

# CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DƯỚI

ThS.BS.Vũ Tiến Quốc Thái  
Khoa Ngoại Tổng hợp

## 1. ĐỊNH NGHĨA

- Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) dưới là tình trạng chảy máu đường tiêu hóa từ góc Treitz đến hậu môn.
- Chiếm khoảng 20% các trường hợp XHTH.
- 95% có nguồn gốc từ đại trực tràng và còn lại là từ ruột non.
- Biểu hiện lâm sàng có thể là đi cầu phân đen hoặc ra máu tươi, diễn tiến có thể từ nhẹ không đáng kể cho đến mức độ sốc cần hồi sức.
- Thường gặp ở giới nam và tăng theo tuổi, có lẽ liên quan đến bệnh lý viêm túi thừa và bệnh lý mạch máu ở giới nam lớn tuổi.

## 2. NGUYÊN NHÂN:

- 2.1. Bệnh lý túi thừa đại tràng, ruột non.
- 2.2. Loạn sản mạch máu
- 2.3. U đại tràng, ruột non lành hay ác tính.
- 2.4. Viêm đại trực tràng, ruột non
- 2.5. Bệnh lý vùng hậu môn trực tràng
- 2.6. Các nguyên nhân ít gặp khác:
  - Dò động mạch chủ ruột non, vỡ phình động mạch chủ bụng.
  - Hemophilia
  - Giảm tiểu cầu.
  - Dùng thuốc kháng đông.
  - DIC
  - Giảm chức năng tiểu cầu, kéo dài prothrombin do thuốc.
  - Suy thận mãn.

## 3. CHẨN ĐOÁN

### Mục tiêu:

1. Xác định xuất huyết tiêu hóa dưới hay trên
2. Xuất huyết tiêu hóa cấp hay mạn tính
3. Chảy máu đã ngừng hay tiếp diễn
4. Thể tích máu mất
5. Nguyên nhân và vị trí xuất huyết.

### Các triệu chứng:

#### - Lâm sàng:

- Đi cầu máu đỏ tươi lẫn phân, hoặc sau phân.
- Đi cầu phân đen lẫn máu đỏ nếu thời gian lưu thông ruột đủ. Đôi khi chảy máu ồ ạt ở thực quản, dạ dày, tá tràng cũng ra máu đỏ tươi, cần phân biệt.
- Máu chảy rỉ rả tồn đọng trong ruột sẽ có biểu hiện phân đen sệt có mùi tanh.

#### - Tồn thương

- Dấu hiệu sinh tồn: Mạch, huyết áp thay đổi tùy tình trạng máu chảy và số lượng mất máu.

Thiếu máu: da xanh, niêm nhợt  
Thở nông nhanh nếu mất máu nhiều.

Rối loạn tri giác: lơ mơ, mê nếu thiếu máu nặng và sốc nếu không xử trí kịp.

#### **Mức độ chảy máu:**

- Chảy máu nhẹ: máu mất 250 ml, không ảnh hưởng toàn trạng, dấu sinh hiệu không đổi, các chỉ số về máu bình thường.

- Chảy máu trung bình: máu mất 250 –500 ml, có ảnh hưởng toàn trạng, M-HA thay đổi.

- Chảy máu nặng: máu mất trên 1000 ml, toàn trạng thay đổi: da xanh, niêm nhợt, vật vã, rối loạn tri giác.

M>120l/p - Ha<80/50mmHg

HC<2,5 tr/mm<sup>3</sup>, Hct<30%, Hb <40%

#### **- Cận lâm sàng**

+ Nội soi đại tràng: Rất hữu ích trong trường hợp chảy máu nhẹ hoặc trung bình. Trường hợp máu chảy ồ ạt rất khó quan sát. Nội soi cho biết tổn thương, vị trí chảy máu. Dễ dàng nhận định tổn thương túi thừa, u hay tình trạng viêm ở đại tràng. Riêng tổn thương loạn sản mạch máu khó nhận định hơn đặc biệt ở bệnh nhân không ổn định có sự co thắt mạch mạc treo. Những nghiên cứu gần đây cho biết giá trị nhận định thương tổn XHTH ở đại tràng là > 95%.

+ Chụp mạch máu chọn lọc: Thường chụp động mạch MTT trên hay dưới. Có thể phát hiện máu chảy ở tốc độ 0,5 – 1ml/p và chỉ sử dụng khi máu còn đang chảy. Đặc biệt rất hữu ích trong chẩn đoán tổn thương loạn sản mạch và dễ dàng nhận định các túi thừa đang chảy máu. Ngoài ra kỹ thuật này còn có thể giúp can thiệp cầm máu bằng cách bơm thuốc gây co mạch hoặc làm thuyên tắc mạch máu. Tuy nhiên có các nguy cơ: máu tụ, huyết khối ĐM, phản ứng thuốc cản quang và suy thận cấp.

+ Chụp đồng vị phóng xạ: truyền cho bệnh nhân phần hồng cầu đã gắn Technetium 99, sau đó theo các hồng cầu này tìm ra vị trí chảy máu. Có thể phát hiện máu chảy tốc độ 0,1 ml/p và độ nhạy > 90%. Tuy nhiên độ chính xác chỉ 40-60% và không phân định được vị trí chảy máu là đại tràng bên phải hay bên trái.

+ Nội soi ruột non: Thường sử dụng trong bệnh nhi. Có thể kiểm tra 50-70cm ruột non dưới góc Treitz.

+ Nội soi bằng camera không dây: Bệnh nhân nuốt 1 camera dạng nhụy viên thuốc. Camera này sẽ cho biết hình ảnh trong lòng ruột khi nó di chuyển dần dần trong ống tiêu hóa nhờ nhu động của ruột.

+ Nội soi ruột trong mô: Phẫu thuật viên có thể hỗ trợ trực tiếp khi nội soi đại tràng. Thường là mở ruột non để qua đó soi ruột non, giúp xác định nguyên nhân và vị trí chảy máu, sau đó có thể xử lý bằng phẫu thuật. Đây là kỹ thuật rất hữu ích trong các trường hợp chẩn đoán khó.

#### **4. ĐIỀU TRỊ**

Điều trị cũng như những trường hợp XHTH khác: hồi sức nội khoa là ưu tiên sau đó cần xác định vị trí chảy máu, nguyên nhân chảy máu và xử lý đặc hiệu nguyên nhân này.

**4.1. Túi thừa:** Là nguyên nhân phổ biến nhất gây XHTH dưới nặng. Thường ở người cao tuổi nhưng chỉ có 3-15% trường hợp viêm túi thừa gây xuất huyết. Túi thừa gặp nhiều ở đại tràng trái nhưng gây xuất huyết thì thường là các túi thừa bên phải.

> 75% trường hợp chảy máu tự cầm tuy cũng có khả năng chảy máu lại.

Qua nội soi có thể chẩn đoán đồng thời can thiệp cầm máu bằng chích epinephrine, đốt điện hoặc kẹp clip.

Nếu vẫn tiếp tục chảy máu có thể chụp mạch máu và làm thuyên tắc hoặc phẫu thuật. Khi phẫu thuật cho phép cắt nửa đại tràng mù. Nguy cơ chảy máu tiếp diễn sau phẫu thuật là 1/2 và tỷ lệ tử vong khi cắt nửa đại tràng cấp cứu do xuất huyết là 30%.

**4.2. Loạn sản mạch máu:** chiếm 40% các trường hợp XHTH dưới, là tình trạng giãn các mạch máu ở lớp dưới niêm của ruột. Phân bố đều 2 giới và thường gặp bệnh nhân trên 50 tuổi. loạn sản có thể ở ruột non và ruột già nhưng thường gây xuất huyết ở đại tràng phải, nhất là manh tràng. Thường gây chảy máu mãn tính, > 15% có thể gây chảy máu nặng. Hầu hết tự ngưng chảy nhưng có thể tái phát lại trong vòng 5 năm. Đáp ứng tốt với các can thiệp chích xơ, đốt điện, dùng thuốc co mạch, làm thuyên tắc mạch. Nếu thất bại hoặc chảy máu tái phát chỉ định phẫu thuật và thường cắt đại tràng phải là đủ.

**4.3. U:** U đại tràng trực tràng ít khi gây chảy máu nặng thường chảy máu rỉ rả gây thiếu máu mãn tính. Polyp cũng gây chảy máu nhưng thường gặp tình trạng xuất huyết sau cắt polyp.

Xử trí là phẫu thuật. Nếu là polyp có thể xử lý qua nội soi đại tràng.

**4.4. Bệnh lý hậu môn trực tràng:** Gây xuất huyết thường gặp là trĩ, nứt hậu môn và u. 5-10% trĩ gây chảy máu cấp tính, biểu hiện ra máu tươi kèm sa trĩ. Xử trí bằng các thủ thuật hoặc phẫu thuật.

**4.5. Bệnh lý viêm:** Tình trạng viêm đại tràng có nhiều dạng gồm: bệnh viêm ruột (bệnh Crohn, viêm loét đại tràng) viêm đại tràng do nhiễm trùng (Escherichia coli, cytomegalovirus, Salmonella, Shigella, and Campylobacter species, and Clostridium difficile) viêm hậu môn sau xạ hoặc do thiếu máu cục bộ.

- Viêm loét đại tràng gây XHTH nhiều hơn bệnh Crohn (15% và 1%). Đây là bệnh ở niêm mạc trực tràng nhưng cũng có thể toàn bộ đại tràng. Điều trị nội khoa steroids, 5-aminosalicylic acid. Chỉ định phẫu thuật rất hiếm.

- Bệnh Crohn ít khi gây chảy máu, nếu gặp thường thương tổn ở đại tràng. Điều trị nội khoa là chủ yếu.

- Viêm đại tràng nhiễm trùng có thể gây tiêu máu. Chẩn đoán dựa vào bệnh sử và cấy phân. Điều trị nội khoa.

- Viêm hậu môn sau xạ thường gặp sau xạ trị các bệnh ung thư các cơ quan lân cận. Điều trị nội khoa.

### **Chỉ định phẫu thuật trong XHTH**

- Huyết động không ổn định dù đã hồi sức tích cực ( truyền > 6 đơn vị máu)

- Can thiệp bằng nội soi thất bại.

- Chảy máu tái phát sau khi đã cầm máu thành công (> 2 lần cầm máu bằng nội soi)

- Sốc kèm với chảy máu tái phát.

- Chảy máu ít, liên tục cần truyền trên 3 đơn vị máu / ngày.