Rối loạn tiêu hóa

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

NGUYÊN NHÂN KHÔNG ĐOẠN MẠCH — tim (cơ tim

nhồi máu), phổi (viêm phổi), gan mật (đau quặn mật), tụy (viêm tụy), đại tràng

(hội chứng ruột kích thích), cơ xương khớp,

thiếu chế độ ăn uống (kém hấp thu carbohydrate)

BỆNH ULCER PEPTIC (PUD, 10–20%) -

Helicobacter pylori, ASA / NSAID, ung thư

TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC — NSAID, ASA,

theophylline, thuốc chẹn kênh canxi, erythromycin, mtronidazole,
bisphosphonates, orlistat,

acarbose, sắt, bổ sung kali, colchicine, glucocorticoid

BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

(GERD, 20%)

★ AXIT ★

• tăng tiết axit — bệnh Zollinger – Ellison

• sử dụng rượu

• bệnh mô liên kết — xơ cứng bì

• nhiễm trùng thực quản — CMV, HSV, nấm candida

• chứng đau dạ dày do tiểu đường

• điều trị bằng thuốc

• hút thuốc

FUNCTIONAL DYSPEPSIA (50%) - cũng được gọi là

không loét hoặc vô căn. Đầy mãn tính sau ăn, no sớm, đau / nóng vùng thượng vị, không

nguyên nhân cấu trúc

SINH LÝ HỌC

KHIẾU NẠI CỦA PUD — thủng, xuất huyết, tắc nghẽn đường ra dạ dày, viêm tụy

KHIẾU NẠI CỦA GERD — viêm thực quản ăn mòn, hẹp thực quản, Barrett thực quản,

ung thư biểu mô tuyến thực quản. Ngoài thực quản

các biến chứng bao gồm hen suyễn, hít thở, mãn tính

ho, khàn giọng, viêm thanh quản mãn tính và nha khoa

sự ăn mòn

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

ĐỊNH NGHĨA TRIỆU CHỨNG

• khó tiêu - thượng vị mãn tính hoặc tái phát

đau, thường kèm theo nôn trớ, ợ chua,

đầy hơi, buồn nôn và no sau ăn

(khó tiêu)

• ợ chua - cảm giác nóng rát hậu môn

thứ phát đến cơ thắt thực quản dưới

thư giãn = cụ thể hơn cho GERD

CÁCH TIẾP CẬN THỰC TIỄN VỚI DYSPEPSIA

1. Xem xét các nguyên nhân không do dạ dày gây ra chứng khó tiêu

(tim, phổi, gan mật, đại tràng,

cơ xương khớp, thuốc [bao gồm

NSAID] và chế độ ăn kiêng) và điều tra những nguyên nhân đó nếu có thể. Nếu không, hãy tiếp tục

sang bước 2

2. Nếu tuổi ≥ 60 và các triệu chứng báo động ★ Rất

BAD ★ (Nôn [dai dẳng], Chảy máu / thiếu máu,

Khối lượng bụng / giảm cân [> 5% cơ thể

cân nặng trên 6-12 tháng], Chứng khó nuốt), tham khảo

để nội soi dạ dày đánh giá ung thư dạ dày.

Nếu không, hãy chuyển sang bước 3

3. Nếu tuổi <60, xét nghiệm và điều trị H. pylori (khuyến nghị xét nghiệm HP không xâm lấn); đối xử với

liệu pháp tăng gấp bốn lần nếu dương tính. Nếu không, hãy chuyển sang bước 4

4. Nếu tuổi <60 và HP âm tính, PPI theo kinh nghiệm

thử nghiệm trị liệu (một lần mỗi ngày-BID)

5. Ở những bệnh nhân không đáp ứng với việc loại bỏ HP hoặc

PPI, thử nghiệm liệu pháp prokinetic (cisapride,

metoclopramide, domperidone) hoặc ba vòng

liệu pháp chống trầm cảm

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

• phòng thí nghiệm — CBC, dung dịch kiềm, glucose, AST, ALT, ALP, bilirubin, lipase, Ca, albumin

• hình ảnh — loạt GI trên, Hoa Kỳ bắt cóc, Chụp cắt lớp vi tính

ĐẶC BIỆT

• kiểm tra hơi thở urê

• h. kháng nguyên phân pylori

• Theo dõi pH thực quản trong 24 giờ

• nội soi với sinh thiết — xét nghiệm urease nhanh, mô bệnh học hoặc C&S tìm H. pylori

SỰ QUẢN LÝ

BỆNH ULCER PEPTIC — tránh NSAID

sử dụng. Điều trị kháng tiết (omeprazole

20–40 mg PO mỗi ngày, lansoprazole 15–30 mg PO

hàng ngày, pantoprazole 40 mg PO mỗi ngày; 8 tuần

khóa học). Diệt trừ H. pylori: dòng đầu tiên

tùy chọn: ★ PAMC ★: PPI BID, amoxicillin 1 g PO

BID, metronidazole 250-500 mg PO BID, clarithromycin 500 mg PO BID × 14 ngày;

★ PBMT ★ nếu dị ứng penicillin: PPI BID, bismuth subsalicylate 524mg PO QID, metronidazole 250-500 mg PO QID, tetracycline 500 mg

PO QID × 14 ngày; dòng thứ hai: ★ PAL ★ PPI BID,

amoxicillin 1 g PO BID, levofloxacin 250 mg PO

BID × 14 ngày)

Rối loạn tiêu hóa

CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN KHÁC BIỆT (TIẾP THEO)

GERD — thay đổi lối sống (tránh cà phê,

rượu, sô cô la, bữa ăn nhiều chất béo, có tính axit hoặc

thức ăn cay. Các bữa ăn thường xuyên hơn / nhỏ hơn,

tập thể dục / giảm cân, cai thuốc lá, nâng cao

đầu giường). Điều trị kháng tiết (proton

thuốc ức chế bơm hiệu quả hơn thuốc chẹn H2

đối với bệnh viêm thực quản. Sử dụng thuốc kháng axit như một bước đột phá).

Nguồn gốc Nissen (tối ưu cho trào ngược điện lượng cao)

QUYỀN LỢI CỤ THỂ

GERD

• nguyên nhân — áp lực cơ thắt thực quản dưới

(béo phì, thư giãn thoáng qua của LES), giảm

nhu động thực quản, tăng tiết axit dạ dày, làm rỗng dạ dày chậm, giải phẫu

gián đoạn cơ thắt thực quản dưới (thoát vị gián đoạn)

• sinh lý bệnh - trào ngược chất trong dạ dày,

dẫn đến ợ chua, nôn trớ, khó nuốt, đau ngực, phức tạp do ăn mòn thực quản, hẹp thực quản, Barrett thực quản,

và ung thư biểu mô tuyến thực quản

• các đặc điểm lâm sàng — thực quản (ợ chua,

nôn trớ), ngoài thực quản (thở khò khè,

ho, viêm phổi, sặc nước, khàn giọng,

đau họng, ăn mòn răng)

• chẩn đoán — chẩn đoán lâm sàng và điều trị nếu

các triệu chứng kinh điển (≥2 / tuần). Loại trừ cái khác

nguyên nhân ở những bệnh nhân có các triệu chứng không cổ điển (nội soi ăn mòn thực quản, quy

đưa ra các chẩn đoán tiềm năng khác nếu không đáp ứng

để điều trị theo kinh nghiệm). Các xét nghiệm khác (pHimpedance) nếu chẩn đoán không chắc chắn, điều trị thất bại

NSAID-INDUCED GASTROPATHY

• sinh lý bệnh — NSAID ức chế COX-1 (tác dụng bảo vệ thông thường thông qua bài tiết chất nhầy, bài tiết bicarbonat, niêm mạc

tuần hoàn) và COX-2 (hoạt động gây viêm, cũng có trong thận). Độc hại trực tiếp

hiệu ứng vũ trụ → liên quan đến liều lượng nhưng thậm chí thấp

liều ASA có thể góp phần hình thành vết loét.

Yếu tố nguy cơ: tuổi> 65, loét dạ dày tá tràng trước đó

(đặc biệt nếu PUD gần đây hoặc phức tạp), nhiều NSAIDs / liều cao, glucocorticoid đồng thời hoặc liệu pháp chống đông máu

• phương pháp điều trị — dự phòng ban đầu bao gồm PPI,

misoprostol. Ở những bệnh nhân cần tiếp tục

NSAID, chiến lược phòng ngừa dựa trên nguy cơ tim mạch + GI: sử dụng ít gây loét nhất, thấp nhất

liều NSAID, kết hợp với PPI / misoprostol nếu

Yếu tố nguy cơ GI (như trên)

BARRETT ESOPHAGUS

• sinh lý bệnh - ợ chua kéo dài →

chuyển sản vảy ruột (bất thường

niêm mạc màu cá hồi kéo dài gần

≥1 cm từ ngã ba dạ dày thực quản) →

loạn sản cấp thấp → loạn sản cấp cao → ung thư biểu mô tuyến (thực quản / dạ dày). Nguy cơ tiến triển thành ung thư: KHÔNG CÓ

loạn sản (0,25%), loạn sản mức độ thấp (0,5%),

loạn sản cấp cao (4-8%)

• chẩn đoán — sàng lọc ở nam giới mãn tính (> 5

năm) và / hoặc thường xuyên (> hàng tuần) trào ngược và ≥2

các yếu tố nguy cơ (tuổi> 50, da trắng, béo phì trung tâm, hút thuốc hiện tại / quá khứ, người thân mức độ một

với BE hoặc ung thư biểu mô tuyến thực quản).

Sinh thiết niêm mạc để xác nhận chuyển sản /

loạn sản

• phương pháp điều trị — Liệu pháp PPI mỗi ngày một lần để điều trị bằng hóa chất. BE không loạn sản (theo dõi q3-5 năm); ĐƯỢC vô thời hạn đối với chứng loạn sản

(nội soi lặp lại trong 3-6 tháng sau khi axit

tối ưu hóa đàn áp); loạn sản mức độ thấp (cắt / cắt nội soi HOẶC theo dõi trong 12 tháng); loạn sản cấp cao

(đánh giá để cắt bỏ thực quản, nội soi

cắt bỏ niêm mạc, hoặc liệu pháp bóc tách)

GASTROPARESIS

• nguyên nhân — bệnh toàn thân (tiểu đường, suy giáp, xơ cứng bì), thuốc (kháng cholinergic

chất gây nghiện, chất gây nghiện, chất tương tự GLP-1), vô căn /

iatrogenic (phẫu thuật GI trước), sau virus

• sinh lý bệnh - suy giảm chức năng làm rỗng dạ dày do rối loạn chức năng thần kinh cơ

đơn vị → khó tiêu, đầy bụng, buồn nôn, nôn,

và giảm cân

• chẩn đoán — nghiên cứu làm rỗng dạ dày, bari

nuốt, nội soi dạ dày để loại trừ tắc nghẽn,

đường huyết

• phương pháp điều trị — bù dịch / điện giải,

hỗ trợ dinh dưỡng (cho ăn sau môn vị nếu

dinh dưỡng đường ruột cần thiết), tối ưu hóa đường huyết

điều khiển. Ưu tiên ăn uống và dinh dưỡng qua đường ruột: cho ăn thường xuyên, nhỏ, ít chất béo, ít chất xơ. Điều trị triệu chứng buồn nôn

Thuốc kích thích vận động (metoclopramide 10 mg PO

Bữa ăn TID ac, erythromycin 250 mg PO TID ac

bữa ăn, domperidone 10 mg PO QID,

prucalopride 1-2 mg uống mỗi ngày). Mạo hiểm

trường hợp nặng hoặc chịu lửa

VI KHUẨN HELICOBACTER PYLORI

• sinh lý bệnh - viêm mãn tính →

vai trò gây bệnh trong 50–80% trường hợp loét tá tràng,

40-60% loét dạ dày, 80% ung thư dạ dày (bao gồm cả ung thư biểu mô tuyến) và 90%

u lympho dạ dày

• chẩn đoán — chỉ định xét nghiệm (u lympho dạ dày, bệnh loét dạ dày tá tràng, ung thư dạ dày giai đoạn đầu, chứng khó tiêu trong <60 tuổi mà không báo động

các tính năng, ITP, thiếu sắt không giải thích được, trước

sử dụng NSAID mãn tính). Các xét nghiệm không xâm lấn (urê

xét nghiệm hơi thở [sens 90%, spc 95%], kháng nguyên phân HP [sens 94% spc 97%], huyết thanh học [sens 90%,

spc 80%]). UBT và kháng nguyên phân HP lý tưởng cho

xác nhận sự tiệt trừ (kiểm tra kháng sinh và

Liệu pháp PPI), huyết thanh học có giá trị hạn chế vì nó

xét nghiệm IgG cho thấy phơi nhiễm trước đó).

Các xét nghiệm xâm lấn (nội soi để nuôi cấy, đánh giá mô học, xét nghiệm urease nhanh)

• phương pháp điều trị — xem H. PYLORI ERADICATION ở trên