

RỐI LOẠN TIÊU HÓA (DYSPEPSIA)

THs. Đỗ Minh Hiến

Tóm tắt

Các tiêu chuẩn Rome I (1992) rồi Rome II (1999) sử dụng các tiêu chuẩn dựa trên triệu chứng đã được in ra, được chấp nhận và đã đưa lại nhiều lợi ích khi áp dụng chúng trong nghiên cứu lâm sàng và thử nghiệm lâm sàng về các rối loạn chức năng dạ dày. Hiện mới có các tiêu chuẩn Rome III (2005) được sửa đổi và cải tiến. Theo phân loại mới này thì RLTHCN được định nghĩa là có một trong nhiều triệu chứng được cho là xuất phát từ vùng dạ dày - tá tràng, không tìm thấy một bệnh thực thể hay bệnh hệ thống hay bệnh chuyển hóa nào có thể giải thích các triệu chứng. Một vài thay đổi trong Rome III như sau:

- 1- thay đổi về khung thời gian để chẩn đoán các RLCN dạ dày - ruột, bao gồm cả RLTHCN (FD) (khởi phát các triệu chứng phải ít nhất từ 6 tháng trước, trong 3 tháng cuối kể từ lúc được chẩn đoán thường hay có triệu chứng).
- 2- thay đổi trong rối loạn tiêu hóa chức năng với phân loại mới của một phức hợp triệu chứng rối loạn tiêu hóa phân thành
 - 2- 2 nhóm có thể chồng chéo lên nhau;
 - a. các triệu chứng RLTH do bữa ăn gây ra (PDS)
 - b. hội chứng đau thượng vị (EPS). Nội soi tiêu hóa trên rất cần ngay từ đầu để chẩn đoán xác định nguyên nhân tiềm ẩn của RLTH, nhất là khi bệnh nhân có các dấu hiệu báo động. Điều trị cho những BN RLTHCN chưa đi khám xác định bệnh có thể dùng thuốc theo kinh nghiệm bằng các thuốc chống tiết acid hoặc dùng thuốc ức chế bơm proton có hiệu quả hơn hoặc một thuốc đồng vận trong 2-4 tuần. Khuyến cáo diệt HP nếu bệnh nhân bị nhiễm khuẩn này. Hiểu biết về sinh bệnh học của RLTHCN nhiều hơn sẽ tạo ra những biện pháp Y học mới để xử

trí bệnh này. Việc áp dụng các tiêu chuẩn Rome III có thể giúp hướng dẫn tiếp cận chẩn đoán và điều trị, giảm các xét nghiệm không cần thiết trong thực hành lâm sàng và chuẩn hóa việc tuyển chọn bệnh nhân cho các thử nghiệm lâm sàng.

Rối loạn tiêu hóa (Dyspepsia) là một từ để chỉ một tập hợp các triệu chứng thuộc về hệ tiêu hóa mà bệnh nhân thường mô tả như là "ăn không tiêu (indigestion), đầy hơi, đầy bụng, bụng khó chịu hoặc đau âm ỉ, có cảm giác nóng ở thượng vị". Triệu chứng có thể tạm thời trong ít ngày rồi hết, bệnh nhân thường không đi khám. Nếu triệu chứng hay tái phát, kéo dài trở thành một tình trạng mạn tính mà thầy thuốc không tìm được một tổn thương thực tế nào để giải thích, đó là Rối loạn tiêu hóa chức năng. Các triệu chứng này không gắn với riêng một cơ quan hoặc một bệnh nào, có thể do nhiều nguyên nhân và khó xác định mối tương quan giữa các triệu chứng với một tình trạng sinh lý bệnh học nào.

Rối loạn tiêu hóa có tỷ lệ mắc rất cao ở bất kỳ quốc gia nào, hàng năm khoảng 25% dân số trong cộng đồng có biểu hiện rối loạn tiêu hóa, song chỉ một phần tư số người đi khám bệnh vì bị đau bụng hoặc bụng khó chịu kéo dài, ảnh hưởng nhiều tới sức khỏe, công việc. Các triệu chứng của rối loạn tiêu hóa có thể thấy ở cả những người không có hoặc có một bệnh thực thể, cho nên việc đầu tiên cần làm là chẩn đoán phân biệt đó là rối loạn chức năng hay là một bệnh thực thể (thí dụ Loét dạ dày tá tràng, Ung thư dạ dày, bệnh sỏi mật...).

1. Các tiêu chuẩn Rome

Năm 1992, các chuyên gia tiêu hóa đã họp ở Rome để bàn và thống nhất đưa ra những tiêu chuẩn để chẩn đoán các rối loạn chức năng ở dạ dày - ruột (Rome I). Năm 1999, lại họp để sửa (Rome II) và gần đây năm 2005 sau khi tham khảo nhiều nghiên cứu theo các tiêu chuẩn Rome II ở các nước, đã họp lần thứ 3 (Rome III) để đưa ra những sửa đổi mới, có thể tóm tắt một số điểm chính như sau:

1. Thay đổi về tiêu chuẩn khung thời gian để chẩn đoán Các RLCNDD-Ruột: Rome I yêu cầu một khung thời gian 3 tháng để loại trừ các triệu chứng rối

loạn DD-R cấp tính hay tạm thời. Rome II đưa thêm tiêu chuẩn về tần số triệu chứng và yêu cầu thời gian khởi phát (ít nhất có mặt trong 12 tuần, không gian khởi phát (ít nhất có mặt trong 12 tháng qua). Rome III đưa ra tiêu chuẩn dễ dàng hơn là: triệu chứng cần khởi phát từ 6 tháng trước (khi khám bệnh) và hay có trong 3 tháng mới đây.

2. Thay đổi về RLTH chức năng (functional dyspepsia): Rome I phân lập RLTH trong tất cả những BN đau/ khó chịu thượng vị mà không tìm thấy bất thường cấu trúc hay sinh hóa. Và phân ra các nhóm: a) RLTH kiểu giống Loét, dựa trên các triệu chứng liên quan tới đau. b) RLTH kiểu RL vận động dựa trên các triệu chứng liên quan như ăn chóng no, đầy, chướng bụng.

Rome II cải tiến các tiêu chuẩn này: RLTH (đau hoặc khó chịu ở thượng vị) thường xuyên hoặc tái phát mà không có bệnh thực thể và các triệu chứng của Hội chứng Ruột kích thích (IBS), và phân loại chỉ dựa trên triệu chứng nổi trội, nghĩa là đau kiểu loét và khó chịu kiểu rối loạn vận động. Tuy nhiên trong RLTHCN thường không chỉ đơn thuần có một triệu chứng và ở cùng một bệnh nhân triệu chứng đau/khó chịu rất thay đổi theo thời gian và tùy phương thức văn hóa.

Rome III dựa trên những phân tích yếu tố trong quần thể và bệnh nhân, các nghiên cứu sinh lý học và kinh nghiệm lâm sàng đã đưa ra một phân loại mới của một "phức hợp triệu chứng RLTH". "Rối loạn tiêu hóa chức năng" (functional dyspepsia) chỉ là một cái ô che, ít hữu ích cho nghiên cứu (tuy trên thực hành lâm sàng vẫn còn dùng).

Theo định nghĩa của Rome III: RLTH là một triệu chứng hay nhiều triệu chứng có nguồn gốc ở vùng dạ dày-tá tràng: đầy bụng sau bữa ăn, ăn chóng no, và đau thượng vị hoặc nóng ở thượng vị mà không có một bệnh thực thể hoặc hệ thống hoặc bệnh chuyển hóa nào để giải thích những triệu chứng này. Phức hợp triệu chứng này được phân thành 2 nhóm có thể chồng chéo lên nhau:

a) các triệu chứng rối loạn tiêu hóa do bữa ăn gây ra (post prandial distress syndrome PDS),

b) đau thượng vị (Epigastric pain syndrome EPS)

Còn ở bụng dưới: triệu chứng ở phần ruột giữa hay thấp bao gồm: Hội chứng ruột kích thích (IBS), chướng bụng chức năng táo bón chức năng, ỉa chảy chức năng, và bệnh ruột chức năng không đặc hiệu.

3. Định ra những tiêu chuẩn chặt chẽ hơn về các rối loạn chức năng của túi mật và cơ thắt Oddi.

4. Duyệt lại cách phân nhóm của Hội chứng Ruột kích thích. Rome II phân ra 2 phân nhóm: IBS-C (táo bón) và IBS-D (ỉa lỏng). Rome III phân thành 4 phân nhóm: IBS-C (táo bón); IBS-D (ỉa lỏng); IBS-M (mixte, táo-lỏng) và IBS-U (không xác định, unspecified).

2. Các triệu chứng của Rối loạn tiêu hóa chức năng (Rome III)

Người bệnh có thể có 1 triệu chứng nổi trội hay nhiều triệu chứng sau:

Đau thượng vị: Thượng vị là vùng giữa rốn và mỏm xương ức, Người bệnh có cảm giác đau khách quan, có người cảm thấy như có tổn thương gì bên trong. Đôi khi thấy nóng rát.

Đầy bụng sau bữa ăn. Cảm giác khó chịu dường như thức ăn không tiêu, còn đọng lại trong dạ dày.

ăn chóng no: Cảm giác sớm no sau khi mới bắt đầu ăn, ăn ít ít hơn mọi bữa.

Căng bụng trên: Cảm giác khó chịu như thượng vị căng chặt, ăn vào thấy khó chịu thêm ở bụng trên, cần phân biệt với bụng giãn căng nhìn thấy.

Nóng ở thượng vị: Cảm giác nóng ở vùng bụng trên, khó chịu.

Buồn nôn: Cảm giác rất khó chịu, buồn nôn nhưng không nôn.

Nôn: Nôn ra thức ăn, co các cơ bụng ngực

ợ hơi: ợ hơi từ dạ dày hoặc thực quản

Do có những cơ chế sinh lý bệnh khác nhau của mỗi thể bệnh, và để dùng thuốc điều trị phù hợp, nên người ta hay chẩn đoán theo triệu chứng đơn độc nổi trội theo lời kể của bệnh nhân:

RLTH kiểu giống loét: triệu chứng nổi trội là đau thượng vị hoặc khó chịu hay tái phát.

RLTH kiểu rối loạn vận động: triệu chứng nổi trội là khó chịu ở giữa bụng nhưng không đau, ăn vào thì nặng thêm. Cảm giác này của bệnh nhân có thể được đặc trưng hoặc phối hợp với: căng chướng bụng trên, ăn chóng no, đầy bụng sau bữa ăn, khó chịu ở bụng trên.

RLTH không đặc hiệu: Các triệu chứng không đáp ứng tiêu chuẩn 2 thể trên.

Tuy nhiên thường hay có những chồng chéo về triệu chứng trong các thể bệnh như: bệnh trào ngược thực quản, hội chứng ruột kích thích. Mặt khác, theo thời gian các triệu chứng có thể thay đổi, khác với lúc đầu về vị trí và cường độ.

4. Chẩn đoán

Trước hết cần loại trừ một số bệnh thực thể có thể gây nên triệu chứng RLTH ở bụng trên như: loét dạ dày tá tràng, bệnh trào ngược thực quản (GERD) có hay không có Viêm TQ, Viêm dạ dày mạn có vi khuẩn *Helicobacter pylori* (+), bệnh ac tính ở DDTT, bệnh đường mật-tụy, đang uống thuốc NSAIDs, Aspirin...

Có những triệu chứng báo động

Gợi ý một bệnh có biến chứng cần gửi ngay đi bệnh viện xác định như: chảy máu tiêu hóa (nôn ra máu, ỉa phân đen kịt, sờ thấy có khối u thượng vị, thiếu máu, nôn kéo dài, nuốt khó ngày một tăng, sút

5. Những cơ chế sinh lý bệnh học liên quan tới RLTH

Hiện chưa có gì là chắc chắn, còn đang được nghiên cứu

Các yếu tố sinh bệnh lý nổi trội có vai trò trong RLTHCN là những rối loạn vận động của dạ dày và rối loạn về cảm nhận (gastric motor and sensory disturbance), các nguyên nhân tiềm tàng khác chưa được biết rõ:

- rối loạn vận động dạ dày - ruột: tổng đẩy chậm hơn, hang vị giảm vận động, giảm tần số các phức hợp vận động di chuyển (migrating motor complex) giữa thời kỳ tiêu hóa, tăng giai đoạn co thắt ở đáy vị sau bữa ăn: rối loạn hiệp đồng hang vị-đáy vị.

- Dạ dày- ruột tăng nhạy cảm.

Các yếu tố sau đây có thể có vai trò trong một số nhóm bệnh nhân:

- Yếu tố ăn uống và môi trường: triệu chứng tăng lên sau bữa ăn nhiều chất béo, sau khi điều trị thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), sau nhiễm khuẩn *Helicobacter pylori*, sau viêm DD-Ruột cấp do salmonella...

- Tiết acid của dạ dày: thường trong giới hạn bình thường ở bệnh nhân RLTHCN, nhưng có một số người có triệu chứng liên quan tới acid (tăng nhạy cảm của dạ dày hoặc tá tràng, nên điều trị PPI có thể hiệu quả. Tăng tiết acid bằng Bombesin (gastrin-releasing peptide, GRP) ở người RLTHCN có HP(+) hơn ở người chứng. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu cho thấy điều trị làm giảm tiết acid ở người RLTHCN ít có hiệu quả. Một số BN viêm loét tiền môn vị hay bị RLTH và nếu có HP(+) thì diệt HP rất hiệu quả.

- yếu tố xúc cảm do stress

- các yếu tố tâm thần: Tuy có bằng chứng về sự phối hợp giữa RLTHCN với các yếu tố trong bệnh học tâm thần, hoặc đồng thời cũng bị rối loạn tâm thần, lo lắng, song chưa rõ chúng có đóng vai trò sinh bệnh lý chủ yếu gây phức hợp triệu chứng rối loạn tiêu hóa không

6. Điều trị

a) Biện pháp chung: Người thầy thuốc cần giải thích kỹ cho bệnh nhân an tâm. Bệnh nhân cần tránh uống rượu, cà phê, nghiện thuốc lá vì các chất này làm giảm trương lực cơ thắt dưới thực quản. Thức ăn nhiều mỡ làm chậm tống đẩy của dạ dày và dễ bị trào ngược thực quản. Tránh để cho tăng cân, tránh béo phì vì làm tăng áp lực đè vào cơ thắt dưới thực quản. Không dùng các thuốc Aspirine, thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), thuốc an thần. Không ăn cay, chua, ăn chậm nhai kỹ, ăn bữa chính buổi tối 3 giờ trước khi ngủ, tư thế nằm đầu cao

b) Thuốc:

Những người chưa đi khám xác định bệnh thì có thể điều trị theo kinh nghiệm với các thuốc làm giảm acid dạ dày, điều trị triệu chứng nổi trội mà bệnh nhân khai. Xác định hiệu quả sau 2-4 tuần dùng một trong các thuốc sau:

- Dùng thuốc kháng acid (antacids)

- Sucralfat có thể cải thiện triệu chứng

- Các thuốc ức chế thụ thể H₂ như:

Cimêtidin (800mg/ngày), Ranitidine 150-300mg/ngày), Famotidine (40mg/ngày), Nizatidine (300mg/ngày) có thể tác dụng.

Song hiện các thuốc ức chế bơm proton (PPIs) có hiệu quả hơn:

Omeprazole (20mg/ngày), Lansoprazole (30mg/ngày),

Pantoprazole (40mg/ngày), Esomeprazole (20-40mg/ngày),

Rabeprazole (10-20mg/ngày).

Liều gấp đôi cũng chỉ có tác dụng tương đương liều chuẩn nêu trên.

Trong điều kiện ở Việt Nam là một nước có tỷ lệ nhiễm HP cao, nếu RLCNTH mà HP (+) thì điều trị diệt HP bằng các phác đồ kết hợp 3 thuốc (1 PPI + 2 thuốc kháng sinh) hoặc 4 thuốc

Dùng các thuốc đồng vận (prokinetics):

- Domperidone (10-20mg/ngày) có tác dụng làm tăng áp lực cơ thắt dưới, ít triệu chứng của hệ thần kinh trung ương vì thuốc không qua hàng rào máu - não

- Mectoclopramid (5-10mg/ngày) trước bữa ăn. Dùng thuốc có thể khô miệng, lo lắng, có triệu chứng ngoại tháp, rối loạn vận động ở người cao tuổi.

- Cisaprid là một đồng vận 5-HT₄ giải phóng acetylcholine khỏi các neuron vận động tiết acetyl-cholin, nó cũng là một đối kháng 5-HT₃, tuy nhiên thuốc này đã bị cấm dùng vì gây tử vong do loạn nhịp tim.

- Tegaserod: là một đồng vận 5-HT₄ một phần. Nó làm tăng khối lượng dạ dày trước và sau ăn, có thể có ích trong RLTHCN mà có rối loạn hiệp đồng đáy vị, song còn cần nghiên cứu thêm.

- Các đồng vận Motilin

Erythromycin là một kháng sinh macrolide uống hay tiêm; làm tăng tổng đẩy dạ dày ở người đói đường, và dạ dày lười co bóp không rõ nguyên nhân. Các phân tử erythromycine tác động vào các vị trí thụ thể motilin ở thần kinh và cơ trơn để gây co bóp mạnh hang vị, đồng thời nó cũng gây tăng co bóp ruột non và

có thể gây cơn đau quặn bụng và ỉa chảy. Các phân tử giống motilin được tổng hợp để làm tăng tổng đẩy dạ dày và không có tác dụng kháng khuẩn đang được nghiên cứu.