu phẫu nặng, sau chấn thương đầu (loét cushing), phỏng nặng, rộng (loét curling), bệnh nhân thông khí cơ học trên 5 ngày, bệnh lý đông máu.
	* Các nguyên nhân ít gặp hơn như:
* Nhiễm siêu vi (cytomegalovirus, herpes simplex type 1…).
* Xạ trị, hóa trị (5 – FU).
* Gastrinoma.
* Một số thuốc: viên Kali uống, cocain có độ tinh khiết cao, Bisphosphonates trị loãng xương (như Alendronate, risedronate).
1. **CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Lâm sàng**

* Đau vùng thượng vị, kèm cảm giác nóng rát.
* Loét tá tràng thường đau trễ hơn sau ăn 2 – 4 giờ, đau lúc bụng đói, tối ngủ, thường giảm đau do thức ăn, sữa, Antacid. Có lúc đau nhiều hơn ban đêm từ 1 – 3 giờ sáng làm bệnh nhân phải thức dậy (1/2 số bệnh nhân loét tá tràng không có triệu chứng khi chưa có biện chứng).
* Loét dạ dày thường đau sớm hơn, sau ăn 5 – 15 phút, ít đau nhất hoặc không đau khi bụng trống một cách tự nhiên hoặc do bệnh nhân ói. Do đó hầu hết bệnh nhân loét dạ dày đều tránh ăn và sụt cân.
* Nôn ói, ói.
* Chán ăn, sụt cân
	+ Rối loạn tiêu hóa: Đầy hơi, khó tiêu, táo bón hoặc tiêu chảy.

**3.2. CẬN LÂM SÀNG**

* + Nội soi DDTT: giúp xác định chẩn đoán và điều trị (nhất là trường hợp có biến chứng xuất hiện).
	+ X Quang dạ dày khi bệnh nhân không thể nội soi dạ dày.
	+ Tìm HP.

\* Test trực tiếp: Phải ngưng kháng sinh, PPI, Bismuth ít nhất 2 tuần gồm:

+ Clo –Test từ mẫu sinh thiết niêm mạc qua nội soi.

+ Test hơi thở (C – urea).

+ Xác định mô học và cấy mẫu mô sinh thiết.

\* Test gián tiếp:

+ Tìm đáp ứng miễn dịch bởi ELISA (test huyết thanh nhanh).

+ Tìm kháng nguyên trong phân.

* + Test hơi thở có ích hơn test huyết thanh trong việc chẩn đoán diệt HP thất bại hoặc trường hợp tái nhiễm ở bệnh nhân đã điều trị HP từ trước.
	+ Test kháng nguyên trong phân có thể giúp chẩn đoán phân biệt trường hợp tái phát (có sự hiện diện kháng nguyên trong phân), với trường hợp đã từng nhiễm HP trong quá khứ (kháng nguyên không hiện diện trong phân).

 **3.3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

* + Khó tiêu chức năng (khó tiêu không do loét).
	+ GERD.
	+ Viêm tụy cấp.
	+ Bệnh lý đường mật.
	+ Suy mạch vành hoặc mạch máu mạc treo.
	+ U tân sinh ổ bụng (dạ dày, gan, tụy…).
	+ Liệt dạ dày (không tiêu kèm rối loạn vận động dạ dày).
	+ Các nguyên nhân làm chậm trống dạ dày thứ phát (bệnh lý TK tiểu đường, bệnh lý mô liên kết, do thuốc,…)

**3.4.** **BIẾN CHỨNG**

* + Chảy máu ổ loét.
	+ Thủng ổ loét: Thường gặp ở nam gấp 4 – 8 lần nữ.
	+ Tắc đường thoát dạ dày.
	+ Xâm lấn vào tụy.
1. **ĐIỀU TRỊ**

**4.1** **Mục đích**

- Giảm nhanh triệu chứng .

- Làm lành vết loét.

- Ngừa loét tái phát.

- Giảm biến chứng do loét.

* 1. **Điều trị nội**

***4.2.1 Thuốc kháng tiết***

**Kháng thụ thể H2:**

**-** Điều trị 8 tuần nếu loét tá tràng.

**-** Điều trị 12 tuần nếu loét dạ dày.

+ Cimetidine: 800mg tối ngủ hoặc 400mg x 3

+ Ranitidine : 300mg tối ngủ hoặc 150mg x 2

+ Nizatidine : 300mg tối ngủ hoặc 150mg x 2

+ Famotidine: 40mg tối ngủ hoặc 20mg x 2

**Ức chế bơm Proton (PPI):**

- Điều trị 4 tuần nếu loét tá tràng.

- Điều trị 8 tuần nếu loét dạ dày.

+ Omeprazole 20mg.

+ Lansoprazole 30mg.

+ Pantoprazole 40mg.

+ Rabeprazole 20mg.

+ Esoprazole 40mg.

***4.2.2 Kháng acid***

Có chứa hydroxyt nhôm hoặc Magne có tính trung hòa acid, băng niêm mạc dạ dày. 30ml x 4 – 6 lần/ngày.

***4.2.3 Protaglandins tổng hợp***

 Chống tiết tương đối yếu Misoprostol (Cytotec) 0,2mg x 2 lần/ngày thường dùng phòng ngừa loét trên bệnh nhân điều trị với NSAID.

***4.2.4 Tác nhân hoạt hóa bề mặt***

 Sucralfate (1g viên hoặc gói)

(1g x 4) hoặc (2g x 2) cách xa bữa ăn.

 Rebamipide (Mucosta) : 1v x 3 lần / ngày

**4.3 Điều trị diệt Helicobacter Pylori:** Thường hiệu quả nhất nếu phối hợp 3 thuốc thời gian điều trị kháng sinh 10 → 14 ngày.

***4.3.1 Lựa chọn đầu tiên***

Amoxillin 1g x 2 lần/ngày.

Clarithromycin 500mg x 2 lần/ngày.

PPI liều chuẩn x 2 lần/ngày.

***4.3.2 Nếu dị ứng với Penicilline hoặc kháng thuốc với nhóm 1***

 Pepti Bismol 524mg x 2 lần/ngày.

Metronidazole 250mg x 2 lần/ngày.

Tetracycline 500mg x 2 lần/ngày.

PPI hoặc Kháng H2 liều chuẩn x 2 lần/ngày.

***4.3.3 Kháng thuốc với nhóm 1 và không dung nạp với nhóm 2***

Levofloxacin 250mg x 2 lần/ngày.

 Amoxicillin 1g x 2 lần/ngày.

 PPI liều chuẩn 2 lần/ngày.

 Hoặc:

Rifabutin 300mg.

Amoxicillin 1g x 2 lần/ngày.

PPI liều chuẩn 2 lần/ngày.

PPI liều chuẩn: Omeprazole 20mg, Lansoprazole 30mg, Pantoprazole 40mg, Rabeprazole 20mg. Riêng Esoprazole 40mg liều 1 lần/ngày.

1. **PHÒNG BỆNH**
* Không hút thuốc lá, không uống rượu bia.
* Trên BN dùng NSAIDs , ức chế COX2 và aspirin, dùng PPI liều chuẩn 1 lần/ ngày buổi sáng.
* BN có bệnh tim mạch dùng clopidogrel nên kết hợp với Rabeprazole, pantoprazole (không ức chế men C2P19).
* Tái khám mỗi 4 tuần.