

BỆNH TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY - THỰC QUẢN

Sarah Burroughs, DO

CƠ BẢN

MÔ TẢ

- Những thay đổi của niêm mạc thực quản do trào ngược các chất trong dạ dày vào thực quản
- Thường được mô tả là "ợ nóng," "khó tiêu do axit," và "trào ngược axit"

DỊCH TỄ HỌC

Tỷ lệ mắc mới

Tỷ lệ mắc mới: 5/1.000 người-năm

Tỷ lệ hiện mắc

- 10–20% tại Hoa Kỳ
- GERD mạn tính là yếu tố nguy cơ của thực quản Barrett
- Nguy cơ ung thư biểu mô tuyến khi không có Barrett và không có loạn sản: 0,1–0,5% mỗi bệnh nhân-năm
- Nguy cơ ung thư biểu mô tuyến khi có Barrett và loạn sản độ cao: 6–19% mỗi bệnh nhân-năm
- Ở trẻ em: Nôn trớ xảy ra ít nhất một lần/ngày ở 2/3 trẻ 4 tháng tuổi, giảm xuống 21% ở trẻ 6–7 tháng, và 5% ở trẻ 10–12 tháng

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

- Kiểu và cơ chế trào ngược thay đổi tùy theo mức độ nặng của bệnh
- GERD bắt đầu khi các chất axit trong dạ dày tiếp xúc với lớp niêm mạc vảy của thực quản, tại vị trí nối thực quản-dạ dày (EGJ)
- Giãn cơ thắt thực quản dưới (LES) thoáng qua không thích hợp. Các thực phẩm cay; có tính axit; nhiều chất béo, caffeine, rượu, thuốc lá, thuốc kháng cholinergic, nitrat, thuốc giãn cơ trơn đều ảnh hưởng đến sự giãn của LES
- Bệnh nhân GERD nặng thường có biểu hiện thoát vị khe hoành, có thể:
 - Giữ axit trong túi thoát vị
 - Làm suy giảm khả năng làm rỗng axit
 - Tăng tốc độ dòng chảy ngược của axit
 - Giảm áp lực cơ thắt tại EGJ
 - Tăng tần suất giãn LES thoáng qua

Di truyền học

Tính không đồng nhất về di truyền có liên quan đến GERD.

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Béo phì
- Thoát vị khe hoành
- Xơ cứng bì
- Sử dụng rượu
- Sử dụng thuốc lá
- Mang thai

PHÒNG NGỪA CHUNG

- Giảm tiêu thụ thực phẩm và đồ uống là yếu tố kích hoạt như đồ cay, nhiều dầu mỡ, rượu và caffeine
- Giảm cân
- Tránh nằm ngay sau khi ăn
- Bỏ thuốc lá và ngừng uống rượu
- Nâng cao đầu giường khi ngủ
- Tránh ăn gần giờ đi ngủ
- Trẻ nhũ nhi: Dùng ghế ngồi ô tô trong 2–3 giờ sau bữa ăn; cho ăn thức ăn đặc hơn

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

- Viêm thực quản không loét
- Viêm thực quản loét (ăn mòn)
- Hội chứng ruột kích thích
- Loét dạ dày tá tràng
- Trào ngược ngoài thực quản: hít sặc, ho mạn tính, viêm thanh quản, u hạt dây thanh, viêm xoang, viêm tai giữa
- Hôi miệng
- Thoát vị khe hoành: túi axit (vùng có độ axit cao ở phần gần của dạ dày, phía trên cơ hoành) (1)[B]
- Hẹp do loét: 10% bệnh nhân GERD
- Thực quản Barrett
- Ung thư biểu mô tuyến thực quản

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Triệu chứng điển hình: trào ngược axit, ợ nóng, khó nuốt (chủ yếu sau ăn)
- Triệu chứng không điển hình: đầy bụng/nặng bụng/đau vùng thượng vị, khó tiêu, buồn nôn, chướng bụng, ợ hơi, đau ngực, cảm giác nghẹn ở cổ họng
- Dấu hiệu và triệu chứng ngoài thực quản: ho mạn tính, co thắt phế quản, thở khò khè, khàn tiếng, đau họng
- Ợ nóng: cảm giác nóng rát sau xương ức
- Trào ngược; vị chua hoặc vị axit trong miệng ("nước bọt chua")

- Triệu chứng nặng hơn khi cúi người hoặc nằm
- Chế độ ăn, sử dụng rượu và thuốc lá

KHÁM THỰC THỂ

Thường lạnh tính nhưng cần tìm:

- Đau vùng thượng vị hoặc sờ thấy khối vùng thượng vị
- Mòn men răng

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm thực quản nhiễm trùng (nấm Candida, herpes, HIV, cytomegalovirus)
- Viêm thực quản do hóa chất; viêm thực quản do thuốc
- Viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan
- Khó tiêu chức năng (không loét)
- Bệnh lý đường mật
- Tổn thương do xạ trị
- Bệnh Crohn
- Đau thắt ngực/bệnh động mạch vành
- Hẹp thực quản hoặc bất thường giải phẫu (vòng, màng ngăn)
- Ung thư biểu mô tuyến thực quản
- Bệnh co thắt tâm vị (Achalasia); xơ cứng bì
- Loét dạ dày tá tràng

CÁC XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & GIẢI THÍCH

Chẩn đoán thường dựa trên bệnh sử và triệu chứng lâm sàng.

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh)

- Chỉ định xét nghiệm tùy thuộc vào biểu hiện lâm sàng. Kiểm tra thiếu máu (tiền sử chảy máu; hoặc khả năng kém hấp thu vitamin B12 do dùng thuốc ức chế bơm proton [PPI] kéo dài)
- Đánh giá phù hợp ở những bệnh nhân có triệu chứng nghi ngờ bệnh tim mạch

Các thủ thuật chẩn đoán/Khác

- Nội soi trên
 - Xét nghiệm chẩn đoán hàng đầu cho những người có dấu hiệu báo động và triệu chứng không kiểm soát được (1)[B]
 - Chỉ định nội soi:
 - Triệu chứng báo động như khó nuốt, chảy máu, thiếu máu, sụt cân, nôn tái diễn
 - Triệu chứng GERD điển hình kéo dài mặc dù đã điều trị PPI hai lần/ngày trong 4–8 tuần
 - Khó tiêu mới khởi phát ở bệnh nhân ≥ 60 tuổi

- Nam giới >50 tuổi có GERD mạn tính (>5 năm) và các yếu tố nguy cơ khác: thoát vị khe hoành, BMI cao, sử dụng thuốc lá, phân bố mỡ bụng nhiều
- Tiền sử viêm thực quản ăn mòn nặng (Đánh giá quá trình lành và kiểm tra bệnh lý đường tiêu hóa trên bao gồm Barrett thực quản.)
- Giám sát (tiền sử Barrett thực quản)
 - ~50–70% bệnh nhân ợ nóng có kết quả nội soi âm tính
- Đo áp lực thực quản độ phân giải cao (HRM), đặc biệt trong các trường hợp kháng trị
 - Dùng để đánh giá chức năng nhu động và ghi nhận áp lực LES (2)
 - Không khuyến cáo dùng để chẩn đoán GERD ban đầu; là lựa chọn thứ hai cho những người có GERD và nội soi bình thường (1)[B]
 - Chẩn đoán các rối loạn vận động: ợ nóng chức năng, co thắt tâm vị, co thắt thực quản lan tỏa
- Theo dõi trào ngược (pH) lưu động
 - Đánh giá mức độ phơi nhiễm axit quá mức ở những người có triệu chứng GERD, nội soi bình thường và không đáp ứng với PPI (1)[B]
 - Dùng để ghi nhận tần suất trào ngược
 - Ngừng PPI 7 ngày trước khi thực hiện thủ thuật
- Chụp X-quang có uống thuốc cản quang (barium swallow): không dùng để chẩn đoán GERD; dùng để đánh giá triệu chứng khó nuốt hoặc xác định các bất thường giải phẫu (thoát vị khe hoành)

ĐIỀU TRỊ

CÁC BIỆN PHÁP CHUNG

Thay đổi lối sống là can thiệp hàng đầu:

- Nâng cao đầu giường (1)[B]
- Tránh ăn 2–3 giờ trước khi đi ngủ (1)[B]
- Tránh cúi người, khom lưng, và mặc quần áo bó sát
- Tránh các thuốc làm giãn LES (thuốc kháng cholinergic; thuốc chẹn kênh canxi)
- Khuyến khích giảm cân (1)[B]
- Bỏ thuốc lá và tránh rượu
- Hạn chế các thực phẩm kích hoạt đặc thù ở từng bệnh nhân (loại bỏ hoàn toàn tất cả thực phẩm gây trào ngược là không cần thiết, không thực tế, hoặc không có lợi)
- Phương pháp điều trị theo bước:
 - Giai đoạn I: thay đổi lối sống và chế độ ăn, thuốc kháng axit kết hợp thuốc chẹn H2 hoặc PPI
 - Giai đoạn II: Nếu triệu chứng còn tồn tại, cân nhắc nội soi
 - Giai đoạn III: Nếu triệu chứng vẫn còn, cân nhắc phẫu thuật

THUỐC ĐIỀU TRỊ

Hàng đầu tay

- Thuốc chẹn H2 ở liều tương đương (ví dụ, ranitidine 150 mg 2 lần/ngày, famotidine 20 mg 2 lần/ngày)
 - Điều chỉnh liều theo thận: Giảm liều còn 50 mg khi độ thanh thải creatinine <50 mL/phút
 - Mặc dù kém hiệu quả hơn PPI, thuốc chẹn H2 dùng chia liều mang lại hiệu quả giảm triệu chứng ở bệnh nhân có triệu chứng nhẹ hơn (3)[A]
- PPI: gắn kết không thuận nghịch với bơm proton (H^+/K^+ ATPase), khởi phát tác dụng trong vòng 4 ngày; omeprazole 20–40 mg/ngày, pantoprazole 40 mg/ngày, esomeprazole 40 mg/ngày, lansoprazole 15–30 mg/ngày, dexlansoprazole 30 mg/ngày, rabeprazole 20 mg/ngày
 - Không có khác biệt đáng kể về hiệu quả giữa các PPI
 - Dùng thuốc 30–60 phút trước bữa ăn, ngoại trừ dexlansoprazole (1)[A]
 - PPI có thể tăng nguy cơ hạ magie máu, gãy xương hông, nhiễm Clostridium difficile, thiếu vitamin B12, và viêm phổi cộng đồng
- PPI hiệu quả hơn thuốc chẹn H2 và thuốc điều hòa nhu động trong việc chữa lành viêm thực quản ăn mòn và không ăn mòn (4)[A]
- Viêm thực quản ăn mòn: PPI trong 8 tuần có hiệu quả ở 90% bệnh nhân
- Đánh giá lại triệu chứng sau 4–8 tuần điều trị

Cần nhắc ở trẻ em

Có thể dùng thuốc kháng axit hoặc thuốc chẹn H2, PPI dạng lỏng. Thuốc điều hòa nhu động có vai trò hạn chế do lo ngại về an toàn và hiệu quả hạn chế.

Hàng thứ hai

- Thuốc kháng axit hoặc thuốc bảo vệ niêm mạc (sucralfate 1 g uống 4 lần/ngày, 1 giờ trước ăn và trước khi ngủ, trong 4–8 tuần) có thể giảm triệu chứng đột phá
- Thuốc điều hòa nhu động: metoclopramide 5–10 mg trước bữa ăn
- Thận trọng:
 - Rối loạn tạo máu và thiếu máu khi dùng PPI và thuốc chẹn H2
 - Metoclopramide là thuốc chẹn dopamine; nguy cơ loạn trương lực cơ và rối loạn vận động muộn
 - Có thể xảy ra hiện tượng nhờn thuốc (tachyphylaxis) với thuốc chẹn H2
- Tương tác thuốc đáng kể:
 - PPI và thuốc chẹn H2: nhiều tương tác qua enzyme cytochrome P450; warfarin, phenytoin, thuốc kháng nấm, digoxin

VẤN ĐỀ CẦN CHUYÊN TUYẾN

Bệnh kéo dài hoặc nặng

PHẪU THUẬT/CÁC THỦ THUẬT KHÁC

- Phẫu thuật khâu xếp nếp đáy vị nội soi (laparoscopic fundoplication) (quấn đáy vị dạ dày quanh phần thực quản xa) làm tăng chênh lệch áp lực giữa dạ dày và thực quản
- Phẫu thuật giảm béo:

- Chỉ định phẫu thuật nếu bệnh nhân muốn ngừng điều trị nội khoa, có tác dụng phụ với điều trị nội khoa, có thoát vị khe hoành lớn, viêm thực quản kháng trị nội khoa, hoặc có triệu chứng kháng trị. Phẫu thuật bắc cầu dạ dày (gastric bypass) được ưu tiên (4)[A]
- Đo áp lực thực quản để loại trừ rối loạn vận động thực quản, co thắt tâm vị, hoặc xơ cứng bì trước phẫu thuật (4)[A]

Cân nhắc ở trẻ em

Phẫu thuật cho các triệu chứng nặng (ngưng thở, nghẹn, nôn dai dẳng)

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN CÁO THEO DÕI

Theo dõi bệnh nhân

- Theo dõi triệu chứng theo thời gian. Cân nhắc thêm xét nghiệm và/hoặc điều trị nếu triệu chứng không cải thiện sau 8 tuần điều trị PPI
- Lập lại nội soi sau 4–8 tuần nếu đáp ứng triệu chứng kém với điều trị nội khoa, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi
- Ở bệnh nhân có Barrett thực quản, những người sẽ chọn điều trị nếu phát hiện ung thư, thực hiện giám sát nội soi mỗi 2–3 năm

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

Thay đổi lối sống và chế độ ăn: Ăn các bữa nhỏ; tránh nằm sau khi ăn; nâng cao đầu giường; giảm cân; bỏ thuốc lá; tránh rượu và caffeine.

TIỀN LƯỢNG

- Triệu chứng và tình trạng viêm thực quản thường tái phát nhanh chóng khi ngừng điều trị. Để phòng ngừa tái phát triệu chứng, cần tiếp tục điều trị kháng tiết axit (kết hợp với thay đổi lối sống và chế độ ăn)
 - Điều trị duy trì bằng PPI có khả năng cải thiện chất lượng cuộc sống tốt hơn thuốc chẹn H2
 - PPI liều đầy đủ hiệu quả hơn liều nửa liều trong điều trị duy trì (4)[A]
 - Trong viêm thực quản ăn mòn, điều trị duy trì hàng ngày bằng PPI giúp ngăn ngừa tái phát; điều trị PPI ngắt quãng kém hiệu quả hơn
- Điều trị nội khoa và phẫu thuật có hiệu quả tương đương trong việc giảm triệu chứng (4)[A]
- Phẫu thuật chống trào ngược:
 - Đáp ứng triệu chứng 90–94%. Bệnh nhân có triệu chứng dai dẳng nên được đánh giá lại giải phẫu (nội soi hoặc chụp thực quản cản quang)
 - Một số bệnh nhân được điều trị phẫu thuật cuối cùng vẫn cần điều trị nội khoa do triệu chứng tái phát
- Sự thoái triển của biểu mô Barrett thường không xảy ra dù đã điều trị nội khoa hay phẫu thuật tích cực

BIẾN CHỨNG

- Hẹp do loét: 10–15%
- Thực quản Barrett: 10%
 - Ung thư biểu mô tuyến phát triển với tỷ lệ hàng năm là 0,5%
 - Điều trị chính cho Barrett thực quản có loạn sản độ cao là cắt đốt bằng sóng cao tần qua nội soi
- Triệu chứng ngoài thực quản: khàn tiếng, hít sặc (bao gồm viêm phổi)
- Chảy máu do tổn thương niêm mạc
- Đau ngực không do tim

Cần nhắc ở người cao tuổi

Biến chứng dễ xảy ra hơn (ví dụ: viêm phổi do hít sặc)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Patti MG. An evidence-based approach to the treatment of gastroesophageal reflux disease. JAMA Surg. 2016;151(1):73–78.
2. Patel A, Yadlapati R. Diagnosis and management of refractory gastroesophageal reflux disease. Gastroenterol Hepatol (N Y). 2021;17(7):305–315.
3. Kröner PT, Cortés P, Lukens FJ. The medical management of gastroesophageal reflux disease: a narrative review. J Prim Care Community Health. 2021.
4. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol. 2013;108(3):308–328.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

- Alimi Y, Azagury DE. Gastroesophageal reflux disease and the patient with obesity. Gastroenterol Clin North Am. 2021;50(4):859–870.
- Kellerman R, Kintanar T. Gastroesophageal reflux disease. Prim Care. 2017;44(4):561–573.
- Newberry C, Lynch K. Using diet to treat diseases of esophagus: back to the basics. Gastroenterol Clin North Am. 2021;50(4):959–972.

XEM THÊM

Thuật toán: Đau bụng trên; Khó tiêu

MÃ BỆNH

ICD10

- K21.9 Bệnh trào ngược dạ dày-thực quản không viêm thực quản
- K21.0 Bệnh trào ngược dạ dày-thực quản có viêm thực quản

ĐIỂM LÂM SÀNG QUAN TRỌNG

- GERD chủ yếu được chẩn đoán qua bệnh sử y khoa chính xác
- Cần nhắc GERD ở người không hút thuốc có ho mạn tính (>3 tuần)
- PPI mang lại hiệu quả giảm triệu chứng nhanh nhất và chữa lành viêm thực quản
- Cần nhắc thêm xét nghiệm và/hoặc điều trị nếu triệu chứng không cải thiện sau 8 tuần điều trị PPI
- Nội soi được khuyến cáo cho bệnh nhân có triệu chứng báo động, khởi phát ở tuổi >60, hoặc triệu chứng nặng kéo dài