

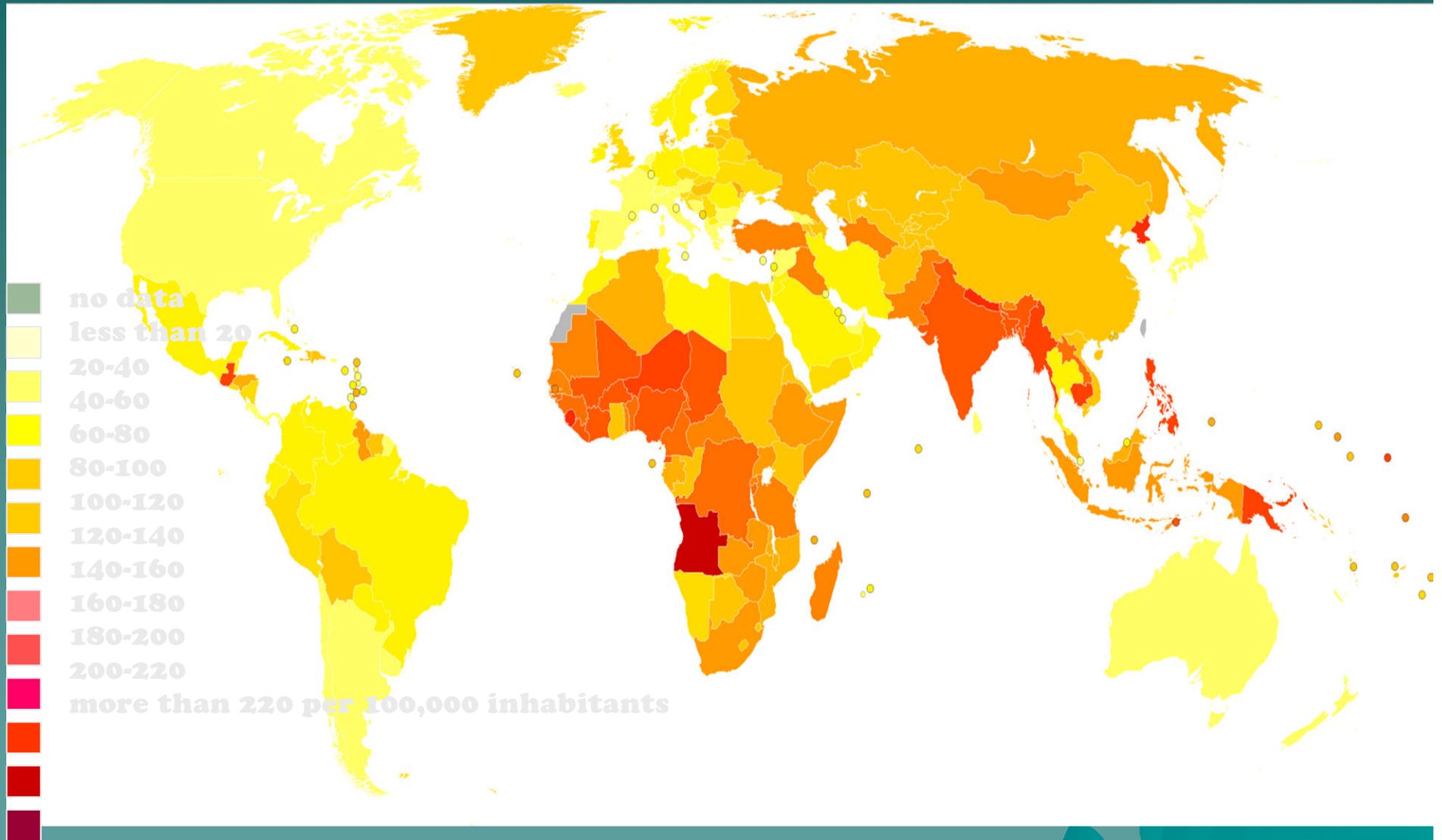
CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

BSCKII Trần Ngọc Bảo

I-Dẫn nhập :

- * Sinh bệnh học LDD-TTr : đa yếu tố .
- * Sự phát hiện H.P. do B. Marshall & R. Warren năm 1983 .
- * Việc điều trị bệnh LDD-TTr do nhiễm H. P. theo các Hội nghị đồng thuận .
- * Vấn đề kháng kháng sinh của H.P.
- * Loét DD-TT không do nhiễm H.P. Thường cần điều trị dài ngày để dự phòng tái phát

II- Dịch tễ học



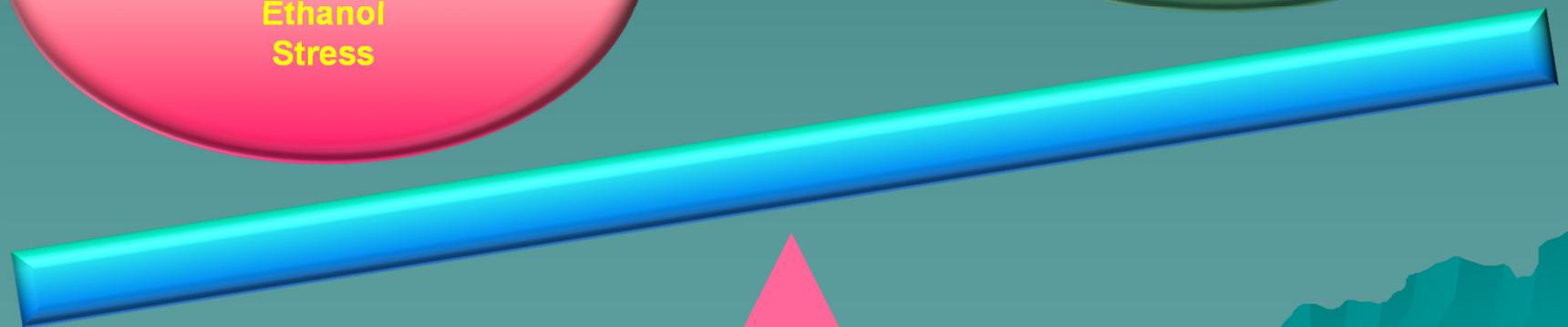
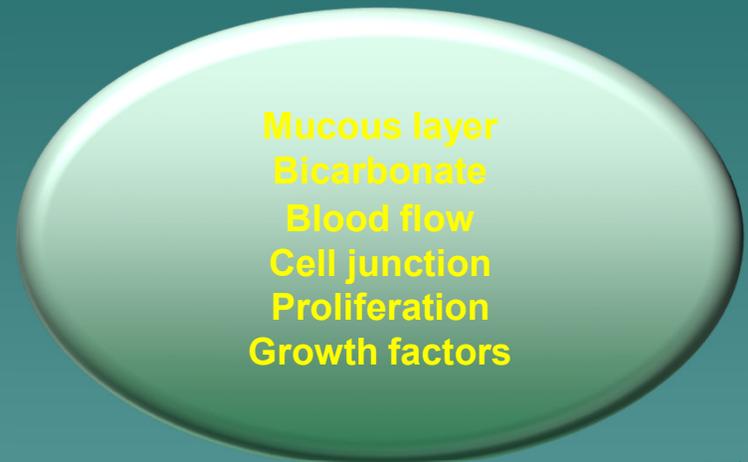
*Peptic ulcer disease world map, W
2004*

III- Sinh bệnh học LDD-TTr :

Attack Factors

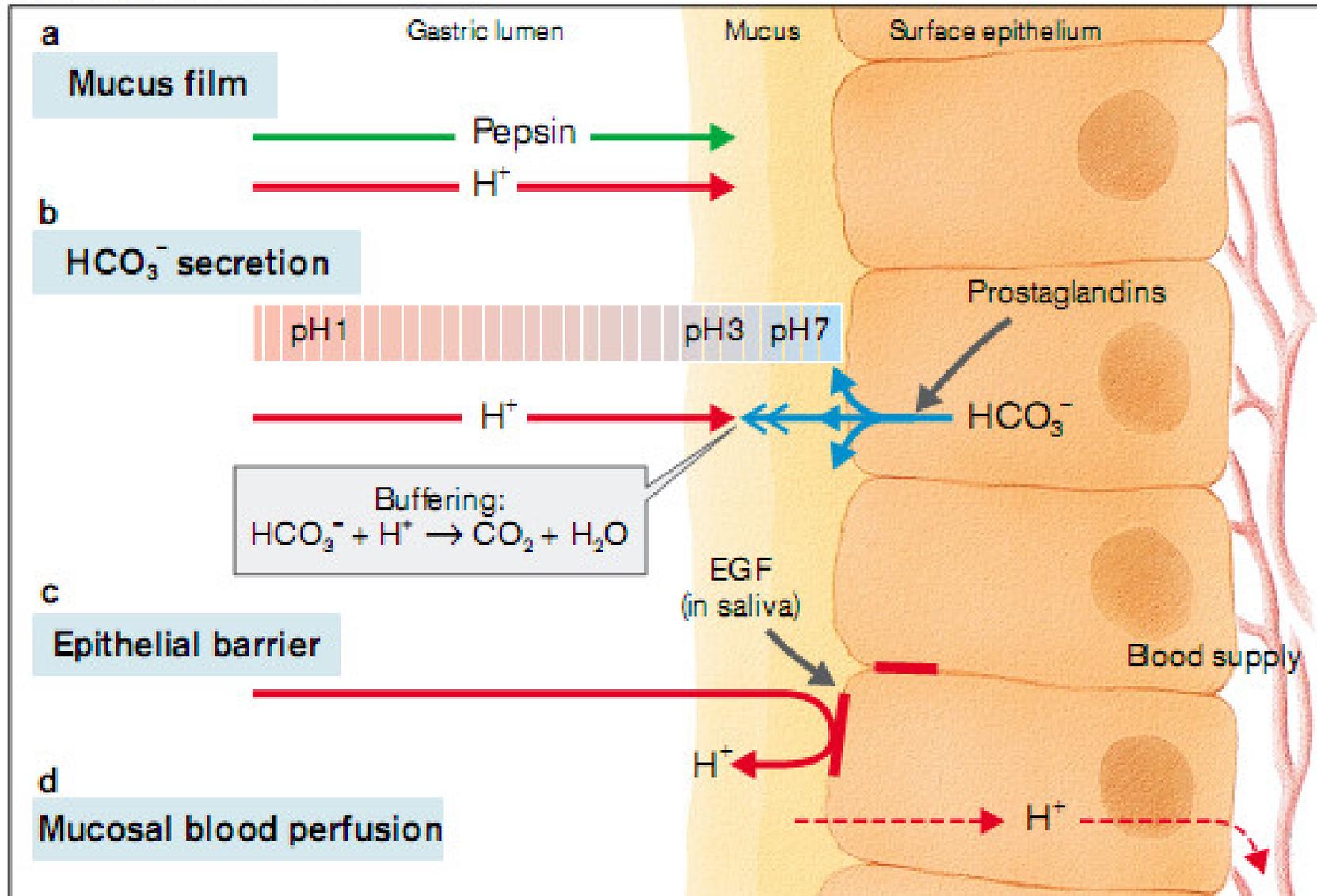


Defense Factors



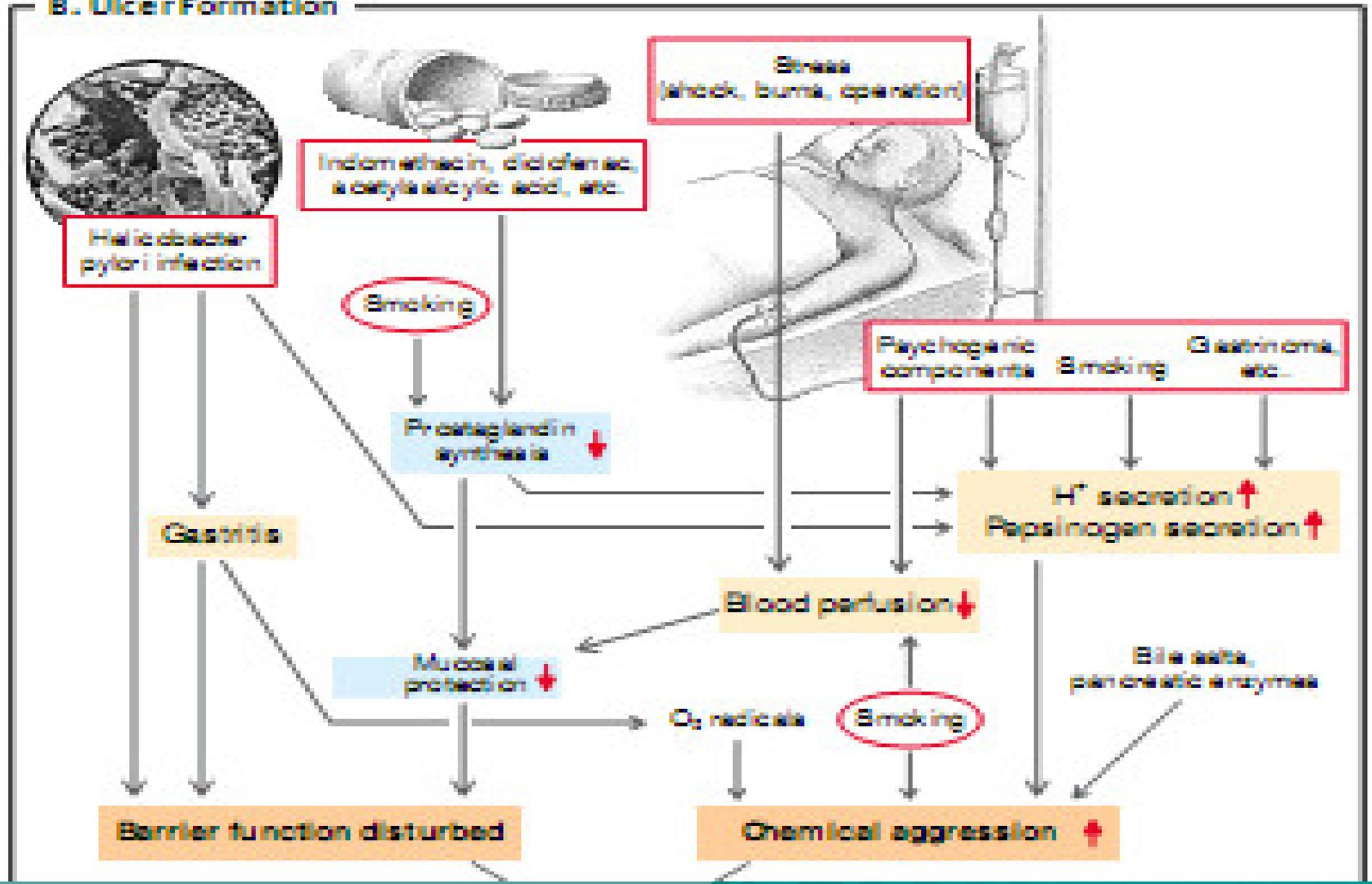
III- Sinh bệnh học LDD-TTr :

2 Mucosal protection

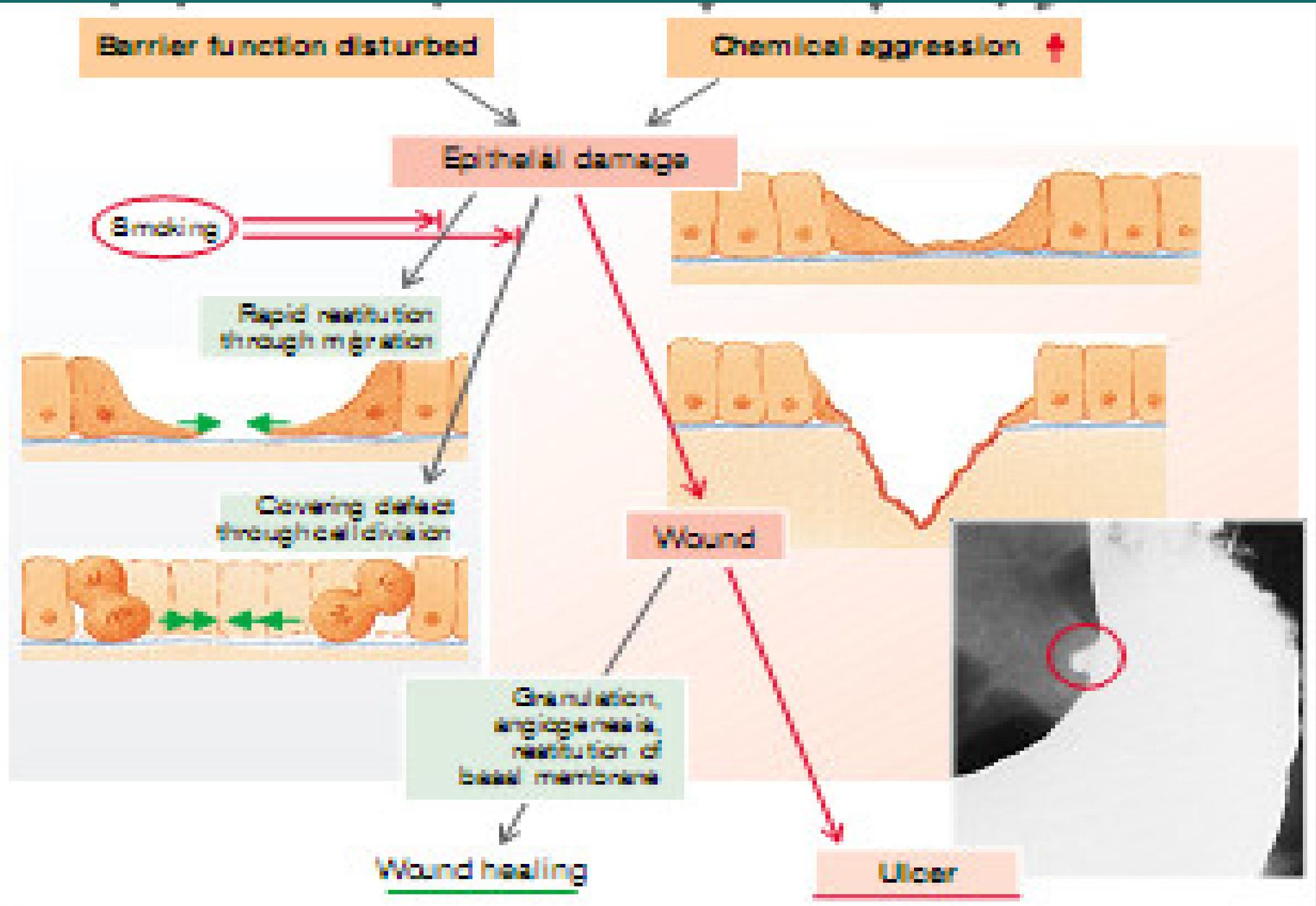


III- Sinh bệnh học LDD-TTr :

B. Ulcer Formation



III- Sinh bệnh học LDD-TTr :



III- Sinh bệnh học LDD-TTr :

3 Danger of ulcer

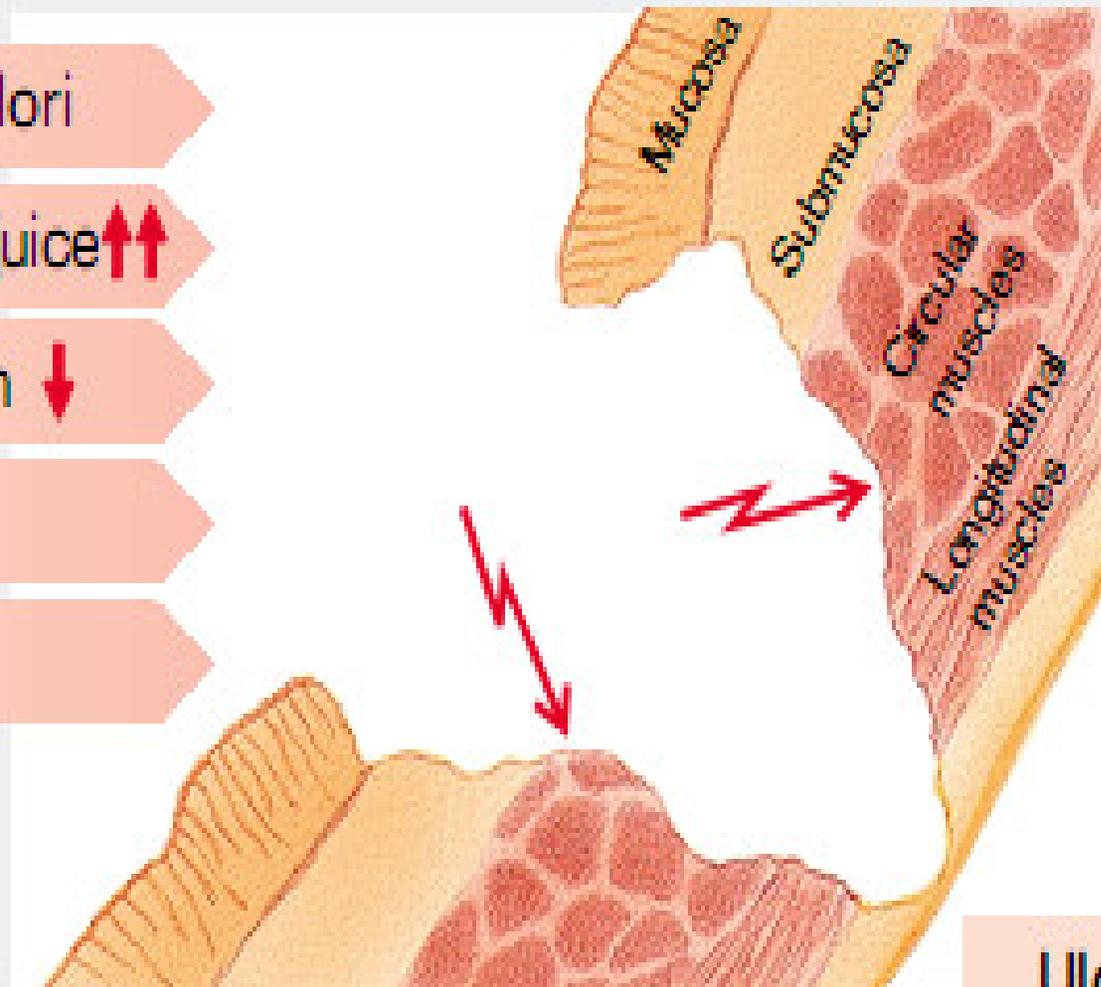
Helicobacter pylori

Secretion of gastric juice ↑↑

HCO₃⁻ secretion ↓

Cell formation ↓

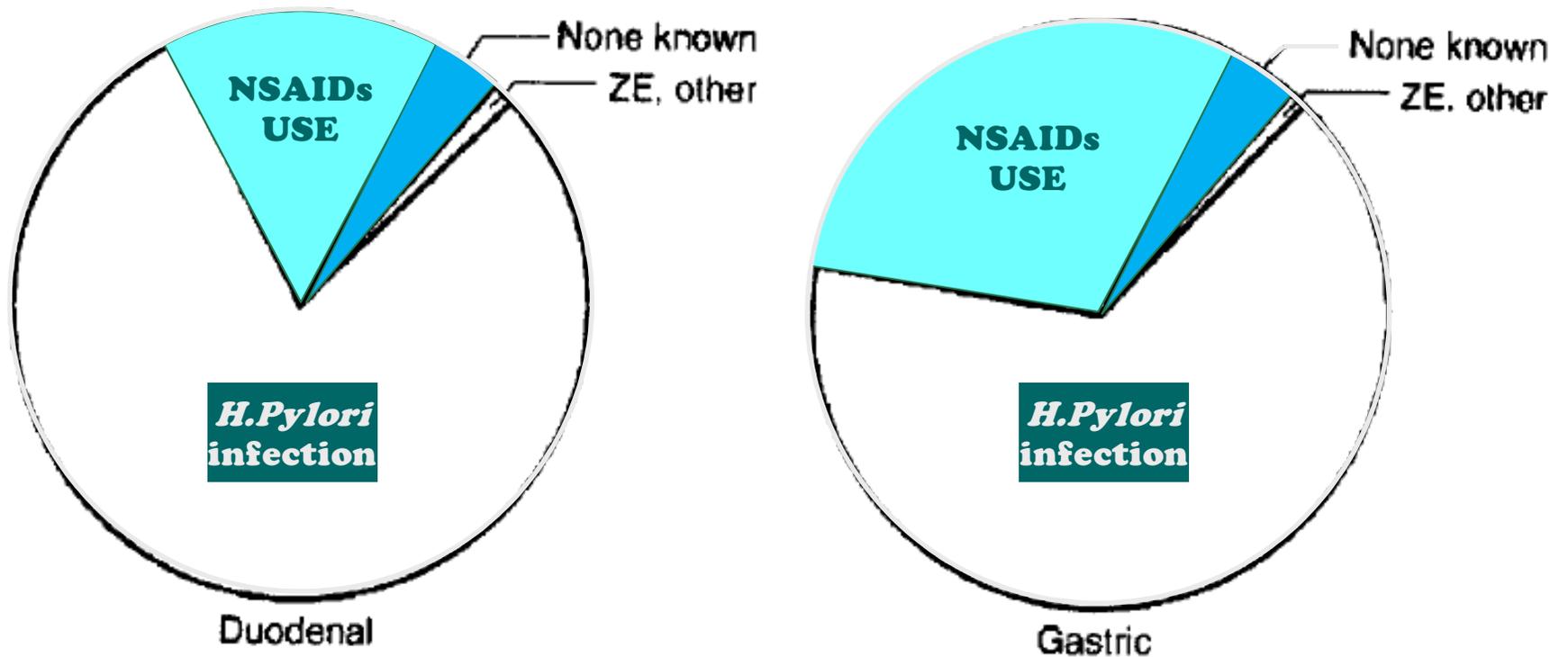
Blood perfusion ↓



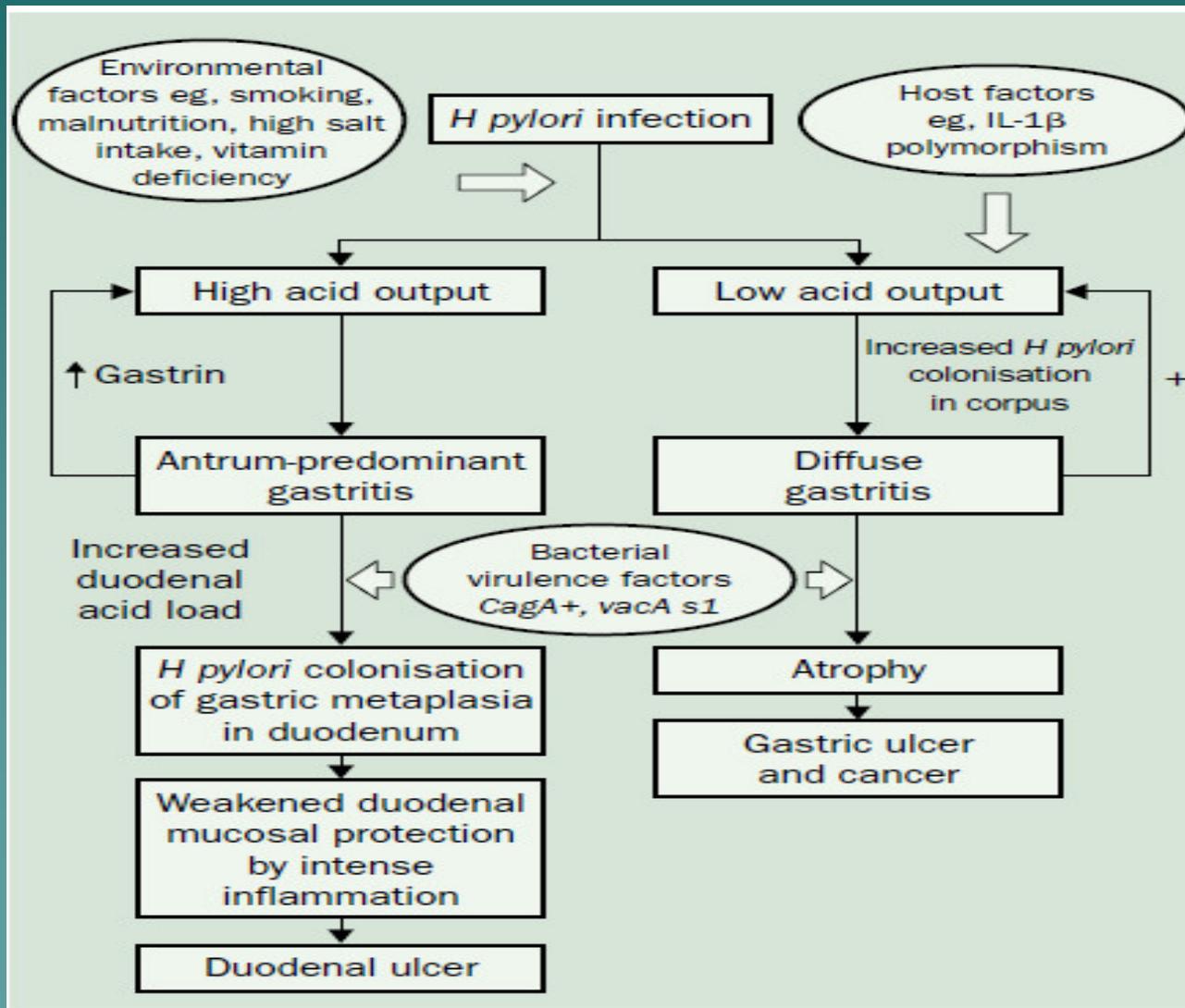
Ulcer

Nguyên nhân LDD-TT

CONDITIONS ASSOCIATED WITH PEPTIC ULCER



Loét DD-TT do nhiễm H.pylori



IV- Triệu Chứng LDD-TTr :

1 Cơ đau loét điển hình .

2 Các triệu chứng khó tiêu .

3 Các biến chứng XHTH , Hẹp MV ,

Thủng DD-TT , Hóa ung thư .

V- Chẩn Đoán LDD-TTr :

- * Nội soi DD-TTR .

- * Xquang DD-TTr (Barium)

- * Phát hiện nhiễm H.pylori .

 - Test xâm lấn .

 - Test không xâm lấn .

PHONG 6

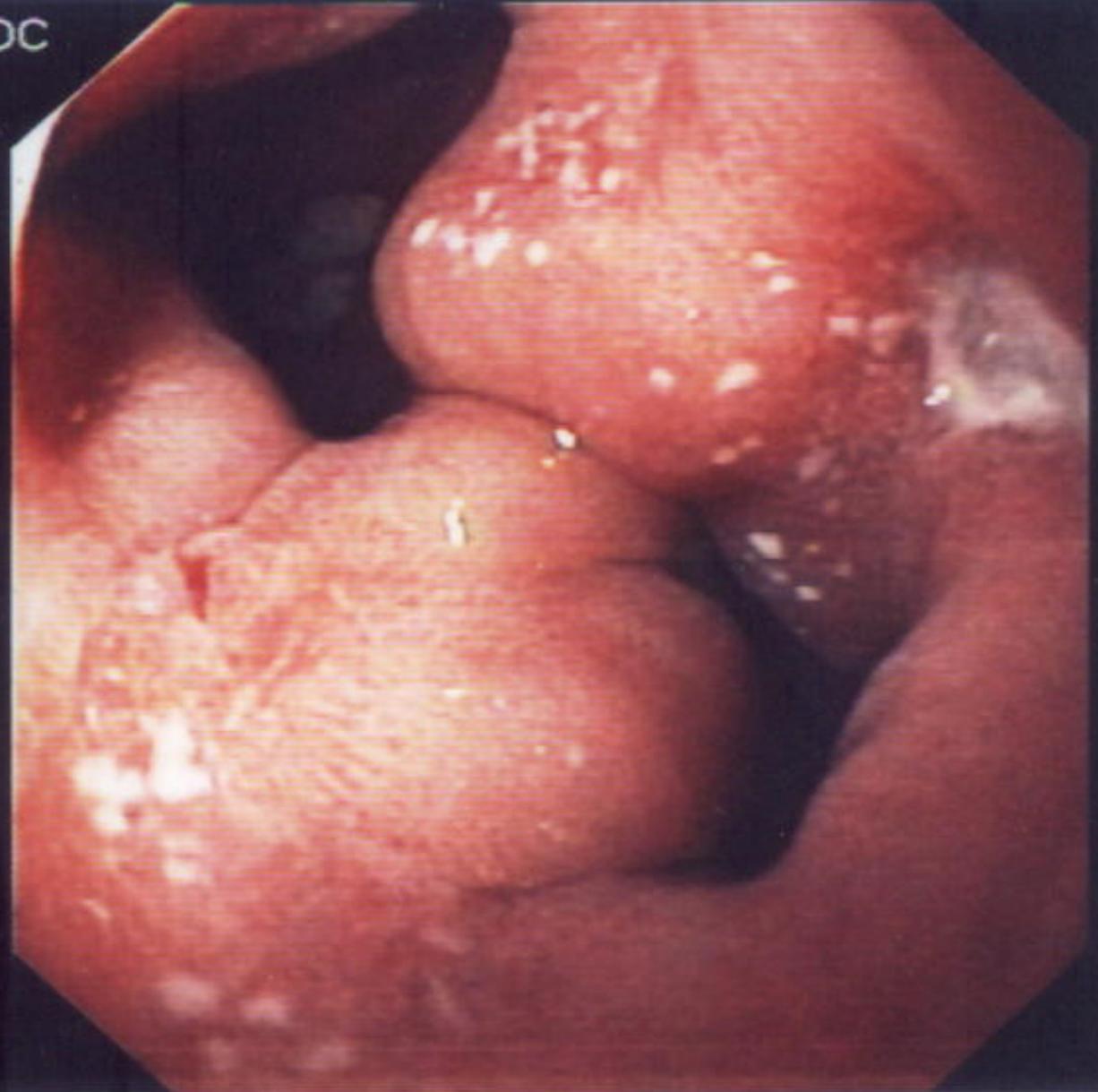
26/03/2007
02:02:08

CVP:
D, F:
E: 5 G: N

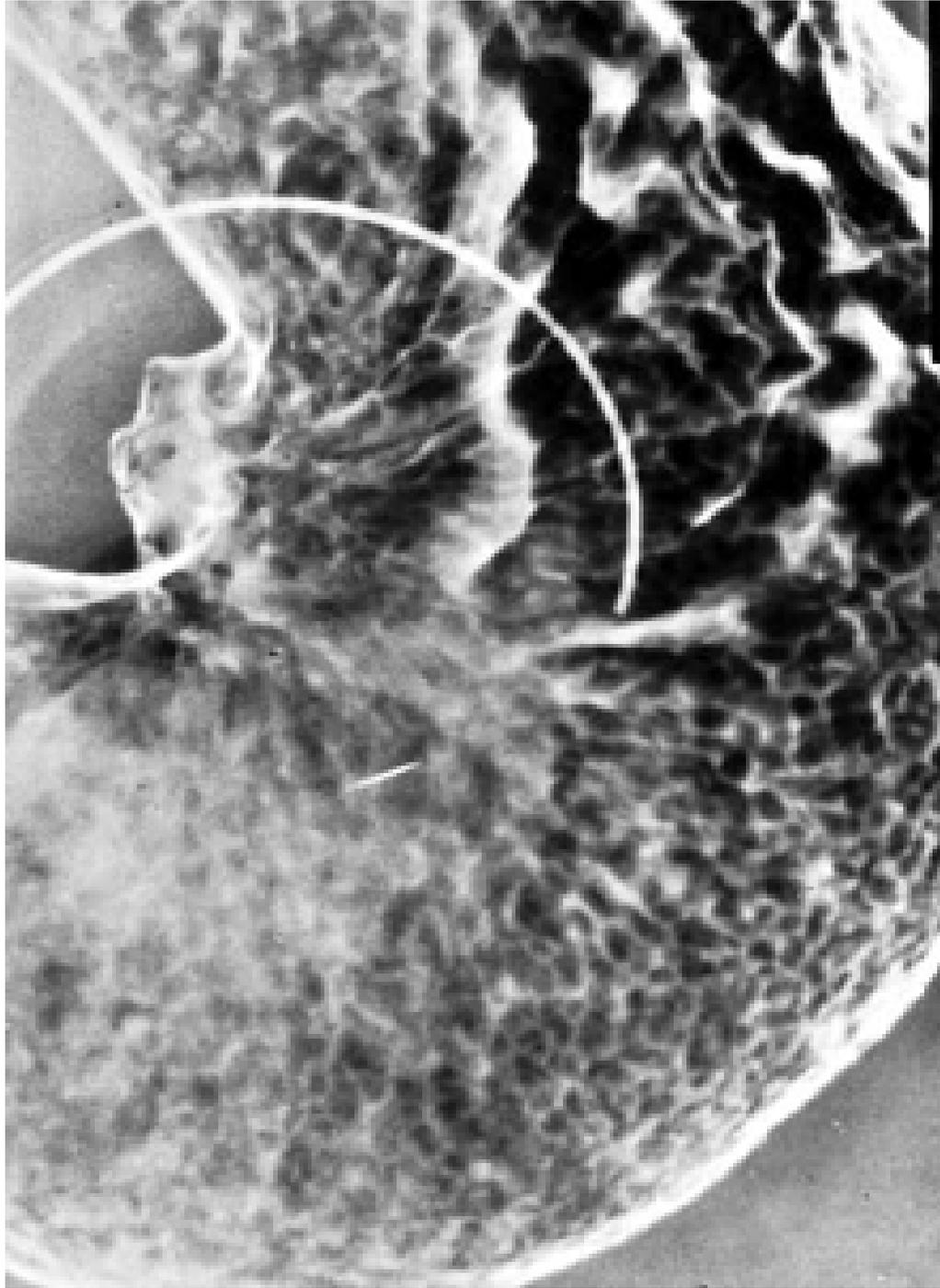


DAI HOC Y DUOC TPHCM

BV DH Y DUOC



Comment :



V- Chẩn Đoán LDD-TTr :

- * Nội soi DD-TTr .
- * Xquang DD-TTr (Barium) .
- * Phát hiện nhiễm H.Pylori .
 - Test xâm lấn .
 - Test không xâm lấn .

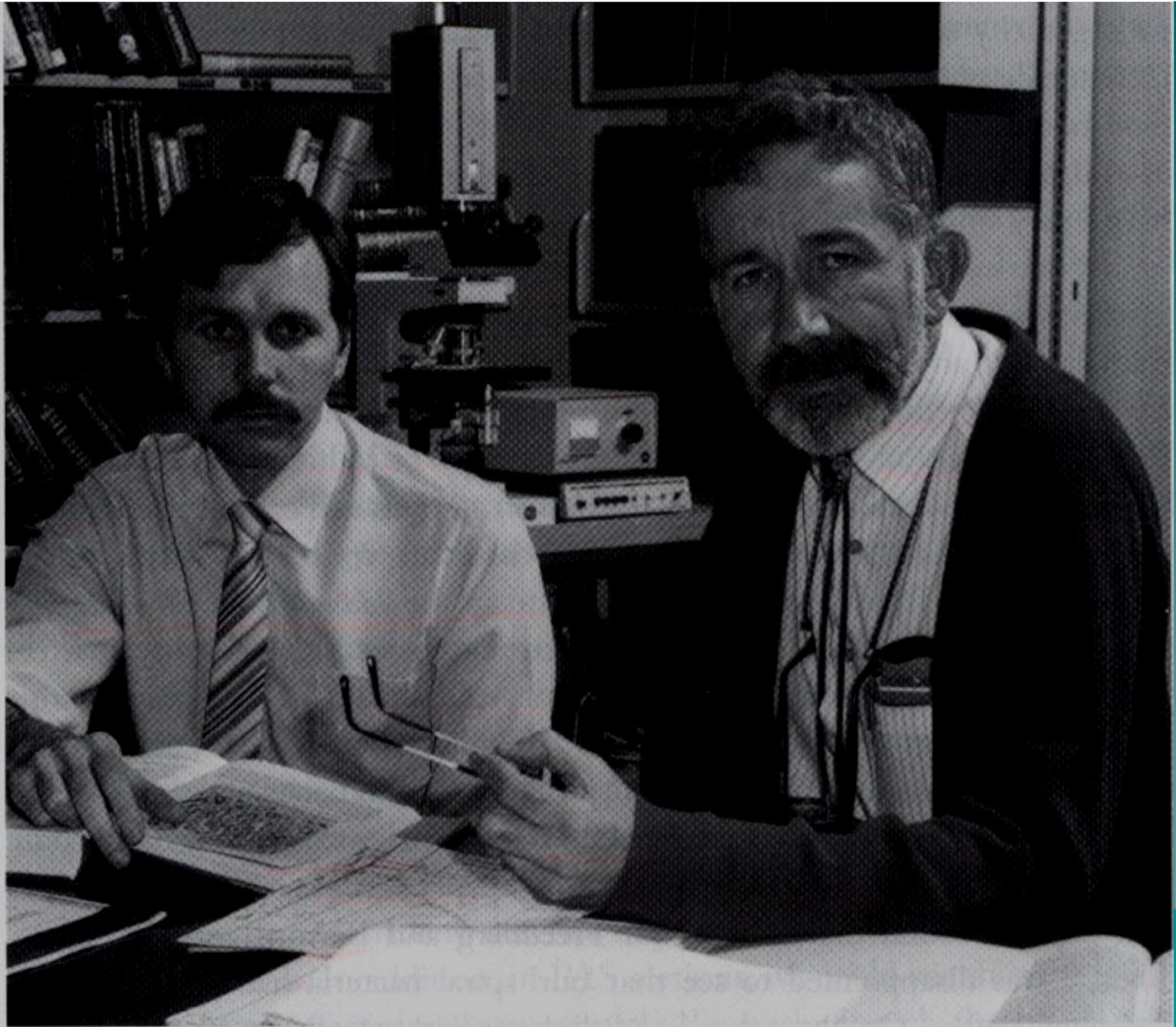


FIGURE 1 Barry Marshall and Robin Warren in July 1984.

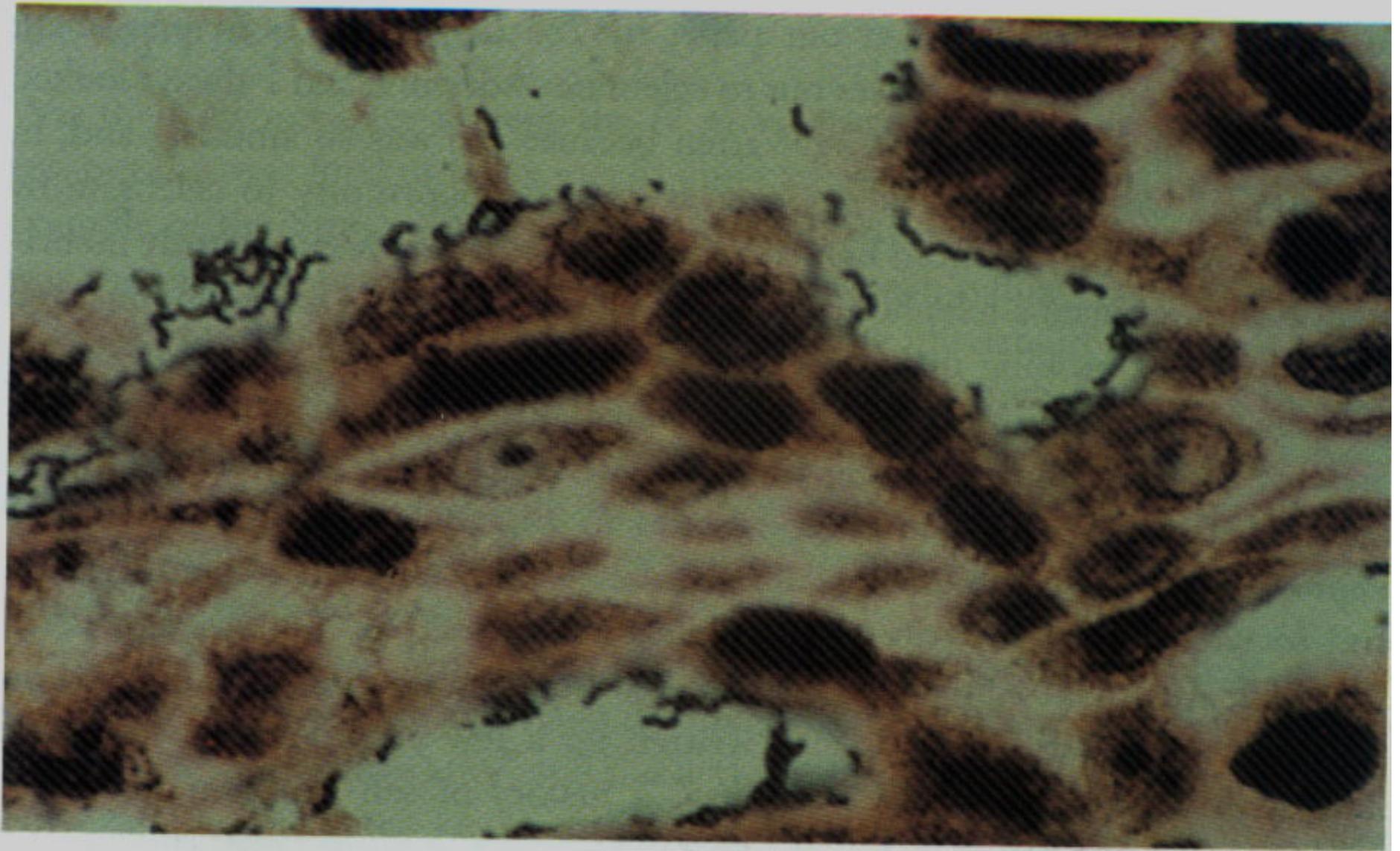


FIGURE 7 Silver stain of the author's biopsy taken on day 10 of the experiment. Epithelial cells have rounded up in shape without intracellular mucin, and have many closely adherent black *H. pylori* organisms.

V- Chẩn Đoán LDD-TTr :

TABLE 23-1. Tests to Detect *Helicobacter pylori* Infection

	Sensitivity	Specificity
Nonendoscopic		
Blood Antibody Test [†]	85%	70 to 80%
Urea Breath Test (C-13, C-14) [*]	95%	95%
Stool Antigen Test [*]	90 to 95%	85 to 90%
Endoscopic		
Rapid Urease Test [*]	90 to 95%	90 to 95%
Histology ^{**}	90 to 95%	90 to 95%
Culture ^{**}	50%	100%

^{*}Tests with decreased accuracy if patient is on proton pump inhibitors, high dose histamine-2 receptor antagonists, or antibiotics.

[†]May obtain false-positive result if patient has received prior *Helicobacter pylori* eradication treatment.

V- Chẩn Đoán LDD-TTr :

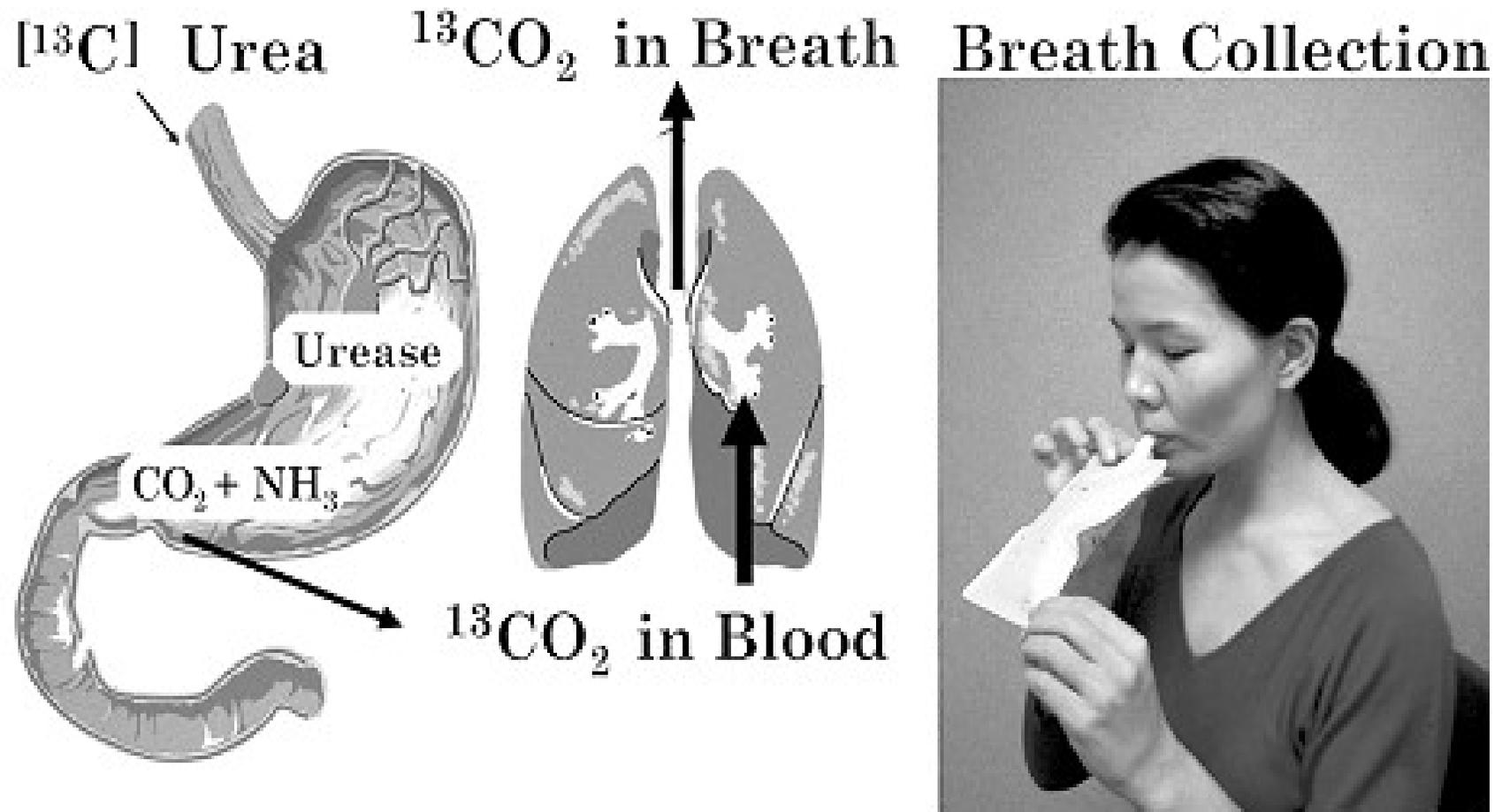


FIGURE 2 Urea breath test. This test is based on the measurement of labeled carbon dioxide produced by the enzyme urease. The steps include ingestion of labeled urea, hydrolysis of the urea into labeled CO_2 , collection of a breath sample, and measurement of enrichment of the level of labeled CO_2 .

VI- Điều Trị LDD-TTr

- ◆ “No acid, No ulcer” --- *before H. pylori*
- ◆ “No acid, No *H. pylori*, No ulcer” --- *after H. pylori*
- ◆ “No acid, No *H. pylori*, No NSAIDs, No ulcer”

VI- Điều Trị LDD-TTr

1 Tiệt trừ H.P .

2 Ưc chế toan .

3 Hạn chế tổn thương do NSAID .

4 Hỗ trợ sự đề kháng yếu của niêm mạc

VI-Điều Trị LDD-TTr

* LDD-TTr H.P. (+) :

- Các phác đồ diệt H.P.

(Kháng sinh + thuốc chống loét) .

* LDD-TTr không nhiễm H.P. :

- Các thuốc chống loét .

VI-Điều Trị LDD-TTr

Các thuốc chống loét

- 1- Thuốc kháng axit .
- 2- Thuốc bảo vệ niêm mạc .
- 3- Thuốc chống tiết .
- 4- Các kháng sinh .

VI- Điều Trị LDD-TTr

Thuốc kháng axit

Điều trị triệu chứng (giảm các triệu chứng khó tiêu)

1- Muối Bicarbonates :

- Tác dụng nhanh (30 ph.).
- Hiện tượng dội ngược .
- Tác dụng phụ : giữ natri .

2- Muối Aluminium và/hoặc Magnesium :

- Tác dụng ngắn (1 – 2 gi.).
- Tác dụng phụ :
Táo bón hoặc tiêu chảy .

VI- Điều Trị LDD-TTr

Thuốc bảo vệ niêm mạc

1- Sucralfate :

- Cơ chế ion-hóa : gắn với protein \Rightarrow tạo hàng rào bảo vệ & làm chậm khuếch tán .
- Kích thích tiết nhày , HCO_3^- & kích thích niêm mạc dạ dày tổng hợp PGE_2 .
- Hấp thu & làm giảm hoạt tính pepsin & acid mật .
- Gắn kết & giảm hấp thu Quinolone , Phenytoine , Warfarin .
- Liều : 1gr X 4/ngày . - Tác dụng phụ : Táo bón .

VI- Điều Trị LDD-TTr

Thuốc bảo vệ niêm mạc

2- Bismuth dạng keo :

- Gắn & bảo vệ ổ loét , Gắn & giảm hoạt tính acid mật .
- Tăng tiết nhày . Giảm tiết & giảm hoạt tính pepsin .
- Tăng tổng hợp prostagladin .
- Ức chế men urease , phospholipase của H.P.
- Gây H.pylori tách khỏi niêm mạc & ly giải H.P.
- 99% đào thải qua phân .
- Liều : 120mg 2v X 2/ngày .

VI- Điều Trị LDD-TTr

Thuốc bảo vệ niêm mạc

3- Prostaglandins E1 & E2 :

- _ Tăng lượng máu nuôi đến niêm mạc .
- Tăng tiết nhày và bicarbonate .
- Ức chế tiết histamin do kích thích AMP vòng .
- Ức chế tiết axit DD . Tăng cường b.vệ & tái tạo n.mạc DD .
- FDA ch. nhận PG.E1 trong θ π t.thương n,mạc DD-TT do NSAID .
- Liều : PG E1 : 200mcg X 4/ngày .
- PG E2 : 40mcg X 2/ngày .

Tác dụng phụ :

- Tiêu chảy 10 – 30% .
- Tăng co thắt cơ trơn : XH tử cung & gây sẩy thai .

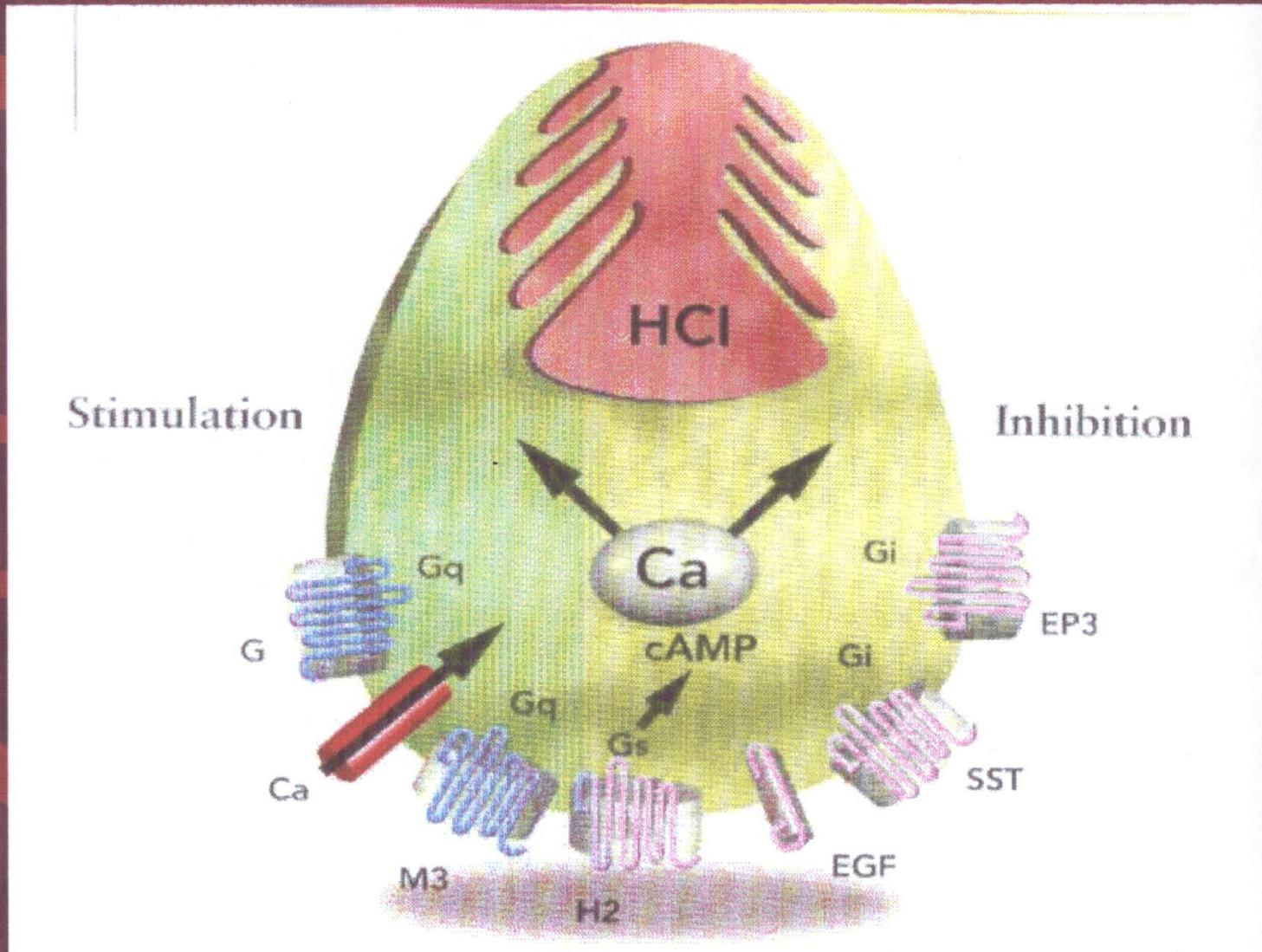
VI- Điều Trị LDD-TTr

Thuốc chống tiết

1- H2RA :

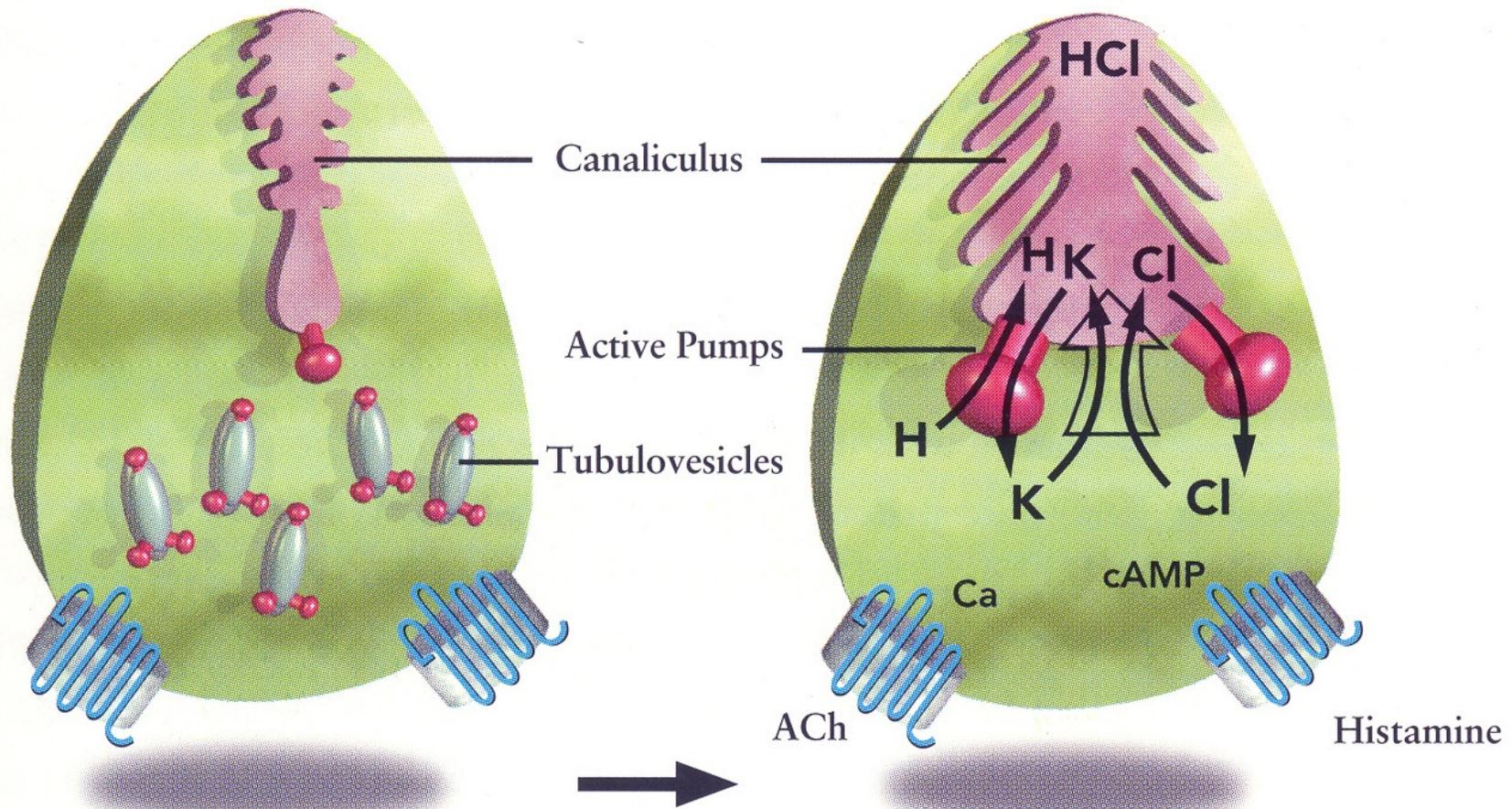
- H2R tăng cAMP => kích hoạt bơm proton
- H2RA ức chế cạnh tranh .
- Ức chế tiết axit DD trong đêm .
- Liều chuẩn Cimet.(400mg) Ranit. & Nizatidine (150mg) , Famotidine (20mg).
- Làm lành loét : 85 – 90% .
- Chuyển hóa ở gan , Thải tiết qua thận .
- Tác dụng phụ : tăng transaminase .
- Tương tác với Warfarin , Theophyllin ,
Phenytoin , Quinidine , Betablockers .

Sinh bệnh học LDD-TTr : Sự tiết axit dạ dày



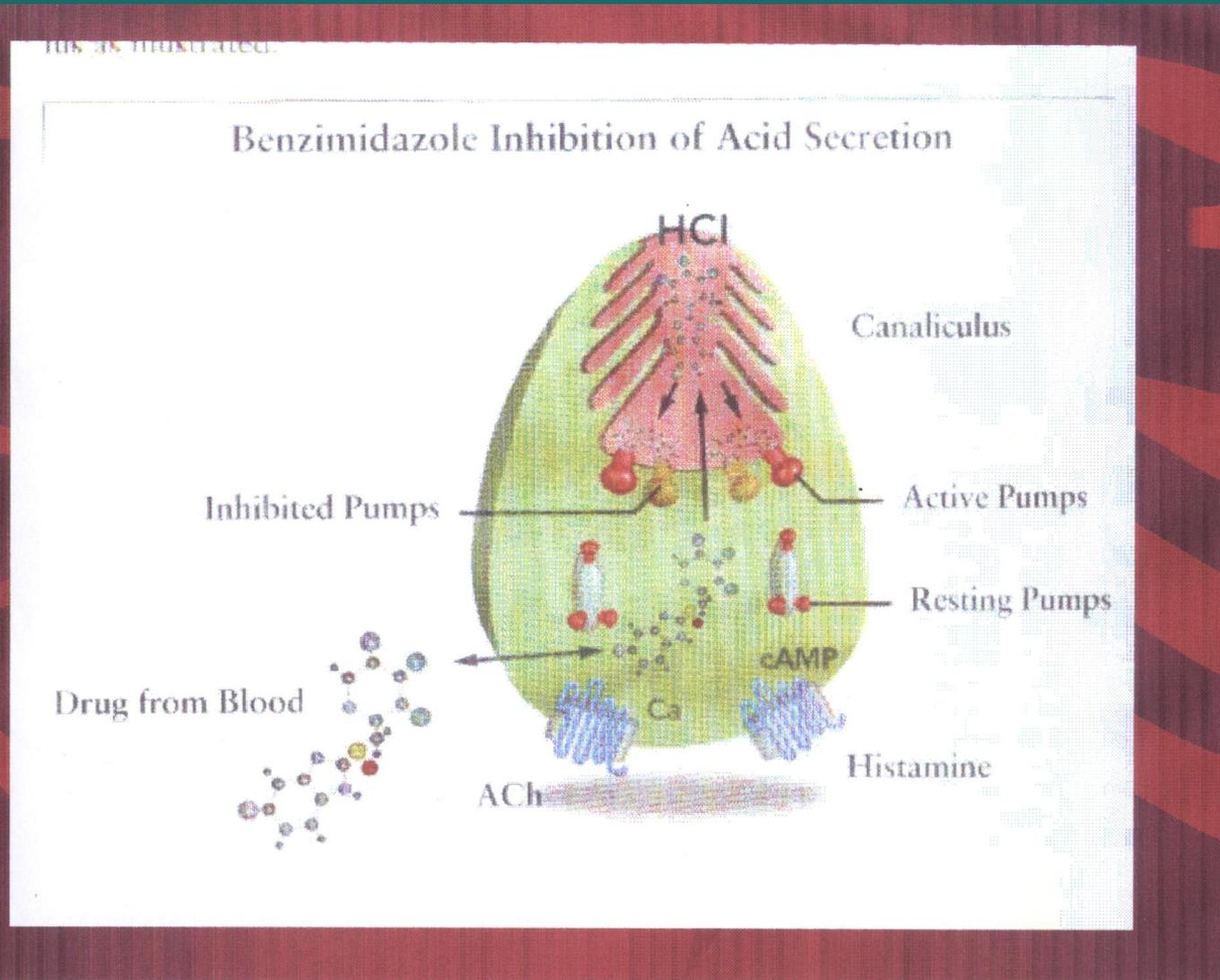
Sinh bệnh học LDD-TTr : Sự tiết axit dạ dày

Activation of Acid Pumps



Sinh bệnh học LDD-TTr

Thuốc chống tiết



VI- Điều Trị LDD-TTr

Thuốc chống tiết

2- PPIs :

- Bơm proton (ATPase) \Rightarrow H⁺
- PPIs : Base yếu proton hóa ở pH axit .
- Ước chế tiết axit DD mạnh nhất (48 - 72 giờ) do chuyển biến không hồi phục của bơm proton .

VI- Điều Trị LDD-TTr

Thuốc chống tiết

2- PPIs :

Chuyển hóa ở gan (men CYP2C19) .

Liều chuẩn : Ome. 20mg ; Lan. 30mg ;

Pan. 40mg ; Rab. 2,0mg ; Esome. 40mg .

Tăng gastrin huyết tương , tăng sản tế bào ECL .

Tác dụng phụ : nhức đầu , nôn ói , tiêu chảy/táo bón .

Các td phụ do sử dụng PPI dài ngày như loãng xương ,
tương tác với clopidogrel còn tranh cãi .

VI- Điều Trị LDD-TTr

Thuốc chống tiết

2- PPIs :

Giảm Mg máu nhất là ở BN dùng lợi tiểu , digoxin có thể gây tetany , loạn nhịp , động kinh . Cơ chế có thể do kém hấp thu Mg ở ruột .

3- M3RA :

- Ức chế M3R . - Thuốc : Pirenzepine .

4- Gastrine RA : - Proglumide .

VI- Điều Trị LDD-TTr

Kháng sinh

- 1- Amoxicilline .
- 2- Clarithromycine .
- 3- Nitro-imidazole .
- 4- Tetracycline .
- 5- Quinolones (Levofloxacin) .
- 6- Thuốc khác : Rifabutin , Furazolidin

VI- Điều Trị LDD-TTr

Cơ chế tác động của các kháng sinh :

1-Ức chế tổng hợp thành tế bào : Amoxicillin .

2-Ức chế tổng hợp protein :

Tetracycline , Clarithromycin .

3-Ức chế tổng hợp axit nhân :

Rifampicin , Quinolone , Metronidazole .

VI- Điều Trị LDD-TTr Diệt H.Pylori

- 1- PPI liều chuẩn + Clarithromycine 500mg +
Amoxicillne 1000mg .
- 2- PPI liều chuẩn + Amoxicilline 1000mg +
Metronidazole 500mg .
- 3- PPI liều chuẩn + Clarithromycine 500mg +
Metronidazole 500mg .

Tất cả 2lần/ngày từ 10 – 14 ngày .

VI- Điều Trị LDD-TTr

4- Pepto-Bismol 524mg QID +
Metronidazole 250mg QID +
Tetracycline 500ng QID +
PPI hoặc H2RA liều chuẩn BID .

Ghi chú : (1)PPI AC chọn lựa đầu tiên , (2) PPI AM chọn lựa đầu tiên ở b/n đã dùng Clarithro. , (3) PPI CM phác đồ thay thế nếu thất bại với phác đồ 4 thuốc (4) PPI BMT chọn lựa đầu tiên ở b/n dị ứng PNC hoặc thất bại với phác đồ 3 thuốc .

Washington manual of Medical therapeutics , 33nd edition , 2010

VI- Điều Trị LDD-TTr

Các phác đồ cứu vãn :

5- Levofloxacin 250mg BID + Amoxicillin
1000mg BID + PPI liều chuẩn BID .

6- Rifabutin 300mg mỗi ngày + Amoxicillin
1000mg BID + PPI liều chuẩn BID .

7- Furazolidine 200 – 400ng/ngày +
Amoxicilline 1gr BID + PPI liều chuẩn BID .

Từ 10 – 14 ngày .

Washington manual of Medical therapeutics , 33nd edition , 2010 .

VI- Điều Trị LDD-TTr

Các phác đồ 4 thuốc không chứa Bismuth :

Phác đồ tiếp nối :

5 – 7 ngày đầu : PPI liều chuẩn BID .

+ Amoxicillin 1000mg BID .

5 – 7 ngày sau : PPI liều chuẩn BID .

+ Clarithromycin 500mg BID .

+ Metronidazole 500mg BID .

Từ 10 – 14 ngày .

VI- Điều Trị LDD-TTr

Các phác đồ 4 thuốc không chứa Bismuth :

Phác đồ đồng thời :

PPI liều chuẩn BID .

+ Amoxicillin 1000mg BID .

+ Clarithromycin 500mg BID .

+ Metronidazole 500mg BID .

Từ 10 – 14 ngày .

VI- Điều Trị LDD-TTr

Các phác đồ 4 thuốc không chứa Bismuth :

Phác đồ lai :

5 – 7 ngày đầu : PPI liều chuẩn BID .

+ Amoxicillin 1000mg BID .

5 – 7 ngày sau : PPI liều chuẩn BID .

+ Amoxicillin 1000mg BID .

+ Clarithromycin 500mg BID .

+ Metronidazole 500mg BID .

Từ 10 – 14 ngày .

Diệt H.Pylori – Hội nghị đồng thuận Maastricht III

Box 11: Recommendations

1. For PPI (standard dose bid), clarithromycin (500 mg bid), amoxicillin (1000 mg bid) or metronidazole (400 or 500 mg bid), 14 day treatment is more effective than seven days (by 12% (95% confidence interval 7% to 17%). A seven day treatment may be acceptable where local studies show that it is effective.
2. PPI-clarithromycin-amoxicillin or metronidazole treatment is the recommended first choice treatment in populations with less than 15–20% clarithromycin resistance. In populations with less than 40% metronidazole resistance PPI-clarithromycin-metronidazole is preferable. Quadruple treatments are alternative first choice treatments.
3. The same first choice *H pylori* treatments are recommended world wide, although different doses may be appropriate.

P.Malfertheiner et al : Consensus concepts in the management of H.P. infection .

The Maastricht consensus report . GUT 2007 ; 56 : 773 – 781 .

Diệt H.Pylori – Hội nghị đồng thuận Maastricht III

Box 12: Recommendations

1. Bismuth-containing quadruple treatments remain the best second choice treatment, if available.
2. PPI-amoxicillin or tetracycline and metronidazole are recommended if bismuth is not available.

Box 13: Recommendation

Rescue treatment should be based on antimicrobial susceptibility testing.

P.Malfertheiner et al : Consensus concepts in the management of H.P. infection .
The Maastricht consensus report . GUT 2007 ; 56 : 773 – 781 .

a

Report card (ITT)		
Grade	Cure rate (ITT)	Score
A	≥95%	Excellent
B	90–94%	Good
C	85–89%	Acceptable
D	81–84%	Poor
F	80%	Unacceptable

b

Report card (PP)		
Grade	Cure rate (PP)	Score
A	≥95%	Excellent
B	90–94%	Good
C	86–89%	Poor
F	≤85%	Unacceptable

Fig. 2. Grading scale for *Helicobacter pylori* therapy. (a) Report card for scoring the outcome of anti-*H. pylori* therapy, intention to treat (ITT). (b) Report card for scoring the outcome of anti-*H. pylori* therapy, per protocol (PP) [reproduced from Graham et al.,^[41] with permission from Blackwell Publishers Ltd].

VI- Điều Trị LDD-TTr

Các kết quả nghiên cứu các phác đồ điều trị H.P.

1- Javier P.Gilbert et al : **Sequential therapy** for H.pylori eradication . A critical review . J Clin Gastroenterol 2010; 44 ; 313-325

Phân tích gộp 15 nghiên cứu từ 2001 – 2009 so sánh kết quả diệt trừ H.pylori của **phác đồ tiếp nối** (1657bn) với **phác đồ chuẩn 3 thuốc** (1689bn) cho thấy tỉ lệ chênh về phác đồ tiếp nối là **3,16** (95% CI 2,28 – 4,41)

VI- Điều Trị LDD-TTr

Các kết quả nghiên cứu các phác đồ điều trị H.P.

2- Abdallah Said Essa et al : Meta-analysis : 4 drugs , 3 antibiotics , **non-bismuth-containing “concomitant therapy”** versus triple therapy for H.pylori eradication . 2009 Blackwell Publishing Ltd , Helicobacter 14: 109 - 118

Phân tích gộp 5 nghiên cứu từ 1998 – 2001 so sánh kết quả tiệt trừ H.pylori của phác đồ **đồng thời 4 thuốc , không bismuth** với **phác đồ chuẩn 3 thuốc** cho thấy tỉ lệ chênh về phác đồ đồng thời là **2,86** (95% CI 1,73 – 4,73)

VI- Điều Trị LDD-TTr

Các kết quả nghiên cứu các phác đồ điều trị H.P.

3- J.P. Gisbert & X. Calvet : Review article : **non-bismuth quadruple** (concomitant therapy) for eradication of H.pylori .
Aliment Pharmacol Ther. 2011 ; 34: 604 – 617 .

Phân tích kết quả tiệt trừ của phác đồ **đồng thời 4 thuốc không bismuth** trong 17 nghiên cứu với thời gian đợt điều trị là 3 ngày (2 ngh.cứu) , 4 ngày (1 ngh.c) , 7 ngày (11 ngh.c) , và 10 ngày (3 ngh.c) : tất cả đều **trên 80%** trừ 1 nghiên cứu 7 ngày của Ferreccio là 74% .

VI- Điều Trị LDD-TTr

	Concomit.	Sequenc.	p
Eradic. ITT	87%	81%	0,15
Eradic. PP	91%	86%	0,133
Compliance	82%	83%	

Javier P Gilbert et al . Gut doi.10.1136/gntjoil2013-

VI- Điều Trị LDD-TTr

Các Hội nghị đồng thuận về xử trí nhiễm H.pylori .

- 1- AGA guidelines on the management of H.P. infection
. (Am J Gastroenterol 102(8); 1808 – 25) .
- 2- Second A-P Consensus Guidelines for H.P. Infection
- August 2010 .
- 3- Management of H.P. Infection - The Maastricht IV/
Florence Consensus (Gut 2012 61(5);646-664) .

VI- Điều Trị LDD-TTr

Xử trí nhiễm H.P. theo Maastricht IV 2012

Vùng đề kháng
Cla. thấp < 20%

Vùng đề kháng
Cla. cao > 20%

Chọn lựa
đầu tiên

PPI + C + A/M
Ph.đồ 4 thuốc có Bi.

Ph.đồ 4 thuốc có
hoặc không có Bi.

Chọn lựa
thứ hai

Ph.đồ 4 thuốc có Bi.
hoặc PPI + Lev + Amox

PPI + Lev + Amox

Chọn lựa
thứ ba

Dựa theo kháng sinh đồ hoặc
phác đồ theo từng cá thể

VI- Điều Trị LDD-TTr

New treatment alternatives for second-line and third-line therapy

- PPI-levofloxacin-amoxicillin
- PPI-rifabutin-amoxicillin
- PPI-rifabutin-levofloxacin
- PPI-furazolidone-amoxicillin
- PPI-bismuth-tetracycline-amoxicillin
- PPI-bismuth-doxycycline-amoxicillin
- RBC-tetracycline-amoxicillin
- PPI-bismuth-tetracycline-furazolidone
- PPI-amoxicillin (high doses)

McLoughlin RM, et al. Fundam Clin Pharmacol 2006

Cianci R, et al. World J Gastroenterol 2006

VI- Điều Trị LDD-TTr

Nguyên nhân thất bại điều trị :

- 1- Các yếu tố liên quan đến điều trị .
 - * **Chất lượng thuốc , liều lượng , thời gian cho thuốc , số lần uống trong ngày , các kiểu phối hợp (phác đồ) .**
 - * Liên quan thời điểm uống thuốc/bữa ăn .
 - * Loại thuốc và liều lượng thuốc kết hợp .

VI- Điều Trị LDD-TTr

Klacid Forte :

- (1) Hàm lượng không chênh lệch $> 5\%$.
- (2) Độ hòa tan trong 30 phút $\geq 80\%$.
- (3) Hàm lượng tạp chất $< 3\%$.

Một số thuốc Generics ở châu Á & Mỹ-Latin : 20% không đạt tiêu chuẩn hàm lượng , 70% không đạt tiêu chuẩn phóng thích trong 30 phút , và 60% không đạt độ tinh khiết .

VI- Điều Trị LDD-TTr

2- Các yếu tố liên quan đến nghiên cứu điều trị

- * Các phương pháp phát hiện nhiễm H.P. để xác định tệt trừ .

- * Tần xuất kháng kháng sinh của H.P.

3- Các yếu tố liên quan đến bệnh nhân .

- * Sự tuân thủ điều trị .

- * Tác dụng phụ của thuốc .

4- * Ước chế toan chưa tốt

Tính đa hình của gen CYP2C19 .

VI- Điều Trị LDD-TTr

* Vấn đề kháng Clari của H.P. :

Các chủng nhạy Cla. Có MIC rất thấp (0, 016) , Các chủng kháng có MIC90 là 32mcg/ml , nhưng đa số 4mcg/ml thấp hơn nồng độ Cla. độ Cla. đạt được trong dịch nhày và trong mô .

Không thấy có đột biến A2142C/G trên gen 23S (gây kháng cao) . Các đột biến A2143G và A2142C/G được tìm thấy cả trên vi khuẩn kháng & nhạy Cla. chứng tỏ hai đột biến này không liên quan đến kháng Cla. Của H.pylori .

NgH.Vân Thực hư về vấn đề kháng Clarithromycin trong điều trị tiệt trừ H.pylori .

TpHCM 16-10-2015

VI- Điều Trị LDD-TTr

* Vấn đề Ưc chế toan :

Yêu cầu điều trị: nâng pH dịch dạ dày :

- Loét Dạ dày – Tá tràng : $\text{pH} > 3. - 3.5$
- Bệnh Trào ngược DD – TQ : $\text{pH} > 4.$
- Điều trị tiết trừ H.pylori : $\text{pH} > 5.$
- Xuất huyết TH do loét DD–TT : $\text{pH} > 6.$

CYP2C19 gene polymorphism

Genotype

Phenotype

wt / wt

⇒ homozygous EM

(Extensive Metabolizers)

wt / m1

⇒ heterozygous IM

wt / m2

(Intermediate Metabolizers)

m1 / m2

⇒ PM

m1 / m1

m2 / m2

(Poor Metabolizers)

wt: wild-type

m1: CYP2C19 mutation in

m2: CYP2C19 mutation in

exon 5

exon 4

CYP2C19 polymorphism effect on acid suppression

OME dose	pH EM: IM: PM	Reference
20mg single dose	2,2: 3,3 : 4,1	Shirai, Aliment Pharmacol Ther, 15,2001
20mg multiple dose	4,1: 4,7: 5,9	
20mg single dose	2,2: 3,7: 5,4	Hu, Aliment Pharmacol Ther, 2, 2006
20mg multiple dose	4, 4 :4,7 : 6,0	

Effects of PPI on gastric acid secretion regardless of CYP2C19 phenotypes

- ◆ Miner's study - American Journal of GI – 2003
- ◆ Kirenheiner's meta-analysis: Eur J Clin Pharmacol - 2008

	<u>Single dose (pH)</u>		<u>Multiple dose (pH)</u>
Omeprazole 20mg	NTN	1,8	3,5
	GERD		3,6
Pantoprazole 30mg	NTN	2,9	3,5
	GERD	2,9	3,6
Lansoprazole 40mg	NTN	3,4	4,1
	GERD	2,9	3,7
Rabeprazole 20mg	NTN	3,5	4,5
	GERD	3,3	3,3
Esomeprazole 40mg	NTN	3,6	4,8
	GERD	3,6	4,4

VI- Điều Trị LDD-TTr

Hội nghị đồng thuận về chẩn đoán &
điều trị H.P. ở Việt Nam
Tp.HCM 24/06/2012

Kết quả phác đồ đầu tay điều trị tiệt trừ H.pylori ở Việt Nam

Nghiên cứu	Miền	Năm	Phác đồ	n	Nh.chứng	Tgi	Tỉ lệ th.công
Ng.quang Duật	Bắc	2007	PAC7 vs FAC10	106	Có	7	95,8% - 86,2%
Trần Huy Tiếp	Bắc	2008	RAC	36		7	91,6%
Ng th Liên Hương	Bắc	2008	DAC vs LAC D: Dafrazol (O)	100	Có	7	84,0% - 72%
Hoàng Minh Hương	Trung	2007	EAC	77		7	90,0%
Lê Văn Nho	Trung	2011	EAC	72		14	84,7%
Vĩnh Khánh	Trung	2011	RACM	98		5	88,7%
Đào Hữu Ngôi	Nam	2009	OAC so với OAL	350	Có	14 14	68,5% - 88,2%
Trần Thiện Trung	Nam	2009	EAC so với EAL	81	Có	7 10	68,3% - 70,2%

Hội nghị đồng thuận về chẩn đoán & điều trị H.P. ở Việt Nam Tp.HCM 24/06/2012

Phác đồ điều trị tiết trừ H.P. lần đầu :

25A- Ở miền Trung & miền Bắc có thể sử dụng phác đồ
PPI + A + C trong 10 – 14 ng.

Đồng ý 76% Nên làm .

25B- Ở miền Nam , phác đồ PPI + A + C tỏ ra kém hiệu
quả , nên sử dụng phác đồ tiếp nối hoặc phác đồ 4
thuốc (có/không có Bismuth) sử dụng đồng thời .

Đồng ý 83% Nên làm .

Kết quả phác đồ thứ 2 điều trị tiết trờ H.P. ở Việt Nam

Nghiên cứu	Vùng	Năm	Phác đồ	n	Nh.chứng	Th.gia n (ngày)	% thành công
Ng.Thúy Vinh	Bắc	2011	EAC	76	Không	10	80,7%
			EBMT			14	86,7%
Bùi Quang Đi	Trun g	2012	EAL	101	Không	10	83,2%
Trần Thiện Trung	Nam	2009	EAL	45	Có	10	58,8%
			EBMT			14	95,7%

Hội nghị đồng thuận về chẩn đoán & điều trị H.P. ở Việt Nam Tp.HCM 24/06/2012

Phác đồ điều trị loét trừ H.P. lần hai :

26A- Xử dụng phác đồ 4 thuốc có Bismuth nếu trước đó chưa dùng phác đồ này .

Đồng ý 97% Nên làm .

26B- Xử dụng phác đồ PPI + A + L nếu trước đó đã dùng phác đồ 4 thuốc có Bismuth thất bại

Đồng ý 93% Nên làm .

VI- Điều Trị LDD-TTr

Khuyến cáo 27 :

Không dùng lại kháng sinh đã dùng trong phác đồ trước đó bị thất bại , đặc biệt là Cla. (ngoại trừ Amox.) vì tỉ lệ kháng thuốc thứ phát rất cao .

Đồng ý 93%

Nên làm .

Khuyến cáo 28 :

Phác đồ điều trị cứu vãn : Trong trường hợp vẫn tiệt trừ thất bại sau 2 lần điều trị , cần nuôi cấy vi khuẩn & làm KS đồ để chọn KS phù hợp .

Đồng ý 100%

Nên làm .

VI- Điều Trị LDD-TTr

H.P. (-)

1- Thuốc :

- Thuốc chống tiết .
- Thuốc bảo vệ niêm mạc .
- Thuốc kháng axit .

2- Liều : liều chuẩn .

3- Thời gian :

- LTTr. : 4 – 6 tuần .
- LDD. : 6 – 8 tuần .
- Điều trị duy trì .

VII- Kết Luận

1- Điều trị Loét DD-TTr : 2 nhóm .

- H.P. (+) .

- H.P. (-) .

2- Phác đồ nối tiếp và phác đồ 4 thuốc đồng bộ đã được chứng tỏ có hiệu quả trong điều trị tiệt trừ H.pylori ở giai đoạn hiện tại .

3- Chọn phác đồ điều trị cần xem xét :

* Đề kháng kháng sinh tại chỗ .

* Các điều trị trước đó .

VII- Kết Luận

4- Thất bại điều trị tiệt trừ do nhiều yếu tố trong số đó yếu tố quan trọng là tình trạng kháng kháng sinh của H.pylori .

5- Điều trị LDD-TT không do nhiễm H.P. thường cần điều trị dài ngày để ngừa tái phát loét do bệnh nền & cũng cần tầm soát H.P. để tiệt trừ nếu (+) .

6- Vấn đề thất bại trong điều trị tiệt trừ H.P. thúc đẩy việc nghiên cứu vaccine ngừa H.P. mà các cố gắng trong những năm gần đây đang mở ra hy vọng cho việc đối phó với H.P.

Cảm Ơn

SỰ CHÚ Ý CỦA QUÍ VỊ

