Phần I:

CHẢY MÁU Ổ LOÉT DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

* Giải phẫu bệnh lý:
* Tổn thương chảy máu
* Ổ loét: hành tá tràng và dạ dày
* Tổn thương phối hợp
* Chẩn đoán xác định và diễn biến của chảy máu ổ loét dạ dày – tá tràng
* Chẩn đoán phân biệt
* Điều trị chảy máu ổ loét dạ dày – tá tràng
* Đại cương:
* Là 1 cấp cứu thường gặp trong nội khoa, ngoại khoa

+ Chiếm 40-45% tổng số chảy máu đường tiêu hóa trên

+ Thể hiện tiến triển của ổ loét

+ Là biến chứng thường gặp nhất (20-30%) các ổ loét

* Đặc điểm, thường gặp:

+ BN > 50 tuổi

+ Tiền sử loét dạ dày nhiều năm, chảy máu nhiều lần

+ Thường xảy ra sau chấn thương tâm lý hoặc sử dụng thuốc NSAID (aspirin, voltaren,...), hay sau dùng Corticoid

* Chẩn đoán = LS + XQ + chủ yếu là nội soi

+ 50% trường hợp chẩn đoán bằng lâm sàng -> nhưng không xác định được: vị trí tổn thương, hình thái chảy máu

+ XQ cấp cứu nay không sử dụng, thay bằng nội soi cấp cứu vì:

* Chẩn đoán chính xác tổn thương
* Xác định rõ mức độ tổn thương
* Đánh giá tình trạng chảy máu
* Cầm máu trực tiếp = phương pháp: tiêm xơ, đốt điện, lazer,...
* Ngày nay, điều trị nội khoa là chủ yếu, trước đây điều trị phẫu thuật chiếm tỉ lệ cao
* Tỉ lệ tử vong: 3-10%
* Cấp cứu chảy máu do loét dạ dày – tá tràng:

+ Chẩn đoán xác định tổn thương chảy máu

+ Đánh giá mức độ tổn thương (nhẹ, vừa, nặng)

+ Hồi sức cấp cứu tích cực

+ Chỉ định, điều trị hợp lý, có kết quả

**Bài 1: Giải phẫu bệnh lý**

1. Ổ loét

|  |  |
| --- | --- |
| Vị trí | Tổn thương chảy máu |
| -Loét tá tràng:  +Hay gây chảy máu hơn loét ở dạ dày  +1/4 trường hợp có chảy máu  +Thường gặp ở người > 50 tuổi  +Vị trí:   * Mặc sau, bờ trên hành tá tràng: loét xơ chai, đáy sâu, ăn mòn thành tá tràng, mở vào các mạch máu * Mặt trước: chảy máu ít, dễ tự cầm máu hơn   -Loét dạ dày  +15-16% có biến chứng chảy máu  +Vị trí: thường ở   * Ổ loét bờ cong nhỏ: * Hay gặp ở người già, tiến triển âm thầm hay chảy máu dữ dội * Thường chảy máu kéo dài, hay tái phát, ít tự cầm * Loét ở mặt sau dạ dày * Loét vùng tâm vị   + Các ổ loét xơ chai, đáy sâu, ăn thủng vào tổ chức xung quanh, vào các mạch máu ở thành dạ dày hay các nhánh của động mạch lách, động mạch môn vị,...  + Nếu có nhiều ổ loét, ngay sau uống thuốc NSAID hay uống rượu -> có thể chảy máu ở các ổ loét | Các ổ loét xơ chai – loét vừa – loét non đang tiến triển cấp tính đều có thể chảy máu. Có thể trong các tình trạng:  -Ổ loét ăn thủng vào mạch máu:  +Thường vị trí:   * Dạ dày: ổ loét bờ cong nhỏ, mặt sau dạ dày, gần các động mạch vành vị, môn vị, động mạch lách,... * Hành tá tràng: bờ trên, bờ dưới, mặt sau: gồm động mạch vị - hành tá tràng,...   + Đặc điểm:   * Chảy máu dữ dội, có khi phun thành tia * Nhất là ở BN già, không còn khả năng co mạch   + Nội soi cấp cứu: thấy: mạch máu phun theo nhịp đập, hoặc máu đùn dữ dội từ đáy ổ loét, có khi không thể hút kịp  + Khi phẫu thuật:   * Những ổ loét thường to, xơ chai, thủng, co rút các tổ chức xung quanh * Đáy ổ loét: ăn mòn vào các thành mạch máu lớn, máu cục đầy lòng dạ dày, ruột non hay ĐT   -Chảy máu từ các mạch máu ở đáy ổ loét:  + Do ổ loét tiến triển, ăn dần vào các mạch máu ở thành tá trang hay dạ dày  + Mức độ không dữ dội, nhưng nếu có nhiều mạch máu bị thủng -> có thể chảy máu ồ ạt  + Thường tái phát nhiều lần  + Nội soi khi ổ loét ngừng chảy máu: thấy đầu 1 mạch máu lồi lên hay những mạch máu sẫm màu rải rác  + Phẫu thuật: thấy 1 đầu mạch máu chồi lên ở nền ổ loét, trong lòng được bít 1 đoạn máu cục sẫm màu  -Chảy máu ở mép ổ loét:  + Do tổn thương tiến triển, niêm mạc ở mép ổ loét viêm nề, ri rỉ chảy máu  + Thường chảy máu ít, dai dẳng, có thể tự cầm, hoặc chảy ở 1 vài điểm ở ổ loét  + Nội soi: bờ ổ loét sưng nề, đỏ sẫm, đang ri rỉ máu  -Chảy máu từ niêm mạc xung quanh ổ loét: (=> đáy và rìa ổ loét không chảy máu)  + Do viêm cấp tính  + Hoặc sau uống thuốc NSAID (aspirin, voltaren) hay corticoid gây loét chợt vùng hang vị hay toàn bộ niêm mạc dạ dày |

1. Tổn thương phối hợp

* Loét dạ dày kèm theo loét tá tràng:

+ Thường ở BN có tiền sử nhiều năm

+ Ổ loét hành tá tràng xơ chai, chít hẹp môn vị -> ứ đọng, hình thành nhiều ổ loét, chảy máu

+ Thường chỉ chảy máu ở 1 ổ loét, ít khi chảy máu từ 2 ổ loét

* Loét hành tá tràng + xơ gan (6-10%)

+ Tổn thương loét hoặc viêm, xước rách niêm mạc

+ Chảy máu từ ổ loét hoặc do vỡ các búi TM hoặc từ các vết rách xước niêm mạc (Mallory-Weiss)

* Giãn tĩnh mạch thực quản + loét dạ dày – tá tràng

+ Là hậu quả của tăng áp lực tĩnh mạch cửa

+ Chảy máu: do

* Vỡ búi tĩnh mạch -> chảy máu dữ dội -> cấp cứu
* Ổ loét dạ dày – tá tràng

+ Rất ít trường hợp chảy máu từ 2 tổn thương

* Tổn thương chảy máu có thể do:
* Ổ loét ăn thủng mạch máu lớn
* Chảy máu từ đáy ổ loét
* Chảy máu từ nền ổ loét
* Chảy máu từ niêm mạc xung quanh ổ loét

**Bài 2: Chảy máu ổ loét dạ dày – tá tràng: Chẩn đoán xác định + Diễn biến?**

1. Chẩn đoán xác định
   1. Lâm sàng:

* Tiền sử:

+ Tiền sử loét dạ dày – tá tràng:

* Nhiều năm, thường 15-20 năm
* Đau các đợt kéo dài, sau đó xuất hiện chảy máu tiêu hóa (78,9%)
* 16% BN không có dấu hiệu báo trước, dù đã có xác định là có tổn thương loét bằng XQ

+ Tiền sử chảy máu: BN có thể có nhiều lần chảy máu, đã được xác định là do loét dạ dày – tá tràng, đã điều trị nội khoa hoặc đã tự cầm và ổn định

+ Không có tiền sử loét dạ dày – tá tràng:

* 33% trường hợp
* Loét do:
* Ở bờ cong nhỏ, ổ loét mặt sau, xơ chai, tiến triển âm thầm, thường ở người già
* Loét cấp tính, hoàn toàn không có tiền sử, chảy máu là dấu hiệu đầu tiên
* Hoàn cảnh chảy máu:

+ BN xuất hiện đợt đau kéo dài vài ngày, vài tuần:

* Điều trị hay không điều trị
* Xuất hiện nôn máu + đi ngoài phân đen
* Có thể dữ dội từ đầu hoặc chảy máu ít rồi dần tăng lên

+ 16% loét hành tá tràng + 33% loét bờ cong nhỏ không có dấu hiệu báo trước

+ Có thể xuất hiện sau làm việc căng thẳng, chấn thương tinh thần, sau thời gian điều trị phẫu thuật, (stress),...

* Các triệu chứng lâm sàng:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cơ năng | Toàn thân | Thực thể |
| -Buồn nôn, nôn ra máu:  +BN cảm giác đầy bụng, khó chịu, buồn nôn -> sau nôn ra máu đỏ sẫm, lẫn máu cục và thức ăn  +Đặc điểm của máu nôn ra giúp định hướng vị trí tổn thương   * Máu tươi, dữ dội: * Thường loét ở trên cao, loét to ở bờ cung nhỏ hoặc thân vị * Hay gặp ở người già * Máu sẫm hay nước máu đen loãng -> loét hành tá tràng   -Đau bụng:  +Ít khi đau dữ dội  +Cảm giác đau, nóng rát ở vùng trên rốn  -Đi ngoài phân đen  +Xuất hiện đầu tiên hoặc sau nôn ra máu  +Đi ngoài nhiều lần  +Phân đen như bã cà phê hay như hắc ín, mùi thối khẳn | -Chảy máu nhiều, dữ dội, có thể có biểu hiện sốc:  +Cảm giác hoa mắt, chóng mặt hoặc ngất sau nôn ra máu hay đi ngoài phân đen  +Da xanh tái, nhợt, vã mồ hôi  +Mạch nhanh > 90 lần/phút, HA động mạch giảm, có thể <80mmHg  -Chảy máu từ từ, số lượng ít: không thấy biểu hiện shock | ->Không có dấu hiệu gì rõ rệt:  -Đau tức trên rốn, các điểm đau dạ dày – tá tràng ít đặc hiệu  -Các dấu hiệu (-)  +Không sờ thấy u  +Tuần hoàn bàng hệ (-)  +Gan lách không to  +Không vàng da, vàng mắt  -Thăm trực tràng:  +Có phân đen, không có máu tươi theo găng  +Không có u, polyp |

* 1. Cận lâm sàng
* Nội soi: dạ dày – tá tràng cấp cứu:

+ Quan trọng nhất trong chẩn đoán tổn thương chảy máu, tiến hành nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng trong vòng 24 – 72 giờ đầu

+ Chỉ định: chảy máu đường tiêu hóa trên; huyết động ổn định: Mạch <120 lần/phút, HA động mạch >90 mmHg, sau ăn >6h

+ CCĐ: shock, hôn mê, không hợp tác, K thực quản, dị dạng đốt sống cổ,...

+ Tiến hành: tại phòng nội soi, phòng mổ, trên giường bệnh nếu tình trạng bệnh nặng

+ Kĩ thuật:

* Dụng cụ:
* ống soi mềm dạ dày – tá tràng, có kính nhìn thẳng
* Kim tiêm xơ, pince đốt điện,...
* Vô cảm:
* Gây tê hầu họng hoặc dùng thuốc an thần, giảm đau, chống co thắt
* TH chảy máu nặng cần gây mê, đặt NKQ
* Hút sạch nước máu, máu cục, chú ý tai biến trào ngược -> sau đó kiểm tra: từ thực quản -> dạ dày -> tá tràng: chẩn đoán xác định: vị trí ổ loét, các dạng loét, tình trạng chảy máu và tổn thương chảy máu khác, (polyp,u,...nếu có)

+ Phân độ tình trạng chảy máu theo Forrest (1977):

* F1: loét đang chảy máu:
* F1a: máu phun thành tia
* F1b: đang rỉ máu
* F2: ổ loét đã cầm máu
* F2a: lộ mạch máu nhưng không chảy
* F2b: lòng ổ loét có cục máu đông
* F2c: đáy ổ lét có cặn đen, máu cục bám
* F3: ổ loét đã ngừng chảy máu:
* Trong dạ dày – tá tràng không còn máu
* Ổ loét nhìn thấy rõ, đáy trắng, xung quanh viền trắng

+ Xử trí cần thiết bằng tiêm xơ, đốt điện,...

+ Nội soi cấp cứu:

* Có những hạn chế: có những tổn thương không xác định được, không nhìn thấy rõ do máu cục hoặc nhận định sai tổn thương
* Tỉ lệ xác định được thương tổn: 85-95%
* XQ dạ dày cản quang:

+ Hiện nay không còn chỉ định chụp cấp cứu nữa vì:

* Hạn chế, tiến hành chụp cấp cứu khó khăn
* Chỉ xác định được 60-70% tổn thương chảy máu
* Có nội soi dạ dày – tá tràng thay thế với nhiều ưu điểm

+ Giá trị chẩn đoán XQ dạ dày trong 1 số trường hợp:

* Phim chụp dạ dày – tá tràng cũ, xác định rõ tổn thương là loét
* Chụp dạ dày – tá tràng cấp cứu trì hoãn:
* Khi BN đã ổn định, ngừng chảy máu, huyết động bình thường
* Xác định tổn thương: hình ảnh: ổ đọng thuốc, hình lồi, hình lõm, hay hình biến dạng,...
* SA ổ bụng:

+ Đánh giá trong trường hợp kèm 1 số bệnh lý khác: xơ gan, viêm gan, vàng da tắc mật, sỏi mật, u gan,...

+ SA gan mật, TM cửa, TM lách,... để loại trừ các tổn thương ở đây, trong trường hợp còn nghi ngờ là chảy máu do các tổn thương ở dạ dày – tá tràng

* XN máu:

+ CTM: đánh giá mức độ mất máu: dựa vào: số lượng HC, BC, Hb, Hct giảm tùy mức độ máu mất

+ Đông máu: Prothrombin, tiểu cầu

+ Nhóm máu: phục vụ điều trị

+ Hóa sinh máu: Bilirubin, ure, creatinin -> giúp chẩn đoán phân biệt,...

* Chẩn đoán xác định:
* Lâm sàng:

+ Tiền sử: loét dạ dày – tá tràng hay chảy máu đường tiêu hóa trên nhiều lần

+ Có dấu hiệu: chảy máu đường tiêu hóa trên: (nôn máu, đi ngoài phân đen )

+ Thăm khám – dấu hiệu (-) : Tăng áp lực TM cửa, sỏi mật, u,... -> loại trừ nguyên nhân khác gây chảy máu

* Cận lâm sàng:

+ Nội soi cấp cứu: Chẩn đoán xác định: chảy máu từ ổ loét, không có tổn thương chảy máu kahcs

+ XQ:

* Phim chụp cũ: với hình ảnh loét điển hình
* Có thể: chụp XQ dạ dày – tá tràng cấp cứu trì hoãn: khi BN đã ổn định -> xác định hình ảnh tổn thương
* Trường hợp không có XQ và nội soi: Chẩn đoán xác định bằng tiền sử + lâm sàng điển hình chảy máu do ổ loét dạ dày – tá tràng + loại trừ hết các tổn thương chảy máu thường gặp
* Chẩn đoná tình trạng chảy máu: chẩn đoán mức độ mất máu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Đặc điểm | Nhẹ | Vừa | Nặng |
| Lâm sàng:  -Mạch (l/p)  -HA tối đa (mmHg) | < 90  >100 | 100-120  80-100 | >120  <80 |
| Xét nghiệm  -HC (triệu/ml)  -Hct (%)  -Hb (g/l) | 3 – 3,5  >35  >100 | 2,5-3  30-35  80-100 | <2,5  <30  <80 |
| % V tuần hoàn mất | < 20%  ( <500ml) | 20-30%  (500-1000ml) | >30%  (>1000ml) |
| Tiên lượng, xử trí | -Không cần hồi sức, truyền máu  -Toàn thân chưa thay đổi, dấu hiệu mất máu không rõ rệt | -Có thể cần hồi sức-truyền máu  -Dấu hiệu ban đầu của shock mất máu | -Cần hồi sức ngay: truyền từ 1000-1500 ml máu  -Sốc mất máu rõ  -Toàn trạng thay đổi: da xanh, niêm mạc nhợt, vật vã, vã mồ hôi |

Có thể sử dụng thang điểm Rockall (lâm sàng + nội soi)

* Lưu ý: diễn biến của chảy máu: lúc đầu chảy máu nhẹ, sau đó tiếp tục chảy máu, chuyển thành chảy máu nặng,... -> cần theo dõi sát, chặt chẽ
* Chẩn đoán tổn thương: Dựa vào nội soi để xác định tình trạng vết loét:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Loét mạn tính | Loét tiến triển | Loét cấp tính |
| -50% ổ loét chảy máu là loét mạn tính  -Kích thước: to  -Tính chất: Loét xơ chai  -Đáy: sâu + rộng -> gây biến dạng hoặc chít hẹp | -20% chảy máu là biểu hiện đầu tiên của ổ loét  -Vừa phải  -Bờ còn mềm mại  -Nông -> ăn mòn vào các mạch máu, vào thành dạ dày | -Xuất hiện sau: chấn thương tinh thần, sau bỏng nặng, sau phẫu thuật, nhiễm trùng, suy thận,...  -Đặc điểm:  + Ổ loét mềm mại  +Nông  +Bờ tròn đều  -Thường chảy máu ít |

1. Diễn biến của chảy máu do ổ loét dạ dày – tá tràng: có thể:

* Ngừng chảy máu:

+ Tình trạng chảy máu chỉ kéo dài 3-5 ngày

+ Mức độ chảy máu giảm dần: không còn nôn ra máu, đi ngoài phân đen ít dần

+ Toàn thân dần dần hồi phục, huyết động ổn định -> 1 vài tuần sau hoàn toàn bình thường

* Chảy máu nặng:

+ Mức độ chảy máu ngày càng tăng: nôn máu, đi ngoài phân đen nhiều lần, khối lượng lớn

+ Tình trạng huyết động không ổn định, các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm thiếu máu rõ

+ Nếu được hồi sức tích cực, xác định đúng thương tổn chảy máu + xử trí cầm máu kịp thời + chỉ định điều trị đúng -> BN mới qua được, nếu không sẽ dẫn đến thời kì sốc không hồi phục

* Chảy máu tái diễn:

+ Một só trường hợp: chảy máu kéo dài 2-5 ngày và ngừng chảy

+ BN tiếp tục chảy máu vào những ngày sau

+ Mức độ chảy máu ít, có thể chảy máu dai dẳng, kéo dài

* Chảy máu kèm biến chứng thủng và hẹp môn vị:

+ Tình trạng BN rất nặng

* Có dấu hiệu mất máu, mất nước – điện giải
* Kèm dấu hiệu của thủng dạ dày hay hẹp môn vị

+ Cần có chỉ định phẫu thuật, điều trị kịp thời

**Bài 3: Trình bày chẩn đoán phân biệt chảy máu do loét dạ dày – tá tràng**

* Đại cương:
* Chẩn đoná xác định
* Chẩn đoná phân biệt: trường hợp lâm sàng không rõ, có sự kết hợp nhiều bệnh khác nhau -> chẩn đoán khó kahwn hơn, cần đặt ra chẩn đoán phân biệt

1. Các bệnh chảy máu tiêu hóa trên

* Viêm dạ dày cấp: chảy máu thường gặp trong cấp cứu (15-20%)

+ Có 3 loại:

* Viêm trợt: là những vết loét trợt nông, kích thước to nhỏ khác nhau, đường kính thường < 5mm
* Viêm do NSAID (aspirin, voltaren,...) hoặc corticoid
* Viêm dạ dày chảy máu, trong đó có 1 loại tổn thương đặc biệt là viêm toàn bộ dạ dày chảy máu (Dieulafoi)

+ Lâm sàng:

* Hoàn cảnh xuất hiện chảy máu
* Sau dùng thuốc: tổn thương có thể là viêm, nhưng cũng có thể là chảy máu từ ổ loét dạ dày – tá tràng
* Sau chấn thương tinh thần, phẫu thuật, uống rượu, bỏng nặng,...
* Xuất huyết tiêu hóa ít dữ dội
* Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào nội soi TQ-DD-TT
* Tổn thương :
* Là các vết loét chợt, nông, to nhỏ không đều, rải rác ở toàn bộ niêm mạc dạ dày hay khu trú ở hàng vị - tá tràng
* Có khi thấy toàn bộ niêm mạc dạ dày viêm, các nếp niêm mạc thô, có nhiều đám xuất huyết rải rác
* Trường hợp: nội soi sau 48-72h không xác định được tổn thương, vì lúc này các vết loét đã liền sẹo
* Vỡ các búi tĩnh mạch thực quản và dạ dày:

+ 10-15% chảy máu do vỡ búi TM thực quản:

+ Lâm sàng:

* Tiền sử: xơ gan, uống rượu nhiều nằm,...
* Xuất huyết tiêu hóa trên điển hình: nôn ra máu dữ dội, đỏ tươi + ỉa phân đen nhiều lần
* Toàn thân: có biểu hiện shock mất máu nặng hoặc tiền hôn mê gan,...
* Khám:
* Hội chứng tăng áp lực TM cửa: cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ, lách to,...
* Hội chứng suy tế bào gan: phù, xuất huyết dưới da,...

+ Cận lâm sàng: Với mọi trường hợp phải nội soi TQ-DD-TT để xác định tổn thương và can thiệp phẫu thuật cấp cứu

* Hình ảnh chảy máu do vỡ các búi TM là máu có thể phun ra thành tia hoặc chảy ào ạt, có TH không xác định được đâu là tổn thương
* Tổn thương vỡ các búi ở 1/3 giữa và 1/3 dưới TQ dễ xác định
* Tổn thương vỡ các búi ở phình vị lớn dạ dày thì rất khó xác định được búi nào vì máu cục ứ đọng trong dạ dày
* Ngoài ra cần phải soi từ dạ dày -> tá tràng để: tìm những tổn thương phối hợp như loét, vết xước ( Mallory – Weiss), polyp,...
* Các XN khác: đánh giá tình trạng suy gan, xơ gan: SA, đông máu, men gan, bilirubin,...
* Chảy máu do K dạ dày:

+ Có thể gặp trong cấp cứu 3-5%

+ Lâm sàng:

* Chảy máu ít, đi ngoài phân đen kéo dài
* Toàn thân: gầy yếu, thiếu máu, suy kiệt, gầy sút cân nhanh
* Khám: có thể sờ thấy: u to vùng trên rốn, cứng chắc, sần sùi, di động ít, không đau

+ Cận lâm sàng: nội soi:

* Xác định chảy máu từ tổn thương nghi ngờ do K:
* 1 khối u, nằm ở hang vị hay BCN lồi vào trong lòng dạ dày
* Đặc điểm:
* Ở giữa có ổ loét lớn, đáy có nhiều máu cục sẫm màu hoặc nhiều vết máu bám rải rác trên bề mặt tổ chức loét
* Ngoài ra có thể tổn thương là ổ loét to, bờ cứng, sần sùi, đáy nham nhở, các nếp niêm mạc mất, dễ chảy máu
* Qua nội soi có thể sinh thiết làm giải phẫu bệnh (nếu đã ngừng chảy máu) -> kết quả: K dạ dày
* Chảy máu đường mật:

+ Chiếm tỉ lệ 2-3% chảy máu đường tiêu hóa

+ Lâm sàng:

* Tiền sử bệnh lí gan mật (sỏi đường mật,...)
* Đau nhiều ở dưới sườn P, đau kéo dài
* Xuất huyết tiêu hóa trên:
* Xuất hiện nôn ra máu màu đen, có thể nôn ra máu cục đóng thành khuôn như thỏi bút chì
* Đi ngoài phân đen nhiều lần
* BN đau bụng dữ dội vùng gan, trước khi chảy máu
* Dấu hiệu NT: sốt cao, sốt rét run, sốt dao động
* Dấu hiệu tắc mật: vàng da, vàng mắt từng đợt, gan to

+ Cận lâm sàng:

* XN máu: hc nhiễm trùng, hc tắc mật: BC tăng ( NEU tăng), Bilirubin tăng,...
* SA gan mật:
* Dh tắc mật: gan to, túi mật to, đường mật giãn
* Có thể xác định nguyên nhân tắc: sỏi, giun chui ống mật,...
* Có thể thấy: ổ apxe nhỏ thuộc nhu mô, nơi thông thương mạch máu
* Nội soi dạ dày – tá tràng:
* Thấy máu chảy từ bóng valter
* Loại trừ máu chảy từ dạ dày – tá tràng
* Phương pháp khác: chụp DDM gan chọn lọc
* Polyp dạ dày chảy máu:

+ Lâm sàng:

* Tiền sử: ăn uống khó tiêu, hay đầy bụng
* Chảy máu ít, hay đi ngoài phân đen

+ CLS: nội soi dạ dày: hình ảnh polyp có cuống hoặc không, nằm trên bề mặt dạ dày chảy máu

+ Điều trị: cắt bằng thòng lọng điện

* Các tổn thương ít gặp:

+ Viêm thực quản:

* Nhiều TH viêm xước ở 1/3 dưới thực quản và tâm vị
* LS:
* Hay ở người trẻ, sau uống nhiều rượu
* Tính chất cấp tính: nôn ra máu đỏ dữ dội nhưng không kéo dài
* CLS: nội soi cấp cứu: thấy vùng thực quản đỏ rực, có những vết chợt nông, rớm máu

+ Mallory – Weiss:

* Tổn thương chảy máu do vết rách niêm mạc ở tâm phình vị
* Thường gặp ở người: nôn nhiều hoặc BN có hội chứng trào ngược -> niêm mạc trợt ở dạ dày, thực quản, tâm vị co thắt -> làm niêm mạc nghẹt và rách
* Nội soi:
* Tổn thương là những vết xước dài 1-3 cm, chạy dọc, có thể nông hoặc sâu
* Lúc đầu chảy máu có thể dữ dội, sau đó cầm máu
* Nội soi thấy rõ những vết rách đã ngừng chảy, có vết máu đông sẫm màu hoặc còn rớm máu

+ Thoát vị hoành:

* Ít gặp
* Chẩn đoán xác định bằng nội soi: tổn thương là những vết trợt nông, rải rác vùng tâm vị

+ Các loại u lành:

* U thần kinh, u cơ trơn
* Nội soi: khối u thường ở tâm phình vị, kích thước u to, lồi vào trong dạ dày, có ổ loét hoại tử ở giữa và chảy máu
* Sinh thiết làm GPB (khi ngừng chảy máu): lành tính

+ Ngoài ra: dị dạng mạch tâm vị chảy máu, K thực quản: nôn máu (ít gặp),...

1. Các bệnh toàn thân gây xuất huyết đường tiêu hóa: là những bệnh mạn tính như:

* Nhiễm trùng huyết: gây RL đông máu, RL vận mạch -> BN nôn ra máu, đi ngoài phân đen, đồng thời có thể chảy máu nhiều cơ quan khác
* Bệnh tăng huyết áp: làm 1 số bệnh khác như trĩ, TALTMC,... dễ xuất huyết đường tiêu hóa hơn
* Các bệnh về máu: Hemophilia, leucemia,... có thể biểu hiện chảy máu đường tiêu hóa

**Bài 4: Điều trị chảy máu ổ loét dạ dày – tá tràng**

1. Nguyên tắc chung

* Xác định tình trạng chảy máu: dựa vào mạch, HA và XN (Hct, Hb, HC)
* Các thủ thuật cần làm:

+ Lấy máu làm XN cơ bản: CTM, nhóm máu,...

+ Đặt thông dạ dày

+ Đặt 1 hoặc 2 catheter TM để truyền dịch và truyền máu, theo dõi HA tĩnh mạch trung tâm

+ Đặt 1 ống thông đái để theo dõi lượng nước tiểu nếu trong trường hợp sốc mất máu nặng, cần phải hồi sức tích cực

* Đánh giá mức độ mất máu, phụ thuộc nhiều yếu tố:

+ Nhất là khối lượng máu mất, tình trạng toàn thân, tình trạng huyết động

+ Cần truyền máu hay không và kết quả XN máu

* Giúp phân loại chảy máu nặng, trung bình, nhẹ -> từ đó mới đưa ra được chỉ định điều trị hợp lý
* Hồi sức tích cực: dựa vào mức độ máu mất, trường hợp chảy máu nặng, trung bình cần:

+ Thở oxi: nếu có suy hô hấp

+ Khôi phục khối lượng tuần hoàn: truyền máu, dịch thay thế, nguyên tắc: mất bao nhiêu bù bấy nhiêu

+ Thuốc:

* Cầm máu: transamin, hemocprol,...
* Điều trị loét: cimetidin, omeprazol, azantac,...
* Chống trụy tim mạch: Dopamin, Adrenalin,...

+ Theo dõi chặt: ALTM trung tâm, mạch, HA, nhiệt độ, nước tiểu, dịch dạ dày,...

* Sau khi tiến hành cấp cức, hồi sức ổn định, BN cần tiếp tục theo dõi và điều trị nội khoa hoặc điều trị phẫu thuật nếu có chỉ định

1. Các phương pháp điều trị
   1. Nội soi

* Giá trị: vừa chẩn đoán vừa điều trị

+ Xác định tổn thương chảy máu do loét

+ Cầm máu cho trường hợp:

* Ổ loét đang chảy (F1)
* Ổ loét cầm máu nhưng cục máu bám có khả nawg bung ra và tiếp tục chảy máu
* BN già yếu, bệnh lý kèm theo khác, có thai , tránh 1 cuộc phẫu thuật
* CĐ-CCĐ:

+ CĐ: Nội soi cho: xuất huyết tiêu hóa trên:

* Huyết động ổn định
* Nhịn ăn >6h ( <6h -> có thể hút dịch dạ dày)

+ CCĐ: BN shock, hôn mê, không hợp tacsm, bệnh lý phồng động mạch chủ, dị dạng đốt sống cổ,...

* Ưu điểm, nhược điểm:

+ Ưu điểm: nhìn tận mắt tổn thương, nhanh, hiệu quả, tránh 1 cuộc mổ

+ Nhược điểm: đòi hỏi trang thiết bị, máy móc, khó khăn trong 1 số trường hợp BN không hợp tác, chưa giải quyết được nguyên nhân

* Kĩ thuật:

+ Nội soi trong 24-72h đầu sau mắc bệnh

+ Gây tê hầu họng, gây mê, an thần, giảm đau, chống co thắt

+ Kiểm tra: thực quản – dd – tt, hút sạch máu cục

+ Xác định, phân loại tổn thương theo Forrest, tình trạng ổ loét (mạn tính, tiến triển, cấp tính)

+ Xử trí cầm máu:

* Tiêm xơ: bằng Polydocanol 1-3%, adrenalin 1/10000, cồn tuyệt đối,... xung quanh ổ loét hay cạnh mạch máu
* Đốt điện, laser, cặp clip cầm máu,...
* Kết quả: có thể cầm máu, sau đó tùy từng BN có thể tiếp tục điều trị nội khoa hay ngoại khoa
  1. Điều trị nội khoa
* CĐ:

+ Tất cả các TH chảy máu do loét chưa có biến chứng

+ Chảy máu lần đầu, chảy máu nhẹ và trung bình

+ Tổn thương xác định bằng nội soi là: những ổ loét non, vừa, chưa gây hẹp và chưa có dấu hiệu thoái hóa ác tính

+ Tuổi còn trẻ hoặc đã già

+ Tiền sử có các bệnh lý khác hoặc phụ nữ có thai

* Ưu điểm – nhược điểm:

+ Ưu điểm: cầm máu tốt, tránh được 1 cuộc PT, điều trị cả nguyên nhân – biến chứng ,... -> áp dụng rộng

+ Nhược điểm: không phải TH nào cũng áp dụng được

* Tiến hành:

+ Rửa dạ dày bằng nước lạnh

+ Truyền dịch: bồi phụ khối lượng tuần hoàn

+ Thuốc:

* Điều trị ổ loét:
* Truyền: Cimetidin 400-800 mg, Omeprazol 20-40 mg/ngày
* Uống:
* Maalox, sucralfate, gastropulgit
* Kháng sinh diệt HP: Clarithromycin + amoxicilin
* Kết qủa: 80% Th có thể ngừng chảy máu và tiếp tục điều trị nội khoa
  1. Điều trị ngoại khoa

1. Chỉ định

* Chảy máu nặng, chảy máu kéo dài, chảy máu tái phát mà xác định tổn thương đang tiếp tục chảy máu (F1) ở loét xơ chai
* Chảy máu trên BN có biến chứng: hẹp môn vị, thủng hay ổ loét có khả năng thoái hóa ác tính
* Tuổi > 50, có tiền sử loét dạ dày nhiều nằm, đã điều trị nội khoa nhưng không khỏi
* Điều trị nội khoa không kết quả hoặc những biến chứng của ổ loét không có khả năng và điều kiện để điều trị nội khoa

1. Nguyên tắc PT

* Mổ cấp cứu + hồi sức tốt trước – trong – sau mổ
* Gây mê NKQ, giãn cơ tốt
* Đường mổ: đường trắng giữa trên rốn, mở rộng để thăm dò và xử lý tổn thương chảy máu
* Thăm dò, đánh giá tổn thương:
* Kiểm tra trong dạ dày, ruột non, ĐT có nhiều máu không, loét vị trí nào, có thể dựa vào kết quả nội soi để xác định vị trí ổ loét, số lượng, tính chất ổ loét
* Nếu không thấy ổ loét:

+ Cần mổ dạ dày để quan sát và xác định

+ Đường mở: từ hang vị, kéo dọc qua môn vị, xuống đến D1

* Nếu không xác định được tổn thương chảy máu ở dạ dày – tá tràng, cần thăm dò các tổn thương khác như: xơ gan, chảy máu đường mật,...
* Xử trí tổn thương:
* Mục đích: của PT cấp cứu:

+ Cầm máu nhanh, triệt để, không nên lạm dụng kĩ thuật mà nên tiến hành các PT quá mức khi tình trạng BN và điều kiện PT không cho phép

+ Loại bỏ tổn thương chảy máu, đồng thời điều trị triệt để bệnh lí loét

* Các phương pháp PT: tùy vị trí, tình trạng ổ loét, tình trạng BN, điều kiện trang thiết bị, khả năng gây mê – hồi sức, khả năng của KTV mà chọn lựa phương pháp khác nhau
* Lau rửa ổ bụng, đặt DL, đóng bụng

1. Các phương pháp PT:

* Cắt cực trên của dạ dày:

+ Nếu ổ loét ở vị trí sát tâm – phình vị chảy máu -> cắt cực trên dạ dày, lấy bỏ ổ loét, phần tâm – phình vị

+ Sau đó nối kiểu SWAT hoặc kiểu Double Tract

+ Tuy nhiên là kĩ thuật khó tiến hành trong cấp cứu -> ít thực hiện

* Cắt bán phần cực dưới dạ dày

+ Cắt 2/3 dạ dày: là PT thường được tiến hành nhất

* Gồm:
* Cắt toàn bộ hang vị, môn vị, 1 phần thân vị -> nhằm: loại bỏ ổ loét chảy máu và làm giảm bớt tổ chức tuyến bài tiết dịch vị, loại trừ vùng hang vị bài tiết ra gastrine- kích thích bài tiết dịch vị
* Lập lại lưu thông dạ dày-ruột theo kiểu Billroth I và II
* Kiểu Billroth I và II

|  |  |
| --- | --- |
| Kiểu Billroth I | Kiểu Billroth II |
| -Nối phần còn lại của dạ dày với tá tràng bằng 2 kĩ thuật nối:  +Kiểu PEAN: đóng mỏm dạ dày còn lại hẹp bớt trước khi nối với mỏm tá tràng  +Kiểu VONHABERER: để nguyên mỏm dạ dày còn lại và nối với mỏm tá tràng  -ĐK: mỏm tá tràng phải còn dài và mềm mại  -Ưu điểm:  +Lấy bỏ tổn thương loét và chảy máu ở các vị trí BCN, hang – môn vị  +Hợp lý với sinh lý, thức ăn vẫn chứa trong dạ dày, đi vào tá tràng và theo đường tiêu hóa bình thường:  >Quá trình tiêu hóa thức ăn và hấp thu dinh dưỡng gần như cũ  >Hoạt động kích thích các loại men tiêu hóa không thay đổi nhiều  +Biến chứng sau mổ ít hơn  -Nhưng cấp cứu ít sử dụng kiểu nối này | -Đóng rìa mỏm tá tràng, sau đó nối phần dạ dày còn lại với quai hỗng tràng đầu tiên  -Có thể nối qua mạc treo ĐTN hoặc trước ĐTN. Có 2 cách khâu nối:  +POPLYA: để nguyên mỏm dạ dày rồi nối với quai hỗng tràng đầu tiên  +FINSTERER: khâu bớt mỏm dạ dày rồi nối với quai hỗng tràng đầu tiên  -Ưu điềm:  +Áp dụng được cả trong ổ loét dạ dày hoặc tá tràng chảy máu  +Kĩ thuật dễ thực hiện hơn  -Nhược điểm:  +Thức ăn xuống dạ dày nhanh hơn  +Lưu thông dạ dày-ruột không giống sinh lý bình thường  +Hội chứng Dumping nhiều hơn |

+ Cắt ¾ dạ dày:

* Khi ổ loét lớn, xơ chai ở gần đường bờ cong nhỏ
* Cần phải cắt lên cao để lấy được toàn bộ ổ loét + chảy máu
* Cắt toàn bộ dạ dày:

+ CĐ: là khi ổ loét lan rộng, khó xác định tổn thương ung thư hay là loét lành tính chảy máu

+ Rất hiếm thực hiện

* **Khâu cầm máu ổ loét**
* CĐ:

+ Tình trạng chảy máu nặng, thể trạng BN yếu, thời gian PT đòi hỏi ngắn

+ TH ổ loét ở sâu chảy máu, có thể ổ loét nằm ở DI, DII, không thể tiến hành cắt dạ dày được -> nên khâu cầm máu, sau đó chuyển tuyến tiếp tục điều trị

* Có 2 kiểu khâu:

+ Khâu ổ loét từ trong lòng dạ dày – tá tràng

+ Khâu cầm máu ổ loét từ ngoài thanh mạc

* **Cắt dây thần kinh X**
* CĐ: TH: chảy máu do loét tá tràng mà không thể cắt dạ dày và lấy bỏ ổ loét được -> tiến hành: khâu cầm máu ổ loét hoặc khoét bỏ ổ loét, tạo hình môn vị hoặc nối môn vị - tá tràng + có thể cắt dây TK X để điều trị triệt để hơn
* Mục đích: loại trừ cơ chế tiết dịch do thần kinh
* Các kiểu kĩ thuật: cắt dây X toàn bộ, chọn lọc kinh điển, chọn lọc cao

+ PT Draysteadt: gồm: cắt dây X toàn bộ + nối vị tràng

* Cắt trên chỗ phân chia nhánh gan của dây X trước ( dây X trái)
* Cắt trên chỗ phân chia nhánh tạng đối với dây X sau( dây X phải)
* Nối vị tràng

+ Cắt dây X + tạo hình môn vị:

* CĐ:
* Loét hành tá tràng chảy máu ở sâu, lấy khó
* Loét tá tràng chảy máu + bệnh lý phối hợp (xơ gan, lao, bệnh tim)
* Ưu điểm: tỉ lệ tử vong và biến chứng ít hơn cắt dạ dày
* Nhược điểm: tỉ lệ loét miệng nối cao hơn, khoảng 10%

+ PT Weinberg: Cắt dây X+cắt hang vị

* Mục đích:
* Loại trừ cơ chế tiết dịch thể dịch (vì cắt mất vùng tiết Gastrine)
* Loại trừ cơ chế tiết dịch thần kinh ( vì cắt dây TK X)
* Ưu điềm: dạ dày mất ít hơn

+ Cắt dây X + khâu cầm máu ổ loét

+ Cắt dây X + khoét bỏ ổ loét + tạo hình môn vị hay nối vị tràng

1. Sau mổ:

* Tiếp tục hồi sức: truyền máu – dịch, nuôi dưỡng nâng cao thể trạng
* Theo dõi – phát hiện và xử lí biến chứng kịp thời (chảy máu lại, NK,...) -> theo dõi ống dẫn lưu: màu sắc, số lượng dịch,...
* KS dự phòng
* **Kết luận:**  **Chảy máu ổ loét dạ dày – tá tràng là 1 cấp cứu nội-ngoại khoa khá thường gặp, điều trị có nhiều phương pháp, trong đó điều trị phẫu thuật vẫn đóng 1 vai trò quan trọng nhất định trong nhiều trường hợp, tùy thuộc: tổn thương; tình trạng BN; khả năng gây mê – hồi sức, trang thiết bị, PTV -> có các PT thích hợp nhằm vừa cầm máu, vừa điều trị bệnh triệt để.**