

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

I. ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em ít gặp, biểu hiện bằng ói máu, tiêu máu, và thường là nhẹ.

Tùy theo vị trí xuất huyết so với góc Treitz mà người ta phân loại: xuất huyết tiêu hóa trên và xuất huyết tiêu hóa dưới trong đó xuất huyết tiêu hóa trên thường gặp.

Từ khi áp dụng nội soi chẩn đoán và điều trị thì rất ít trường hợp cần phẫu thuật và tiên lượng bệnh nhân tốt hơn.

Nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa:

1. Xuất huyết tiêu hóa trên

Thường gặp viêm loét dạ dày, vỡ, dẫn tĩnh mạch thực quản, Mallory weiss, trào ngược dạ dày thực quản.

Sơ sinh	Trẻ em
Rối loạn đông máu	Stress ulcer
Viêm dạ dày	Viêm dạ dày
Stress ulcer	Viêm thực quản do trào ngược dạ dày thực quản
Nuốt máu mẹ	Mallory Weiss do nôn ói nhiều gây trầy niêm mạc thực quản
Viêm thực quản	Vỡ, dẫn tĩnh mạch thực quản
Dị dạng mạch máu	Dị dạng mạch máu
Rối loạn đông máu	Rối loạn đông máu

2. Xuất huyết tiêu hóa dưới

Thường gặp lồng ruột, túi thừa Meckel, nứt hậu môn, polype đại tràng, dị dạng mạch máu.

Sơ sinh	Trẻ em
Viêm ruột nhiễm trùng	Viêm ruột nhiễm trùng
Dị ứng sữa	Nứt hậu môn
Lồng ruột	Polype đại tràng
Nứt hậu môn	Lồng ruột
Dị sản hạch limphô	Xoắn ruột
Xoắn ruột	Túi thừa Meckel
Viêm ruột hoại tử	Henoch Scholein
Túi thừa Meckel	Dị dạng mạch máu
	H/c tán huyết urê huyết
	Bệnh viêm ruột

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

● **Xuất huyết tiêu hóa trên:**

- Lượng máu mất, tính chất máu, có hoặc không tiêu máu đỏ hay tiêu phân đen.
- Nôn ói nhiều trước ói máu.
- Triệu chứng kèm: sốt, đau bụng (loét dạ dày tá tràng).
- Dùng thuốc gây tổn thương dạ dày: Aspirin, kháng viêm non-steroid, Corticoids.
- Tiền căn: bệnh dạ dày tá tràng, xuất huyết tiêu hóa, bệnh gan và huyết học (xuất huyết giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu bẩm sinh).

● **Xuất huyết tiêu hóa dưới:**

- Tính chất phân: máu dính phân (nứt hậu môn), máu trộn lẫn phân, phân đen như bã cà phê, máu bầm, nếu máu đỏ tươi cần hỏi xem có máu cục hay không.
- Có uống các thuốc làm phân có màu đen: sắt, bismuth...
- Tiền căn xuất huyết tiêu hóa dưới.

b. Khám lâm sàng

- Chú ý tình trạng huyết động học: mạch, huyết áp, màu da và thời gian phục hồi màu da.
- Dấu hiệu thiếu máu nặng.
- Khám vùng mũi hầu để loại trừ nguyên nhân xuất huyết từ vùng mũi hầu.
- Tìm dấu bầm máu, ban máu.
- Khám bụng loại trừ nguyên nhân ngoại khoa như lồng ruột (khối u, dấu hiệu tắc ruột), bệnh lý gan (gan lách to, tuần hoàn bàng hệ, vàng da vàng mắt), đau vùng thượng vị.
- Khám trực tràng nếu xuất huyết tiêu hóa dưới: xác định chẩn đoán và xem tính chất phân, tìm sang thương như polype, nứt hậu môn.

c. Đề nghị cận lâm sàng

- CTM, đếm tiểu cầu, dung tích hồng cầu.
- Đông máu toàn bộ.
- Siêu âm bụng, X-quang bụng không sửa soạn.
- Nội soi cấp cứu nếu có chỉ định (xem phần chỉ định nội soi cấp cứu).
- Chụp dạ dày tá tràng cản quang: xuất huyết tiêu hóa trên nghi do loét dạ dày tá tràng.

2. Chẩn đoán xác định

- **Xuất huyết tiêu hóa trên:**
 - Đau bụng.
 - Ôi máu, hoặc sonde dạ dày ra máu.
 - Nếu không có hai dấu hiệu trên cũng cần nghĩ đến nếu tiêu phân đen hoặc tiêu máu đỏ tươi ồ ạt.
- **Viêm loét dạ dày:** tiền sử đau bụng vùng thượng vị lúc đói, uống thuốc kháng viêm, Corticoid, aspirin.
- **Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản:**
 - Tiền sử: viêm gan, xơ gan, vàng da xuất huyết tái phát.
 - Lâm sàng: gan lách to, ascite.
 - Xét nghiệm: giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, transaminase tăng.
- **Xuất huyết tiêu hóa dưới:** tiêu phân đen sệt hay máu đỏ hoặc thắm trực tràng có máu.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

- Nội soi: tùy theo xuất huyết tiêu hóa trên hay dưới mà tiến hành nội soi tiêu hóa trên hay dưới để xác định nguyên nhân.
- Siêu âm bụng.
- X-quang dạ dày tá tràng cản quang hoặc chụp đại tràng cản quang.

III. ĐIỀU TRỊ**1. Nguyên tắc điều trị**

- Nhịn ăn uống.
- Bồi hoàn thể tích máu mất.
- Nội soi tiêu hóa để chẩn đoán và điều trị cầm máu.
- Tim và điều trị nguyên nhân.

2. Bệnh nhân có sốc, thiếu máu nặng

- Thở oxy qua canuyn mũi hay mask.
- Thiết lập hai đường truyền tĩnh mạch lớn.
- Lấy máu thử Hct, nhóm máu. Nếu Hct bình thường vẫn không loại trừ mất máu cấp.
- Truyền nhanh Lactate Ringer hay Nornal Saline 20 ml/kg/15 phút, sau đó 20 ml/kg/giờ cho đến khi có huyết áp.



A: PHẦN NỘI KHOA ■ CHƯƠNG 1: CẤP CỨU TAI NẠN

- Truyền máu toàn phần 20 ml/kg/giờ nếu Hct < 30% và bệnh nhân tiếp tục ói máu.
- Nhịn ăn.
- Rửa dạ dày với Nornal Saline để cầm máu hiện nay không dùng vì có thể gây tăng xuất huyết do ngăn cản cục máu đông thành lập ở vị trí chảy máu.
- Trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên nghi do viêm loét dạ dày tá tràng: Thuốc ức chế bơm proton:
 - Omeprazol tĩnh mạch trong 3 ngày sau đó chuyển sang đường uống.
 - Thuốc thay thế Ranidin 1-2mg/kg/liều TMC, mỗi 6 - 8 giờ (tối đa 50 mg).
 - Omeprazol là thuốc chọn lựa hiệu quả hơn Ranitidin.
- Trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản:
 - Octreotid: Sandostatin tổng hợp có tác dụng làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa, co mạch nội tạng nên làm giảm xuất huyết liều 1-2 g/kg tiêm tĩnh mạch chậm sau đó 1g/kg/giờ, 0,25 g/kg/giờ.
 - Vasopresin hiện nay do nhiều biến chứng so với Sandostatin nên ít được khuyến cáo.
 - Đặt sonde Sengstaken – Blackmore: hiện nay từ khi có phương tiện nội soi thì ít dùng vì ít hiệu quả và nhiều biến chứng nguy hiểm.
- Vitamin K1: chỉ định trong các trường hợp bệnh lý gan, rối loạn đông máu, liều 1 mg/kg TB hay TM (tối đa 10 mg).
- Huyết tương đông lạnh trong trường hợp rối loạn đông máu: 10 ml/kg TTM.
- Hội chẩn:
 - Chuyên khoa tiêu hóa để nội soi tiêu hóa:
 - + Thường sau 12-24 giờ khi ổn định huyết động học và tình trạng xuất huyết.
 - + Nội soi cấp cứu để cầm máu khi thất bại điều trị nội khoa, tiếp tục xuất huyết ồ ạt, huyết động học không ổn định.
 - Ngoại khoa: phẫu thuật cầm máu khi thất bại với các phương pháp nội khoa và nội soi cầm máu hoặc tổng lượng máu truyền > 85 ml/kg.

3. Bệnh nhân ổn định: không sốc, chảy máu ít, tổng trạng chung ổn

- Tạm nhịn ăn trong khi xem xét chỉ định nội soi và phẫu thuật.
- Không rửa dạ dày.
- Tìm và điều trị nguyên nhân.
- Omeprazol tĩnh mạch hoặc uống kết hợp thuốc diệt HP nếu có bằng chứng nhiễm (sinh thiết, hơi thở, phân, máu).
- Hội chẩn tiêu hóa: xem xét chỉ định nội soi tiêu hóa điều trị: thời điểm thường là sau u 24 giờ nội soi chích cầm máu Adrenalin hoặc chích xơ (vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản):
 - Nghi túi thừa Meckel: xem xét chỉ định nội soi ổ bụng.
 - Chụp dạ dày cản quang hay đại tràng cản quang.
 - Lòng ruột, polype: phẫu thuật.

4. Chỉ định nội soi tiêu hóa

- Xuất huyết tiêu hóa nặng cần truyền máu hoặc đe dọa tính mạng.
- Xuất huyết tiêu hóa tái phát.
- Cấp cứu khi: thường xuất huyết tiêu hóa trên ở trẻ em tự cầm sau điều trị nội khoa vì thể hiếm khi cần nội soi cấp cứu. Nên nội soi ở phòng mổ kết hợp với bác sĩ nội soi để thất bại cầm máu nội soi sẽ tiến hành phẫu thuật ngay.
- Nội soi tiêu hóa: cần phải ổn định dấu hiệu sinh tồn trước và không có rối loạn đông máu nặng.

5. Chỉ định phẫu thuật

- Bệnh lý ngoại khoa: lồng ruột, polype, túi thừa Meckel, ruột đôi.
- Thất bại điều trị nội khoa và nội soi cầm máu, còn xuất huyết khi lượng máu truyền trên 85 ml/kg.

6. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi 15 – 30 phút trong giai đoạn hồi sức, sau đó mỗi 1 -6 giờ.
- Tình trạng xuất huyết: lượng, tính chất ói máu, tiêu máu.
- Dung tích hồng cầu.
- Lượng dịch xuất nhập.
- Diễn tiến:
 - Tiêu phân đen có thể vẫn còn ở ngày 3-5 sau khi ngừng xuất huyết tiêu hóa.
 - Tiên lượng: thường tự hết.
 - Tỷ lệ tái phát cao gần 40%.
 - Hiếm phẫu thuật (5%) tử khi áp dụng nội soi tiêu hóa cầm máu.

IV. PHÒNG NGỪA

- Viêm loét dạ dày: tránh uống thuốc kháng viêm, Aspirin.
- Dẫn tĩnh mạch thực quản.
- Điều trị nguyên nhân.



LƯU ĐỒ XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DƯỚI

