

## VIÊM DẠ DÀY

### *Mục tiêu*

1. Kể các nguyên nhân gây viêm dạ dày cấp và mạn.
2. Chẩn đoán được các thể viêm dạ dày cấp và mạn thường gặp.
3. Điều trị tốt một số thể bệnh viêm dạ dày thường gặp.

### *Nội dung*

#### **I. ĐẠI CƯƠNG**

Viêm dạ dày là bệnh mà triệu chứng lâm sàng có khi rầm rộ nhưng có khi rất nhẹ nhàng, âm thầm. Chẩn đoán cần có nội soi và sinh thiết, điều trị có khi đơn giản nhưng có khi còn nhiều khó khăn.

Dựa vào nguyên nhân, người ta chia viêm dạ dày làm 2 thể: viêm dạ dày cấp và viêm dạ dày mạn. Chẩn đoán bằng tổ chức học và sự phân bố về giải phẫu của dạ dày.

Về mô học, chẩn đoán viêm dạ dày dựa vào phân loại của Sydney căn cứ trên tình trạng tổn thương của tuyến tiết của dạ dày.

#### **II. VIÊM DẠ DÀY CẤP**

##### *1. Nguyên nhân*

- Rượu: Gây viêm dạ dày cấp đôi khi gây chảy máu, được gọi là viêm dạ dày do ăn mòn. Thường xảy ra khi uống rượu một lượng lớn trong một thời gian ngắn.
- Thuốc kháng viêm không steroides (NSAIDs), Aspirin. (**Hình 1**)
- Stress
- Uống phải chất ăn mòn (thường là chất kiềm)
- Virus: CMV, Herpes.
- Vi khuẩn: Liên cầu alpha tan máu, Clostridium septicum
- Tăng urê máu
- Phóng xạ.

##### **2. Các thể viêm dạ dày**

###### 2.1. Viêm dạ dày chảy máu hay viêm dạ dày ăn mòn

Là nguyên nhân hay gặp của chảy máu tiêu hóa cao nhưng ít khi nặng. Sự ăn mòn đôi khi hoàn toàn âm thầm. Nội soi cho thấy ăn mòn nhiều ổ, có thể lan đến toàn bộ niêm mạc dạ dày hoặc chỉ khu trú ở thân, hang vị hay phình vị dạ dày. Niêm mạc trở nên đỏ rực như bị cháy rán nhưng có khi gần như bình thường.

Về mô học, sự ăn mòn chỉ phá hủy đến lớp niêm mạc, không lan đến lớp cơ niêm do đó không ảnh hưởng đến các lớp mạch máu dưới niêm mạc. Các thương tổn thường hồi phục hoàn toàn. Đây là đặc trưng của loại viêm này. Bất kể lúc nào, người ta có thể tìm thấy những ổ bị ăn mòn có những biểu hiện ở những giai đoạn tiến triển hay hồi phục khác nhau. Có thể gặp thương tổn ở nền phẳng hay ở nếp gấp niêm mạc. Giữa các ổ ăn mòn là vùng mất biểu mô và thoát quản từng ổ hay lan rộng vào lớp hạ niêm mạc (Lamina propria). Nếu tiến triển kéo dài, sự ăn mòn có thể lan đến lớp hạ niêm mạc tạo nên loét cấp khi đó chảy máu trở nên trầm trọng hơn.

Nguyên nhân hay gặp là do dùng thuốc kháng viêm không Steroide, đặc biệt là aspirin: Ở môi trường acide dịch vị, aspirin không ion hóa dễ được hấp thụ bằng sự khuếch tán thụ động. Vào môi trường trung tính của biểu mô niêm mạc dạ dày, aspirin biến thành dạng acide ion hóa, phá hủy tế bào và tạo cửa mở cho hiện tượng loét do acide. Khi dùng kèm với bicarbonate natri, aspirin không gây tổn thương niêm mạc dạ dày vì không bị ion hóa, và do đó không được hấp thụ ở dạ dày hoặc khi aspirin được bọc bởi một nang, nó sẽ đi qua khỏi dạ dày và được hấp thụ ở ruột non. Ngoài ra Aspirin và các AINS khác còn ngăn cản tổng hợp prostaglandine (là yếu tố bảo vệ niêm mạc dạ dày cũng như kích thích tiết acide và pepsin dạ dày) vì vậy làm thương tổn niêm mạc dạ dày. Phenylbutazol và Indomethacine là 2 thuốc dễ gây viêm dạ dày nhất.

Rượu cũng là nguyên nhân gây viêm dạ dày cấp chảy máu nhất là khi uống một lần nhiều trong thời gian ngắn, mà trước đây không uống.

Tăng áp tĩnh mạch cửa cũng là một yếu tố làm dễ cho chảy máu dạ dày.

Các stress thứ phát nghiêm trọng như bỏng, nhiễm trùng, chấn thương, phẫu thuật, sốc, suy hô hấp, suy thận, suy gan cũng thường gây viêm hay loét cấp. Bệnh nguyên trong các trường hợp này chưa được hiểu rõ hết có lẽ do giảm lượng máu đến niêm mạc dạ dày dẫn đến hoại tử nhỏ ở niêm mạc.

Lâm sàng: Bệnh nhân có thể khó chịu nhẹ ở vùng thượng vị, chậm tiêu, sinh bụng ngay sau ăn, ợ hơi, buồn nôn, nôn máu kèm đi cầu phân đen. Đôi khi không có triệu chứng. Chẩn đoán tốt nhất nhờ soi dạ dày ngay lúc có chảy máu vì nếu không các thương tổn có thể lành và biến mất. X quang với kỹ thuật đối quang kép có thể phát hiện được các vết ăn mòn cạn này.

2.2. Viêm dạ dày cấp phối hợp với Helicobacter pylori (HP): Nhiễm H.P có thể xảy ra ở dạ dày đã có sẵn tăng tiết acide hay trên dạ dày bình thường. Nhiễm H.P cấp là tiền đề cho viêm dạ dày mạn hoạt động. Triệu chứng lâm sàng chỉ biểu hiện với cảm giác khó chịu vùng thượng vị, nặng tức hay đôi khi ăn chậm tiêu.

### III. VIÊM DẠ DÀY MẠN

#### 1. Xếp loại

- Viêm dạ dày mạn do hoá chất: Trào ngược dịch mật, dịch kiềm từ ruột, các NSAID
- Viêm dạ dày đặc hiệu: Viêm dạ dày tăng Eosine (u hạt tăng bạch cầu ưa acide, viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ưa acide)
- Viêm dạ dày u hạt: Crohn, lao, Histoplasma, giang mai, sarcoidose, dị vật, nhiễm ký sinh trùng, vô căn.
- Bệnh dạ dày phì đại: Bệnh Ménétrier, giả lymphoma dạ dày, hội chứng Zollinger-Ellison.
- Bệnh dạ dày sung huyết (tăng áp cửa): không phải viêm dạ dày thật sự (**Hình 2**)
- Viêm dạ dày không đặc hiệu:
  - + Nhóm không ăn mòn: (viêm dạ dày tự miễn type A, viêm dạ dày do môi trường type B, viêm dạ dày mạn có liên quan đến HP).
  - + Nhóm ăn mòn: viêm dạ dày lympho, viêm dạ dày dạng thủy đậu.

Các tế bào viêm xâm nhập chủ yếu là limpho và tương bào, một ít bạch cầu đa nhân và bạch cầu ưa acide. Thương tổn ở lớp nông của vùng tuyến tiết của niêm mạc dạ dày có thể lan xuống sâu, gây dị sản, giảm sản và teo tế bào.

#### 2. Các thể viêm dạ dày mạn hay gặp

Người ta chia làm hai loại viêm dạ dày mạn tính, ngoài ra còn có các biểu hiện bất thường khác ở dạ dày hoặc do tổn thương thứ phát hoặc không do viêm mạn tính.

2.1. Viêm dạ dày mạn type A

Viêm vùng thân và đáy dạ dày, có yếu tố tự miễn. Bao gồm viêm dạ dày nông, viêm dạ dày dạng teo (**Hình 3**) và teo dạ dày. Viêm dạ dày này thường kèm thiếu máu ác tính. Sự xuất hiện kháng thể kháng tế bào thành và kháng yếu tố nội gọi ý cho yếu tố bệnh sinh của cơ chế tự miễn. Loại này gặp khoảng 20% ở người trên 60 tuổi. Triệu chứng nghèo nàn, viêm dạng teo kèm vô toan, thiếu máu và nguy cơ ung thư dạ dày. Chẩn đoán bằng nội soi và sinh thiết.

2.2. Viêm dạ dày mạn type B (viêm dạ dày vùng hang vị, viêm dạ dày do H.P): chiếm 80% (**Hình 4**)

Viêm hay xảy ra ở vùng hang vị, gặp đa số ở người trẻ. H.P cố định trên các phức hợp nối kết làm vỡ các cầu nối liên bào và tiết dày đặc các chất nhầy trung tính. Các tế bào bị bong ra để lộ lớp dưới niêm mạc. Đồng thời protease của vi khuẩn H.P làm gia tăng sự khuếch tán các ion H<sup>+</sup> gây phá vỡ glycoprotein làm giảm tính nhầy trên lớp niêm mạc. Loại viêm dạ dày này có thể dẫn đến viêm teo dạ dày hoặc teo hỗng dạ dày, nang bạch huyết dạ dày, u limpho tế bào B dạ dày (MALT). Dịch vị có cung lượng acide thấp sẽ dẫn đến nhiễm trùng và nguy cơ ung thư.

Chẩn đoán bằng nội soi và sinh thiết, test nhanh urease thực hiện trên các mảnh sinh thiết niêm mạc dạ dày hoặc test thử urê và xét nghiệm tìm kháng thể kháng H.P trong máu (ELISA) hay cấy tìm HP.

Lâm sàng chỉ có triệu chứng khó chịu vùng thượng vị, ăn khó tiêu.

Sự phân loại trên có khi không phải hoàn toàn rõ ràng, người ta còn phân type AB để chỉ thương tổn liên quan cả thân và hang vị dạ dày.

2.3. Viêm dạ dày do trào ngược (**Hình 5**): Thường do trào ngược dịch mật từ tá tràng vào dạ dày gây viêm ống tuyến môn vị, viêm vùng tiền môn vị. Lâm sàng triệu chứng ít rầm rộ, Bệnh có thể kết hợp với loét dạ dày.

2.4. Bệnh dạ dày tăng áp cửa (bệnh dạ dày xung huyết)

Thật sự không phải là một phản ứng viêm, vì không tìm thấy sự thâm nhiễm các tế bào viêm ở lớp niêm mạc cũng như lớp hạ niêm của dạ dày. Đây chỉ là một biến chứng, hậu quả của bệnh lý tăng áp cửa hay do xơ gan. Những trường hợp làm triệt để tĩnh mạch trường thực quản qua nội soi, thường dẫn đến xung huyết dạ dày phản ứng sau đó.

Qua nội soi, chúng ta có thể thấy niêm mạc dạ dày đỏ và dày lên, xuất huyết thành từng đám nhỏ trong niêm mạc, tạo thành mạng lưới hay dạng khảm.

**IV. PHÂN LOẠI SYDNEY**

Dựa vào tổn thương tuyến với viêm có hay không có teo tuyến, phân loại này đưa ra các hình thức tổn thương và tên gọi đồng nghĩa như sau.

Loại viêm dạ dày	Nguyên nhân	Tên đồng nghĩa
<b>Không teo tuyến</b>	Helicobacter pylori (HP)	Viêm dạ dày nông, viêm hang vị lan toả, viêm hang vị mạn tính, viêm dạ dày nang - kê, viêm dạ dày tăng tiết, viêm dạ dày tít B

<p><b>Có teo tuyến</b></p> <p><i>-Viêm dạ dày tự miễn</i></p> <p><i>-Viêm dạ dày teo nhiều ổ</i></p>	<p>Tự miễn</p> <p>H. pylori</p> <p>Yếu tố môi trường</p>	<p>Viêm dạ dày týp A, viêm thân dạ dày lan toả, viêm dạ dày kèm thiếu máu ác tính</p> <p>Viêm dạ dày týp B, AB.</p> <p>Viêm dạ dày do môi trường, viêm dạ dày dị sản tuyến, viêm dạ dày teo tuyến, viêm dạ dày dạng ruột tiến triển</p>
<p><b>Các thể viêm đặc hiệu</b></p> <p><i>Do hoá chất</i></p> <p><i>Do tia xạ</i></p> <p><i>Viêm dạng limphô</i></p> <p><i>Không nhiễm trùng</i></p> <p><i>+ Dạng u hạt</i></p> <p><i>+ Ura acide</i></p> <p><i>- Các nhiễm trùng khác</i></p>	<p>-Kích thích hoá học, NSAIDs, mật</p> <p>Tổn thương tia xạ</p> <p>Thuốc, tự miễn, vô căn.</p> <p>Gluten</p> <p>Bệnh Crohn, Sarcoidosis, u hạt Wegener, các chất từ bên ngoài</p> <p>Nhạy cảm thức ăn</p> <p>Vi khuẩn không phải HP</p> <p>Virus.</p> <p>Ký sinh trùng.</p> <p>Nấm</p>	<p>Viêm dạ dày phản ứng, viêm dạ dày trào ngược</p> <p>Viêm dạ dày dạng thủy đậu</p> <p>Viêm dạ dày kèm bệnh Celiac</p> <p>U hạt</p> <p>Dị ứng</p> <p>Viêm tấy, Giang mai.</p> <p>CMV.</p> <p>Anisakiasis</p> <p>Candida albican</p>

## V. ĐIỀU TRỊ

### 1. Đại cương điều trị

Viêm dạ dày là tên gọi chung cho các bệnh lý dạ dày do tổn thương niêm mạc dạ dày đặc hiệu hoặc không đặc hiệu. Một cách phân loại được các nhà lâm sàng và giải phẫu bệnh thường dùng đó là dựa vào các tổn thương được gọi tên theo các đặc điểm về mô bệnh học, vi khuẩn và vị trí tổn thương của dạ dày. Vì vậy, cách điều trị cụ thể hơn và khá chính xác hơn.

Mục đích điều trị là bảo vệ tế bào, hồi phục sự tiết acide trở lại bình thường, loại bỏ nguyên nhân, hạn chế biến đổi làm teo niêm mạc dạ dày góp phần ngăn ngừa ung thư.

### 2. Điều trị viêm dạ dày cấp.

#### 2.1. Viêm dạ dày do ăn mòn

##### 2.1.1. Viêm dạ dày do rượu và thuốc kháng viêm

Đây là nguyên nhân hay gặp do uống một lượng rượu lớn, do dùng thuốc kháng viêm không corticoides và cả corticoides.

Điều trị bao gồm

- Châm dứt nguyên nhân càng sớm càng tốt.
- Đảm bảo thể tích tuần hoàn có hiệu quả bằng dịch truyền, nhịn ăn và nuôi dưỡng bằng đường ngoài miệng.
- Rửa dạ dày để cầm máu bằng cách dùng nước muối đẳng trương lạnh hòa Adrenalin.
- Thuốc kháng tiết: Cimetidine hoặc Ranitidine, hoặc Omeprazole tiêm tĩnh mạch.
- Thuốc trung hòa Acide.
- Thuốc băng niêm mạc: Có thể dùng Sucralfate dạng gel, hoặc Misoprostol (cytotec 600 $\mu$ g - 800 $\mu$ g /ng).
- Truyền các chất gây co mạch như Vasopressine hoặc Sandostatin khi chảy máu nặng.
- Cầm máu bằng laser, nhiệt hoặc quang đông.
- Điều trị dự phòng cho các trường hợp phải dùng thuốc kháng viêm: Dùng kháng H<sub>2</sub> hoặc ức chế bơm proton H<sup>+</sup>.

### 2.1.2. Viêm dạ dày do hóa chất

Tác nhân gây viêm có thể là các kiềm mạnh như KCl, hoặc sắt, hoặc Cocaine. Điều trị trong các trường hợp này là ;

- Giảm đau, nhịn ăn, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.
- Hồi sức tim mạch, hô hấp.
- Nếu có viêm xơ gây hẹp thì có chỉ định phẫu thuật nối dạ dày ruột.

### 2.1.3. Viêm dạ dày do chấn thương thực thể

Ít gặp như sau đặt ống thông dạ dày, sau điều trị cầm máu dạ dày bằng nội soi, bằng laser, nhiệt đông. Điều trị bằng nhịn ăn, truyền dịch, băng niêm mạc dạ dày và kháng tiết.

### 2.1.4. Viêm dạ dày do xạ trị

Viêm hang vị, tiền môn vị. Tổn thương có thể sâu làm thủng, chảy máu hoặc hẹp. Điều trị bằng các thuốc băng niêm mạc, kháng tiết và ngưng xạ trị.

### 2.1.5. Viêm dạ dày do thiếu máu

Là biểu hiện của bệnh toàn thân như trong bệnh Schlein- Henoch, nhiễm CMV. Điều trị bằng thuốc băng niêm mạc và kháng tiết, thuốc diệt virus.

### 2.1.6. Bệnh dạ dày xung huyết

Gặp trong tăng áp tĩnh mạch cửa của bệnh xơ gan.

Điều trị chủ yếu bằng thuốc chẹn  $\beta$  giao cảm như Propanolol, hoặc Nadolol 60mg- 80 mg/ng sao cho mạch còn 3/4 so với trước khi dùng.

### 2.1.7. Viêm dạ dày do nhiễm trùng

Nguyên nhân thường gặp là lao, CMV, Candida Albican, Histoplasmosis, bệnh Crohn. Điều trị đặc hiệu bằng kháng sinh, kháng nấm, thuốc diệt virus. Trong trường hợp nặng thì có thể phẫu thuật.

2.2. Viêm dạ dày cấp không do ăn mòn phối hợp nhiễm HP cấp hoặc mạn. Điều trị thuốc diệt HP gồm Omeprazole (40mg/ng) phối hợp Amoxicillin (2 gr/ng), Clarytromycine(1gr /ng) trong 7- 10 ngày. Có thể kèm thuốc băng niêm mạc như Bismuth.

### 3. Điều trị viêm dạ dày mạn

### 3.1. Viêm dạ dày mạn không do ăn mòn hay gặp:

#### 3.1.1. Viêm dạ dày mạn type A

Đây là viêm dạ dày ở vùng thân, thường là viêm teo niêm mạc, thường phối hợp với các bệnh tự miễn khác như viêm tuyến giáp tự miễn, suy thượng thận, xơ đường mật tiên phát.

Điều trị: chưa có điều trị đặc hiệu, thường dùng các thuốc trung hòa acide, vitamin C, sắt, vitamin B12, corticoides. Cần theo dõi diễn tiến dẫn đến ung thư dạ dày.

#### 3.1.2. Viêm dạ dày mạn type B

Tổn thương ở vùng hang vị dạ dày gặp trong 80% trường hợp và rất quan trọng, nó còn được gọi là viêm dạ dày do HP. Cần điều tiết căn để hạn chế hiện tượng teo tuyến xảy ra.

Điều trị kháng tiết phối hợp kháng sinh diệt HP.

#### 3.1.3. Viêm dạ dày type AB

Tổn thương cả hang vị và thân dạ dày.

Điều trị bao gồm thuốc kháng tiết, kháng sinh, băng niêm mạc, Vitamin B12, sắt để cải thiện tình trạng thiếu máu.

#### 3.1.4. Viêm dạ dày do trào ngược

Viêm dạ dày vùng môn vị gặp sau cắt 2/3 dạ dày. Điều trị bao gồm thuốc thay đổi thành phần dịch mật như Cholestyramin phối hợp sucralfate và Cizapride hoặc Metoclopramide để làm đầy nhanh thức ăn ra khỏi dạ dày.

#### 3.1.5. Viêm dạ dày phi đại: (bệnh Ménétrier): Ít gặp

Còn gọi là viêm dạ dày lympho, tổn thương lan rộng cả dạ dày chủ yếu ở bờ cong lớn.

Điều trị bằng kháng Cholin, kháng tiết, Tranexamic acide (Frenolyse), corticoides và Ortreotide kèm kháng sinh nếu có thêm nhiễm HP, hoặc kèm thuốc diệt virus nếu có nhiễm CMV. Trường hợp nặng, có thể phải cắt dạ dày toàn phần.

3.2. Viêm dạ dày mạn do ăn mòn: Ít gặp, Tổn thương niêm mạc dạ dày dạng thủy đậu với các nốt nhỏ có ăn mòn ở trung tâm gặp ở vùng hang và thân dạ dày, còn gọi là viêm dạ dày dạng lympho. Bệnh này có tăng IgE trong máu gợi ý cho nguyên nhân miễn dịch. Bệnh đáp ứng với Cromoglycate 80- 160mg/ng.

3.3. Viêm dạ dày thể giả u lympho: Thường phối hợp tổn thương loét hoặc viêm đặc ứng hoặc tạo thành mô limphô ( MALT : mucous Associated lymphome Tissuse) trong trường hợp nhiễm HP.

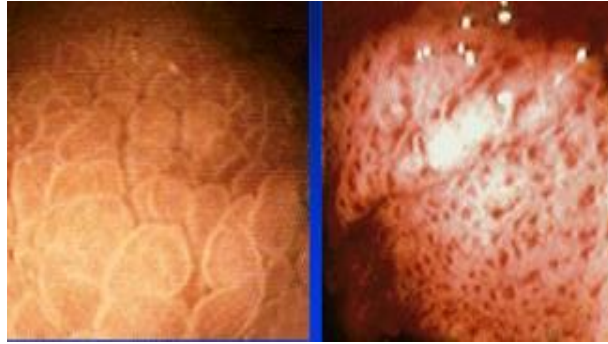
Điều trị: Nếu có bằng chứng có HP thì phải diệt tận gốc bằng kháng tiết, kháng sinh

3.4. Viêm dạ dày ái toan: Hiếm gặp. Do các hạt bạch cầu ái toan tạo thành các polype nhỏ ở vùng hang vị còn được gọi là u tế bào quanh mao mạch.

Điều trị bằng Prednisolone là thuốc chọn lọc, liều 10-15mg/ng, các tổn thương sẽ thoái triển sau vài ba ngày.



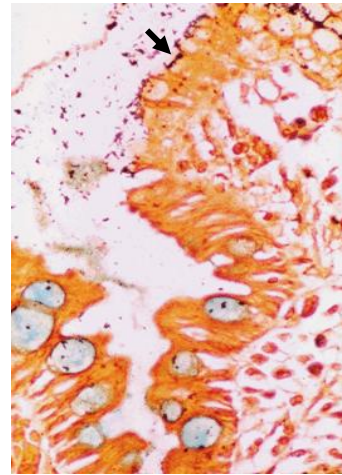
**H1.** Viêm dạ dày ăn mòn do NSAIDs



**H2.** Bệnh dạ dày tăng áp cửa: Hình khảm, các chấm đỏ



**H3.** Viêm dạ dày mạn vùng thân (týp A) có teo tuyến lộ rõ mạch máu



**H4.** Viêm dạ dày mạn do HP: HP(mũi tên)



**H5.** Viêm môn vị do trào ngược dịch mật