



TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

Giảng viên	: BS CK1 Nguyễn Thị Nhã Đoan Bộ môn Nội Tổng quát ĐHYD Tp HCM
Đối tượng	: Sinh viên Y4 ĐK
Thời gian	: 30 phút

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Kiến thức

- Nêu được định nghĩa và các hình thức biểu hiện xuất huyết tiêu hóa
- Nêu được các nguyên nhân thường gặp của xuất huyết tiêu hóa.
- Trình bày được phân độ nặng xuất huyết tiêu hóa

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Kỹ năng
 - Thiết lập được các bước tiếp cận chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa
 - Đề nghị được các xét nghiệm cận lâm sàng thích hợp và có khả năng phân tích các kết quả xét nghiệm để chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa.
 - Tiên lượng được diễn tiến một trường hợp xuất huyết tiêu hóa.

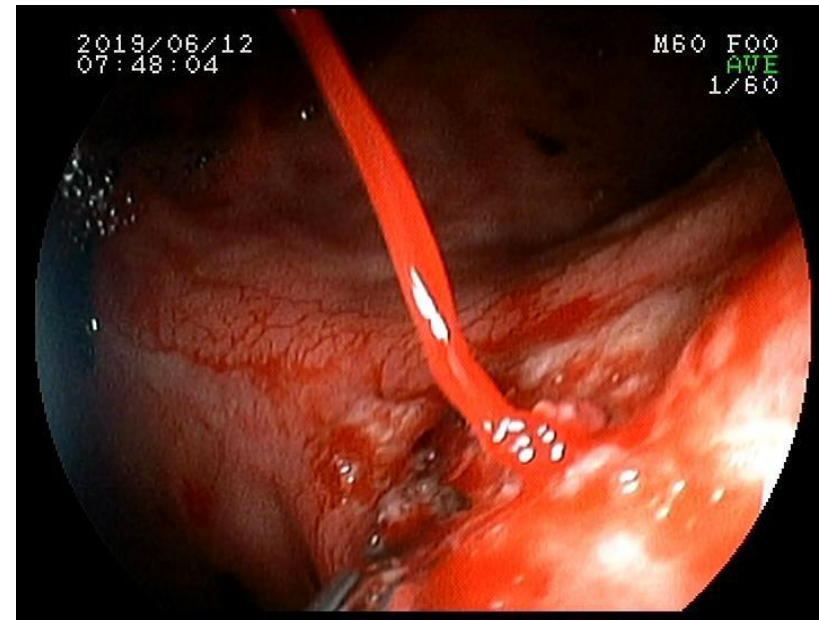
MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Thái độ

- Đồng cảm, thấu cảm với bệnh nhân và gia đình.
- Tôn trọng cảm xúc, nhu cầu riêng tư, tín ngưỡng của bệnh nhân và gia đình.
- Tôn trọng, cộng tác tốt với điều dưỡng, bác sĩ, nhân viên y tế khác.
- Tuân thủ các nội qui, quy định của bộ môn, bệnh viện.

ĐỊNH NGHĨA

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là tình trạng máu thoát ra khỏi lòng mạch từ các tổn thương trên đường tiêu hóa, chảy vào ống tiêu hóa và biểu hiện lâm sàng dưới hình thức nôn ra máu hoặc tiêu ra máu.

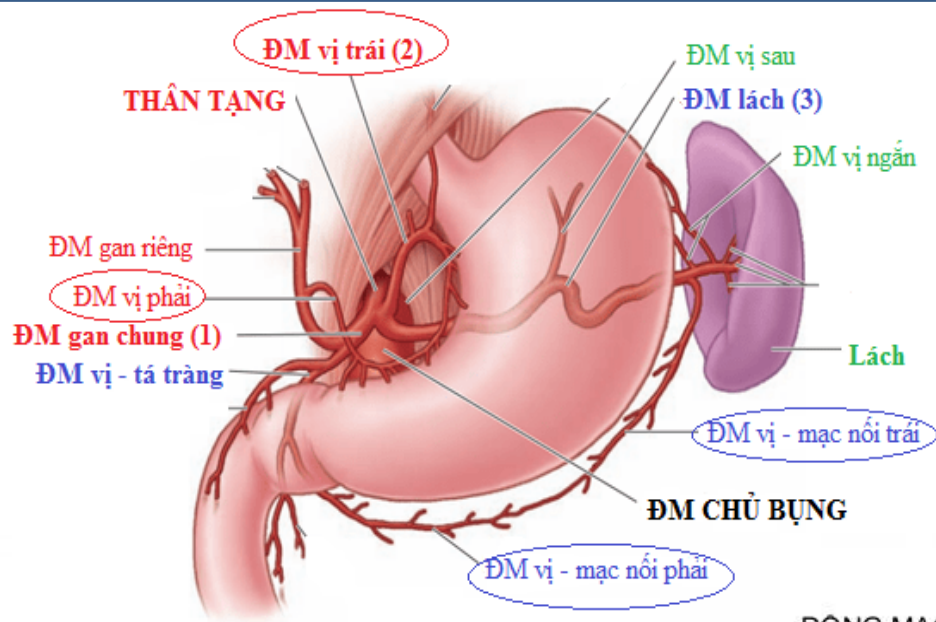


CÁC HÌNH THỨC BIỂU HIỆN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

1. Nôn ra máu (hematemesis)
2. Tiêu phân đen (melena):
3. Tiêu máu đỏ (hematochezia):
4. Xuất huyết tiêu hóa ẩn
(Occult gastrointestinal bleeding)
5. XHTH không rõ nguyên nhân
(GI tract bleeding of unknown origin)



GIẢI PHẪU MẠCH MÁU ĐƯỜNG TIÊU HÓA



ĐỘNG MẠCH
MẠC TREO TRĂNG TRÊN

ĐỘNG MẠCH
KẾT TRĂNG GIỮA

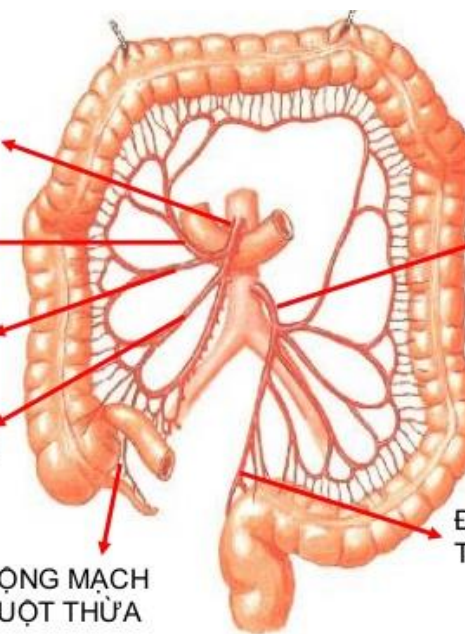
ĐỘNG MẠCH
KẾT TRĂNG PHẢI

ĐỘNG MẠCH
HÔI-KẾT TRĂNG

ĐỘNG MẠCH
RUỘT THỪA

ĐỘNG MẠCH
MẠC TREO
TRĂNG DƯỚI

ĐỘNG MẠCH
TRỰC TRĂNG TRÊN



TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

Nôn ra máu
hoặc tiêu phân
đen hoặc tiêu
máu đỏ.

Triệu chứng
của mất máu
như chóng mặt
hoặc ngất.

Triệu chứng
của bệnh căn
nguyên.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ

Triệu chứng
thiếu máu cấp,
thiếu máu mạn

Phát hiện triệu
chứng bệnh
căn nguyên

Các triệu
chứng do biến
chứng của
XHTH

Phát hiện shock sắp xảy ra

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

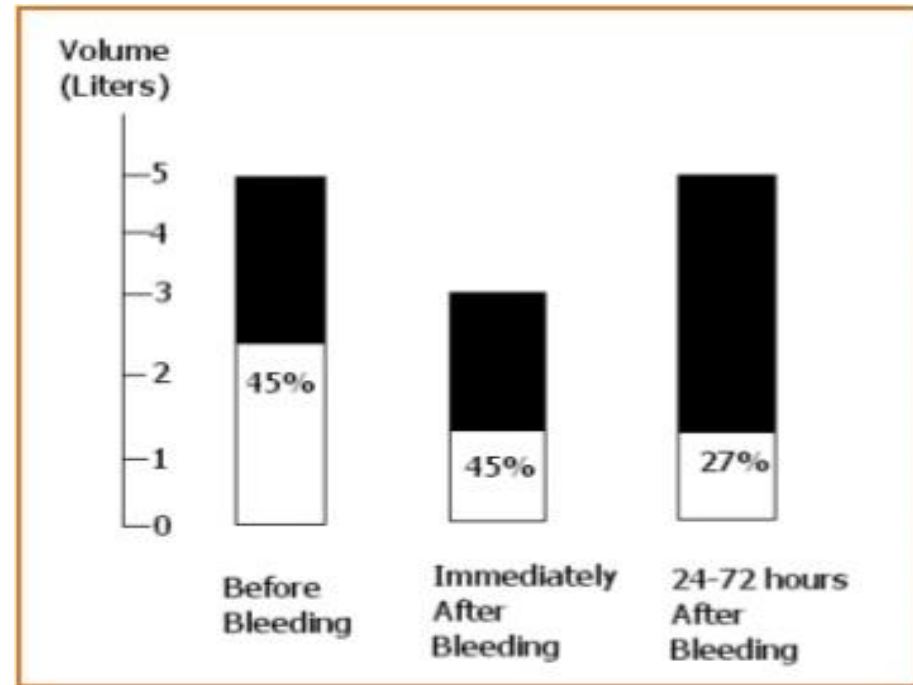
Phát hiện shock sắp xảy ra

- Nghiệm pháp Tilt test
- Đo huyết áp ở tư thế nằm. Sau đó cho bệnh nhân thay đổi tư thế từ nằm sang ngồi, thông hai chân xuống giường.
- Dương tính
 - Mạch tăng hơn 20l/phút,
 - Huyết áp tâm thu giảm hơn 10 mmHg so với khi nằm.



CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu
- BUN
- Xét nghiệm đánh giá chức năng gan.
- Xét nghiệm đông máu TQ, TCK.
- Nhóm máu ABO và Rh.
- Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm *H. pylori*



CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori*
 - Test huyết thanh chẩn đoán tìm kháng thể
 - Test urease nhanh trên mẫu sinh thiết dạ dày
 - Test hơi thở
 - Tìm kháng nguyên trong phân
 - Giải phẫu bệnh có hiện diện *H. pylori*
 - Nuôi cấy vi khuẩn *H. pylori*
 - Kháng thể *H. pylori* trong nước tiểu

Nên phối hợp từ 2 test trở lên nếu test lần 1 âm tính

Nghiên cứu

Tỉ lệ các yếu tố nguy cơ gây XHTH trên tái phát không do tăng áp cửa (2003) Quách Trọng Đức Y học TPhcm tập 7, phụ bản số 4.

Tỉ lệ	8,4% (36/428)
Yếu tố nguy cơ chính	
	H. Pylori 47,2%
	NSAIDs 19,4%

Research Article

Early Diagnosis of Helicobacter pylori Infection in Vietnamese Patients with Acute Peptic Ulcer Bleeding: A Prospective Study

Gastroenterology Research and Practice

Volume 2017, Article ID 3845067, 7 pages

<https://doi.org/10.1155/2017/3845067>

N = 171

Chẩn đoán *H. pylori* bằng Pylori Tek

Huyết thanh chẩn đoán

Kháng thể *H. pylori* trong nước tiểu

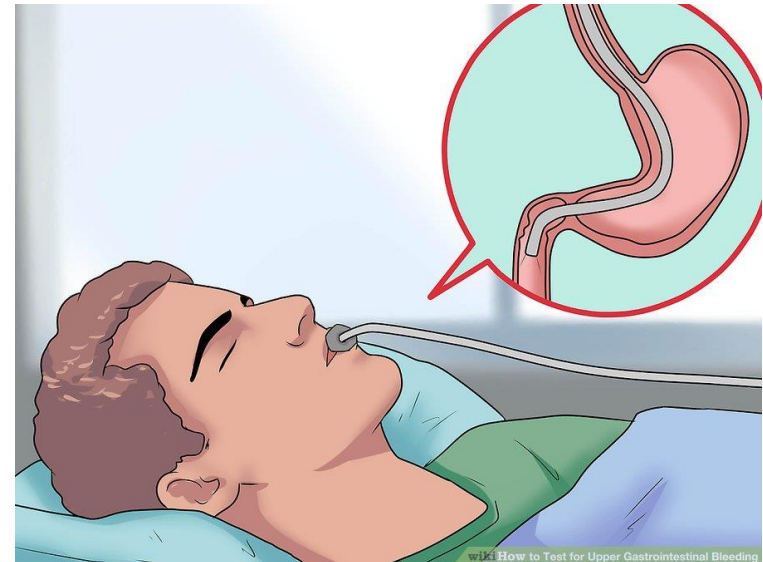
XN hơi thở C13

H. Pylori (+) 94,1% (161/171)

Dùng NSAIDs 25,1%

CẬN LÂM SÀNG

- **Nội soi thực quản dạ dày tá tràng**
 - Được xem là biện pháp chẩn đoán ưu tiên trong XHTH trên,
 - có thể đồng thời thực hiện nội soi điều trị.
 - Nên nội soi trong 24 giờ sau khi XHTH
 - Các trường hợp nặng, đang diễn tiến nên được soi sớm trước 12 giờ



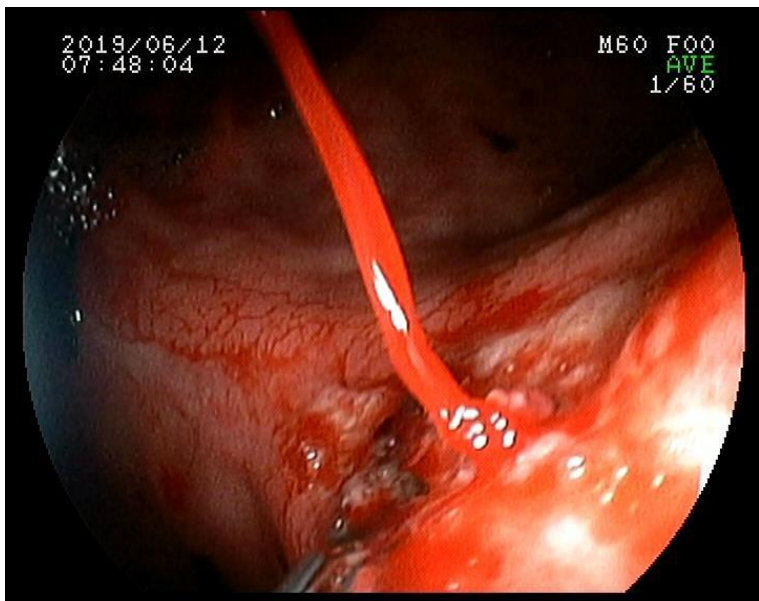
CẬN LÂM SÀNG

Phân độ Forrest trong loét dạ dày tá tràng

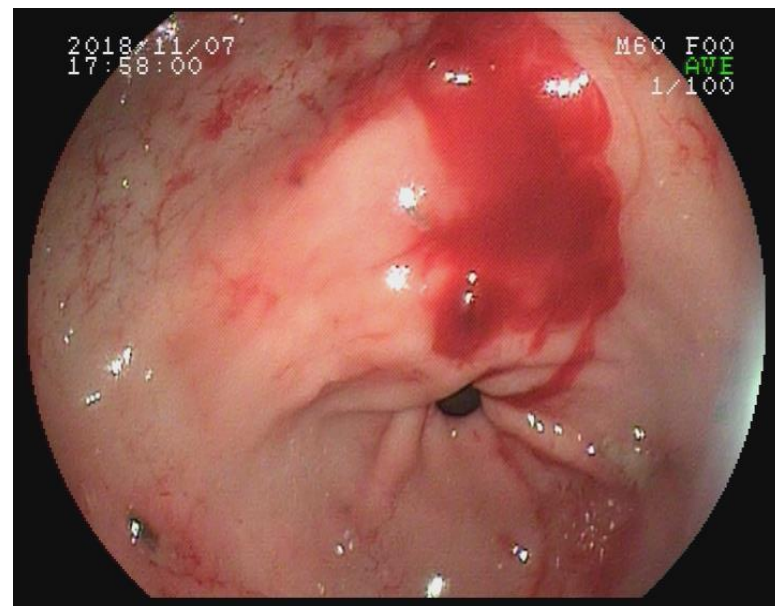
Forrest I : đang chảy máu

Forrest II : Vừa mới chảy máu

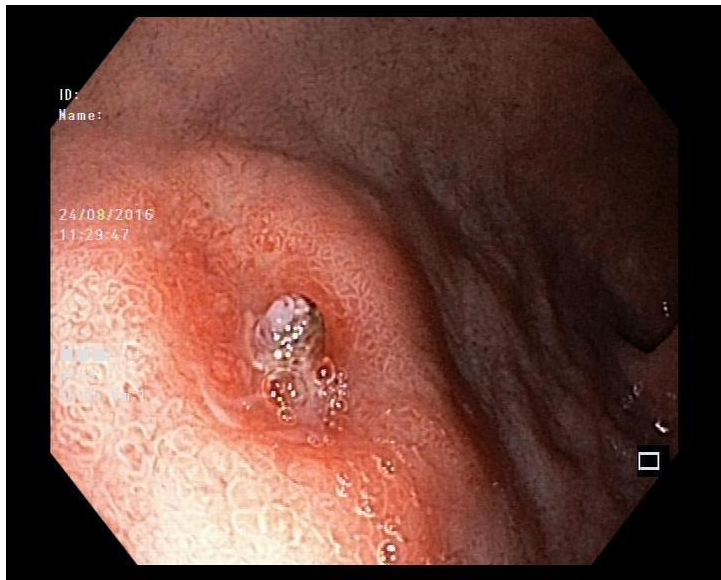
Forrest III: có thể chảy máu



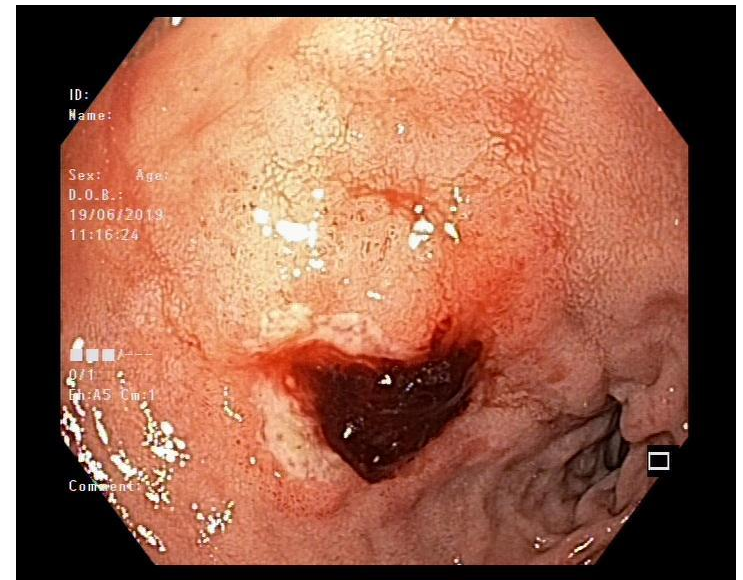
**Forrest Ia : Máu
phun thành tia**



**Forrest Ib : máu
chảy rỉ rả**



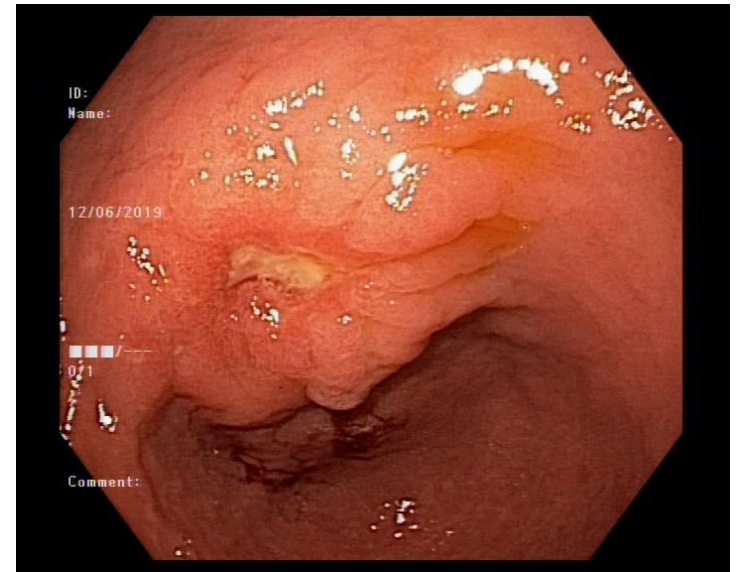
Forrest IIa : đáy có ngòi mạch máu



Forrest IIb : đáy có cục máu đông



Forrest IIc : đáy có cục máu



Forrest III: đáy loét sạch

CẬN LÂM SÀNG

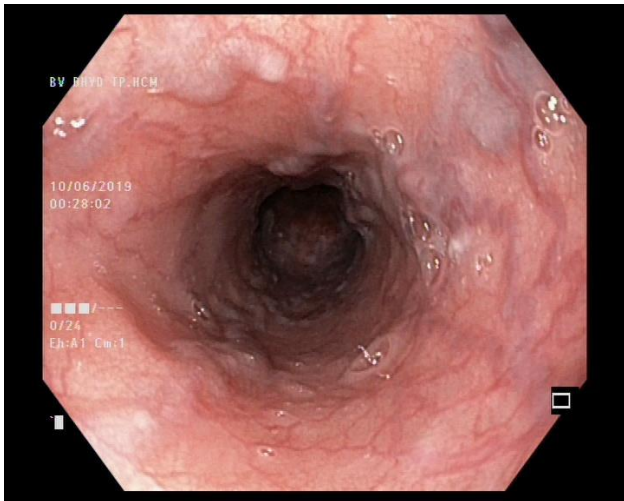
- Nội soi thực quản dạ dày tá tràng***

Nguy cơ XHTH tái phát	Phân loại Forrest	Đặc điểm ổ loét	Tỉ lệ XHTH tái phát (%)
Nguy cơ cao	Ia	Máu phun thành tia	55
	Ib	Rỉ máu	
	IIa	Đáy loét có mạch máu lộ	43
	IIb	Đáy loét có cục máu đông	22
Nguy cơ thấp	IIc	Đáy loét có cặn máu	10
	III	Đáy loét sạch	5

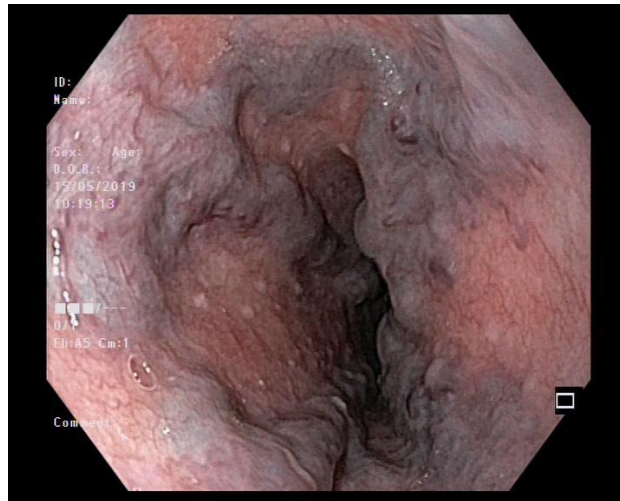
CẬN LÂM SÀNG

Phân độ dẫn tĩnh mạch thực quản và tâm phình vị cần xác định: vị trí dẫn tĩnh mạch, mức độ dẫn tĩnh mạch, dấu son trên tĩnh mạch dẫn, nút chặn tiểu cầu, hiện có đang vỡ không?

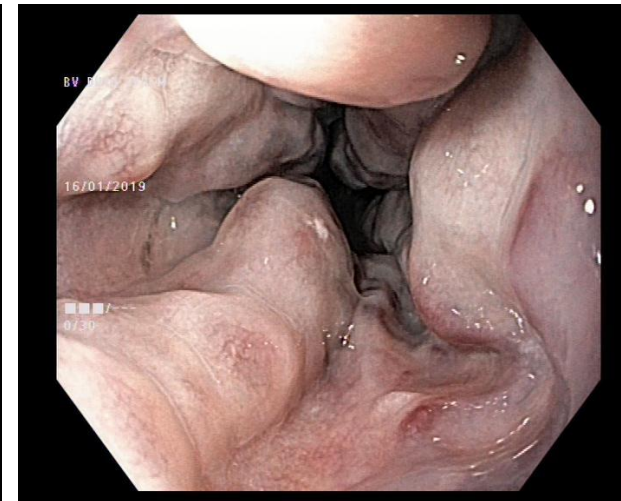
Phân loại Cale: gồm 3 mức độ



Dẫn TMTQ độ 1: tĩnh mạch dẫn nhưng xẹp khi bơm hơi



Dẫn TMTQ độ 2: các cột tĩnh mạch dẫn tách rời nhau và không xẹp khi bơm hơi



Dẫn TMTQ độ 3 : các tĩnh mạch dẫn liên kết với nhau không xẹp khi bơm hơi

CẬN LÂM SÀNG

- *Nội soi đại trực tràng*
 - khi nghĩ đến nguyên nhân gây xuất huyết nằm ở đường tiêu hóa dưới.
 - Khả năng xác định được vị trí gây xuất huyết tốt nhất là trong vòng 24 h sau khi nhập viện.
- *Nội soi hậu môn trực tràng*
 - nghi ngờ tổn thương gây xuất huyết nằm ở vùng hậu môn trực tràng (trĩ, dò hậu môn, ung thư trực tràng)
- *Nội soi viên nang*
- *Nội soi ruột non*

CẬN LÂM SÀNG

- Quét hồng cầu được đánh dấu phóng xạ (Technetium-99m labeled red blood cell hay TRBC)
- Chụp CT dựng hình mạch máu (CT-Angiography hay CTA)
- Chụp động mạch xóa nền (DSA : Digital Subtraction Angiography)
 - Cho phép xác định vị trí chảy máu và đồng thời có thể thực hiện can thiệp cầm máu.
 - Tốc độ xuất huyết trên 0,5ml/giờ

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

- Chẩn đoán vị trí xuất huyết: dựa vào hình thức biểu hiện.
- Chẩn đoán mức độ xuất huyết
- Đánh giá diễn tiến xuất huyết tiêu hóa
- Chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

- Bệnh nhân nam 67 tuổi nhập viện vì nôn ra máu, nôn 3 lần, mỗi lần 200 ml máu đỏ bầm lẫn thức ăn, sau nôn choáng váng, vã mồ hôi, từ lúc nôn đến khi nhập viện mất 3 giờ, tiêu phân đen 1 lần, phân sệt dính bóng như hắc ín, chưa đi tiểu từ lúc nôn máu.
- Bn tỉnh, mệt, da niêm nhợt, chi lạnh ẩm
- M 120 lần/ phút HA 90/60 mmHg NT 22 lần/ phút
- Tiền căn
 - THA, BTTMCB 10 năm đang điều trị với Zestril, Concor, Imdur, Clopidogrel.
 - VDD đã từng nội soi dạ dày chẩn đoán cách 5 năm với chẩn đoán Viêm loét hang vị Hp(+)
 - Gần đây Bn đau khớp gối Trái có uống 1 tuần thuốc Ibuprofen

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

1. *Có XHTH không?* **Có**
2. *Vị trí XHTH?* **XHTH trên**
3. *Mức độ XHTH?*
4. *Diễn tiến XHTH?*
5. *Nguyên nhân XHTH?*
6. *Biến chứng*
7. *Tiên lượng*

Mức độ XHTH	Nhẹ		Trung bình		Nặng	
Mức độ mất máu	I		II		III	IV
Lượng máu mất	< 1 lít		1lít - 1,5lít		1,5lít – 2lít	> 2lít
	< 15%		15 – 30%		30 – 40%	> 40%
Mạch	< 100 l/p		100 - 120 l/p		> 120 l/p	> 140 l/p
Áp lực mạch	Bình thường / tăng		Giảm nhẹ		Giảm	Nhẹ, khó bắt
Huyết áp	Bình thường		Bình thường hoặc hạ HA tư thế		Giảm khi nằm	Giảm nặng hoặc không đo được
Da	Tươi máu bình thường		Đỏ mồ hôi		Mát lạnh	Mát lạnh, nhợt nhạt
Nhịp thở	14-20 l/p		20-30 l/p		30 – 40 l/p	> 35l/p
Nước tiểu (ml/g)	> 30		20 - 30		5-15	Vô niệu
Tri giác	Tỉnh, lo lắng nhẹ		Lo âu		Lo âu, lẫn lộn	Lẫn lộn, hôn mê
Hemoglobin	>10g/dL		7-10g/dL		< 7g/dL (< 8g/dL đối với bệnh nhân có dự trữ tim phổi kém)	
Hct	> 30%		20% - 30%		< 20%	

Ghi chú: bảng phân mức độ này có thể không chính xác nếu bệnh nhân tăng huyết áp, thiếu máu mạn hoặc đang dùng các thuốc điều trị có thể ảnh hưởng làm mạch chậm.

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

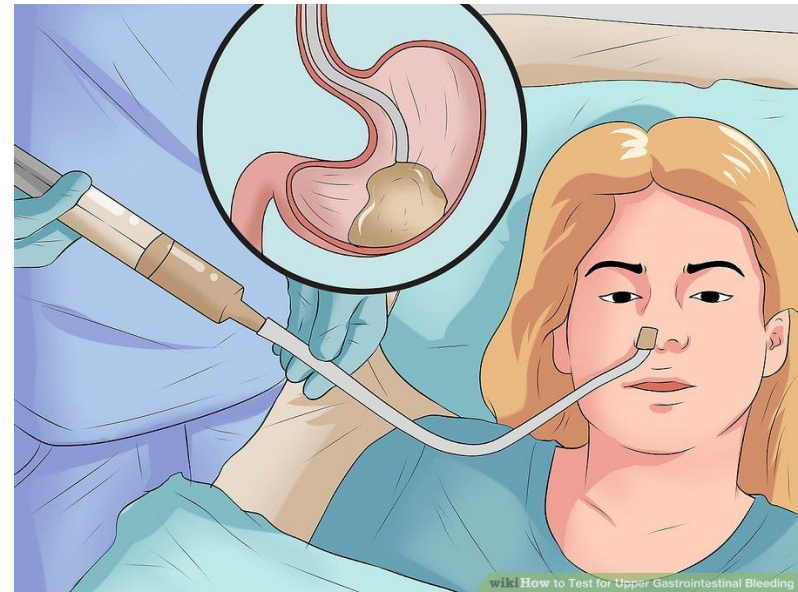
- Tuổi > 60
- Huyết động không ổn định (nhịp tim > 100 lần/phút, huyết áp tâm thu < 100 mmHg)
- Có các bệnh nặng kèm theo: suy tim, bệnh mạch vành, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, xơ gan, ung thư, suy thận mạn, tai biến mạch máu não.
- Lượng Hemoglobin: < 80g/l đối với người <60 tuổi hoặc <100g/l với người >60 tuổi.
- Xét nghiệm đông máu rối loạn
- Hình ảnh nội soi ghi nhận loét nguy cơ cao (Forrest Ia, Ib, IIa, IIb)

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

1. *Có XHTH không?* **Có**
2. *Vị trí XHTH?* **XHTH trên**
3. *Mức độ XHTH?* **Nặng**
4. *Diễn tiến XHTH?*
5. *Nguyên nhân XHTH?*
6. *Biến chứng*
7. *Tiên lượng*

ĐÁNH GIÁ DIỄN TIẾN

- **Xuất huyết ổn hay chưa?**
 - Tình trạng mạch, huyết áp, da niêm, độ khát, nước tiểu
 - Nhu động ruột
 - Tiêu phân đen
 - Sonde dạ dày ra dịch gì



TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

1. *Có XHTH không?* **Có**
2. *Vị trí XHTH?* **XHTH trên**
3. *Mức độ XHTH?* **Nặng**
4. *Diễn tiến XHTH?* **Đang diễn tiến**
5. *Nguyên nhân XHTH?*
6. *Biến chứng*
7. *Tiên lượng*

Nguyên nhân	N	Tỉ lệ %
Viêm loét dạ dày xuất huyết	132	25,9
Loét tá tràng	119	23,4
Loét dạ dày	113	22,2
Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản – dạ dày	81	15,9
Hội chứng Mallory Weiss	27	5,3
Loét thực quản	7	1,4
Loét miệng nối vị tràng	6	1,2
Viêm thực quản	4	0,8
Viêm loét miệng nối vị tràng	3	0,6
Viêm loét tá tràng	3	0,6
Ung thư dạ dày	2	0,4
Không rõ	12	2,4

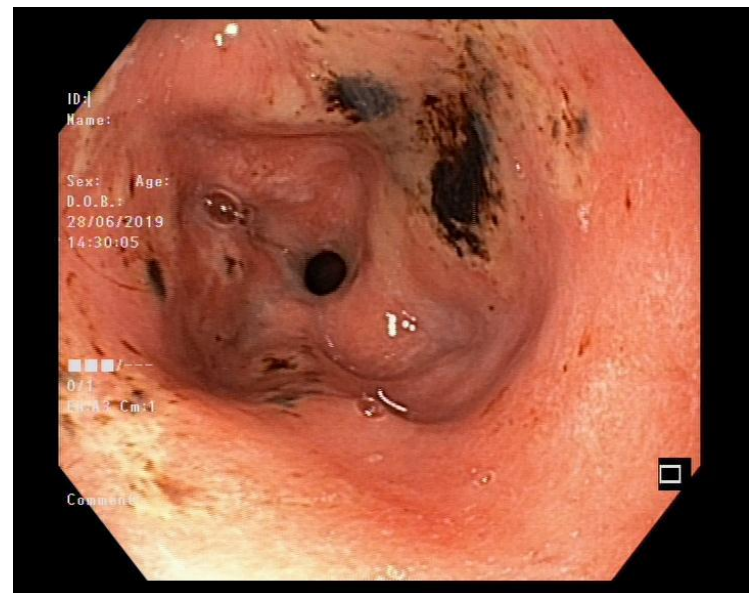
Quách Trọng Đức. Các yếu tố nguy cơ gây tái phát xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp tĩnh mạch cửa. Y Học TP. Hồ Chí Minh 2003; Tập 7 phụ bản của số 4: 17 - 21.

CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN

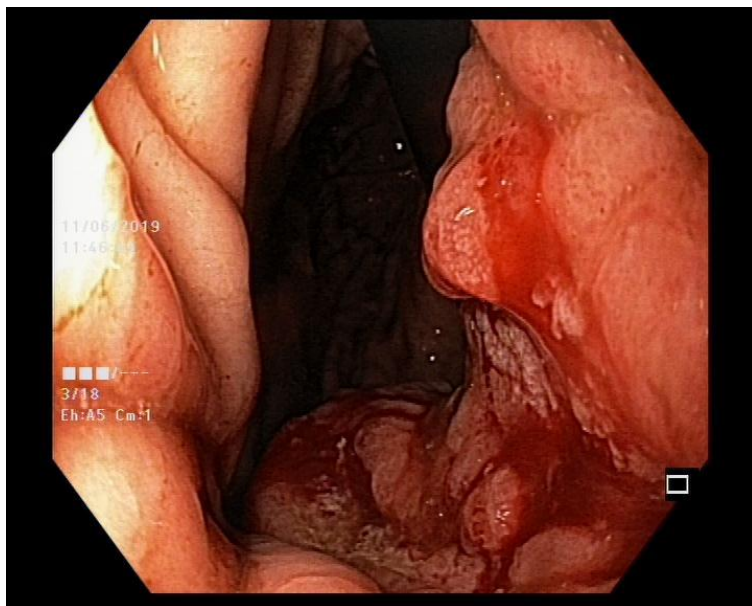
- **Loét dạ dày tá tràng**
- **Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản**
- **Hội chứng Mallory-Weiss.**
- **Viêm trợt dạ dày xuất huyết**
- **Ung thư dạ dày**



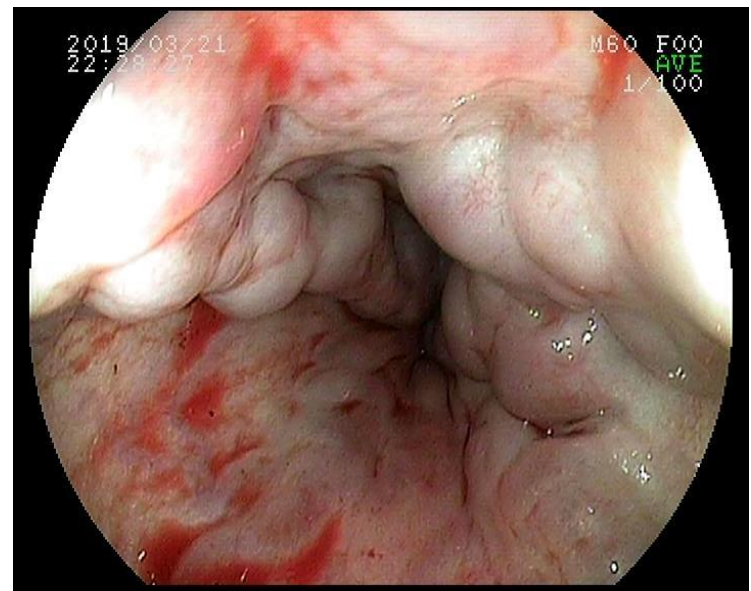
Hội chứng Malory Weiss



Viêm loét dạ dày xuất huyết



K dạ dày đang xuất huyết



Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

1. *Có XHTH không?* **Có**
2. *Vị trí XHTH?* **XHTH trên**
3. *Mức độ XHTH?* **Nặng**
4. *Diễn tiến XHTH?* **Đang diễn tiến**
5. *Nguyên nhân XHTH?* **LDDTT/ VTDDXH/KDD**
6. *Biến chứng* **theo dõi shock/suy thận cấp**
7. *Tiên lượng*

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

	Nhập viện	Sau 48h	Sau 72h
BC	15 K/ul	12	7
Hgb	96 g/L	69	82
TC	176 K/ul	215	218
Ure	11 mmol/l	7,6	
Creatinin	165 umol/l	120	
AST	34U/L		
ALT	41U/L		
TQ	12,3(11) s		
TCK	29,4 (28) s		

- Test huyết thanh chẩn đoán nhiễm *H.pylori* (+)
- Nội soi thực quản dạ dày tá tràng:
- Loét hang vị , 2 ổ D# 1 cm, đang rỉ máu, Flb → kẹp clip cầm máu

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

1. *Có XHTH không?* **Có**
2. *Vị trí XHTH?* **XHTH trên**
3. *Mức độ XHTH?* **Nặng**
4. *Diễn tiến XHTH?* **Đang diễn tiến**
5. *Nguyên nhân XHTH?* **Loét đa ổ dạ dày**
6. *Biến chứng* **theo dõi ST cấp trước thận**
7. *Tiên lượng* **GSB, Rockall, AIMS65**

TIỀN LƯỢNG XHTH TRÊN

- GBS : so với Rockall lâm sàng, GBS cải biên, AIMS65
- Kết cục chảy máu tái phát, can thiệp nội soi, tử vong (30 ngày sau XHTH)
- Kết quả GBS cho kết quả tốt nhất trong các thang điểm

Các chỉ số đánh giá	Điểm	Thang điểm Blatchford	Thang điểm Blatchford sửa đổi
Mạch ≥ 100 (lần/phút)	1		
Huyết áp tâm thu (mmHg)			
100-109	1		
90-99	2		
<90	3		
Ure máu (mmol/l)			
6.5-7,9	2		
8-9,9	3		
10-24,9	4		
≥ 25	6		
Huyết sắc tố ở bệnh nhân nam (g/dl)			
12-12,9	1		
10-11,9	3		
<10	6		
Huyết sắc tố ở bệnh nhân nữ (g/dl)			
10-11,9	1		
<10	6		
Những dấu hiệu khác			
Tiêu phân đen	1		
Ngất	2		
Bệnh gan	2		
Suy tim	2		

**Tổng điểm
GBS 14
điểm**

**GBS cải
biên 13
điểm**



Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018

Can thiệp trước nội soi

Phát biểu 1: thang điểm GBS nên được dùng để tiên lượng dự hậu của tất cả những bệnh nhân XHTH trên (Accept- agreement 94,5%, level of evidence: high)

0-1 : hiếm khi cần can thiệp

>7 : có thể can thiệp nội soi

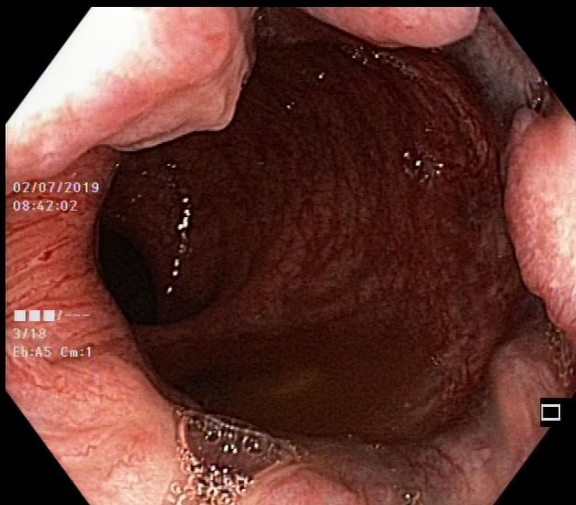
10-12 : thường cần phải can thiệp trong điều trị

CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DƯỚI

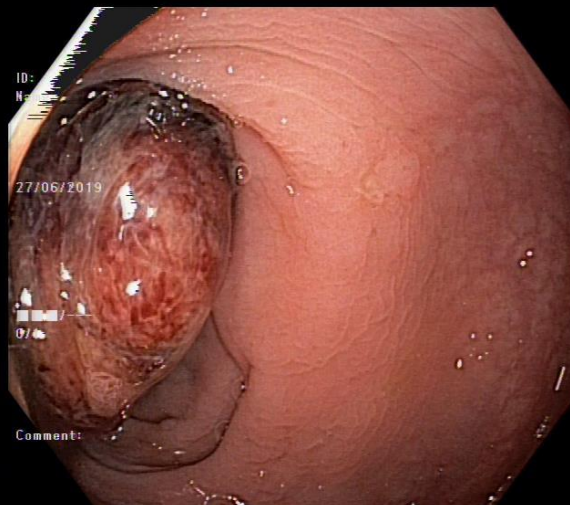
- Các nguyên nhân thường gặp
 - Trĩ
 - Polyp đại tràng
 - Túi thừa đại tràng
 - Bệnh viêm loét ruột mạn
 - Ung thư đại tràng
- Các nguyên nhân gây XHTH dưới và xuất độ thường gặp tại bệnh viện Chợ Rẫy trình bày ở bảng sau:

Các nguyên nhân XHTH dưới	N	%
Trĩ	82	23
Polyp đại trực tràng	45	12,6
Túi thừa đại tràng	43	12,0
Bệnh viêm loét ruột mạn tính	37	10,4
Bệnh hậu môn trực tràng khác (nứt hậu môn ...)	26	7,3
Bệnh ruột non (viêm / loét / u)	15	4,2
Ung thư đại tràng	15	4,2
Sau cắt polyp / cắt trĩ	7	2
Loét đại tràng	6	1,7
Viêm đại tràng	4	1,1
Tổn thương Dieulafoy	1	0,3
U máu đại tràng	1	0,3
Không xác định	76	21,3

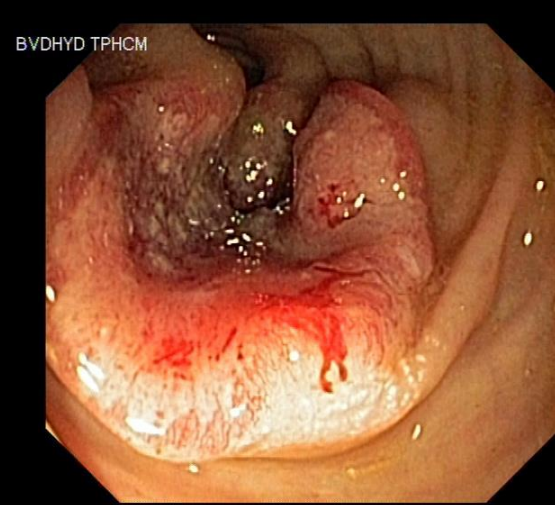
Nguyen Thi My Nguyet, Quach Trong Duc. Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in Vietnamese Patients: Outcomes and Risk Factors for Severe Bleeding. IMKACID2019 Poster.



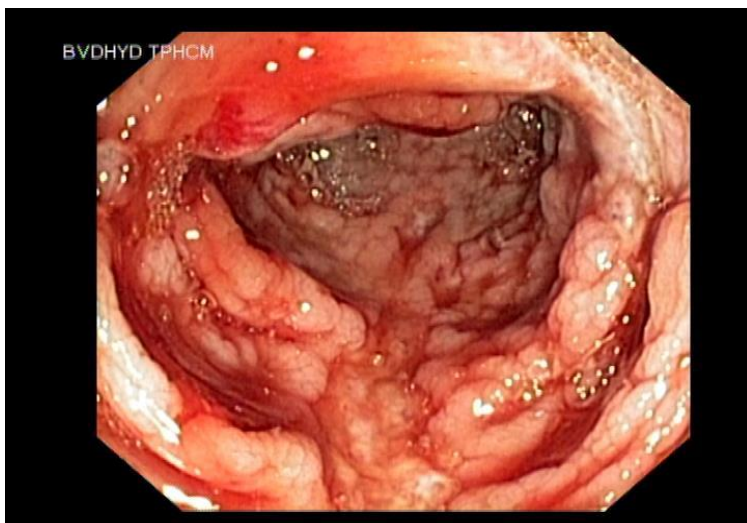
Trĩ nội



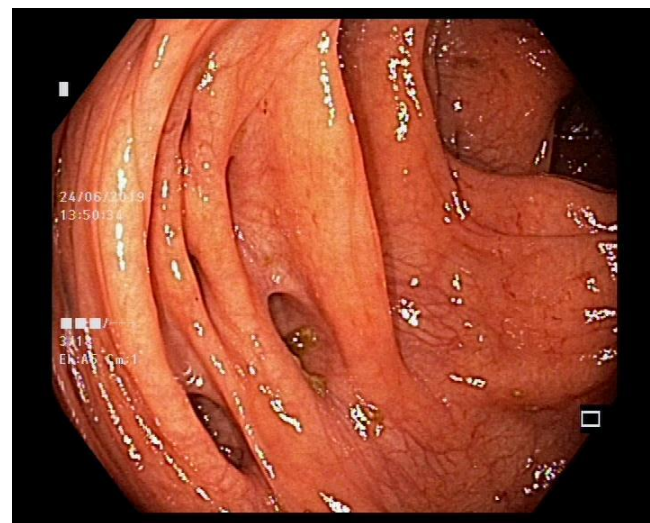
**Polyp lớn ở đại
tràng chậu hông**



K trực tràng



**Viêm loét đại trực
tràng xuất huyết**



Đa túi thừa đại tràng

TIỀN LƯỢNG

- **Tiền lượng XHTH dưới**
 - Tuổi > 60
 - Bệnh phổi hợp nặng
 - Tiền sử đa túi thừa đại tràng, loạn sản mạch máu
 - Có dấu hiệu ngất, rối loạn tri giác
 - Mạch > 100 lần/phút, huyết áp tâm thu < 100 mmHg
 - Thăm trực tràng có máu đỏ, tiếp tục tiêu máu đỏ
 - Hct lúc vào < 35%
 - INR > 1,2 lần chứng
 - Creatinin > 150 $\mu\text{m/L}$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bệnh học Nội khoa, Bộ môn Nội ĐHYD Tp HCM – NXB Y học 2012.
- Grenvick A, Ayres SM, Holbrook PR, et al. Textbook of critical care, 4th edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 40–5.
- Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. Lancet. 2000 Oct 14; 356(9238):1318-21
- Hình vẽ minh họa từ trang <https://www.wikihow.com/Test-for-Upper-Gastrointestinal-Bleeding>.

THANK YOU

