

ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA



PGS. TS. Quách Trọng Đức
Phó trưởng Bộ Môn Nội Tổng Quát
Đại Học Y Dược TP. HCM

Định nghĩa

- Tình trạng máu thoát ra khỏi lòng mạch
- Xuất phát từ các mạch máu trên đường ống tiêu hóa.
- Thể hiện bằng 2 hình thức: ói máu / tiêu máu
- Cấp cứu tiêu hóa thường gặp
 - Nội khoa
 - Ngoại khoa

Định nghĩa

XHTH trên



Góc Treitz
(góc tá – hồng tràng)

XHTH dưới

Quan điểm phân loại mới theo vị trí xuất huyết

XHTH TRÊN

XHTH RUỘT NON 
(*XHTH ẩn dấu*)

ẩn dấu do không tìm được nguyên nhân, tìm trên tìm dưới không có nghĩ đến thẳng này

XHTH DƯỚI
(*XHTH ở đại tràng*)



Mức độ XHTH

	Nhẹ (độ I)	Trung Bình (độ II)	Nặng (độ III)
Lượng máu mất	$\leq 10\%$ (500ml)	$< 30\%$ ($< 1500\text{ml}$)	30% ($\geq 1500\text{ml}$)
TC toàn thân	Tĩnh, hơi mệt	Chóng mặt, đổ mồ hôi, tiểu ít Da xanh, niêm nhợt,	Hốt hoảng, lơ mơ, ngất
Mạch	< 100 l/ph	$\geq 100 - 120$ l/ph	≥ 120 l/ph
HA tâm thu	$> 90\text{mmHg}$	$80 - < 90\text{mmHg}$	$< 80\text{mmHg}$
Hct	$\geq 30\%$	$< 20 - 30\%$	$\leq 20\%$
HC	≥ 3 triệu / mm^3	$2-3$ triệu / mm^3	≤ 2 triệu / mm^3

Đánh giá mức độ XHTH

- M, HA là dấu hiệu chính xác nhất trong những giờ đầu của XHTH. 🗨️
- Tri giác:
 - ảnh hưởng của cơ địa
- Lượng máu ói & tiêu: hiếm khi phản ánh chính xác tình trạng mất máu
 - Trừ trường hợp ói / tiêu máu tươi và chứng kiến được

Nguyên tắc điều trị

- **Hồi sức nội khoa**

- Biện pháp chung

- Nằm đầu thấp 

- Thở oxy

- Nhịn ăn uống chuẩn bị 1 ống tiêu hoá sạch để nội soi 

- Bồi hoàn thể tích tuần hoàn

- Thuốc




- Nội soi chẩn đoán ± điều trị

- **Xét chỉ định**




- Can thiệp mạch mới

- Ngoại khoa

Bồi hoàn thể tích tuần hoàn (1)

- Biện pháp căn bản
- Thiết lập đường truyền càng sớm càng tốt
đường truyền lớn để đổ dịch nhanh khi cần 
- Dung dịch:
 - Nên: sử dụng ngay dd đẳng trương có sẵn
LR, Natri Clorua 9 ‰ > > Glucose 5% 
 - Không nên:
Dung dịch ưu trương Glucose 10% - 30% 
 - Máu: trong trường hợp XHTH nặng

Bồi hoàn thể tích tuần hoàn (2)

- **Tốc độ truyền dịch**
 - Thay đổi tùy trường hợp
 - Nhằm mục đích: giữ vững sinh hiệu 
(không để mạch nhanh, huyết áp kẹt / tụt)
 - Không nâng HA max lên cao quá 140mmHg
→ Xuất huyết tái diễn. 
 - Thận trọng ở bệnh nhân suy tim, tăng huyết áp, suy thận mạn, thiếu máu mạn ... 

Truyền các chế phẩm máu

Máu toàn phần: sợ bất đồng nhóm máu, dị ứng rất khó tránh do p.ư KN-KT của máu người nhận-huyết tương người cho, nguy cơ tiềm ẩn bệnh truyền nhiễm

để an toàn cho bệnh nhân: thiếu gì truyền đó



CHỌN LỰA CHẾ PHẨM MÁU

Truyền thành phần thiếu!

Thiếu máu

1. Ưu tiên HC lắng > máu toàn phần

2. Giữ Hb mục tiêu

dựa vào Hb , không dựa HCT. LS : sau khi truyền làm HCT ngay để đánh giá

- XHTH nặng trên lâm sàng: không chờ KQ xét nghiệm huyết học, xét tiến hành truyền máu ngay.
- Hb < 9g/dL ở bệnh nhân nguy cơ cao (> 65 tuổi, bệnh mạch vành), nhưng thông thường không nâng lên quá 10g/dL. ☰
- Hb < 7g/dL ở bệnh nhân nguy cơ thấp

Truyền các chế phẩm máu

Lưu ý chữ Hoặc Và đó!

Nesu vùng sâu vùng xa không có máy thử này-> truyền máu tươi toàn phần

➤ HUYẾT TƯƠNG TƯƠI ĐÔNG LẠNH (FFP)

- Fibrinogen < 1g/L, HOẶC INR > 1.5
- 10 – 15ml / kg
- Tốc độ truyền ở người dễ có nguy cơ quá tải
(người già, bệnh tim sẵn có): 1ml/kg/h.

➤ TIỂU CẦU



- TC < 50,000/mm³ VÀ BN đang xuất huyết tiến triển
- 1 khối (kít) TC tăng TC 30,000 – 50,000/mm³

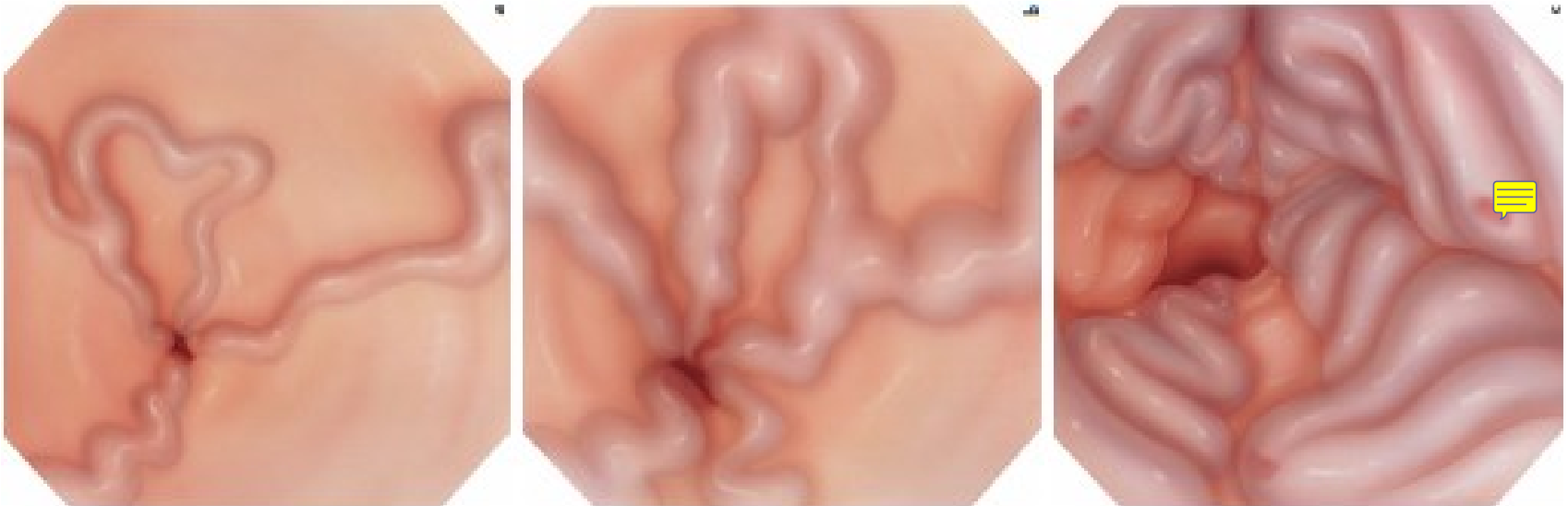
**XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN
DO TĂNG ÁP TĨNH MẠCH CỬA**

Nguy cơ XHTH tái phát & tử vong

- Biến chứng gây tử vong hàng đầu ở BN xơ gan.
- Một số trường hợp bị vỡ dẫn TMTQ sớm trước khi có XG
- 30% dẫn TMTQ sẽ XHTH < 1 năm sau khi chẩn đoán
- Tỷ lệ tử vong > 20% sau 6 tuần
- Nguy cơ tái xuất huyết 80% trong vòng 1 năm sau khi XH

Phân Độ Dẫn Tĩnh Mạch Thực Quản

- Độ I < 5mm, thẳng, chỉ thấy ở đoạn TQ xa
- Độ II 5 – 10 mm, ngoằn ngoèo, lên đến TQ đoạn giữa
- Độ III > 10mm, chiếm gần hết lòng TQ



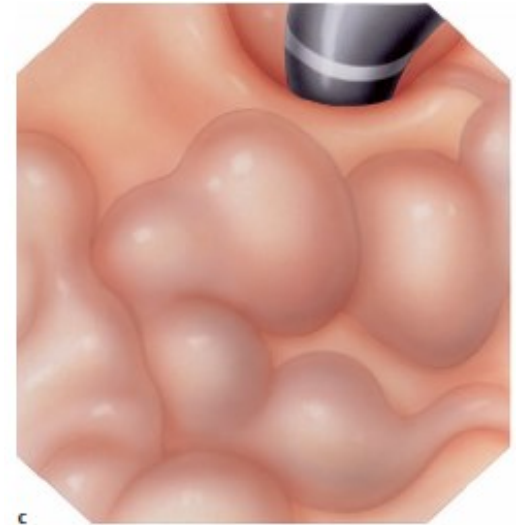
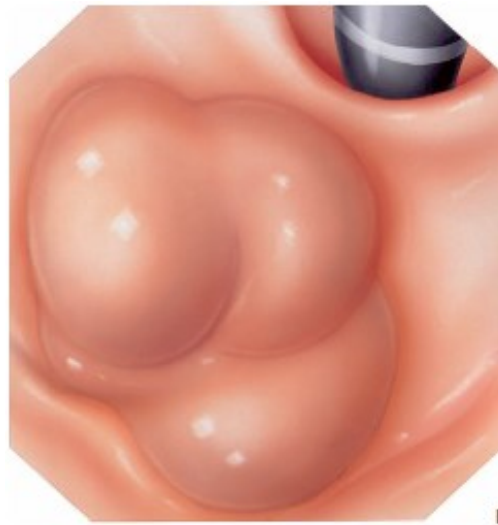
Dấu son: những chỗ dẫn mọng lên-> vỡ những điểm này trước.
dễ vỡ nhất là độ III hoặc dấu son

Phân Độ Dẫn Tĩnh Mạch Dạ Dày

Độ I < 5mm, nhìn giống nếp niêm mạc dạ dày

Độ II 5 – 10 mm, kể cả dạng giả polyp (polypoid) đơn độc

Độ III > 10mm, dạng giả nhiều polyp



ĐIỀU TRỊ XHTH DO TALTCM

➤ Đánh giá và đảm bảo ABC

➤ Bồi hoàn thể tích

lập 2 đường truyền: bồi hoàn V nhanh hơn do XHTH nặng, 1 đường truyền dịch, 1 đường truyền máu

➤ Điều trị cầm máu

Tránh: truyền máu quá mức-> tăng áp lực TMC-> xuất huyết lại
Với nhóm TAC, HA tâm thu 110-120 đã xuất huyết tái phát lại rồi.

- Điều trị bằng thuốc giảm ALTMC

- Điều trị nội soi

- Chẹn sonde

➤ Điều trị khác

- Kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng

- Phòng ngừa hôn mê gan



- PPI sau điều trị nội soi

ĐIỀU TRỊ XHTH DO TALTC

- Đánh giá và đảm bảo ABC
- **Bồi hoàn thể tích**
- Điều trị cầm máu
 - Điều trị bằng thuốc giảm ALTMC
 - Điều trị nội soi
 - Chẹn sonde
- Điều trị khác
 - Kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng
 - Phòng ngừa hôn mê gan
 - PPI sau điều trị nội soi

BỒI HOÀN THỂ TÍCH

Những điều nên thực hiện

- Thành lập 2 đường truyền 
 - Diễn tiến XHTH có thể trở nặng đột ngột
 - Đường truyền máu riêng (nếu có CĐ) 
- Xin máu ngay nếu LS đánh giá XHTH nặng
(không chờ kết quả xét nghiệm)

BỒI HOÀN THỂ TÍCH

Những điều nên TRÁNH

- Truyền máu quá nhiều
 - tăng ALTMC → Tăng tỉ lệ XH tái phát & tử vong
- Truyền dịch quá nhiều
 - Lý do như trên
 - làm tăng nguy cơ phù bóng
- Điều chỉnh đông cầm máu là cần, nhưng không nên trì hoãn thời điểm thực hiện nội soi



Bồi hoàn thể tích bằng dịch và máu và nâng huyết áp cao quá mức đủ tưới máu cơ quan đích có thể gây nguy hiểm!

ĐIỀU TRỊ XHTH DO TALTCM

- Đánh giá và đảm bảo ABC
- Bồi hoàn thể tích
- **Điều trị cầm máu**
 - Điều trị bằng thuốc giảm ALTMC
 - Điều trị nội soi
 - Chẹn sonde
- Điều trị khác
 - Kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng
 - Phòng ngừa hôn mê gan
 - PPI sau điều trị nội soi

CHIẾN LƯỢC CẦM MÁU CẤP CỨU

THUỐC ↓ ALTMC + NS CỘT THẮT TMTQ
(GOLD STANDARD)



NỘI SOI CỘT THẮT TMTQ



NỘI SOI CHÍCH XƠ



CHÈN BẰNG BÓNG

CÁC THUỐC GIẢM ÁP LỰC TMC

- Cơ chế: làm co mạch tạng
→ ↓ lưu lượng máu qua TMC → ↓ ALTMC
- Biện pháp đầu tay để giảm ALTMC,
→ kiểm soát xuất huyết và tránh tái phát
- Dừng ngay khi nghi ngờ XHTH do tăng ALTMC
- Hiệu quả cầm máu **tạm thời** 80% cho thời gian để can thiệp triệt để cho BN
- Dừng kéo dài 3 – 5 ngày sau khi đã có CĐ (+)

CÁC THUỐC GIẢM ÁP LỰC TMC

- Terlipressin: 2mg TM/ 4h, có thể giảm còn 1mg/4h sau khi kiểm soát được xuất huyết.
- Somatostatin: 250mcg bolus TM, truyền 250mcg/h
- Ocreotide: 50mcg bolus TM, truyền 50mcg/h

Octreotide: *đừng dùng nếu cơ sở không có nội soi*

- Có hiện tượng giảm đáp ứng nhanh (tachyphylaxis), hiệu quả thoáng qua hơn Terlipressine, Somatostatine
- Tuy nhiên là phụ trợ có hiệu quả nếu đã điều trị cầm máu bằng nội soi

ĐIỀU TRỊ NỘI SOI CÀM MÁU

- ❖ Trong vòng < 12 giờ
- ❖ Càng sớm càng tốt
- ❖ Ngay khi ổn định huyết động

(tốt nhất: đã nhận được máu)

soi rồi mới xem xét để không tái phát

- ❖ Không chờ đợi chĩnh đông máu

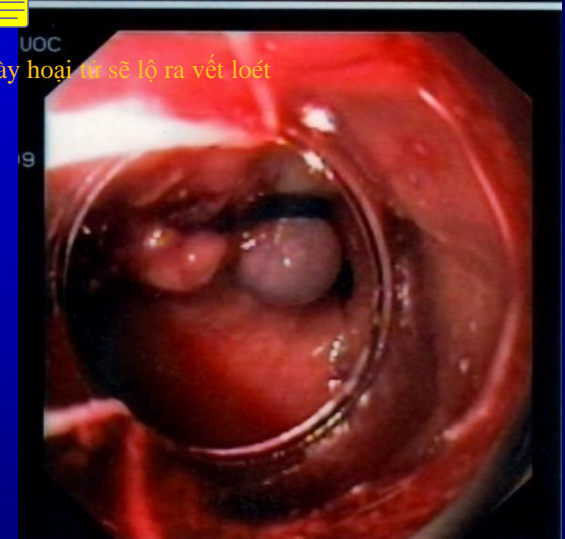
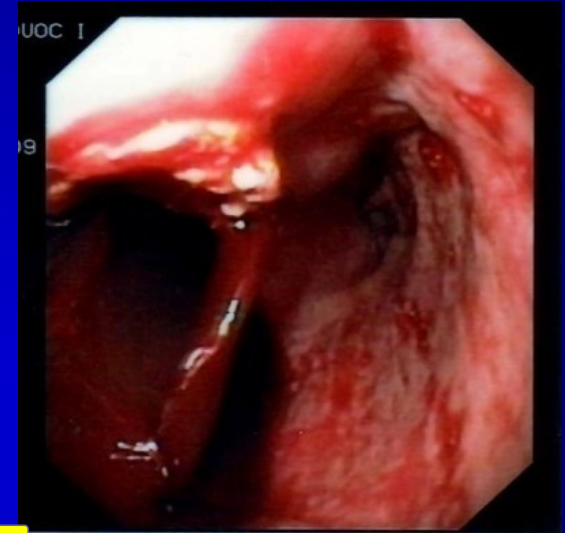
điều chỉnh đông cầm máu ở xơ gan khó

biện pháp cơ học: cột lại cầm liền-> vài ngày hoại tử sẽ lộ ra vết loét

- ❖ Bằng chứng chảy máu


- Thấy máu đang chảy từ varices
- Thấy cục máu đông bám trên thành TM
- Thấy dấu hiệu “nipple” (núm trắng do cục TC bám trên thành mạch)

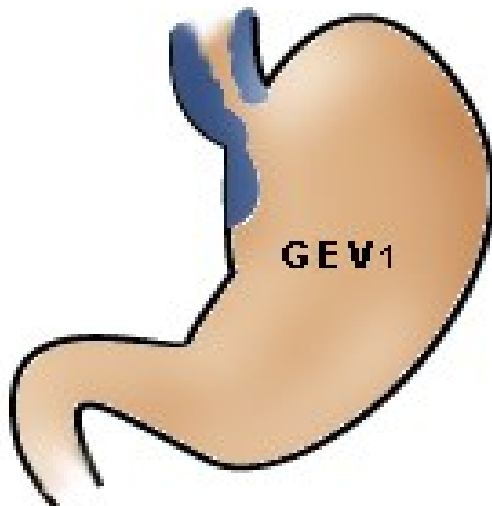
dấu hiệu gián tiếp cho chỗ vừa chảy máu đã cầm

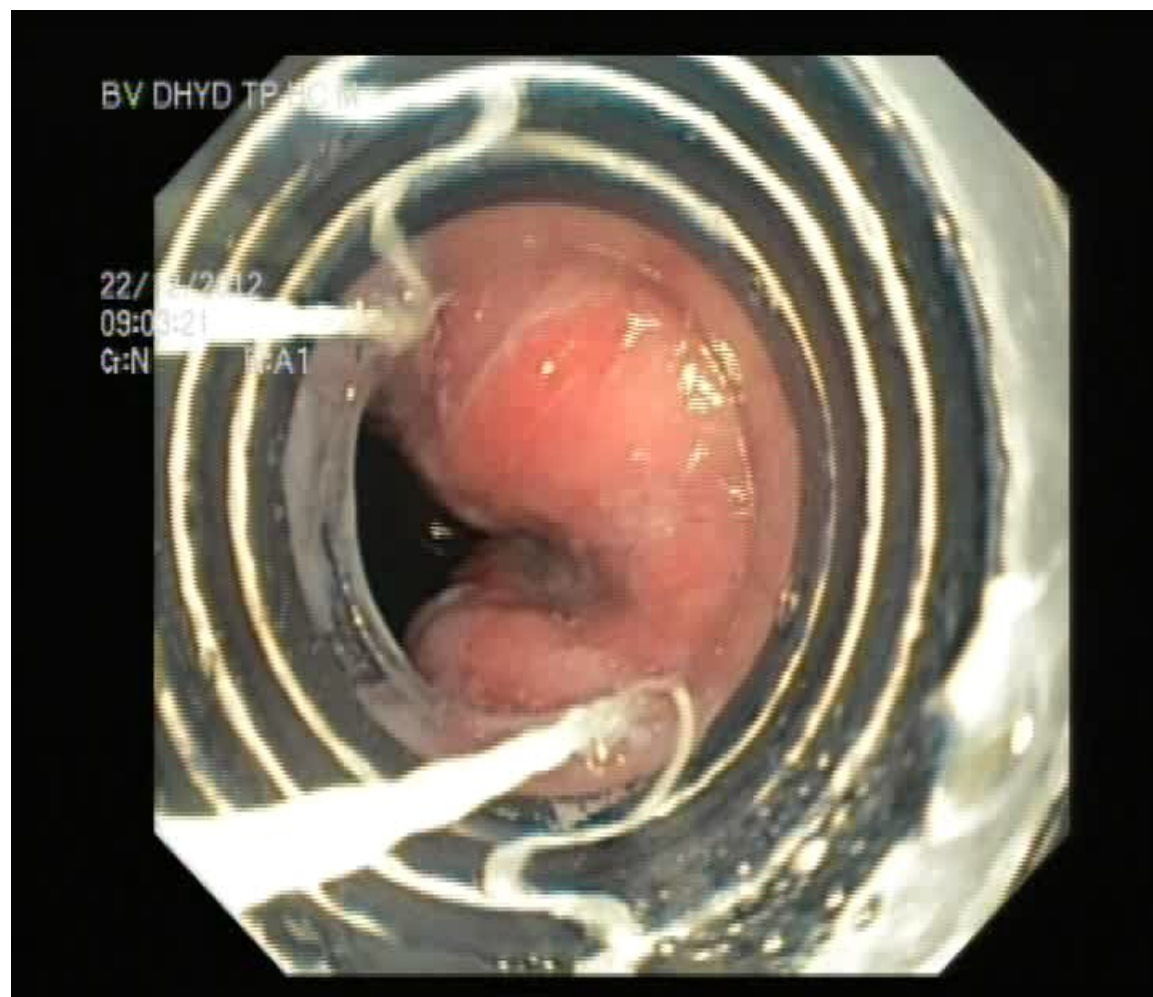
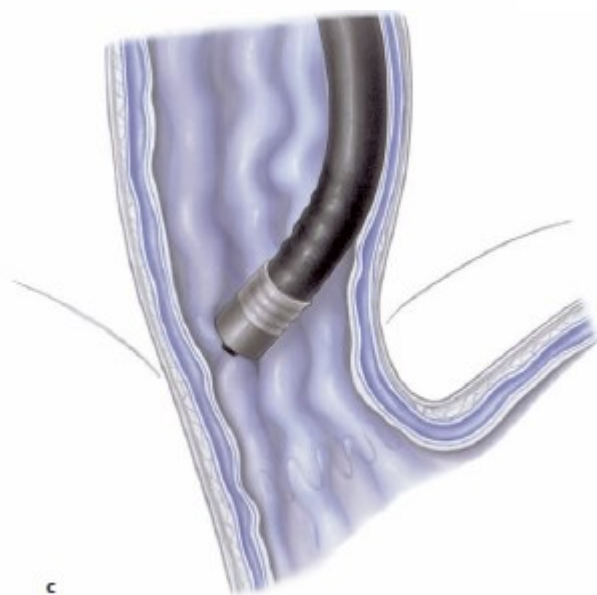


ĐIỀU TRỊ NỘI SOI CÀM MÁU

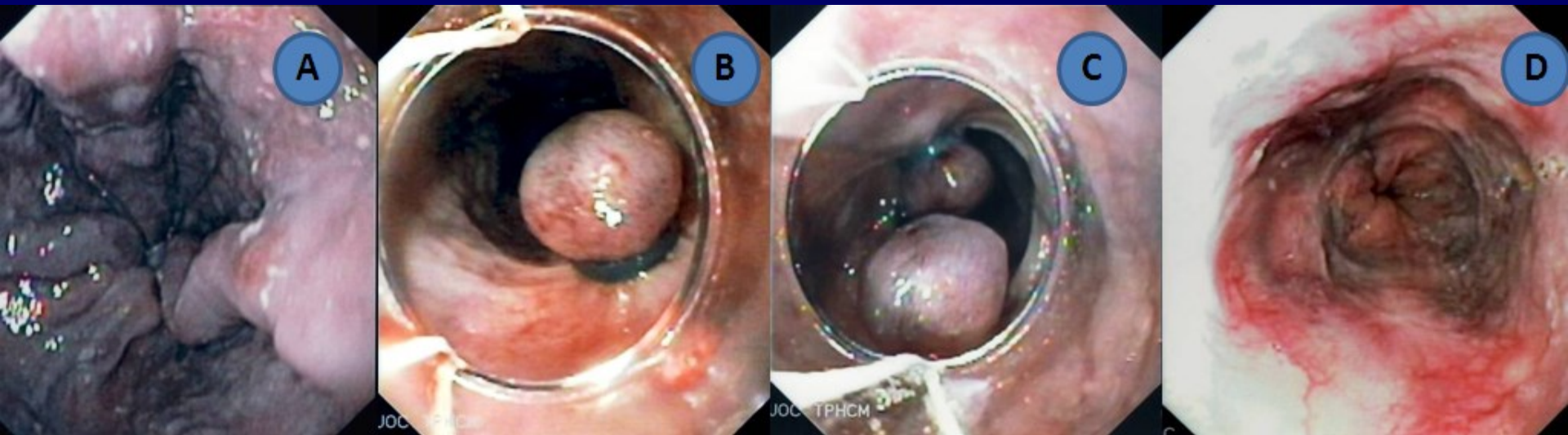
Cột thắt

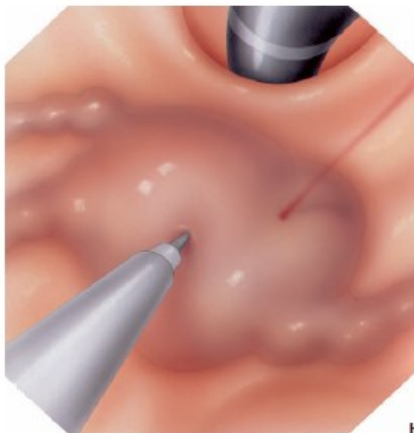
- ❖ Varices thực quản: EVL >>> chích xơ
- ❖ Varices dạ dày: Chích keo Cyanoacrylate 
Riêng GEV1: keo > EVL





NỘI SOI THẮT TĨNH MẠCH THỰC QUẢN:





trong trường hợp xuất huyết ở ạt có thể xem xét tới chèn bóng

CHIẾN LƯỢC CẦM MÁU CẤP CỨU

THUỐC ↓ ALTMC + NS CỘT THẮT TMTQ
(GOLD STANDARD)



NỘI SOI CỘT THẮT TMTQ



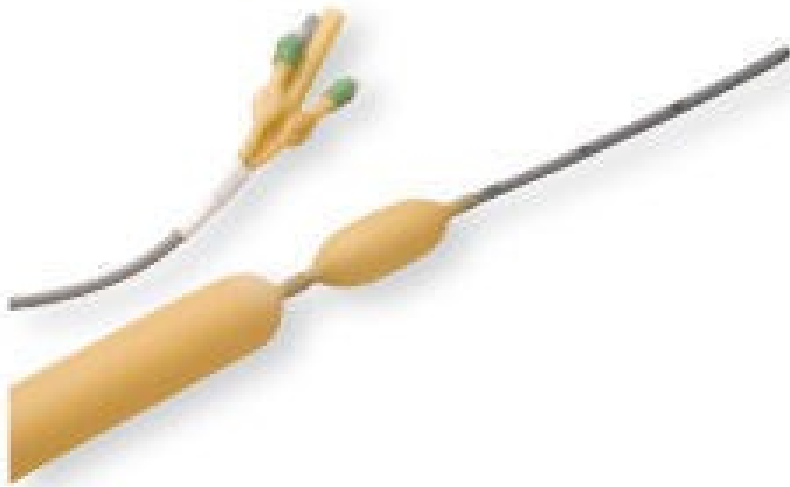
NỘI SOI CHÍCH XƠ



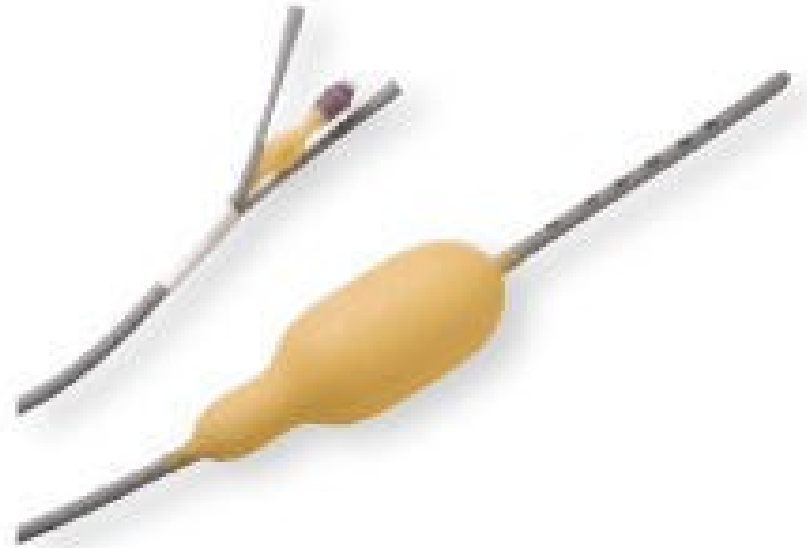
CHÈN BẰNG BÓNG

CHỌN SOND E CẦM MÁU

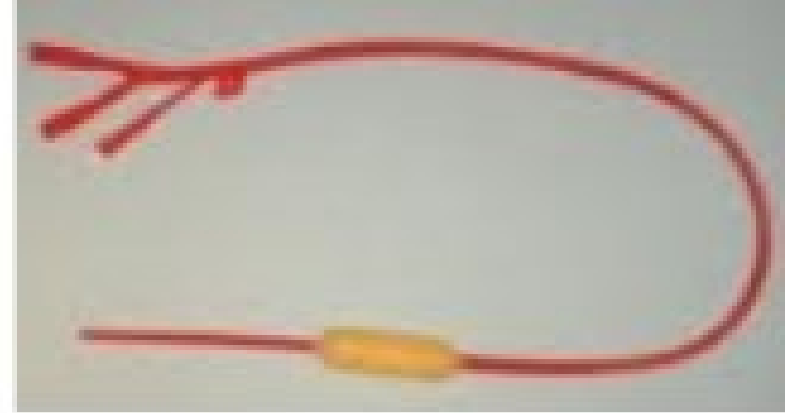
- ❖ Hiệu quả: cầm máu tạm thời > 80% trường hợp
- ❖ Nhiều biến chứng: hít sặc, di lệch, vỡ thực quản, tử 20%
- ❖ Chỉ nên dùng trong các trường hợp xuất huyết ồ ạt, nhằm cầm máu tạm thời trong khi chờ biện pháp điều trị triệt để (không nên lưu quá 24h)



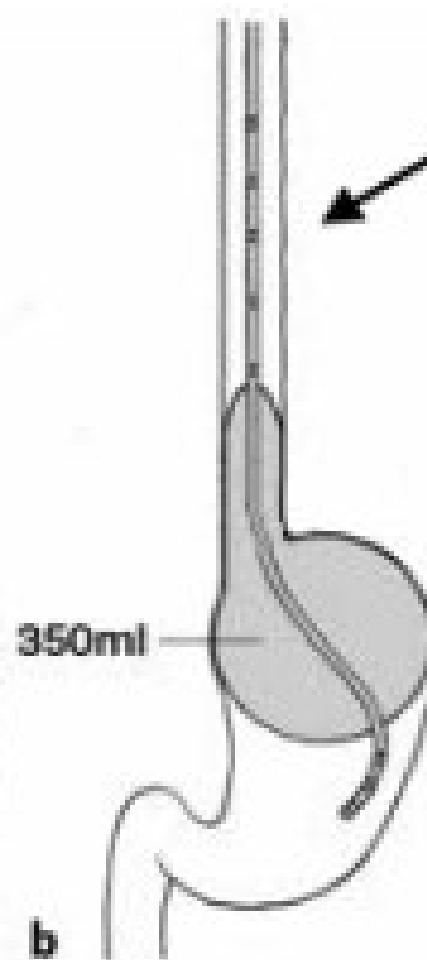
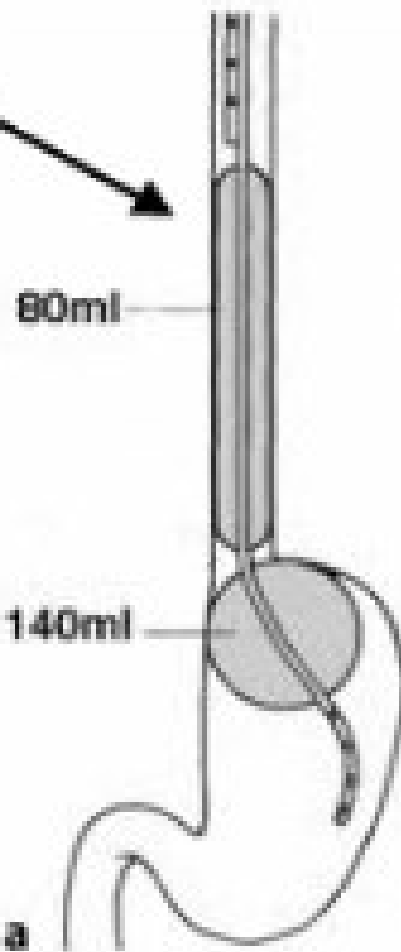
Blakemore sonde



Linton – Nachlas sonde

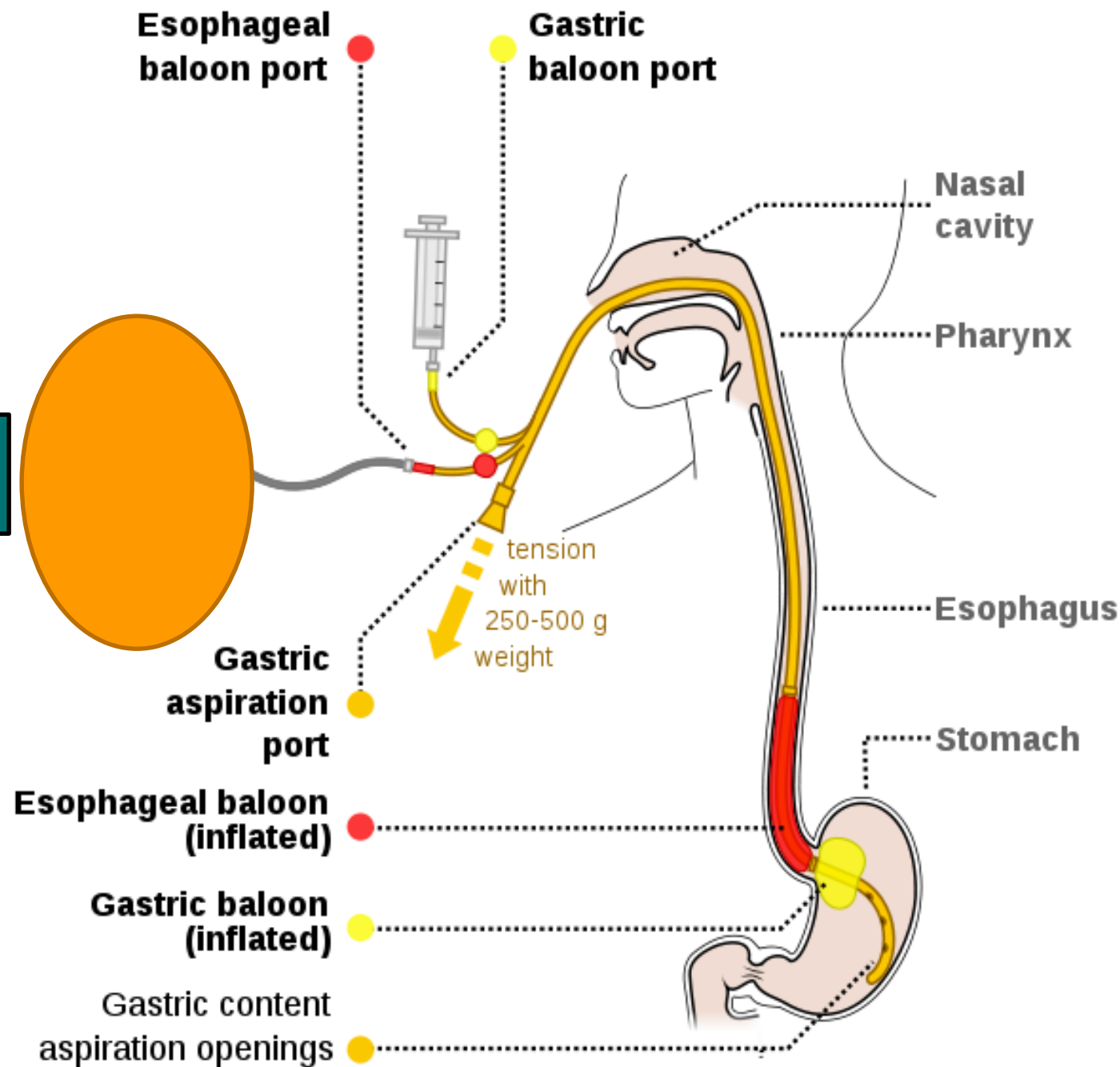


Sengstaken
Blakemore



Linton
Nachlas

- P: 35 – 45 mmHg
- Theo dõi mỗi 3h



CHỌN SOND E CẦM MÁU

❖ CCD tuyệt đối

- Hẹp thực quản đã biết
- Mới phẫu thuật vùng tâm vị

❖ CCD tương đối

- Suy hô hấp
- Suy tim, rối loạn nhịp tim
- Thoát vị hoành
- Không chắc chắn là XHTH do vỡ varices
- Loét TQ do nội soi điều trị lần trước

(chỉ dùng bóng DD chứ không dùng bóng TQ)

CHỌN SONDE CẦM MÁU

❖ Theo dõi

- Kiểm tra áp lực bóng mỗi 3 giờ
- Xả bóng thực quản 5' mỗi 6h
- Nếu cầm máu 24h → xả bóng TQ để nguyên vị trí 6 – 12h → vẫn ổn định: xả bóng dạ dày lưu 6 – 12h
 - ổn: Rút bóng.
 - Tái phát: Bơm lại giữ thêm 24h

ĐIỀU TRỊ XHTH DO TALTCM

- Đánh giá và đảm bảo ABC
- Bồi hoàn thể tích
- Điều trị cầm máu
 - Điều trị bằng thuốc giảm ALTMC
 - Điều trị nội soi
 - Chẹn sonde
- **Điều trị khác**
 - Kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng
 - Phòng ngừa hôn mê gan

ĐIỀU TRỊ XHTH DO TALTC

❖ Kháng sinh phòng ngừa trong 7 ngày

- Norfloxacin uống 400mg x 2
- Ciprofloxacin TM 400mg x 2
- Ceftriaxone TM 1g (nếu Child-Pugh B/C)

❖ Ngừa bệnh não gan

- Lactulose: 10g/gói, 1 – 3 lần / ngày
- chỉnh để BN đi tiêu 2 – 3 lần / ngày

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN KHÔNG DO TĂNG ÁP TĨNH MẠCH CỦA

Khác biệt ở phần điều trị thuốc

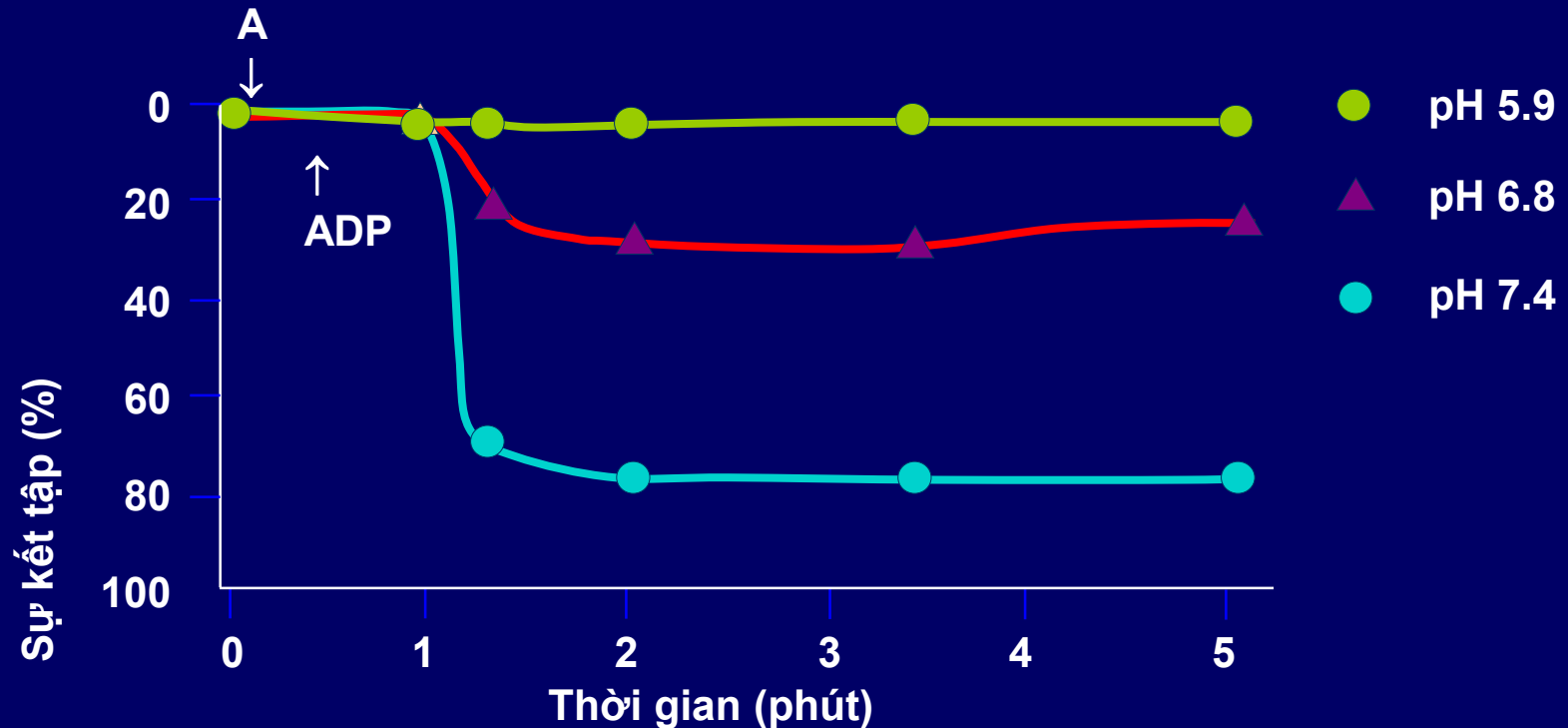
ĐIỀU TRỊ XHTH DO TALTCMC

- Đánh giá và đảm bảo ABC
- Bồi hoàn thể tích
- Điều trị bằng thuốc
- Điều trị nội soi

ĐIỀU TRỊ XHTH DO TALTCM

- Đánh giá và đảm bảo ABC
- Bồi hoàn thể tích
- Điều trị bằng thuốc
- Điều trị nội soi

Ảnh hưởng của pH trên sự kết tập tiểu cầu



Time point A: buffer or HCl added;
ADP: adenosine diphosphate added

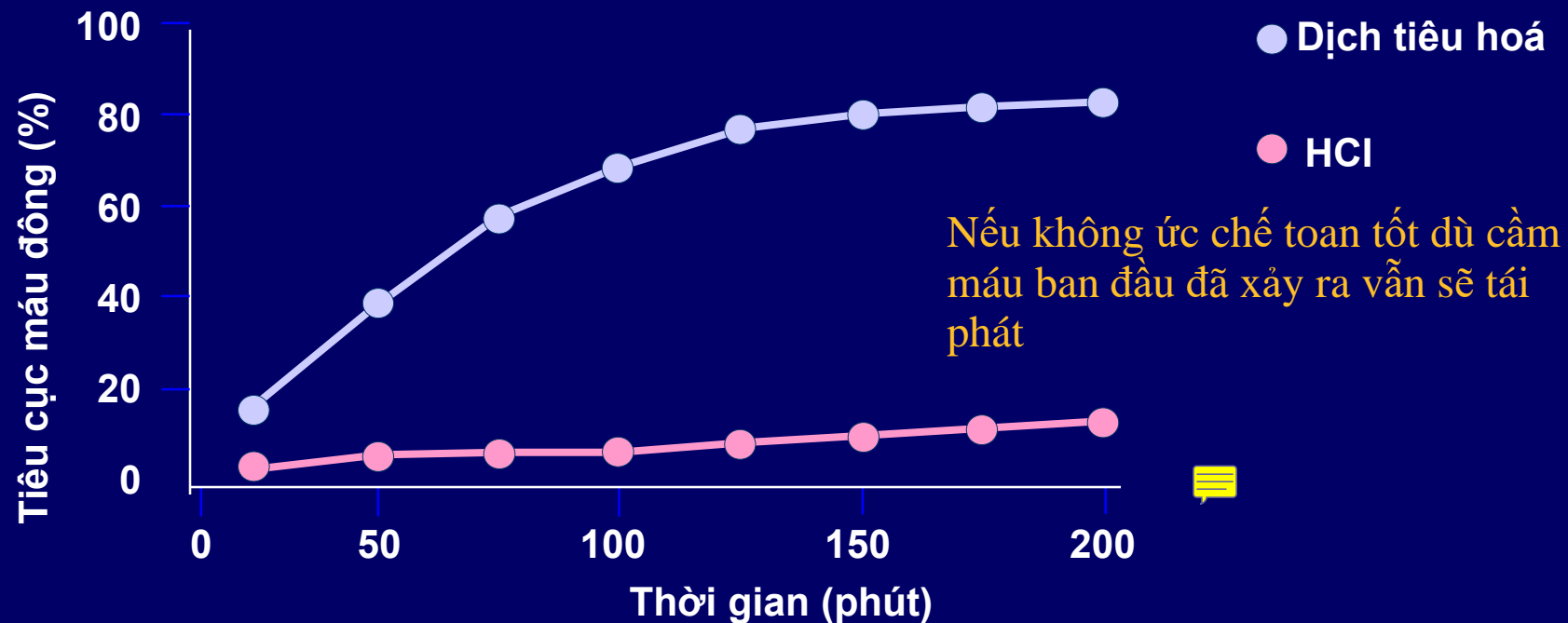
pH thấp khiến TC khó kết tập
do đó dùng thuốc ức chế toan tạo điều kiện cho đông cầm máu

Green FW et al. *Gastroenterology* 1978; 74: 38–43

Tác động của dịch vị trên sự tiêu hủy cục máu đông

Tình trạng tiêu cục máu đông dưới tác động của dịch vị

Pepsinogen \rightarrow pepsin dưới tác động HCl : tiêu hủy cục máu đông



Can thiệp bằng thuốc: cơ sở khoa học

Vai trò của acid trong cầm máu

- Cản trở quá trình hình thành cục máu đông
- Thúc đẩy quá trình tiêu hủy cục máu đông
- Có thể làm suy yếu hàng rào bảo vệ
chất nhầy/ rào chắn bicarbonate

Sử dụng thuốc ức chế tiết acid

(trước khi nội soi)

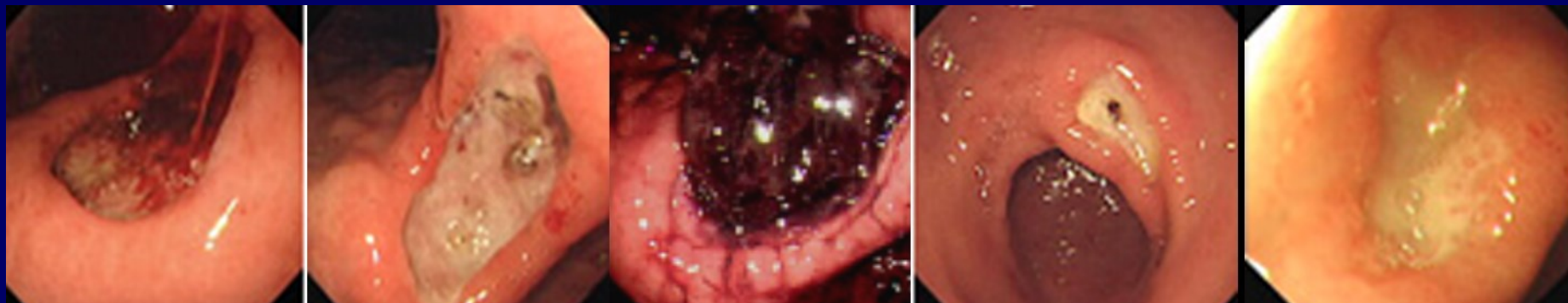
Giờ dùng PPI thôi

- Loại ức chế tiết: PPI >> AntiH2
 - Thời điểm: dùng ngay lúc nhập viện nếu không thể nội soi can thiệp tối ưu $\leq 24h$
 - Loại TM: Esomeprazole, Pantoprazole, Omeprazole
 - Đường dùng: TM > uống
 - Liều: Bolus 80mg, bơm tiêm 8mg/giờ
- Khi có kết quả nội soi: xem xét lại

Không phân biệt do TAC hay không; có thể dùng cả 2 thuốc giảm TAC và PPI

3 loại thuốc này hiệu quả như nhau

Nguy cơ tái xuất huyết: Phân loại Forrest



Ia, Ib

IIa

IIb

IIc

III

có hồi phân loại này

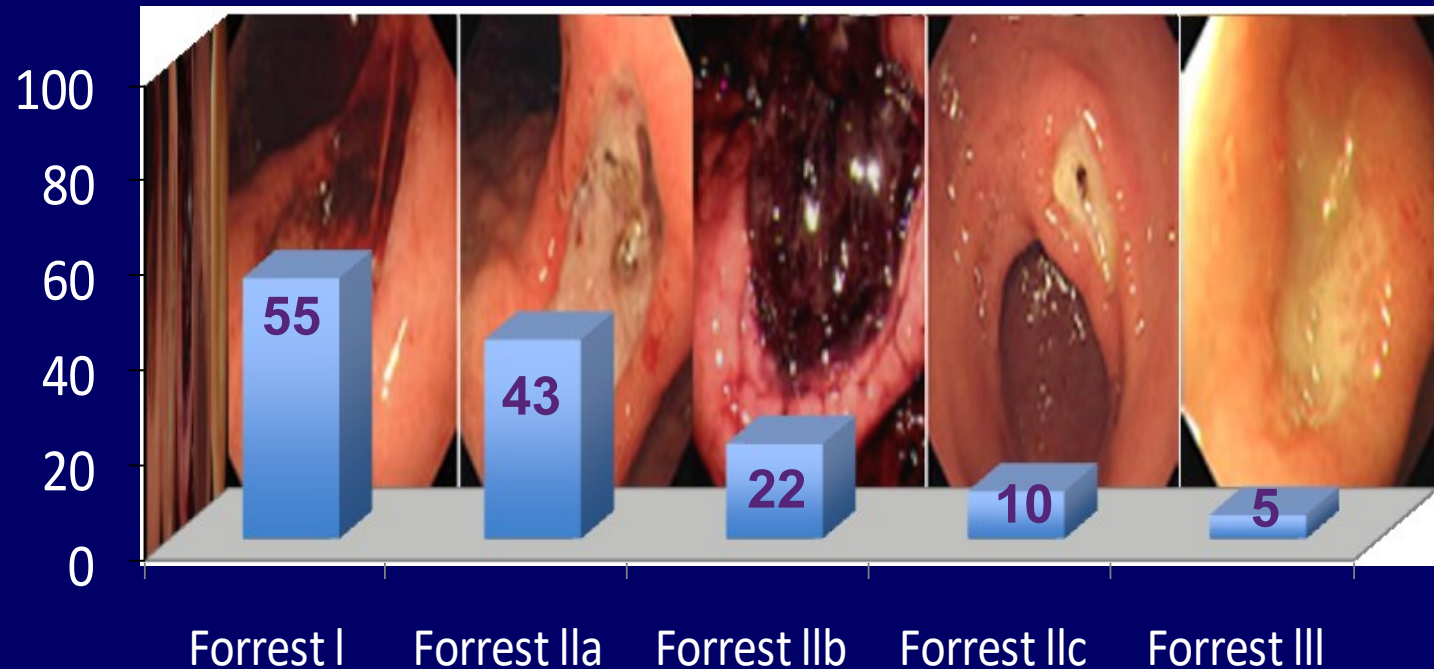
Nguy cơ cao I, IIa,b: nội soi PPI tĩnh mạch liều cao trong 72h
Nguy cơ thấp; IIc, III: không cần can thiệp nội soi, có thể dùng PPI đường uống



Laine et al. *N Engl J Med* 1994;331:717–27

Lau JY et al. *Endoscopy* 1998;30(6):513–8

Nguy cơ tái xuất huyết: Phân loại Forrest



Laine et al. *N Engl J Med* 1994;331:717–27



Lau JY et al. *Endoscopy* 1998;30(6):513–8

Sử dụng thuốc ức chế tiết acid

(sau khi nội soi)

Chiến lược điều trị dựa trên đánh giá Forrest

➤ Nguy cơ cao (Fla, Ib, Ila, I Ib):

- ĐT nội soi → PPI TM liều cao (bolus + PIV trong 72h) 
- ĐT nội soi → PPI TM liều thấp (ngắt quãng mỗi 12h) 

➤ Nguy cơ thấp (IIc, III)

- Không ĐT nội soi → PPI uống

ĐIỀU TRỊ XHTH DO TALTCM

- Đánh giá và đảm bảo ABC
- Bồi hoàn thể tích
- Điều trị bằng thuốc
- Điều trị nội soi

Can thiệp nội soi: Thời điểm

➤ NS trong vòng 12 - 24 giờ

➤ 2 ngoại lệ

- BN ói máu lượng nhiều / huyết động không ổn định:
NS càng sớm càng tốt sau khi ổn định huyết động.
- Có bệnh lý tim mạch / hô hấp nặng: có thể trì hoãn
đến khi ổn định M, HA và SaO₂

Can thiệp nội soi: kỹ thuật

➤ Chích cầm máu

co mạch dễ quan sát

- Chèn ép tại chỗ: Adrenaline pha loãng,
- Gây xơ, tạo huyết khối: Polidocanol, Ethanolamine
- “keo” dán mô: Cyanoacrylate, Thrombine, Fibrin

➤ Nhiệt: Heat probe, APC, Laser ...

➤ Cơ học: Clip, vòng thắt


➤ Mới: Phun bột cầm máu (Fibrin sealant, hemospray)



Chích cầm máu đơn thuần không đạt kết quả cầm máu tối ưu,
nên sử dụng kèm phương pháp cầm máu cơ học hoặc nhiệt.

Theo dõi tái phát

Các dấu hiệu nguy cơ cao

- Điểm Glasgow-**Blatchford**: càng cao càng có NC tái phát
- Tổn thương **Forrest** nguy cơ cao 
- Đặc điểm **tổn thương trên nội soi khác**:
 - Loét dạ dày dọc phía bờ cong nhỏ (gần ĐM vị trái)
 - Loét tá tràng mặt sau (gần ĐM vị tá)
 - Loét lớn **> 1 - 2 cm** (mạch máu đáy loét thường lớn)

Xử trí khi XHTH tái phát

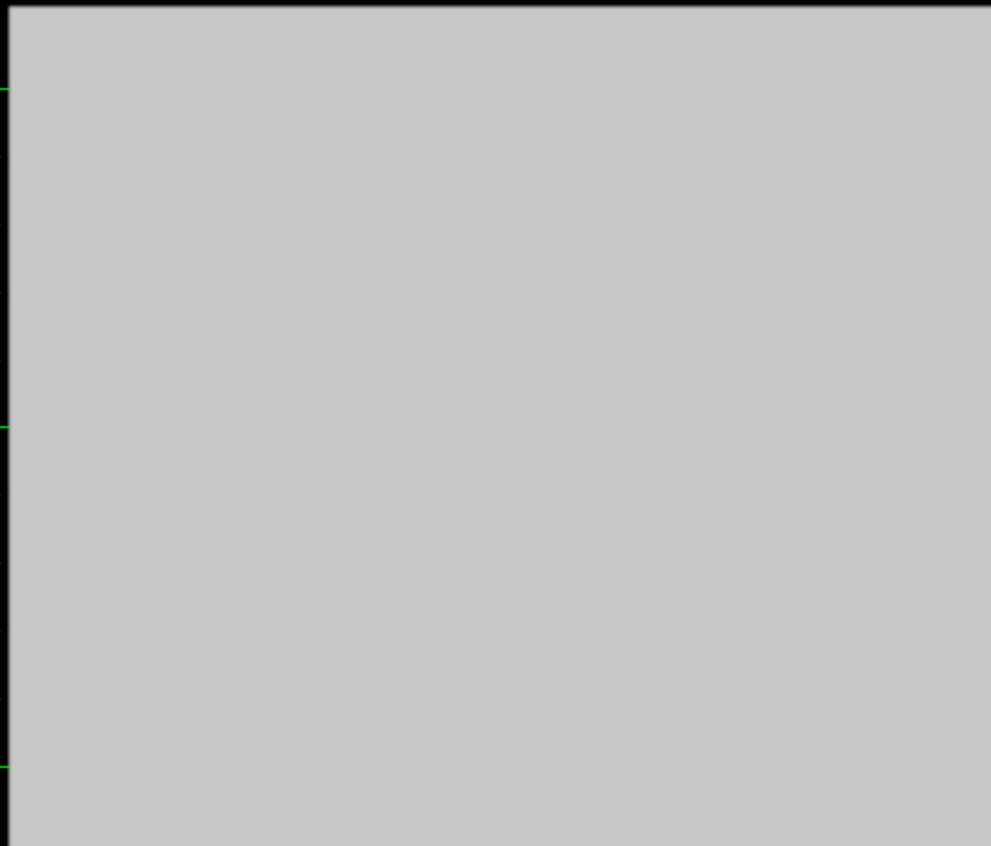
- Tiếp tục hỏi **sức nội khoa**
- Nội **soi lần 2: thường xem xét đầu tiên.**
- Nếu XHTH tiếp diễn / tái phát sau khi nội soi lần 2:
 - **Can thiệp mạch** (thuyên tắc MM thủ phạm)
 - **Phẫu thuật**
 - Can thiệp mạch: ít xâm lấn hơn PT nên được xem xét trước
 - Tỷ lệ cầm máu thành công 52 – 98%
 - Tỷ lệ xuất huyết tái phát 10 – 20%.

Image size: 512x512 15-21:15:37-STD-1.3.12.2.1107.5.13.2.20106 (157 y , 152 y)
WL: 127 WW: 255
Coronary Diagnostic Coronary Catheterization
Body 4



Đơn vị XQ can thiệp BV NDGD

Image size: 512x512 125-21:15:37-STD-1.3.12.2.1107.5.13.2.20106 (157 y , 152 y)
WL: 127 WW: 255 Coronary Diagnostic Coronary Catheterization
Body 4

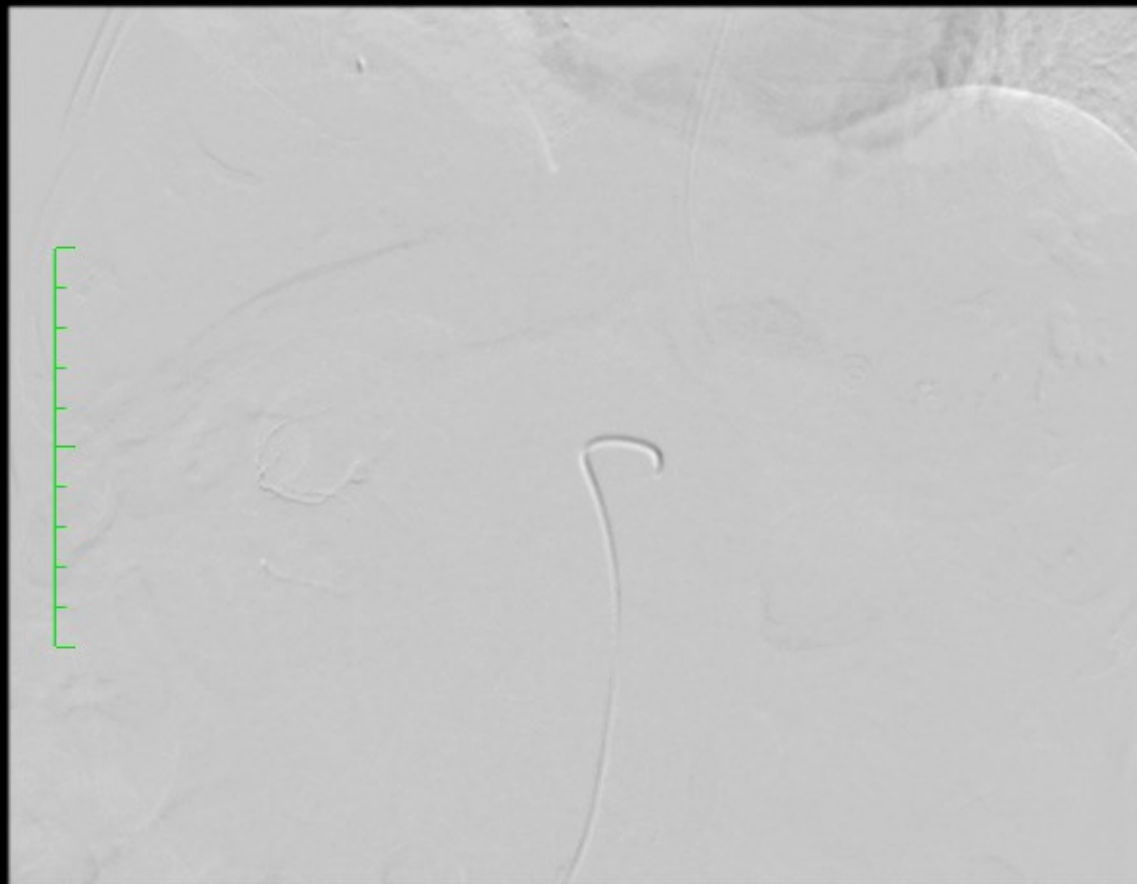


Zoom: 119%
Im: 3/54 Series: 10
LittleEndianExplicit
Position: HFS

NOT FOR MEDICAL USE

9/15/11, 21:46:07
Made In OsiriX

Image size: 5121x3125-21:15:37-STD-1.3.12.2.1107.5.13.2.20106 (157 y , 152 y)
WL: 127 WW: 255
Coronary Diagnostic Coronary Catheterization
Body 4



Zoom: 119%
Im: 3/27 Series: 11
LittleEndianExplicit
Position: HFS

NOT FOR MEDICAL USE

9/15/11, 21:47:06
Made In OsiriX

Xử trí khi XHTH tái phát

Chỉ định phẫu thuật

➤ Chỉ định tuyệt đối:

- Kèm thủng tạng rỗng,
- XHTH tái phát kèm sốc không thể can thiệp nội soi và can thiệp mạch / can thiệp không thành công

➤ Chỉ định tương đối:

- Nhóm máu hiếm
- BN lớn tuổi không chịu được quá trình hồi sức kéo dài, bồi hoàn thể tích lượng lớn và các đợt tụt HA