1. **ĐẠI CƯƠNG**

* Loét (ulcer) dạ dày – tá tràng (DD-TT) là các tổn thương ở lớp niêm mạc DDTT sâu vượt quá lớp cơ niêm và đến lớp dưới niêm mạc. Tổn thương trợt (erosions) dùng để chỉ các tổn thương mất chất nông hơn. Thuật ngữ bệnh loét tiêu hóa (peptic ulcer disease) được dùng chung bao gồm cả các trường hợp viêm trợt và loét DDTT.
* Viêm dạ dày là một định nghĩa mô bệnh học với sự thấm nhập của các tế bào viêm ở dạ dày. Không có mối liên quan chặt chẽ giữa tình trạng viêm dạ dày theo đúng định nghĩa với các triệu chứng lâm sàng. Trên thực tế, các trường hợp có triệu chứng lâm sàng gợi ý hội chứng DDTT và trên nội soi có hình ảnh viêm dạ dày nhưng không có kết quả xét nghiệm mô bệnh học tuy vẫn được gọi là viêm dạ dày nhưng không chính xác. Thuật ngữ thích hợp nhất trong các trường hợp này là chứng khó tiêu không do loét hoặc khó tiêu chức năng (xem thêm phác đồ điều trị khó tiêu không do loét).

1. **NGUYÊN NHÂN**

* Viêm loét DD-TT xảy ra khi có sự mất cân bằng giữa các yếu tố phá hủy niêm mạc (HCl, pepsin, acid mật, Helicobacter pylori, rượu …) với các yếu tố bảo vệ niêm mạc (chất nhầy, Bicarbonate, Prostaglandin, tầng chống thấm ...) mà tính trội thuộc về các yếu tố tấn công.
* Nguyên nhân sinh viêm loét thường gặp nhất là Helicobacter pylori (Hp) và các thuốc kháng viêm không steroid (Non Steroid Anti Inflammatory Drugs \_ NSAIDs).

1. **CHẨN ĐOÁN**
   1. **Chẩn đoán xác định**
2. **Lâm sàng**

* Đau thượng vị (80-90%)
* Các triệu chứng không chuyên biệt khác: khó tiêu, đầy hơi, chướng bụng, buồn nôn hoặc nôn.
* 30% trường hợp có thể không có triệu chứng (loét câm) và chỉ được phát hiện khi xảy ra biến chứng (thủng, xuất huyết tiêu hóa).
* Cần nhận diện các triệu chứng báo động để quyết định thăm dò sớm: xuất huyết tiêu hóa, nôn thức ăn cũ, thiếu máu, sụt cân không chủ ý, nuốt nghẹn, nuốt đau.

1. **Cận lâm sàng**

* Nội soi tiêu hóa trên là cận lâm sàng được ưu tiên ở bệnh nhân viêm loét DD-TT kết hợp Clo test tìm vi khuẩn HP trong dạ dày.
* Test hơi thở tìm HP: là test xác định nhiễm HP chính xác nhất trong các test không xâm lấn với độ nhạy và độ đặc hiệu là 95%.
* Mô bệnh học: nên sinh thiết các ổ loét ở dạ dày để loại trừ ung thư dạng loét.
  1. **Chẩn đoán phân biệt**
* Rối loạn tiêu hóa chức năng, GERD, Viêm tụy cấp, viêm túi mật cấp, nhồi máu cơ tim vùng hoành...

1. **ĐIỀU TRỊ**
   1. **. Nguyên tắc điều trị**

* Tái lập cân bằng giữa các yếu tố phá hủy và các yếu tố bảo vệ bằng cách
* Dùng thuốc ức chế HCl và loại bỏ các yếu tố tấn công phá hủy niêm mạc.
* Dùng các thuốc tăng cường các cơ chế bảo vệ niêm mạc.
* Điều trị nguyên nhân.
* Cần phối hợp các biện pháp điều chỉnh lối sống (chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, làm việc) và chế độ điều trị bằng thuốc.
* Mục tiêu điều trị bao gồm:
* Mục tiêu tức thời: làm giảm triệu chứng
* Mục tiêu ngắn hạn: làm lành tổn thương loét
* Mục tiêu dài hạn: phòng ngừa tái phát và biến chứng.
  1. **. Điều trị triệu chứng và điều trị lành loét**

1. **Chế độ ăn uống và sinh hoạt**

* Nên ăn nhiều bữa nhỏ trong ngày, không nên để quá đói hoặc quá no.
* Không ăn bữa cuối cùng gần giấc ngủ.
* Nên hạn chế thuốc lá và rượu bia.
* Tránh làm việc căng thẳng.
* Kiêng thức ăn nhiều gia vị, chua, cay.

1. **Thuốc giảm quá trình phá hủy**

* Nhóm thuốc kháng acid:
* Có tác dụng nhanh (15 phút) nhưng thời gian tác dụng ngắn (2-3giờ) và có tác dụng phụ tiêu chảy hoặc táo bón.
* Một số chế phẩm có thêm các thành phần phối hợp như attapulgite (attapulgite-antacid) có tác dụng che phủ bảo vệ, phối hợp với dimethicone (guaiazulene-dimethicone) có tác dụng chống đầy hơi... có thể sử dụng trong thời gian đầu vì lợi điểm làm giảm nhanh triệu chứng.
* Cách sử dụng: dùng trước bữa ăn 15 phút, hoặc sau ăn 1giờ, hoặc khi đau. Trung bình 3 lần / ngày.
* Nhóm kháng thụ thể H2 (AntiH2)
* Các dạng thông dụng là Ranitidine, Cimetidin …thời gian bắt đầu tác dụng chậm hơn antacid nhưng tác dụng dài hơn (5-7giờ).
* Cách sử dụng: Uống trước ăn 30 phút (dùng cách xa thuốc kháng acid 2 giờ) và trung bình uống 2 lần/ngày.
* Nhóm ức chế bơm Proton (PPI)
* Tác dụng chậm hơn kháng acid nhưng là thuốc ức chế bài tiết dài và mạnh nhất.
* Cách sử dụng: uống trước bữa ăn chính 30 phút và thường được dùng với liều tiêu chuẩn 1 lần / ngày (Omeprazole 20mg/ngày, Pantoprazole 40mg/ngày, Lansoprazole 30 mg/ngày, Rabeprazole 20mg/ngày, Esomeprazole 20 - 40mg/ngày)

1. **Thuốc tăng cường hệ thống bảo vệ niêm mạc**

* Sucrafate
* Thuốc có tác dụng nhanh (tạo lớp nhầy bọc niêm mạc) nhưng thời gian tác dụng ngắn và gây táo bón.
* Uống trước bữa ăn 15–30 phút. Liều trung bình 1000mg x 4 lần / ngày
* Rebamipide
* Thuốc có tác dụng kháng viêm tại chỗ trên niêm mạc ống tiêu hóa, đồng thời có vai trò kích thích sự bài tiết Protaglandine nội sinh tại niêm mạc dạ dày, nhờ đó thúc đẩy quá trình làm lành loét cũng như chất lượng lành loét DD-TT, đặc biệt là đối với các ổ loét có kích thước ≥ 2cm. Thuốc ít có tác dụng phụ.
* Thuốc được dùng trước hoặc sau bữa ăn. Liều 100mg x 3 lần/ngày.

1. **Thuốc điều trị triệu chứng**

* Thuốc giảm co thắt cơ trơn: Spasmaverine, Drotaverine, Trimebutine...
* Thuốc điều hòa vận động niêm mạc dạ dày: Domperidone.
  1. **Điều trị nguyên nhân**

1. **Helicobacter pylori (xem phần điều trị Helicobacter Pylori)**
2. **Thuốc kháng viêm không steroid:**

* Tốt nhất vẫn là ngưng điều trị bằng nhóm thuốc này và xem xét phương pháp điều trị thay thế.
* Trong trường hợp cần thiết phải dùng: nên sử dụng nhóm thuốc ức chế chọn lọc COX2 và/hoặc phối hợp thêm với các thuốc tác động trên quá trình cân bằng giữa các yếu tố phá hủy và bảo vệ (ức chế bơm proton, rebamipide).
  1. **Theo dõi bệnh nhân**
* Cần kiểm tra hiệu quả sau điều trị tiệt trừ H. pylori cho tất cả bệnh nhân
* Loét dạ dày và các trường hợp có tổn thương tiền ung thư (viêm dạ dày mạn teo, chuyển sản ruột, nghịch sản dạ dày) cần được kiểm tra lại bằng nội soi ± sinh thiết.
* Các trường hợp khác có thể kiểm tra bằng xét nghiệm không xâm lấn. Xét nghiệm hơi thở ( 13C và 14C) được ưu tiên chọn lựa. Không dùng xét nghiệm huyết thanh để kiểm tra hiệu quả tiệt trừ.
* Các trường hợp loét tá tràng không lành sau 8 tuần hoặc loét dạ dày không lành sau 12 tuần được xem là loét trơ. Nguyên nhân thường do không tuân thủ dùng thuốc, còn tiếp tục dùng NSAID, chưa tiệt trừ thành công H. pylori, hút thuốc lá, ung thư dạng loét hoặc loét do các bệnh hiếm như: u tiết gastrin, bệnh Crohn, amyloidosis, sarcoidosis, lao, viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan. Cần đánh giá lại lâm sàng và có thể cần nội soi sinh thiết để xác định lại chẩn đoán. Tăng liều PPI có thể giúp tăng tỉ lệ lành loét.
* Thời gian điều trị 4-8 tuần (cho viêm). Nếu loét dạ dày phải 8 tuần.

1. **TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

* Bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng không đáp ứng với điều trị thuốc uống:
* Đau quặn vùng thượng vị.
* Nôn ói nhiều thức ăn, có thể lẫn ít máu.
* Tổng trạng gầy, sụt cân, người mệt mỏi.

1. **TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG**

**6.1. Tiến triển:**

* Viêm loét dạ dày cấp tính thường diễn tiến tốt, có thể điều trị triệt để bằng các biện pháp phù hợp.
* Viêm loét dạ dày mạn tính khó điều trị khỏi hoàn toàn và có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm.

**6.2. Biến chứng**

* Xuất huyết tiêu hóa
* Thủng dạ dày
* Hẹp môn vị
* Ung thư dạ dày.

1. **PHÒNG BỆNH**

* Không hút thuốc lá, không uống rượu bia.
* Trên bệnh nhân dùng NSAID, ức chế COX-2 và aspirin: dùng PPI liều chuẩn 1 lần/ ngày.

1. **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

* Quách Trọng Đức, Trần Kiều Miên (2013). Điều trị loét dạ dày – tá tràng. Bệnh học nội khoa – Lê Thành Lý (2018). Viêm dạ dày mạn tính. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy- Nhà xuất bản y học TPHCM. Tr: 499- 503.
* Yamada T (2013). Acid peptic disorders. In: Yamada’s handbook of Gastroenterology. p232 – 240