

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN

BS. CKII Lê Kim Sang – BS Nguyễn Thế Nhân
Khoa Nội Tiêu hóa

1. ĐẠI CƯƠNG:

Người ta ước tính có khoảng 50% trường hợp XHTH trên là do viêm loét dạ dày tá tràng. Mỗi năm, tại Mỹ có khoảng 150.000 trường hợp nhập viện do XHTH trên. Việc sử dụng NSAIDs có liên quan chặt chẽ với XHTH do loét, điều này có thể do những thuốc này vừa gây loét vừa gây ức chế chức năng tiêu cầu. Mặc dù việc sử dụng corticoid không làm gia tăng nguy cơ XHTH, tuy nhiên việc kết hợp corticoid và NSAIDs lại làm tăng nguy cơ của biến chứng này lên 10%. Khoảng 20% bệnh nhân bị XHTH do viêm loét DDTT có tiêu phân đen, 30% bệnh nhân nôn ói máu và 50% bệnh nhân vừa tiêu phân vừa nôn ra máu, khoảng 5% bệnh nhân xuất huyết nhiều và nhanh đến nỗi gây tiêu phân máu.

Xuất huyết tiêu hóa là tình trạng chảy máu vào trong ống tiêu hóa sau đó được tống ra ngoài qua 2 phương thức: ói máu và hoặc đi tiêu máu.

*Xuất huyết tiêu hóa được chia làm 2 loại:

+ Xuất huyết tiêu hóa trên: tổn thương chảy máu từ góc treitz trở lên bao gồm: thực quản, dạ dày, tá tràng.

+ Xuất huyết tiêu hóa dưới: chảy máu từ góc treitz trở xuống.

*Lâm sàng: thường gặp nhất là XHTH trên (80%) và ảnh hưởng đến tình trạng người bệnh thuộc 2 nhóm bệnh sau:

+ Viêm loét dạ dày tá tràng

+ Dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản.

2. LÂM SÀNG: Nôn máu hoặc đi tiêu phân đen

* Tùy theo mức độ chảy máu mà ta có các triệu chứng lâm sàng khác nhau.

*Phân loại mức độ mất máu cấp theo **Smetannikov 1996**

Mức độ	Nhẹ	Vừa	Nặng
Chi tiêu			
Mạch quay (lần/ phút)	<100	100 – 120	> 120
Huyết áp tối đa	>100	80 – 100	< 80
Hồng cầu (triệu/ mm ³)	> 3 triệu	2 – 3 triệu	< 2 triệu
Hb (gam/ lít)	> 90	60 – 90	< 60
Hematocrit (%)	> 30	20 – 30	< 20

Thang điểm **Rockall**

Điểm Số Lâm Sàng	Chỉ số	điểm
	Tuổi	
	< 60	0
	60 – 70	1
	≥80	2
	Sốc	
	Không sốc, HA>100, Nhịp tim< 100	0
	Huyết áp >100, Nhịp tim> 100	1
	Huyết áp < 100	2
	Bệnh đi kèm	
	Không có	0
	Suy tim Ứ huyết, Thiếu máu cơ tim	1
	Suy thận hoặc Suy gan	2
	Bệnh ác tính Ung thư di căn	3
	Hình ảnh Nội Soi	
	Không thấy tổn thương, Rách tâm vị	0
	Những tổn thương khác của đường tiêu hóa trên	1
	Bệnh ác tính hay đường tiêu hóa trên	2
	Dấu hiệu chảy máu trên nội soi	
	Ồ loét sạch hoặc chấm đen	0
	Ồ loét đang chảy máu, mạch máu lộ, cục máu đông	2

• Rockall Score		
• Điểm	Tỷ vong Không tái XH	Tỷ vong Tái xuất huyết
• 3	2%	10%
• 4	4%	16%
• 5	8%	23%
• 6	10%	33%
• 7	15%	43%
• 8+	28%	53%

*Nguyên nhân:

1. Xuất huyết dạ dày tá tràng

- Nôn ra máu: máu đỏ tươi, máu đen lẫn máu cục có thể lẫn thức ăn.
- Đi tiêu phân đen: phân đen như bã cà phê, mùi hôi thối, nếu chảy máu nhiều phân màu đỏ.
- Có thể bệnh nhân chỉ đi tiêu phân đen

2. Xuất huyết do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản:

- Ói máu ồ ạt, máu đỏ tươi kèm đi tiêu phân đen hoặc đỏ tươi.
- Bệnh nhân thường có kèm triệu chứng lâm sàng của xơ gan: vàng da, vàng mắt, báng bụng.

* Nội soi thực quản dạ dày tá tràng:

- Phương pháp tương đối an toàn
- Nên nội soi cấp cứu trước 24h kể từ lúc bắt đầu có biểu hiện xuất huyết vì:
 - + Không làm chảy máu nặng hơn
 - + Đa số tìm được nguyên nhân và để đưa ra phương pháp điều trị thích hợp
 - + Can thiệp điều trị cầm máu qua nội soi.

*Hiện nay phương pháp phân loại xuất huyết tiêu hóa qua nội soi được ứng dụng có giá trị trong công tác xử trí và tiên lượng chảy máu ở ổ loét dạ dày đã từng được áp dụng là phân loại của Forrest.

BẢNG PHÂN LOẠI THEO FORREST

Các dấu hiệu chảy máu	Phân loại FORREST	Tần suất	Tái phát
Các dấu hiệu chính <ul style="list-style-type: none"> • Chảy máu động mạch • Mạch máu lộ 	Ia IIa	10% 25%	90% 50%
Các dấu hiệu phụ <ul style="list-style-type: none"> • Chảy máu tĩnh mạch hay mao mạch. • Cục máu đông bám dính. • Sợi fibrin đỏ hay đen ở đáy ổ loét 	Ib IIb IIc	5% 10% 15%	<20% 25% <10%
Không có dấu chảy máu <ul style="list-style-type: none"> • Miệng loét sạch 	III	15%	<5%

3. ĐIỀU TRỊ:

*Nguyên tắc điều trị: bao gồm 8 nguyên tắc

1. Hồi sức chống sốc
2. Đánh giá sự khởi phát và mức độ nặng
3. Xác định vị trí xuất huyết
4. Chuẩn bị nội soi cấp cứu
5. Xác định nguyên nhân xuất huyết
6. Kiểm soát xuất huyết qua nội soi
7. Hạn chế các biến chứng do điều trị
8. Điều trị xuất huyết tái phát và dự phòng tái xuất huyết.

3.1. Hồi sức và chống sốc

- + Cần HSCC theo thứ tự ưu tiên A.B.C đối với bệnh nhân XHTH nặng
- + Ổn định hô hấp: cần đặt NKQ nếu XHTH nặng có shock hay suy hô hấp
 Chống chốngáng: thiết lập 2 đường truyền với Catheter cỡ lớn (máu hoặc dịch tinh thể như Natriclorua 0.9%, Lactate Ringer) -Số lượng máu cần truyền tối thiểu để đưa số lượng hồng cầu lên > 2 triệu /mm³ , Hct > 20%. Huyết áp tối đa >90 mmHg. Để B/N hết tình trạng rối loạn ý thức.
- + Cho bệnh nhân nằm đầu thấp và thở oxy nếu B/N khó thở

3.2. Đánh giá sự khởi phát và mức độ nặng

- Phân biệt Cấp hay Mạn (dựa trên triệu chứng LS và CLS)
- Đánh giá tình trạng mất máu: theo 3 Mức độ và 5 tiêu chuẩn của **Smetannikov 1996 hoặc theo thang điểm của Rockall**
 -Nếu nghi chảy máu ở dạ dày, thực quản gửi nội soi cấp cứu khi tình trạng bệnh nhân cho phép.

3.3. Xác định vị trí xuất huyết

- + Lâm sàng: cần hỏi bệnh sử thật rõ ràng
- + Đặt sonde mũi dạ dày nhằm 2 mục đích chính cho chẩn đoán và điều

3.4. Chuẩn bị nội soi cấp cứu

- + Rửa dạ dày lấy đi máu tươi và máu cục tạo thuận lợi cho nội soi, giảm nguy cơ hít
- + Lưu ý kỹ thuật rửa dạ dày phải nhẹ nhàng và không một lượng lớn dịch cũng như không bơm rửa dưới áp suất mạnh.
- + Cần thông báo cho người bệnh về mục đích và cách thức làm để người bệnh yên tâm và hợp tác tốt trong nội soi điều trị.
- + BS điều trị cũng cần thông báo về các thông tin của người bệnh cho BS nội soi biết.

3.5. Xác định nguyên nhân xuất huyết

- + Bằng phương pháp nội soi ta có thể xác định được tổn thương xuất huyết do loét dạ dày tá tràng hay do dẫn vỡ TMTQ.
- + Đặc biệt đối với chảy máu do ổ loét DD-TT. Người ta sẽ đánh giá mức độ chảy máu qua nội soi qua tiêu chuẩn của FORREST.

3.6. Kiểm soát xuất huyết qua nội soi:

Nội soi dạ dày tá tràng cấp cứu để làm ngưng chảy máu

Loét tiêu hóa

- + Nhiệt đông: điện đông đơn cực, đa cực, đầu dò nhiệt, laser v..v
- + Chích xơ: polidocanol, epinephrine, cồn tuyệt đối
- + Clip.
- + Clip + chích xơ

Dãn TMTQ

- + Chích xơ: Polidocanol 1%
- + Buộc thắt TMTQ
- + Chích xơ + buộc thắt TMTQ
- + Chèn bóng (Sengtaken Blakemore,Minnesota)

Hạn chế các biến chứng do điều trị

Trước nội soi

- + Nghẹt đường thở do hít dịch dạ dày hoặc máu
- + Hạ huyết áp do truyền máu không đủ

Sau nội soi: cần chú ý

- + Hồi hôp đánh trống ngực: để tránh tình trạng này ta không nên dùng thể tích chích lớn > 15ml DD Adrenalin 1/10.000
- + Xuất huyết nhiều hơn hoặc thủng

3.8. Điều trị xuất huyết tái phát và phòng ngừa tái xuất huyết.

* Nếu chảy máu tái phát:

- Nội soi chích cầm máu lần 2
- Nếu nội soi thất bại chuyển qua điều trị ngoại khoa. Tuy nhiên đối với nhóm bệnh lớn tuổi > 60 tuổi hoặc có những bệnh nội khoa khác đi kèm mà không có khả năng chịu mất máu lần hai hoặc không đủ điều kiện để nội soi thì cũng nên chuyển điều trị ngoại khoa sớm.

* Phòng ngừa tái xuất huyết:

+ Thuốc ức chế bơm Proton (P.P.I):

Omeprazol 40mg (Losce) 1 ống x2 TMC. mỗi 12h. Hiện nay theo một số quan điểm mới người ta có thể sử dụng PPI liều cao như (Omeprazole, Eesomeprazole, Pantoprazole) 80mg TMC ngay từ đầu sau đó sử dụng truyền TM 8mg/g trong 72 giờ tiếp theo đến khi ngưng chảy máu hoàn toàn sẽ chuyển sang dạng PPI uống. Nếu không có PPI chúng ta có thể sử dụng thuốc kháng thụ thể H2

+ Thuốc kháng thụ thể H2:

Ranitidin 50 mg (Zantac) x 3-5 lần/ngày. tiêm tĩnh mạch chậm (đối với bệnh nhân suy gan, suy thận cần giảm ½ liều). Tuy nhiên theo khuyến cáo của các hội nghị đồng thuận việc sử dụng PPI vẫn là ưu tiên.

- Thuốc: làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa

* Somatostatin 3000 µg 1 ống pha với 48ml Natriclorua 0,9%.

- Rút 4ml TMC
- Còn 44 ml bơm tiêm tự động 4ml/g.

* Octreotide (sandostatin) 100 µg

- 1 ống x 3 lần / ngày TDD hoặc Truyền tĩnh mạch 25-50 µg/g liên tục trong 5 ngày

* Chế độ ăn:

- Trong những ngày đang chảy máu ăn chế độ lỏng: sữa, nước thịt, cháo, nước hoa quả; ăn nhiều bữa để đảm bảo đủ dinh dưỡng
- Khi tình trạng XHTH đã ổn định bắt đầu cho B/N ăn đặc dần, nên tránh các thức ăn dễ kích thích như chua cay, cà phê hoặc rượu bia

* Theo dõi:

- Theo dõi LS tình trạng nôn máu hoặc đi cầu phân đen.
- Mạch, HA, nước tiểu và tri giác của B/N.
- Cần kiểm tra công thức máu thường xuyên tùy theo mức độ chảy máu ở mỗi bệnh nhân.

- Nếu cần thiết đo áp lực tĩnh mạch trung tâm để theo dõi lượng dịch truyền.

* Điều trị ngoại khoa:

1. Chảy máu nặng mà không có máu hoặc dung dịch thay thế máu.
2. Nội soi thấy máu phụt thành tia do chảy máu ở động mạch mà không có phương tiện cầm máu.
3. Điều trị nội tích cực nhưng thất bại (B/N đã được điều trị chích cầm máu qua nội 2 lần nhưng vẫn còn chảy máu).
4. B/N XHTH đang ổn định đột nhiên chảy máu tái phát.
5. B/N lớn tuổi hay nhóm không chịu mất máu lần 2, đã được điều trị nội soi chích cầm máu lần đầu thất bại.