XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA CAO

**Louis Nguyễn**

|  |
| --- |
| *“Break through the silence, I can feel the energy rising.*  *Turn up the sirens, we were never meant to be quiet.”*  Martin Garrix |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Các nội dung cần chẩn đoán ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cao**

Chẩn đoán xác định – chẩn đoán xuất huyết lần thứ bao nhiêu – chẩn đoán mức độ (tương đối) – chẩn đoán nguyên nhân (vị trí xuất huyết) – hiện tại cầm máu chưa

**2. Tóm tắt các vấn đề cần hỏi**

- Khai thác kỹ lý do vào viện là đau bụng và/hoặc ỉa phân đen. Đôi khi có thể biểu hiện hoa mắt chóng mặt (thiếu máu) hoặc đau bụng nhưng không điển hình:

+ Thời gian xuất hiện triệu chứng “Đi ngoài phân đen từ bao giờ?” đánh giá mức độ, thời gian mất máu để tiên lượng.

+ Đi ngoài bao nhiêu lần/ngày để tiên lượng mức độ mất máu.

+ Lượng phân nhiều hay ít để tiên lượng mức độ mất máu.

+ Phân thành khuôn (chảy máu ít) hay phân lỏng đánh giá mức độ (phân lỏng do máu chảy vào trong lòng ruột gây tăng nhu động ruột non và đại tràng, kích thích vi khuẩn phát triển)

+ Màu sắc phân đánh giá vị trí xuất huyết (máu đen hòa trộn với phân là xuất huyết tiêu hóa cao, phân đen bên ngoài chảy máu tại vị trí thấp dưới đại tràng), tiên lượng mức độ (xuất huyết tiêu hóa cao màu càng đỏ càng nặng hơn). Phân đen đầu bãi vàng cuối bãi (xuất huyết lâu, cầm chảy máu) hay phân đen cuối bãi vàng đầu bãi (mới xuất huyết), phân đen là phân cũ, vàng là phân mới. Đen như bã cà phê khi chùi hoặc dội nước có màu hồng là xuất huyết tiêu hóa cao chảy máu <72h.

+ Mùi chẩn đoán vị trí (phân đen xuất huyết tiêu hóa cao mùi khẳn, chảy máu trực tràng mùi tanh).

+ “Đi ngoài phân đen liên tục hay không?” thể hiện diễn biến bệnh.

+ “Cảm giác đi ngoài có bỏng rát, đau quặn không?” thể hiện tổn thương đường tiêu hóa và phân biệt bệnh lý khác như nhiễm khuẩn đường tiêu háo.

+ Hỏi các triệu chứng kèm theo:

“Có nôn máu không?”

“Có hoa mắt chóng mặt không? Hoa mắt chóng mặt khi thay đổi tư thế? Choáng, ngất.”, phù hợp với diễn biến bệnh trên lâm sàng.

+ Mối quan hệ giữa các triệu chứng, cái gì có trước cái gì có sau?

+ Bệnh nhân ăn uống gì bất thường không do một số loại thức ăn (tiết, thực phẩm chưa Hb v.v) và thuốc gây đi ngoài phân giống xuất huyết như Bismus, chứa sắt, muối thủy ngân v.v. Do cơ thể không chuyển hóa được. Có thể phân biệt qua việc chùi hay dội nước màu sắc phân không thay đổi.

+ Hoàn cảnh xuất hiện mục đích định hướng nguyên nhân. Hỏi tìm nguyên nhân (sắp xếp theo mức độ ưu tiên) như loét dạ dày tá tràng, nôn rách đường Z, vỡ tĩnh mạch thực quản, v.v.

+ “Đã từng đi ngoài phân đen lần nào chưa?”

+ Hỏi các yếu tố nguy cơ: HP, stress, rượu, thuốc giảm đau chống viêm, v.v.

+ Hỏi bệnh lý mạn tính kèm theo như bệnh gan, đái tháo đường, tăng huyết áp, v.v.

**3. Tóm tắt khám xuất huyết tiêu hóa cao**

- Triệu chứng xuất huyết tiêu hóa cao:

+ Khám thiếu máu cấp tính (tinh thần, tri giác, da niêm mạc, loét, sốc, v.v.)

- Khám chất nôn, khám phân (thăm hậu môn trực tràng), khám dịch qua sonde dạ dày.

- Triệu chứng của nguyên nhân

**4. Tiêu chuẩn chẩn đoán**

- Dựa trên lâm sàng

+ Bệnh sử đi ngoài phân đen, nôn máu, v.v

+ Hội chứng thiếu máu cấp tính

+ Các triệu chứng định hướng nguyên nhân

- Dựa trên cận lâm sàng:

+ Công thức máu chẩn đoán mức độ

+ Chẩn đoán nguyên nhân: Nội soi dạ dày tá tràng, nội soi thực quản, v.v. Tùy từng nguyên nhân mà có thể đề xuất thêm các xét nghiệm khác.

**5. Làm thế nào để khẳng định nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa cao?**

- Cần mô tả các yếu tố sau:

+ Tổn thương là gì?

+ Vị trí ở đâu?

+ Số lượng tổn thương?

+ Tính chất tổn thương?

- Lưu ý để chẩn đoán tổn thương có chảy máu cần khẳng định tổn thương đang chảy máu hoặc dấu tích chảy máu (cục máu đông, vệt máu, nút tiểu cầu, v.v). Đây là tiêu chuẩn vàng.

Nếu không còn dấu tích của chảy máu nhưng có nôn máu, trong dạ dày vẫn còn máu khi đặt sonde hay khi soi thì vẫn có thể chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa. Có thể sử dụng phương pháp loại trừ để chẩn đoán. Nếu không có các dấu hiệu trên không thể khẳng định hoàn toàn nguyên nhân.

**6. Nguyên tắc điều trị**

- Bù khối lượng tuần hoàn (chỉ định khi đang chảy máu)

- Cầm máu (chỉ định khi đang chảy máu, đã cầm nhưng có nguy cơ tái phát cao)

- Điều trị nguyên nhân

**7. Khi nào bệnh nhân được truyền máu, khi nào được truyền dịch cao phân tử?**

- Truyền máu khi Hb <80g/l

- Truyền dịch cao phân tử khi có dấu hiệu suy tuần hoàn, tụt huyết áp

**8. Các phương pháp cầm máu**

- Nội khoa

- Kẹp mạch qua nội soi

- Phẫu thuật can thiệp mạch

**9. Phác đồ 80 + 8 là gì?**

- Omeprazone 40mg truyền bolus 80mg (2 lọ) rồi pha truyền duy trì 8mg/h, duy trì trong 72h.

- Naveprazone dùng phác đồ 40 + 4.

**10. Theo dõi điều trị nội khoa trong bao lâu?**

- 72h sau đó đánh giá lại

**11. Đơn thuốc cụ thể**