



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

Vai trò của Antacid trong điều trị Bệnh trào ngược dạ dày thực quản ở người cao tuổi

PGS.TS.BS BÙI HỮU HOÀNG

Phó Chủ tịch Hiệp Hội Y Học TP.HCM

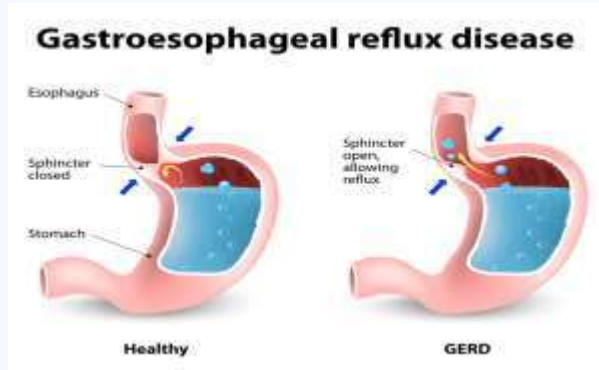
Ban Chuyên gia-Bệnh viện ĐH Y Dược TP.HCM



Định nghĩa bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD)

World Gastroenterology Organisation
Global Guidelines 2017

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) được định nghĩa là khi các triệu chứng khó chịu làm ảnh hưởng đến chất lượng sống hoặc gây tổn thương và biến chứng do các chất trong dạ dày trào ngược vào thực quản, hầu họng và/hoặc đường hô hấp.



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Tần suất Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD) ở người cao tuổi

- 25-35 tuổi: 25%
- Người cao tuổi:
 - 14-20%
 - Trên 65 tuổi:
 - 10,9% ở nam và
 - 5,3% ở nữ



Figure 2 Global distribution of the burden of gastro-oesophageal reflux disease. Sample size weighted mean estimates of the prevalence of at least weekly heartburn and/or regurgitation in each country.

Haydar Adaniret al. *Front Med (Lausanne)* 2021 Dec 10;8:606205.
El-Serag HB, et al. *Gut* 2014;63:871-880.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Sinh lý bệnh của GERD ở người cao tuổi

Áp lực LES1

TLESRs # 2-3 lần/giờ

- LES thư giãn # 10-35 giây²

• Cơ chế chính gây trào ngược

- Được kích hoạt khi dạ dày bị căng 2,3 và các yếu tố khác, vd: 4

- Mỡ
- Một số thức ăn
- **Thuốc**
- Hormone
- Nicotine



Từ thực quản¹

- Thiếu nước bọt để trung hòa acid trào ngược
- Giảm nhu động/ thải trừ từ thực quản

Từ dạ dày¹

- Tăng áp lực trong ổ bụng
- Dạ dày quá đầy
- Giảm vận động và viêm teo dạ dày gây **Giảm làm trống dạ dày**
- Giảm chức năng môn vị

LES: Lower esophageal sphincter

1. Basu KK. *Prescriber* 2012;23(15-16):19-28. 2. Kahrilas PJ. *Cleve Clin J Med* 2003 ;70:S4-19. 3. Boeckstaens GE. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2010;24(6):821-829.
4. Nwokodiuko, SC. *ISRN Gastroenterol*. 2012;2012:3916314



Biểu hiện GERD ở người cao tuổi có gì khác so với người trẻ?

Triệu chứng GERD không điển hình, ít tương quan với mức độ nặng

Biến chứng tại thực quản nặng hơn

Biểu hiện ngoài thực quản

- Ợ nóng và ợ trớ (ít xảy ra & ít nghiêm trọng hơn) < 25%
 - Nôn trớ thức ăn
 - Khó nuốt (thoát vị khe hoành)
- Dễ bị bỏ sót chẩn đoán**

- Viêm thực quản LAC/D
- Hẹp thực quản
- Barrett thực quản
- Ung thư thực quản

- Đau ngực không do tim
 - Viêm thanh quản (vướng họng, khàn giọng)
 - Hô hấp (ho, hen PQ, hít sặc)
 - Vấn đề về răng
- => Dễ chẩn đoán nhầm**

=> Cần chẩn đoán sớm hơn bằng nội soi

M. Kurin, R. Fass. *Drugs Aging* 2019;36(12):1073-1081.
Maxwell M Chait. *World J Gastrointest Endosc* 2010 Dec 16;2(12):388-396.



So sánh các triệu chứng trào ngược và mức độ viêm thực quản trên nội soi của nhóm người trẻ và người cao tuổi

2 Nhóm BN: 286 BN >65 tuổi và 261 BN <50 tuổi được nội soi tiêu hóa trên với các triệu chứng GERD kháng trị PPI

Variable	Young group (n = 261, 47.8%)	Older group (n = 286, 52.2%)	p-Value*
Reflux symptoms			
Burning	133 (50.9%)	66 (23%)	0.005
Regurgitation	101 (38.6%)	125 (43.7%)	0.05
Dysphagia and/or Odynophagia	131 (50.2%)	60 (20.9%)	0.001
Hoarseness	67 (25.6%)	52 (18.1%)	0.05
Burping	168 (64.3%)	92 (32.1%)	0.05
Dry cough	79 (30.2%)	61 (21.3%)	0.01
Esophagitis severity			
Normal	162 (62%)	82 (28.6%)	0.001
L.A. Grade A	50 (19.2%)	96 (33.5%)	0.01
L.A. Grade B	27 (10.2%)	50 (17.4%)	0.01
L.A. Grade C	15 (5.5%)	20 (7.1%)	0.05
Barrett esophagus	7 (2.4%)	27 (9.6%)	0.001
	1 female, 6 males	8 females, 19 males	
Esophagus cancer	2 (0.7%)	11 (3.8%)	0.001
	2 females	3 females, 8 males	
Hiatus hernia			
Normal	222 (85.9%)	207 (72.4%)	0.05
<2 cm	22 (8.4%)	44 (15.4%)	0.005
2-5 cm	12 (4.6%)	23 (8%)	0.005
>5 cm	3 (1.1%)	12 (4.2%)	0.001
HH by sex	17 females, 20 males	44 females, 37 males	0.5

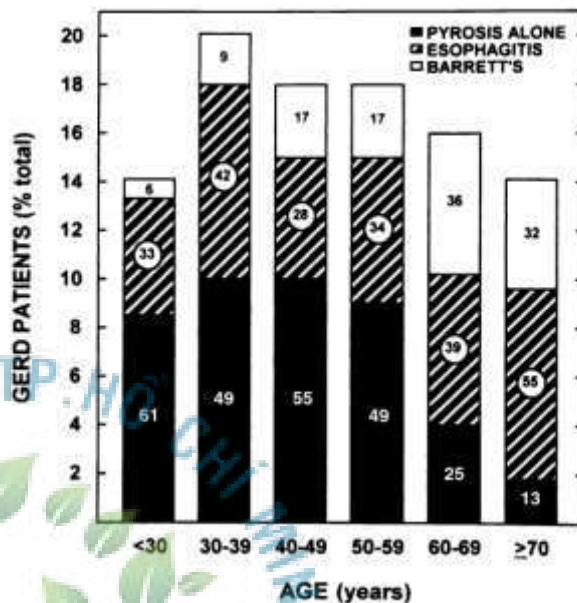
Haydar Adaniret al. *Front Med (Lausanne)* 2021 Dec 10;8:606205.

L.A., Los Angeles classification; HH, hiatus hernia.
*Fisher's exact test.



Tỷ lệ Viêm thực quản và Barrett thực quản thay đổi theo tuổi

GERD ở người cao tuổi > 60, có tỷ lệ viêm thực quản và Barrett thực quản cao hơn người < 60 tuổi
Tỷ lệ Barrett TQ nam/nữ # 2:1*



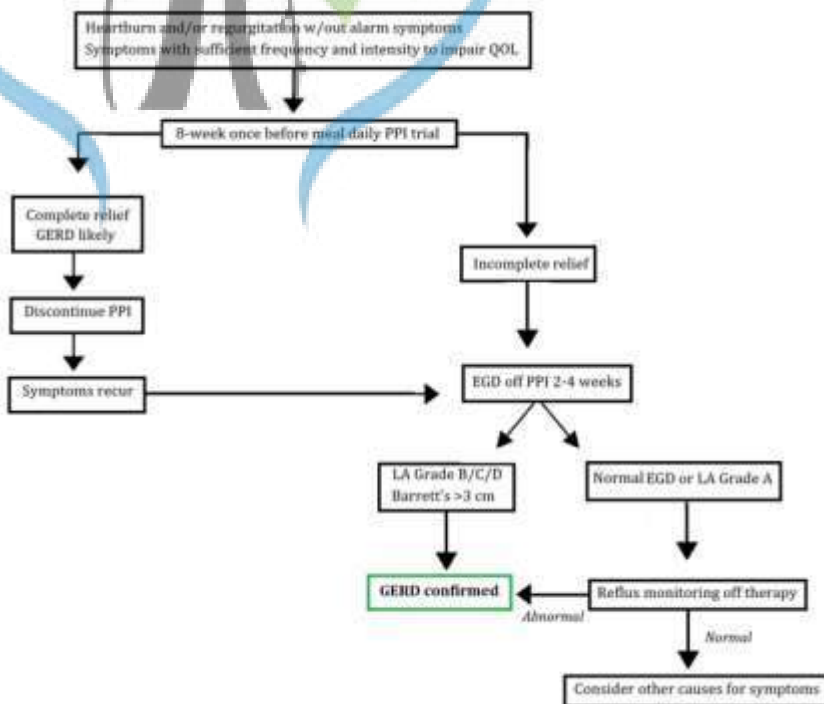
Collen MJ et al. *Am J Gastroenterol* 1995;90:1053-7

* Haydar Adaniret al. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Dec 10;8:606205.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Chẩn đoán GERD – ACG 2022





ĐIỀU TRỊ GERD Ở NGƯỜI CAO TUỔI



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Nguyên tắc điều trị GERD

- Thay đổi lối sống
- Giảm acid dạ dày để hạn chế tổn thương niêm mạc thực quản (trung hòa acid: antacid, thuốc anti-H₂R, thuốc ức chế bơm proton: PPI, P-CAB: Venoprazan).
- Thuốc bảo vệ niêm mạc: sucralfate, alginate
- Thuốc trợ vận động (prokinetic)
- Thuốc tác động trên TRLES: baclofen
- Thuốc chống trầm cảm
- Can thiệp phẫu thuật, nội soi

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Thay đổi lối sống

- **Giảm cân** nếu BN thừa cân hoặc mới tăng cân trong thời gian gần đây (*Conditional recommendation, moderate level of evidence*).
- Nâng cao đầu giường và **tránh ăn quá no và không ăn cách trước khi ngủ < 2-3 giờ** ở BN có triệu chứng GERD về đêm (*Conditional recommendation, low level of evidence*).
- **Bỏ thuốc lá** có thể làm giảm triệu chứng trào ngược
- Ngưng các **thức ăn có thể gây trào ngược** (sô-cô-la, caffeine, rượu, thức ăn cay, chua, thức ăn nhiều chất béo, nhiều gia vị, nước uống có gas) không khuyến cáo chung cho tất cả bệnh nhân trong điều trị GERD (*Conditional recommendation, low level of evidence*).
- **Nên nằm nghiêng trái** khi ngủ ít nguy cơ trào ngược vì dạ dày nằm thấp hơn thực quản.
- **Tránh mất ngủ** vì khi ngủ trào ngược sẽ giảm do ức chế tạm thời sự thư giãn cơ thắt thực quản dưới.

ACG Guideline. Am J Gastroenterol 2013; 108:912–914
Sandhu DS, FassR. Gut Liver 2018 Jan 15;12(1):7-16



Thuốc ức chế tiết acid: PPI

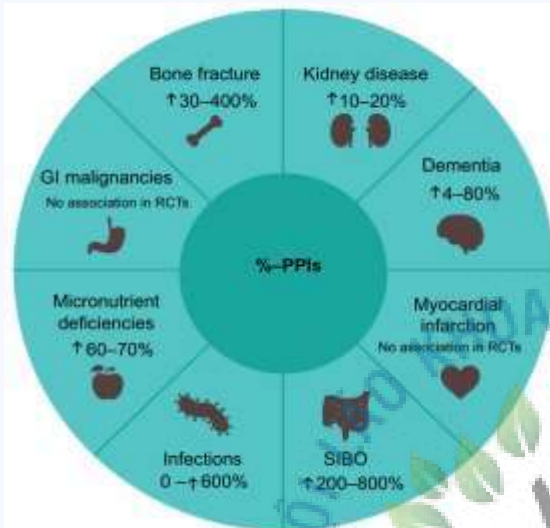
- PPI là thuốc điều trị GERD hiệu quả nhất do ức chế acid mạnh và kéo dài.
- Đợt điều trị **PPI 8 tuần** là điều trị được lựa chọn để giảm triệu chứng và lành viêm thực quản trào ngược. (*Strong recommendation, high level of evidence*).
- PPI nên dùng **1 lần/ngày** trước bữa ăn đầu tiên trong ngày. (*Strong recommendation, moderate level of evidence*).
- PPI có thể làm giảm triệu chứng ở 57-80% BN viêm thực quản trào ngược và 50% BN NERD.
- PPI liều chuẩn làm lành viêm thực quản trào ngược >85% BN GERD

ACG Guideline. Am J Gastroenterol 2013; 108:912–914

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Tác dụng bất lợi của PPIs lâu dài



Gastroenterology 2017;152:706-715

Potential adverse effect	Types of studies	Threats to validity	Overall quality of evidence
Kidney disease	• Observational only	• Modest effect size • Residual confounding would bias towards harm • Absence of dose-response effect	Very low
Dementia	• Observational only	• Modest effect size • Residual confounding would bias towards harm • Inconsistent results	Very low
Bone fracture	• Observational only	• Modest effect size • Residual confounding would bias towards harm	Low or very low
Myocardial infarction	• Observational • RCT	• Results differ between RCTs and observational studies • Secondary analysis of RCT data • Modest effect size • Residual confounding would bias towards harm	Very low
Small intestinal bacterial overgrowth	• Observational • Crossover	• Sparse data • Residual confounding would bias towards harm • Protopathic bias	Low
Small intestine bacterial peritonitis	• Observational only	• Modest effect size • Residual confounding would bias towards harm	Very low
Clostridium difficile infection	• Observational only	• Modest effect size • Residual confounding would bias towards harm	Low
Pneumonia	• Observational • RCT	• Results differ between RCTs and observational studies • Secondary analysis of RCT data • Modest effect size • Absence of dose-response effect • Residual confounding would bias towards harm • Protopathic bias	Very low
Micronutrient deficiencies	• Observational only	• Inconsistent results • Modest effect size • Absence of dose-response effect • Residual confounding would bias towards harm	Low or very low
Gastrointestinal malignancies	• Observational • RCT	• Results differ between RCTs and observational studies • RCTs use surrogate outcomes • Modest effect size • Residual confounding would bias towards harm • Confounding by indication and protopathic bias	Very low

NOTE: Assessments regarding the quality of evidence are based on the methodology of the GRADE Working Group (see inset).

AGA 2022 – Cập nhật Thực hành Lâm sàng về Tiếp cận cá thể hóa trong Đánh giá và Điều trị GERD

Tối ưu hóa sử dụng PPI:

Tối ưu hóa sử dụng PPI bao gồm đảm bảo chia liều thích hợp, xem xét tăng liều gấp đôi, và/hoặc chuyển sang một loại PPI khác nếu chưa cải thiện triệu chứng. Khi triệu chứng đã được kiểm soát, cần giảm đến liều thấp nhất vẫn còn hiệu quả, hoặc chuyển sang anti-H2R hoặc các thuốc **antacids**.

Điều chỉnh Thuốc bổ sung:

Cần cá thể hóa các thuốc điều trị bổ sung tùy theo kiểu hình của BN GERD, bao gồm thuốc **antacid**, alginate để kiểm soát nhanh triệu chứng, thuốc anti-H2R uống buổi tối nếu có triệu chứng ban đêm, baclofen nếu có triệu chứng ợ hơi và ợ trớ chủ yếu và thuốc trợ vận động (prokinetics) nếu có kèm liệt nhẹ dạ dày.

Rena Yadlapati et al. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2022;20:984-994

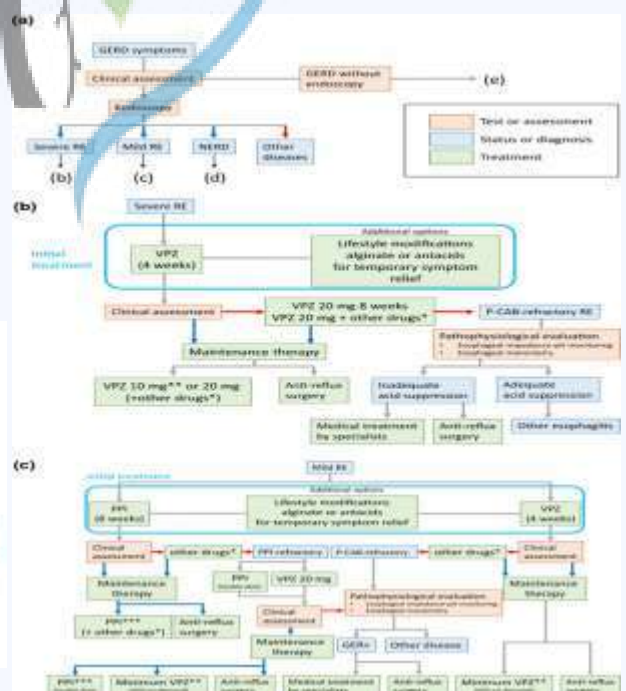
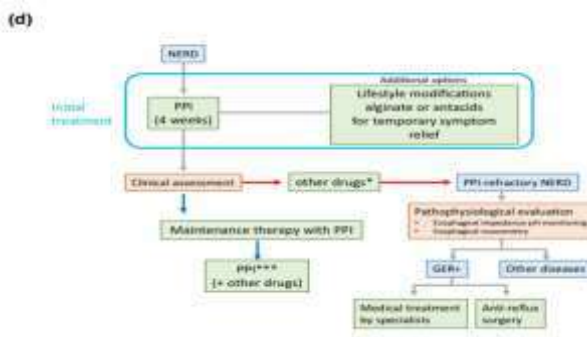


Vai trò của Antacid trong GERD - ACG 2022

- ❑ Antacids trung hòa acid dạ dày, làm giảm nhanh triệu chứng tạm thời.
- ❑ Bệnh nhân có thể dùng thuốc antacids trong thời gian ngưng PPI từ 2 đến 4 tuần.
- ❑ Nên dùng antacids trong thời gian ngắn.

Vai trò antacids trong GERD

- Điều trị bổ sung antacid trong GERD không viêm thực quản (NERD), viêm thực quản nhẹ và nặng
- An toàn, giảm nhanh các triệu chứng, đặc biệt là lợi nóng.
- Tối ưu hiệu quả điều trị khi kết hợp antacid với PPI

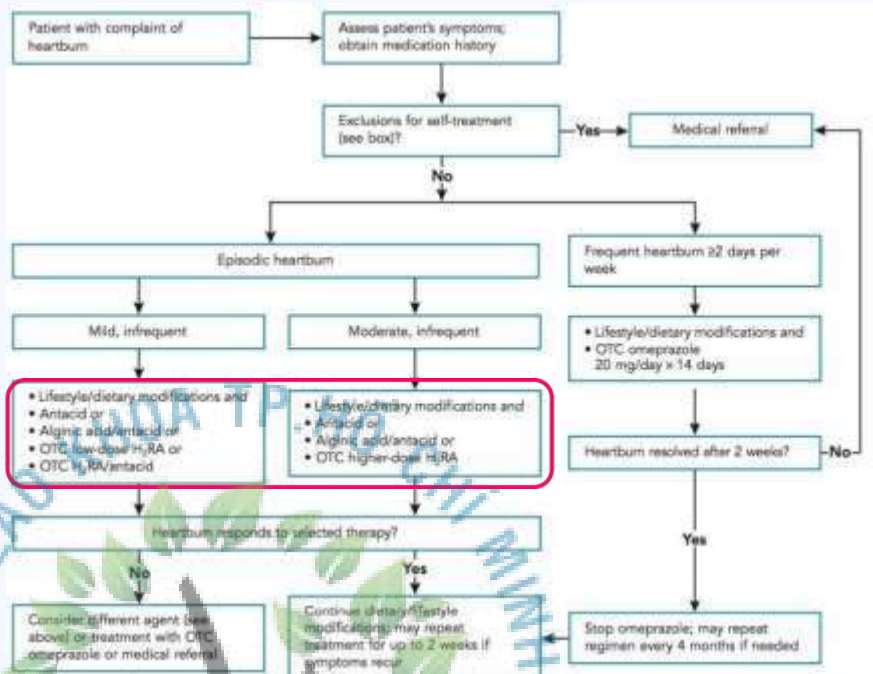


Francesco Rettura et al. Front. Med. 8:765061
Katsuhiko Iwakiri et al. J Gastroenterol (2022) 57:267–285



Tiếp cận triệu chứng ợ nóng

Richard Hunt et al. *Journal of Clinical Gastroenterology* 48(7):p 567-578, August 2014



Hiệu quả của Antacids trong viêm thực quản do trào ngược

Thử nghiệm chéo, ngẫu nhiên, mù đôi, có đối chứng giả dược ở 47 BN bị viêm thực quản trào ngược, ngẫu nhiên dùng antacid (chứa aluminum hydroxide, magnesium carbonate) và giả dược, trong 2 tuần.

Kết quả: Dùng thuốc kháng acid giảm có ý nghĩa so với giả dược:

Điểm số triệu chứng chung ($p < 0,05$),

Ợ trớ ($p < 0,05$),

Ợ nóng/ngày ($p < 0,01$) và ợ nóng/đêm ($p < 0,05$)

	Antacid	Placebo	Statistical significance
Heartburn	37/46 (80.4%)	28/46 (60.9%)	$p = 0.07$
Regurgitation	31/36 (86.1%)	22/36 (61.1%)	$p < 0.05$
Dysphagia	9/14 (64.3%)	7/14 (50%)	$p = 0.7$
Global symptomatic score	37/47 (78.7%)	26/47 (54.3%)	$p < 0.05$

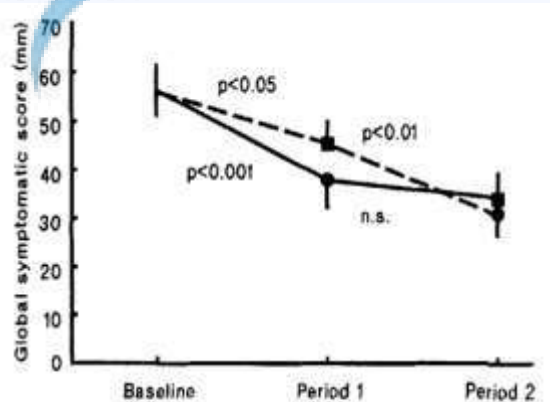


Fig. 1. Mean (SEM) global symptomatic score (mm) during two 2-week treatment periods with antacids (●) or placebo (■) in a crossover trial in 47 patients with reflux oesophagitis.

Tác dụng của Antacids trên pH thực quản và dạ dày ở những bệnh nhân bị ợ nóng do trào ngược

RCT, N = 83 người

Dùng ngẫu nhiên viên chứa Aluminum hydroxide /magnesium hydroxide (Mylanta) hoặc Canxi cacbonate (Tums) hoặc giả dược 1 giờ sau bữa ăn

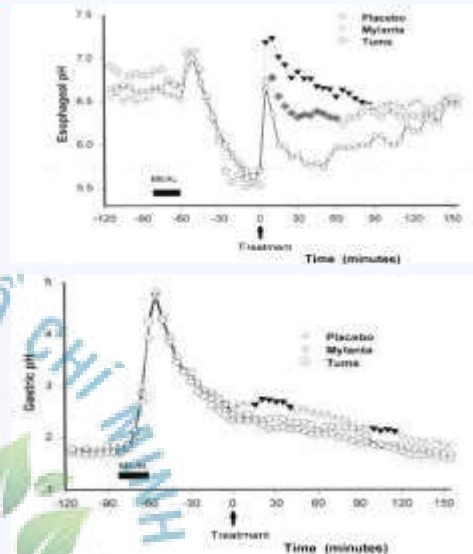
Kết quả:

Thời gian khởi phát tác dụng của viên

Aluminum/magnesium hydroxide nhanh hơn viên Canxi cacbonate

Thời gian tác dụng của Aluminum/magnesium hydroxide trong thực quản là 82 phút, so với canxi cacbonate là 60 phút ($P < 0,05$)

Aluminum/magnesium hydroxide làm tăng đáng kể pH dạ dày so với giả dược.



Decktor DL et al. American journal of therapeutics 1995; 2: 546-552.



Khác biệt giữa Antacid hòa tan và không hòa tan

	Antacid hòa tan	Antacid không hòa tan
T huốc	NaHCO_3 , CaCO_3	$\text{Al}(\text{OH})_3$, $\text{Mg}(\text{OH})_2$
Đặc điểm	Antacid hòa tan, hấp thu vào máu	Antacid không hòa tan, không hấp thu vào máu
Cơ chế và hiệu quả	Trung hòa acid dạ dày, nâng pH lên khoảng 4, ức chế hoạt động phân giải protein của pepsin, giảm đau dạ dày nhanh	
Tác dụng phụ	Gây quá tải Na^+ , Ca^{2+} , nhiễm kiềm huyết, sỏi thận, suy thận,	- Ít tác dụng phụ (tiêu chảy, táo bón) khi kết hợp cả 2 hoạt chất trên - Lựa chọn an toàn cho Thai phụ
Tiết acid thứ phát	Gây xuất tiết acid thứ phát do kích thích tiết gastrin	Không

Antacids -Encyclopedia of Gastroenterology, 2004
J Behareti al. Gut. 1977 Jun; 18(6): 442-448.
Vandana Garget al. J Int Med Res. 2022 Mar; 50(3): 03000605221086457.



Kết luận

- Bệnh trào ngược dạ dày thực quản ở người cao tuổi có một số khác biệt về triệu chứng và biến chứng trên thực quản so với người trẻ, cần nhận diện chẩn đoán sớm bằng nội soi tiêu hóa trên.
- Bệnh sinh liên quan rối loạn vận động, làm trống dạ dày và có liên quan đến bệnh nền và các thuốc sử dụng kèm
- Điều trị GERD cần kết hợp đa mô thức như thay đổi lối sống, sử dụng thuốc giảm acid dạ dày và điều hòa vận động tiêu hóa
- Antacid có tác dụng cải thiện triệu chứng nhanh tạm thời, tương đối an toàn ở người cao tuổi, có thể sử dụng bước đầu hoặc phối hợp với các điều trị khác

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

Xin cảm ơn và hẹn gặp lại...



© SUN WORLD