

Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản (Gastroesophageal reflux disease-GERD)

BS Ngô Phương Minh Thuận

A stylized, layered mountain range graphic in shades of teal and blue, located in the bottom right corner of the slide.

I. Đặt vấn đề và định nghĩa:

- ❖ Bệnh trào ngược dạ dày–thực quản (BTNDDDTQ) đó là tình trạng trào ngược từng lúc hay thường xuyên của dịch dạ dày lên thực quản . Do tính chất kích thích của các chất dịch trong dạ dày như HCL, pepsine, dịch mật... đối với niêm mạc thực quản , sẽ gây ra các triệu chứng và biến chứng .
- ❖ Tần suất :
 - Phương Tây :15-30% dân số .
 - Châu Á : 5-15% dân số.

Định nghĩa

- ◆ BTNDDDTQ (GERD) bao gồm những triệu chứng hay tổn thương niêm mạc TQ gây ra bởi sự trào ngược bất thường các chất chứa trong dạ dày lên thực quản.
- ◆ The ACG guidelines define GERD as "symptoms or mucosal damage produced by the abnormal reflux of gastric contents into the esophagus"

Các khái niệm

- ◆ Trào ngược dạ dày thực quản
 - Hỏi bệnh
 - Đo pH 24 giờ
- ◆ Viêm thực quản trào ngược
 - Hỏi bệnh
 - Nội soi
- ◆ GERD - NERD – RE (Gastro Esophageal Reflux Disease- Non erosive Reflux Disease- Reflux Esophagitis)

II. Nguyên nhân – sinh bệnh học:

◆ Cơ chế chống trào ngược, gồm các yếu tố:

1. Hoạt động của cơ thắt thực quản dưới (CTTQD-LES), là yếu tố quan trọng trong hiện tượng TNDDTQ.

2. Dịch nhầy thực quản với bi-carbonat và nước bọt có tính kiềm sẽ trung hòa HCL của dịch vị .

3. Nhu động của TQ sẽ đẩy dịch trào ngược trở xuống DD.

→ Khi CTTQD hoạt động không tốt sẽ dẫn đến BTNDDTQ

◆ Các yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn vận động CTTQD và cơ chế bảo vệ chống trào ngược là:

1. Sự dẫn CTTQD xảy ra thường xuyên và kéo dài hơn.
2. Thoát vị hoành .
3. Rối loạn nhu động TQ.
4. Giảm tiết nước bọt (thuốc lá)
5. Các tác nhân làm giảm áp lực CTTQD như
 - thuốc : secretin, cholecystokinin, glucagon.
 - cafein, rượu , thuốc lá, chocolate, bữa ăn nhiều mỡ...

III. Triệu chứng LS và CLS:

1. Triệu chứng lâm sàng : Chia 2 nhóm

◆ Triệu chứng điển hình :

- Ợ nóng (heartburn/pyrosis): cảm giác nóng rát lan từ thượng vị lên dọc sau xương ức.

Thường xuất hiện sau bữa ăn nhiều mỡ, tư thế gập người, tư thế nằm, sau những cơn ho ban đêm

- Trớ (regurgitation): sự ợa ngược dịch động trong TQ, thường xảy ra do thay đổi tư thế hay sau khi gắng sức.

→ Các triệu chứng trên thường giảm đi khi BN dùng thuốc antacid.

Triệu chứng LS và CLS (tt)

- ◆ **Triệu chứng báo động** : gợi ý biến chứng của bệnh bao gồm:
 - Nuốt khó, nuốt đau.
 - Xuất huyết , sụt cân, thiếu máu thiếu sắt...

Triệu chứng LS và CLS (tt)

2. Cận lâm sàng :

2.1 Nội soi : Chỉ định nội soi khi:

- Có triệu chứng báo động
- Phát hiện các biến chứng của bệnh : viêm thực quản , loét, hẹp thực quản, thực quản Barrett

2.2 X Quang thực quản cản quang :

- Phát hiện các biến chứng : teo hẹp , loét TQ, thoát vị hoành .

Triệu chứng LS và CLS (tt)

2.3 Đo pH thực quản :

- Là phương pháp tin cậy để chẩn đoán BTNDDTQ nhưng không xác định được những tổn thương thực thể do trào ngược.

2.4 Đo áp lực CTTQD :

- Không chính xác vì nhiều NN: thay đổi áp lực với khẩu kính ống đo, cử động hô hấp...

IV. Chẩn đoán :

- ◆ Chẩn đoán chủ yếu dựa vào hỏi **bệnh sử** (BN có triệu chứng điển hình) và theo dõi thấy có **đáp ứng với điều trị thử bằng thuốc**.
- ◆ BN có triệu chứng điển hình kết hợp với có thay đổi hình ảnh nội soi thì chẩn đoán bệnh với 97% độ đặc hiệu.(Theo ACG)

Chẩn đoán (tt)

◆ Điều trị thử :

- Thuốc : Antacid, anti H₂, PPIs...
 - BN có triệu chứng điển hình :điều trị thử và thay đổi lối sống.
 - Phần lớn BN giảm triệu chứng sau khi được điều trị thử bằng thuốc .
- Vì thế, điều trị thử là phương pháp chẩn đoán đơn giản và hiệu quả
- Tuy nhiên , những BN không đáp ứng với điều trị thử cũng không loại trừ được bệnh .
 - Đối với những bệnh nhân khó điều trị : CĐ CLS phát hiện biến chứng của bệnh.

V. Điều trị

1. Thay đổi lối sống: nằm đầu cao, giảm mỡ, hành, tỏi, chocolate, bỏ thuốc lá, cà phê, rượu, không nên nằm 3 giờ sau ăn....

2. Thuốc :

@ Thuốc giảm tiết acid : antacid, anti H₂, PPI

@ Thuốc làm tăng trương lực CTTDD :

Metoclopramide, Domperidone, Cisapride..

3. Phẫu thuật: Chỉ định khi không đáp ứng hoặc đáp ứng kém với điều trị nội khoa : PP tạo nếp gấp đáy vị (PT Nissen, PT Toupet..)

4. Nội soi điều trị : Nong TQ, khâu CTTQD qua nội soi, tiêm chất sinh học làm tăng khối cơ..

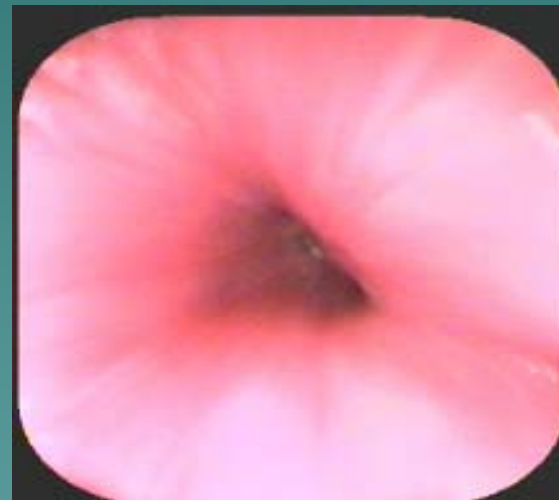
Phân loại Viêm thực quản trào ngược

- ◆ Có 4 bảng phân loại VTQTN:
 - Bảng PL Savary – Miller.
 - Bảng PL Hetzel – Dent.
 - Bảng PL MUSE.(Metaplasia-Ulceration-Stricture- Erosion).
 - Bảng PL Los Angeles.

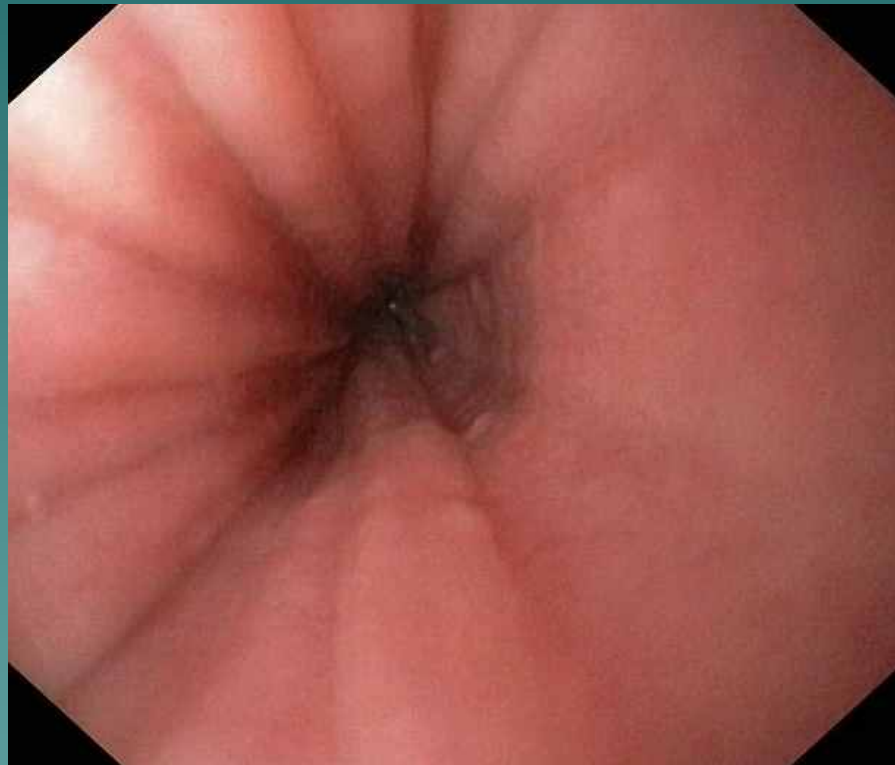
Hình ảnh nội soi thực quản bình thường

- 1- Cơ thắt thực quản trên(UES).
- 2- Nếp niêm mạc thực quản.
- 3- Cơ thắt thực quản dưới(LES)
- 4- Đường Z bình thường: 0-2cm(Z line- lỗ cơ hoành)
 - esophagogastric junction.
 - squamocolumnar junction.
- 5- Niêm mạc TQ – DD bình thường :
 - NM TQ: Squamous epithelium: màu hồng hơi trắng
 - NM DD : Columnar epithelium : màu đỏ nhợt.

Cơ thắt thực quản trên (Upper esophageal sphincter-UES)



Nếp niêm mạc thực quản

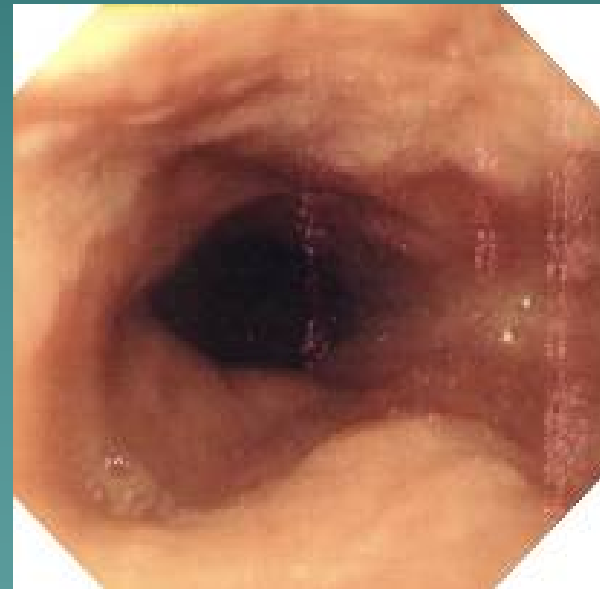


Cơ thắt thực quản dưới (Lower esophageal sphincter-LES)

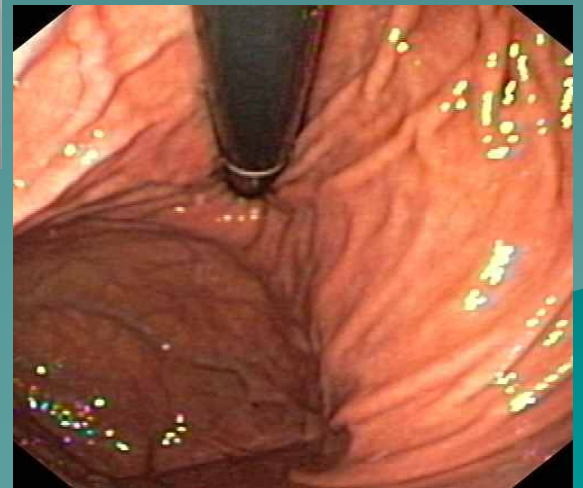
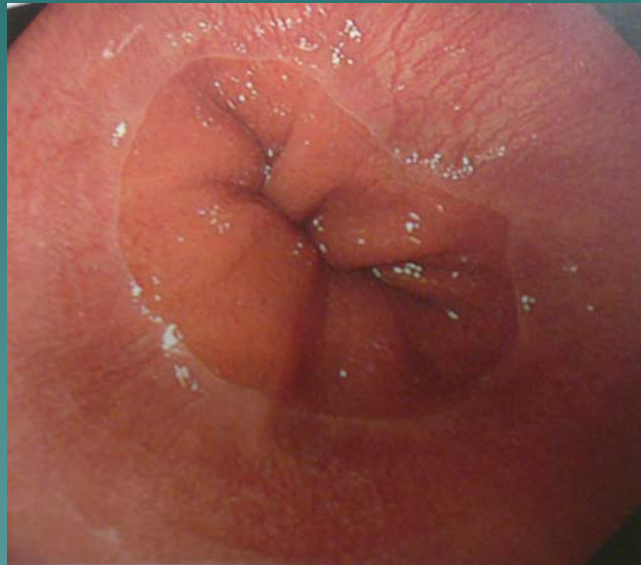
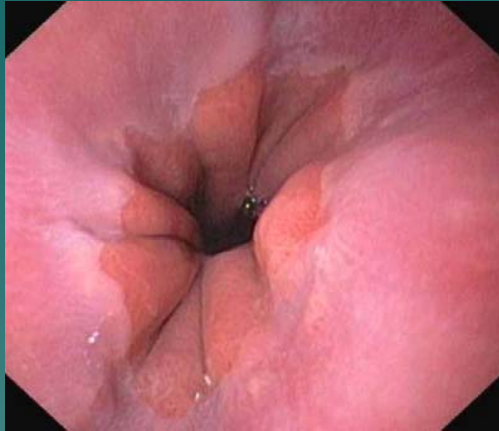
Normal LES



Incompetent

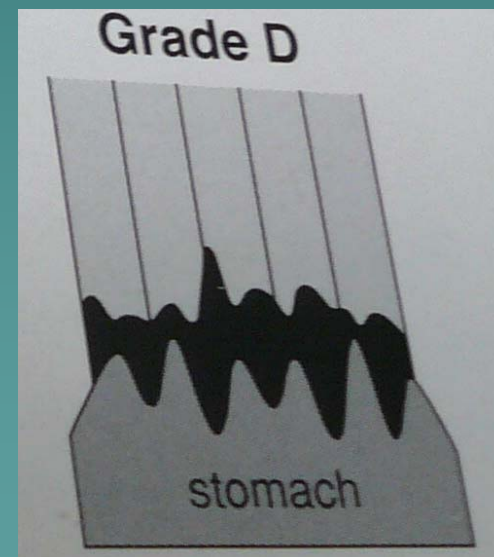
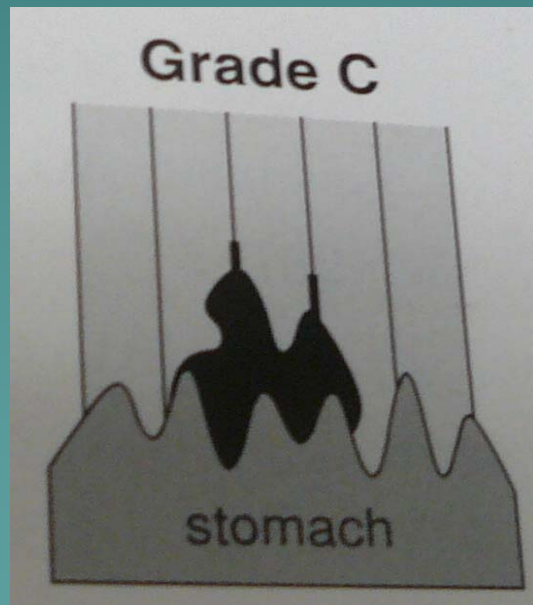
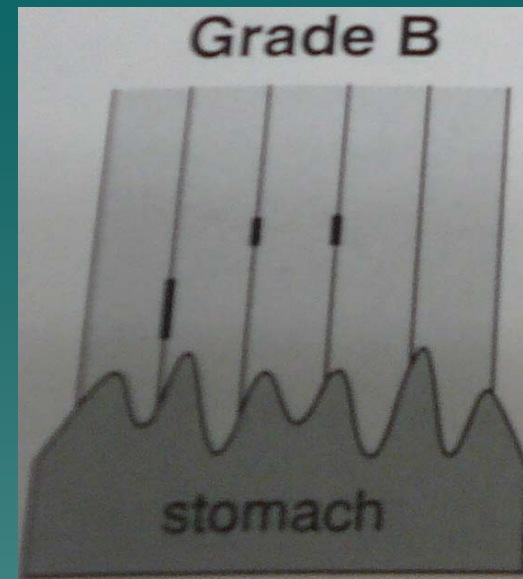
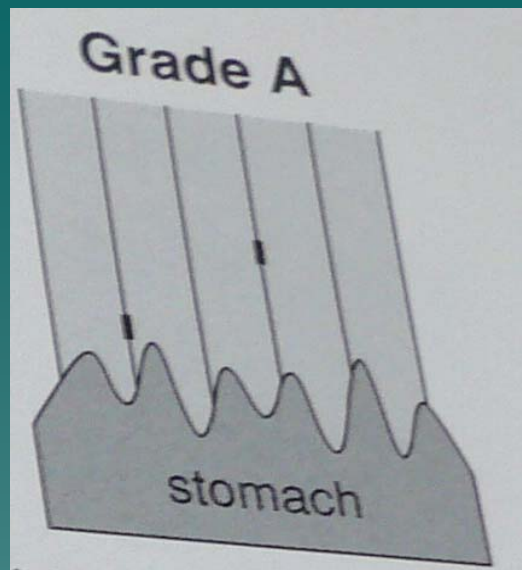


Đường Z bình thường

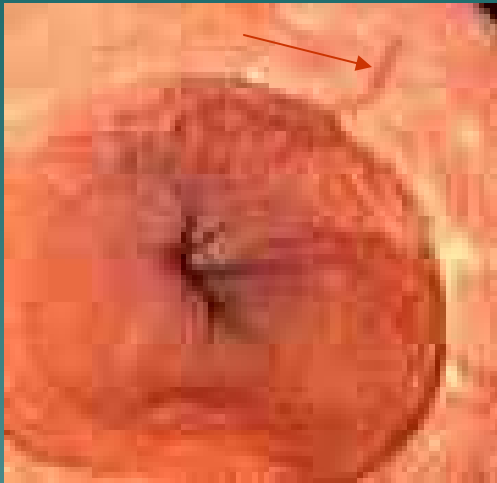


Bảng PL Viêm thực quản trào ngược theo Los Angeles

Độ A	Một hoặc nhiều sang thương niêm mạc <5mm, và không lan sang đỉnh của 2 nếp niêm mạc
Độ B	Một hoặc nhiều sang thương niêm mạc >5mm, và không lan sang đỉnh của 2 nếp niêm mạc
Độ C	Một hoặc nhiều sang thương niêm mạc liên tục giữa 2 đỉnh của hai hay nhiều nếp niêm mạc ,nhưng< 75% chu vi TQ
Độ D	Nhiều sang thương niêm mạc liên tục giữa 2 đỉnh của hai hay nhiều nếp niêm mạc ,nhưng>75% chu vi TQ



Phân loại VTQTN theo Los Angeles



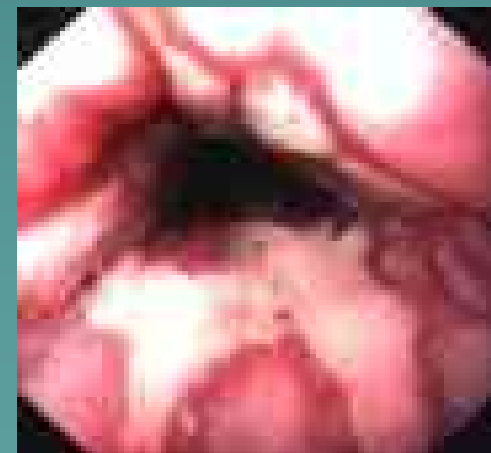
Grade A



Grade B

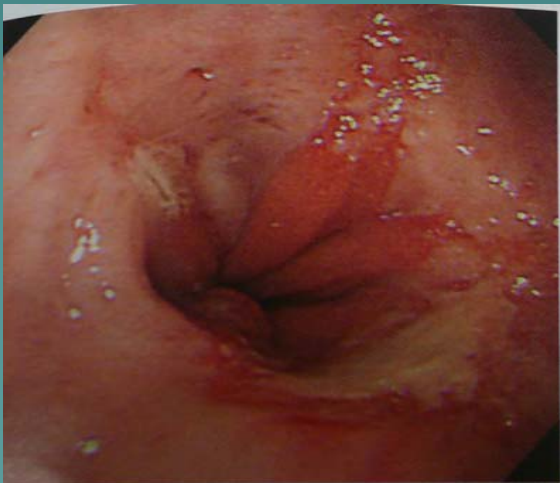


Grade C



Grade D

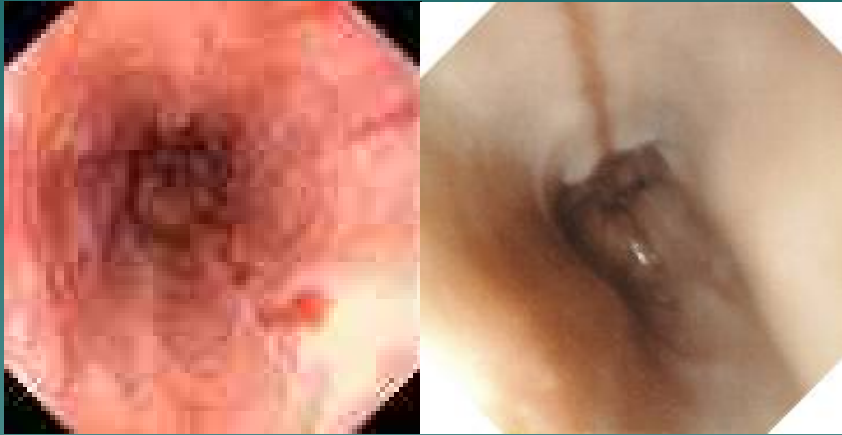




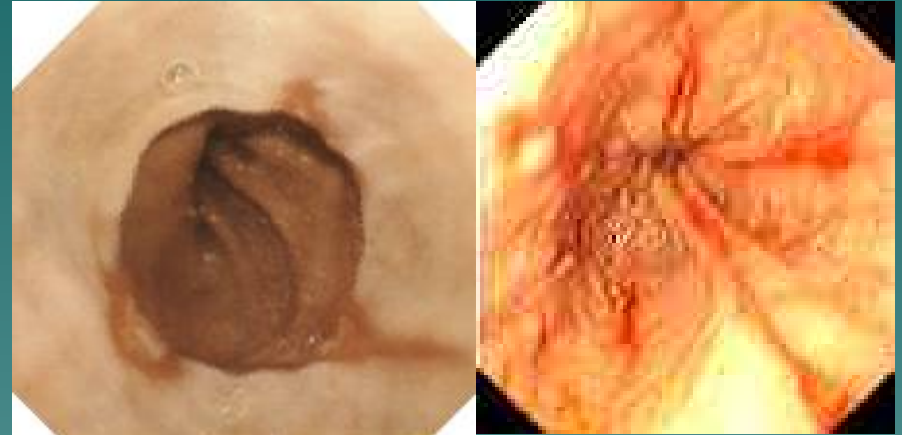
Bảng PL Viêm thực quản trào ngược theo Savary - Miller

Độ	Mô tả
Độ I	Một hay nhiều vết loét đơn độc hay tổn thương sung huyết ở thực quản dưới
Độ II	Nhiều vết loét chỉ chiếm một phần thực quản
Độ III	Nhiều vết loét chiếm toàn bộ chu vi lòng thực quản
Độ IV	Nhiều vết loét chiếm toàn bộ chu vi lòng TQ và có những biến chứng như hẹp TQ.
Độ V	Niêm mạc thực quản barrett

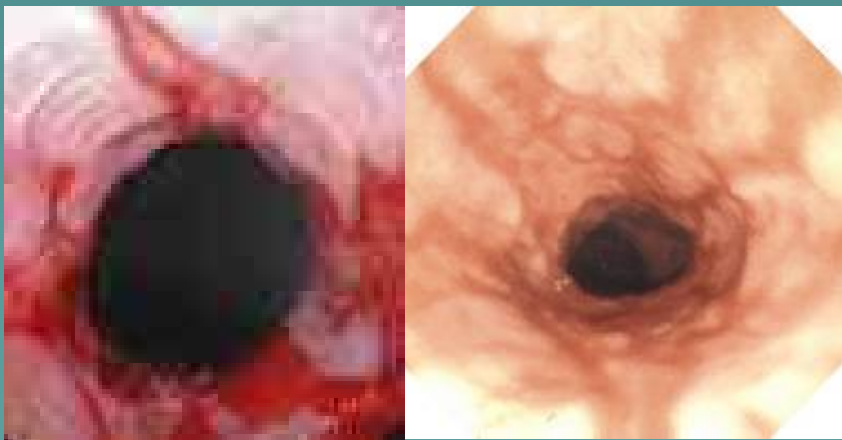
Phân loại VTQTN theo Savary-Miller



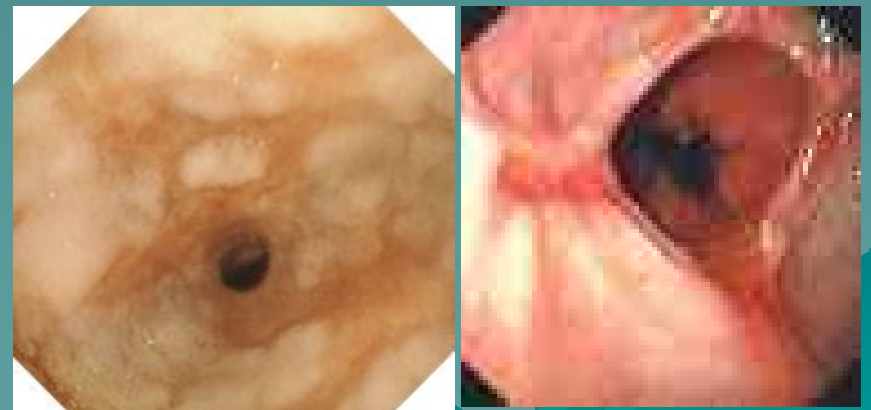
Grade I



Grade II



Grade III



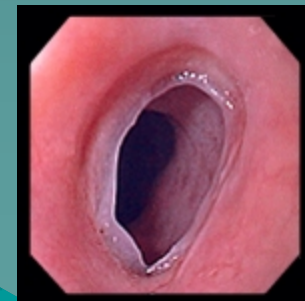
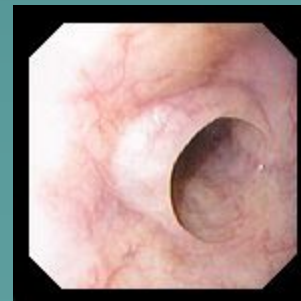
Grade IV

Biến chứng của GERD

1. Hẹp thực quản:
2. Niêm mạc thực quản Barrett :
3. K thực quản(Esophageal Adenocarcinoma):

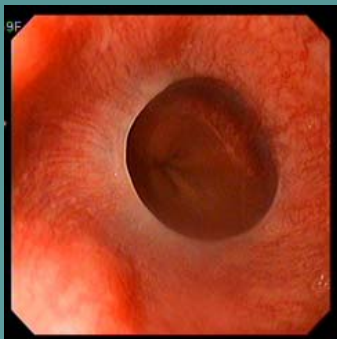
I. Hẹp thực quản :

1. Sẹo hẹp thực quản :
2. Schatzki's ring :



Vòng Schatzki

- Là 1 màng ngăn mỏng làm hẹp lòng TQ dưới.
- Bao gồm lớp niêm mạc và lớp dưới niêm.
- NN có thể do VTQTN lâu ngày.
- Thường kết hợp thoát vị hoành.
- Nuốt khó khi $d < 1\text{cm}$.
- Điều trị qua nội soi : Nong, cắt đốt.



NIÊM MẠC THỰC QUẢN BARRETT

Norman R. Barrett(1903-)



II. Niêm mạc thực quản Barrett

1. Định nghĩa:

- Là sự thay thế biểu mô lát tầng của thực quản dưới bằng biểu mô tuyến của dạ dày hay chuyển sản niêm mạc ruột chuyên biệt.
- TQ Barrett là yếu tố nguy cơ phát triển thành ung thư thực quản (esophageal adenocarcinoma)

2. Phân loại :

- Short segment Barrett: Đoạn TQ Barrett < 3cm
- Long segment Barrett : Đoạn TQ Barrett > 3 cm

3. Mô bệnh học: Chia làm 3 loại:

3.1. Biểu mô tuyến tâm vị.

3.2. Biểu mô tuyến phình vị.

3.3. Biểu mô chuyển sản niêm mạc ruột chuyên biệt (SIM):
đặc trưng bởi sự hiện diện tế bào Goblet (chứa acidic, và màng nhầy, bắt màu xanh khi nhuộm Alcian blue)

→ Chỉ có loại SIM là có khả năng tiến triển ác tính rõ ràng.

NIÊM MẠC TQ BARRETT(tt)

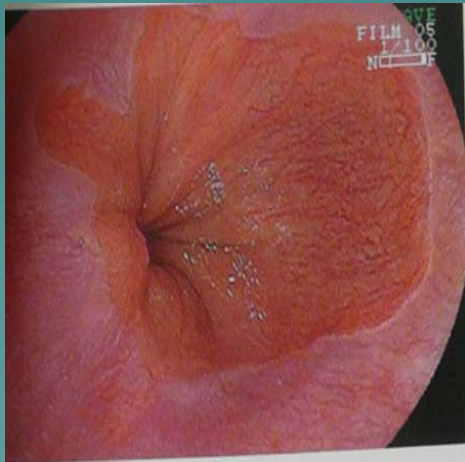
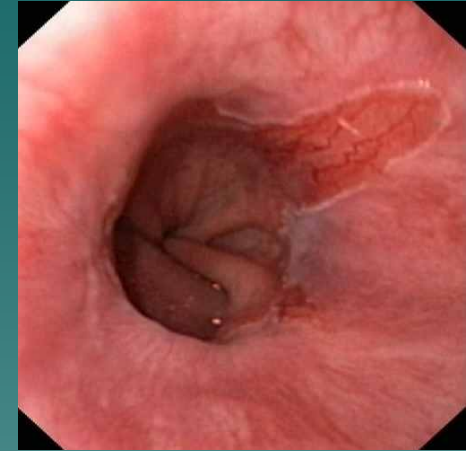
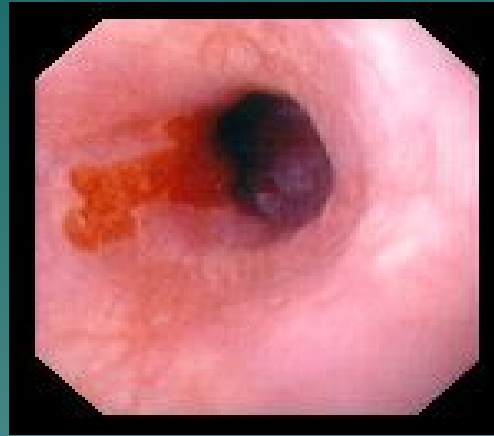
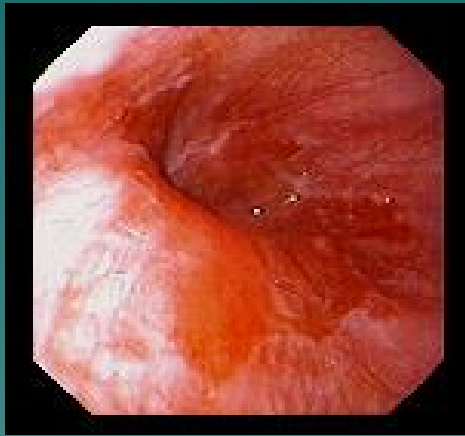
4. Chẩn đoán :

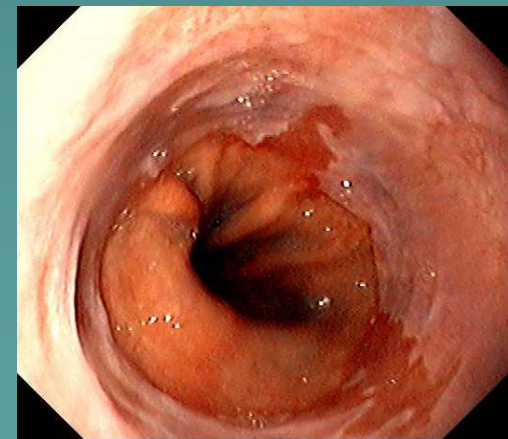
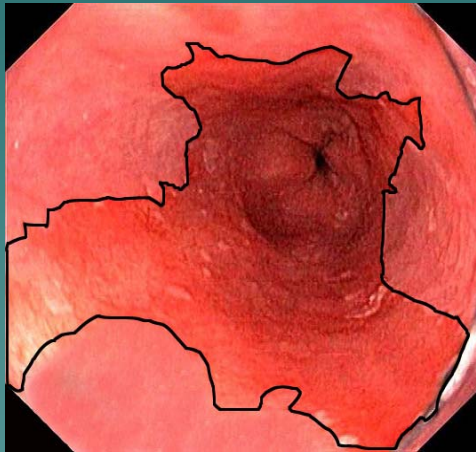
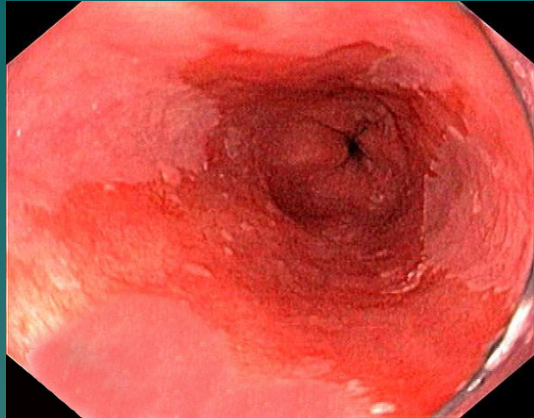
- Chẩn đoán NM TQ Barrett :nội soi và mô học.

5. Diễn tiến :

- Metaplasia – Dysplasia – Adenocarcinoma : là 1 quá trình diễn tiến trong nhiều năm.
- EAC chỉ xảy ra ở một số ít BN NM TQ Barrett.
- Esophageal Adenocarcinoma: 0,5%/BE/ 1 năm.

3. Hình ảnh nội soi :





NHUỘM MÀU TRONG NM TQ BARRETT

- Lugol's iodine.
- Methylene blue .
- Toluidine blue.
- Indigo carmin.

LUGOL

- Được sử dụng từ năm 1933 trong phụ khoa để chẩn đoán sớm K cổ tử cung

(test Schiller) → sử dụng trong Chromoscopy

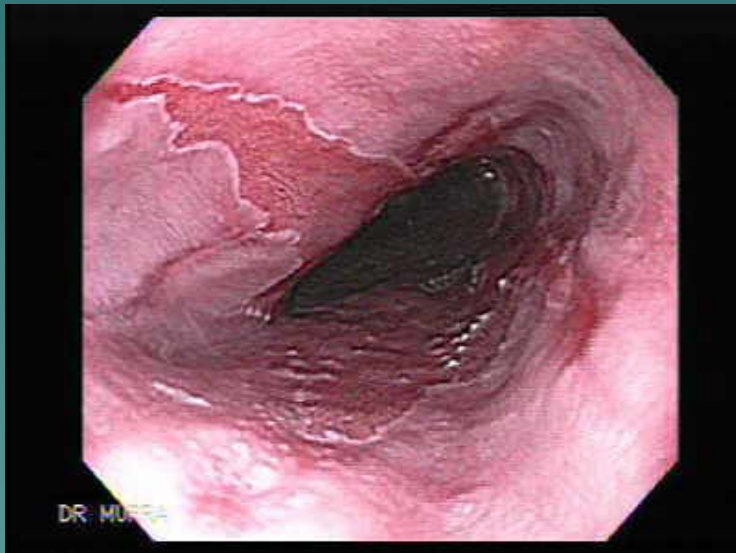
Cơ chế : Lugol được cố định trên lớp biểu mô giàu Glycogen, không Keratine của tế bào biểu mô lát tầng của thực quản bình thường.

Tế bào bình thường bắt màu xám – nâu – lục (nâu thẫm).

Tế bào bất thường (viêm – dị sản – K) không bắt màu.

Vùng không bắt màu nghi ngờ phải có $d > 5\text{mm}$

Nhuộm Lugol's iodine



Indigo carmine

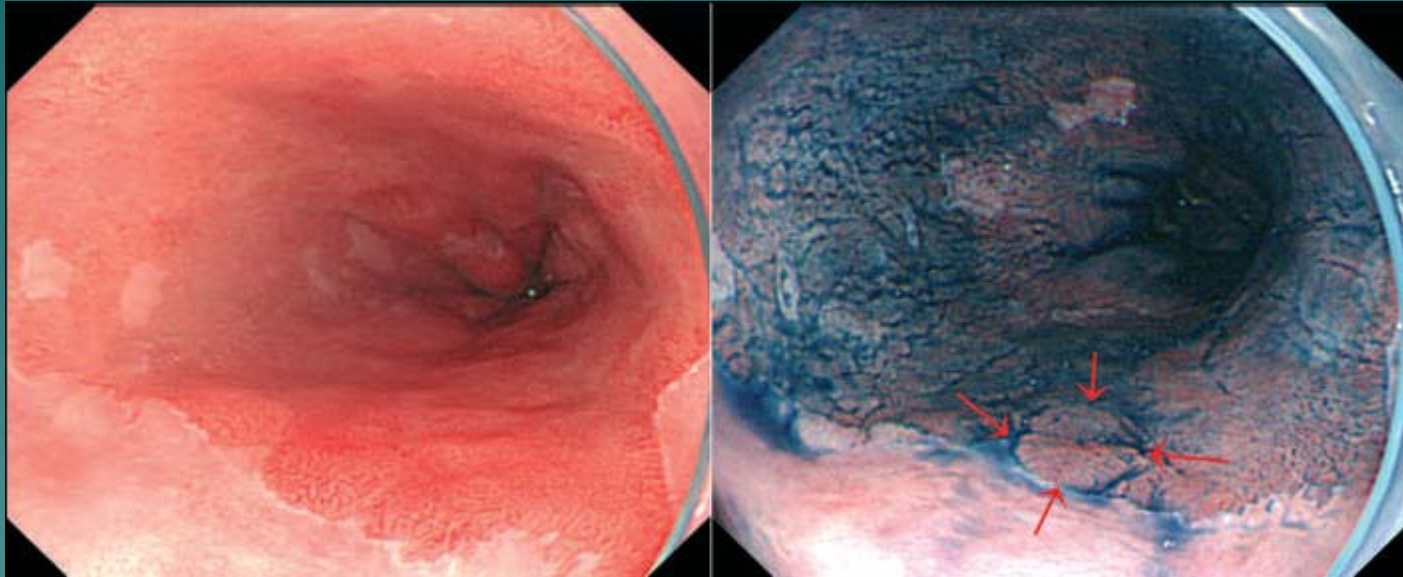


Figure 3 Overview images taken with high-resolution white-light imaging (left) and indigo carmine chromoendoscopy (right) of a small mucosal lesion (type IIb) at the 6-o'clock position (arrows), detected in a patient with Barrett's esophagus. This area was regarded as suspicious after spraying of indigo carmine. High-grade dysplasia was found in the corresponding biopsy specimens

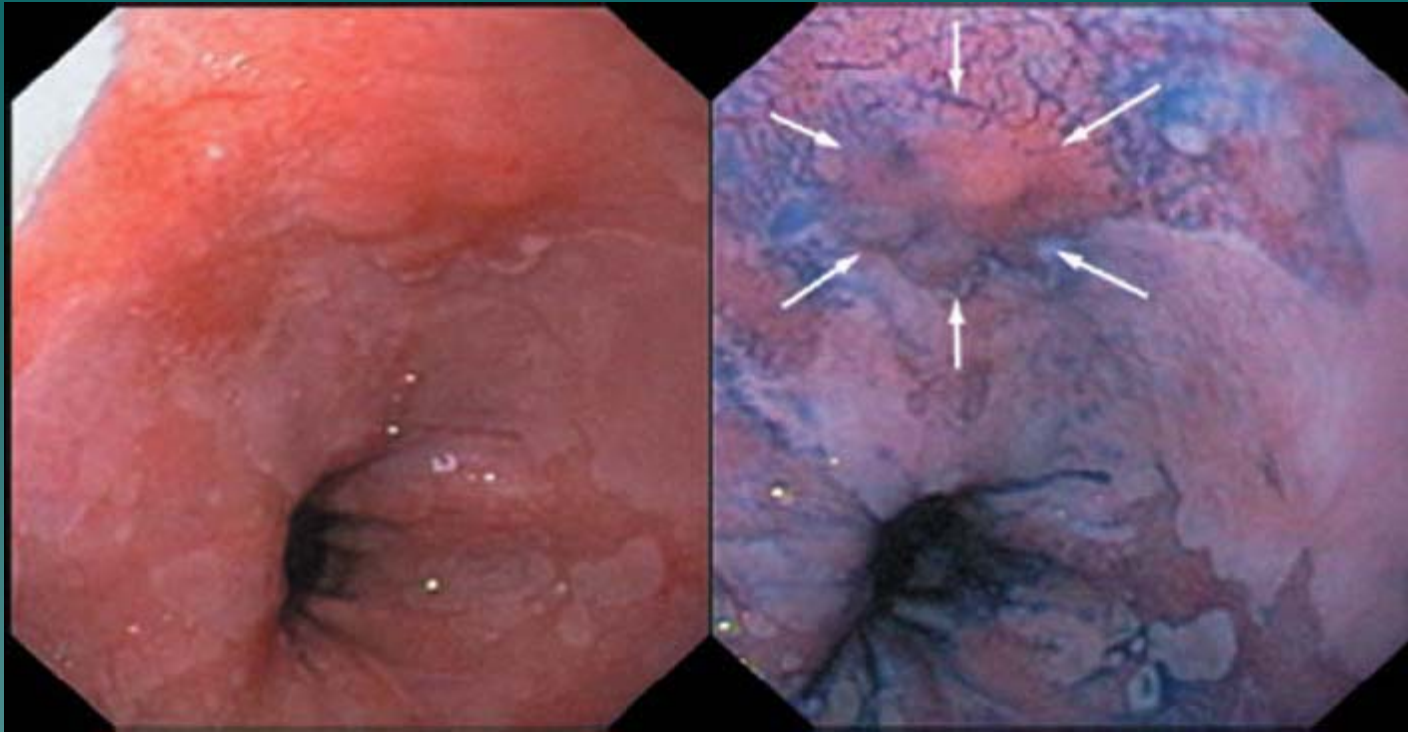
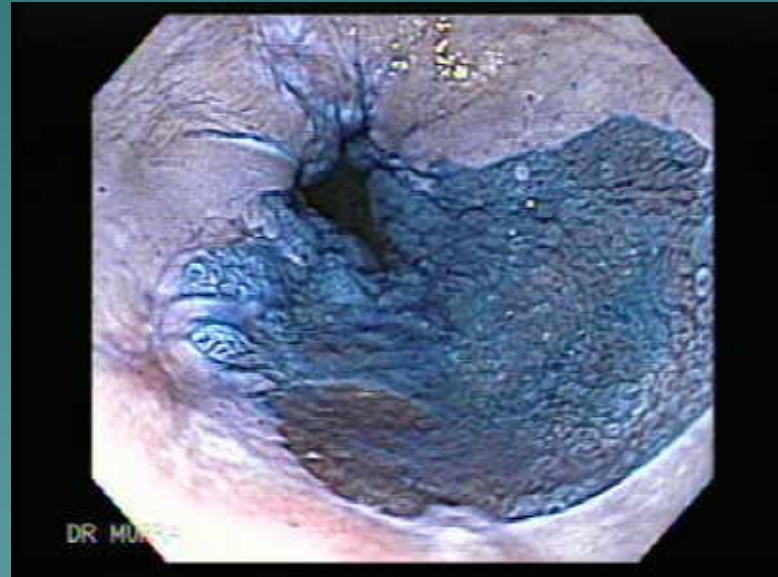
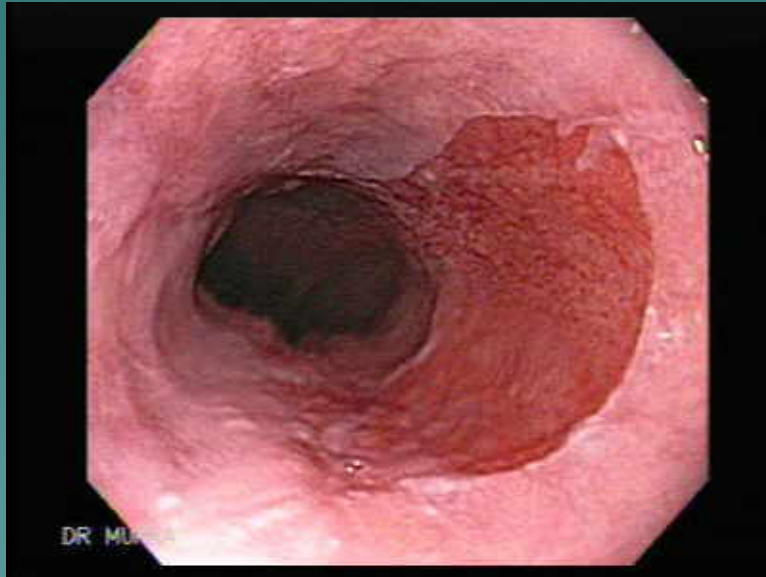
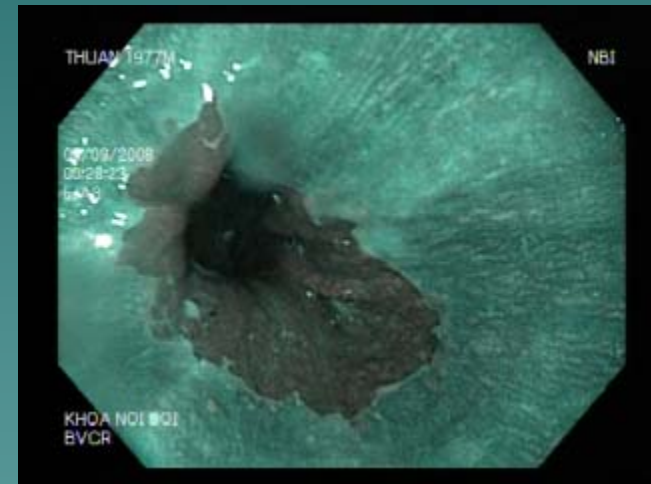
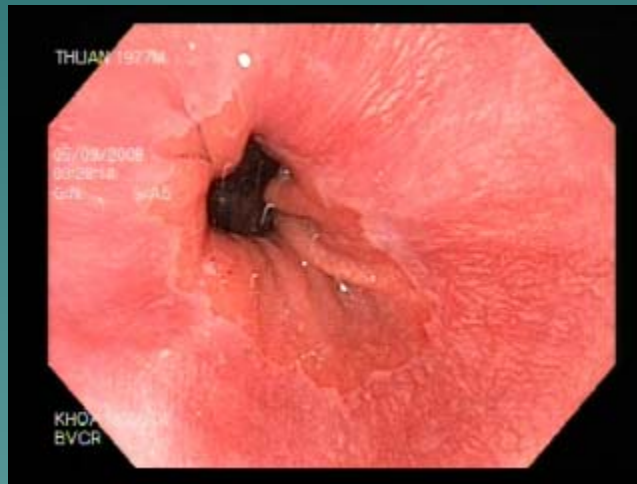


Figure 1 (A) Barrett's oesophagus with a small inconspicuous area of high grade dysplasia; (B) after staining with indigo carmine the lesion is much easier identified.

Methylene blue



Vai trò NBI trong NM TQ Barrett (NARROW BAND IMAGING)



NBI

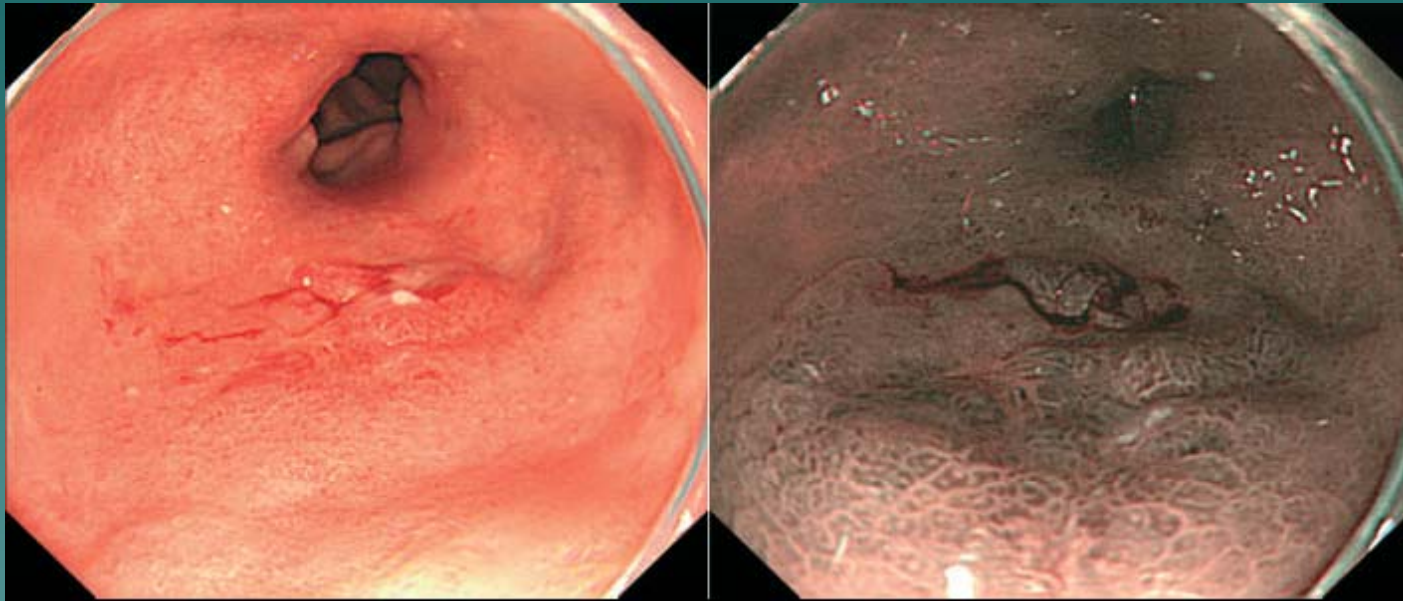
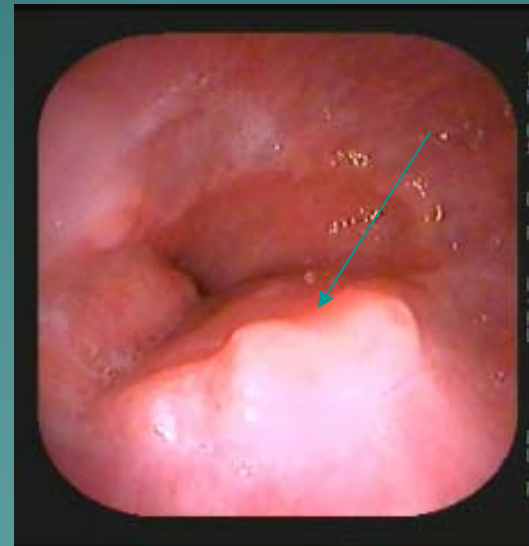


Figure 1 High-resolution white-light image (left) and the corresponding narrow-band image (right) of a mucosal type IIa±IIc lesion detected in a patient with Barrett's esophagus. Intramucosal cancer was found on examination of histopathological specimens taken from this lesion.

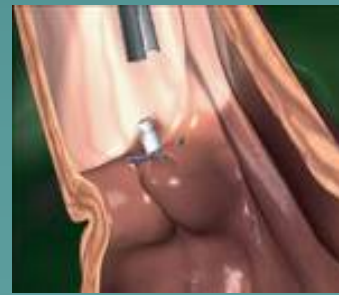
III. Ung thư thực quản:

- ◆ Ung thư tế bào tuyến thực quản:
Esophageal Adenocarcinoma(EAC).

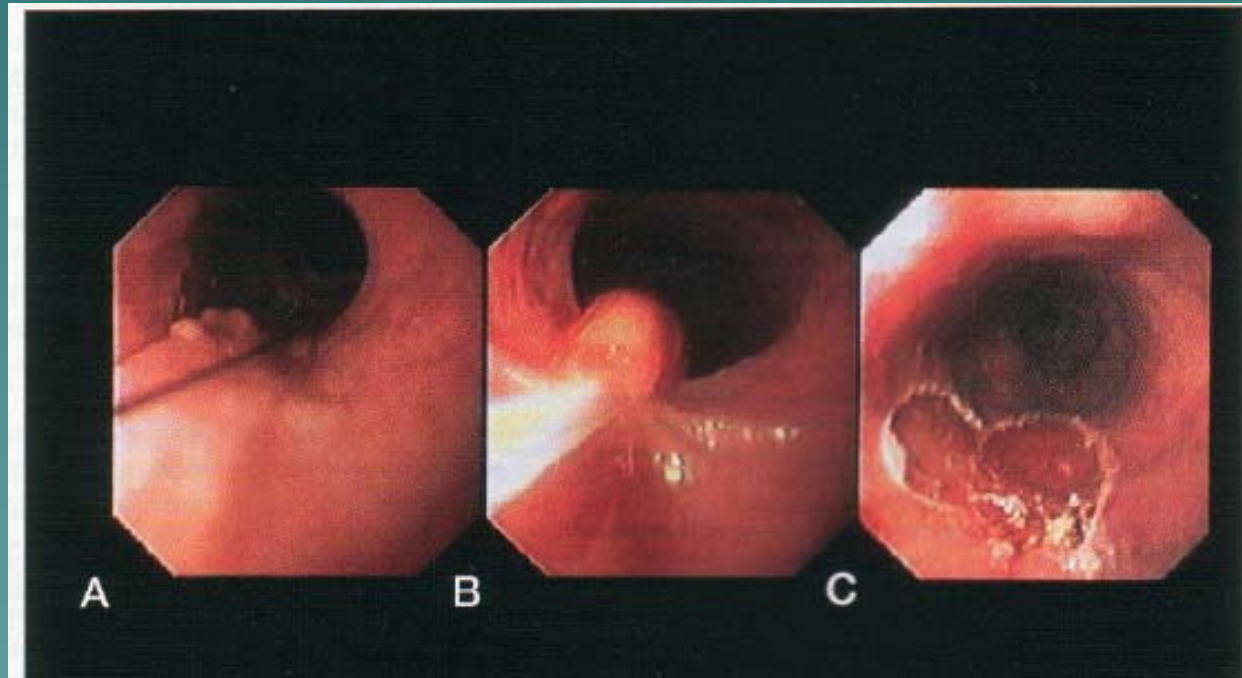


IV . Nội soi điều trị biến chứng của GERD

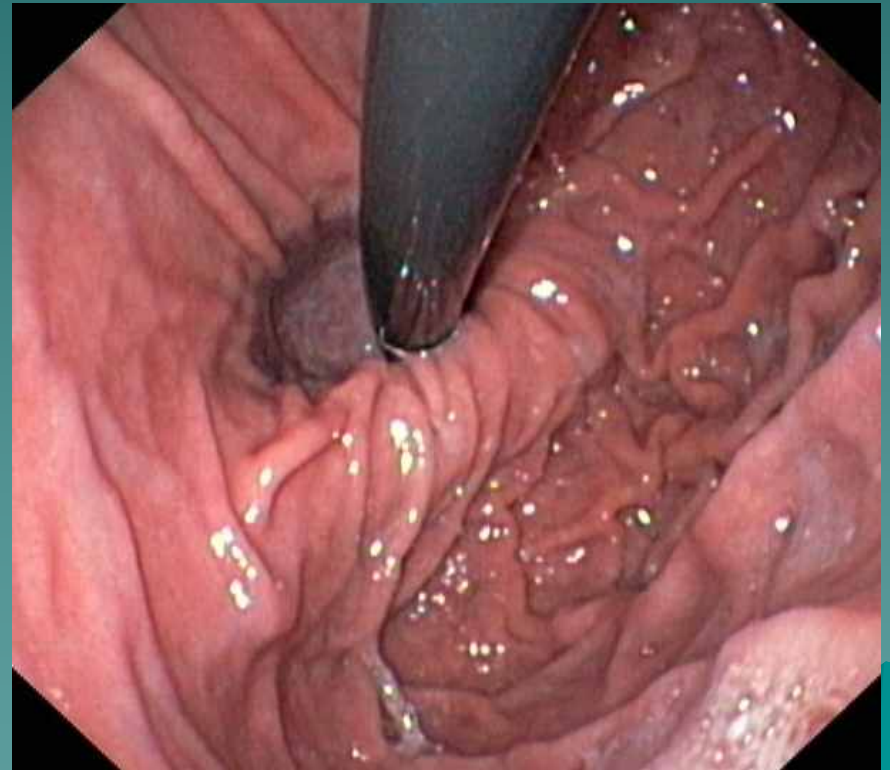
1. Nong hẹp thực quản; Nong hay cắt đốt Vòng schatzki qua nội soi
2. Khâu CTTQD qua nội soi, tiêm chất sinh học làm tăng khối cơ.
3. Cắt niêm mạc ung thư thực quản giai đoạn sớm qua nội soi(EMR-ESD):



Endoscopic images showing EMR of a flat early carcinoma in the esophagus



Thoát vị hoành



Các triệu chứng nội soi

- ◆ Đường Z nằm cao < 35cm
- ◆ Có hình ảnh ngăn cơ hoành nằm sâu
- ◆ Hình ảnh túi khí quặt ngược
- ◆ Các dấu hiệu : trào ngược, vòng Schatzki

Cám ơn các bạn đã theo dõi!

