

# XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

Trần Kiều Miên

## MỤC TIÊU

1. Kể các yếu tố nguy cơ gây xuất huyết tái phát và tử vong.
2. Trình bày thang điểm 1 và 2.
3. Xử trí hồi sức nội khoa bồi phụ thể dịch khối lượng tuần hoàn trong xuất huyết tiêu hóa.
4. Nêu các tiêu chuẩn chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa (Forrest).
5. Xử trí xuất huyết tiêu hóa sau cầm máu do loét dạ dày tá tràng.

## ĐẠI CƯƠNG

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là một biến chứng biểu hiện của nhiều hội chứng mang tính chất cấp cứu liên quan tới nhiều chuyên khoa đặc biệt là nội và ngoại khoa, vì vậy cần chẩn đoán đúng nguyên nhân chảy máu càng sớm càng tốt. Hồi sức nội khoa là bước điều trị quan trọng đầu tiên.

Phương pháp chẩn đoán tương đối an toàn hiện nay được áp dụng là nội soi cấp cứu đường tiêu hóa trước 24 giờ kể từ lúc bắt đầu có biểu hiện XHTH vì không làm chảy máu nặng hơn, phần lớn tìm được nguyên nhân chảy máu chính xác để đưa ra phương pháp điều trị thích hợp và có thể kết hợp can thiệp điều trị cầm máu qua nội soi.

Định nghĩa XHTH là hiện tượng chảy máu đổ vào đường ống tiêu hóa sau đó được tổng ra ngoài bằng hai phương thức ói ra máu và đi cầu ra máu.

XHTH được chia làm hai loại dựa vào giải phẫu học của đường ống tiêu hóa.

- XHTH trên: tổn thương chảy máu từ góc Treitz trở lên bao gồm thực quản, dạ dày và tá tràng. Có hai hình thức biểu hiện ra ngoài là ói ra máu và đi cầu ra máu.
- XHTH dưới: tổn thương chảy máu từ góc Treitz trở xuống bao gồm toàn bộ ruột non, manh tràng, hồi tràng và đại tràng, biểu hiện bằng đi cầu ra máu.

XHTH khoảng 80% là XHTH trên, còn lại 15%-20% là XHTH dưới. XHTH ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh thường do hai nhóm bệnh là viêm loét dạ dày tá tràng ăn vào động mạch và tăng áp tĩnh mạch cửa (có kèm suy gan hoặc không suy tế bào gan) làm dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản.

## PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

Ý nghĩa là xác định mức độ mất máu cấp.

### Độ 1 (chảy máu mức độ nhẹ)

- Lượng máu mất khoảng 10% thể tích khối lượng tuần hoàn toàn cơ thể.
- Giảm tưới máu ở các cơ quan ngoại biên: da, xương, cơ, mô mỡ...
- Triệu chứng lâm sàng khi thăm khám còn kín đáo.
- Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp còn ổn định.
- Dấu hiệu cận lâm sàng: hồng cầu  $\geq 3$  triệu, Hct  $\geq 30\%$ .

### Độ 2 (chảy máu mức độ trung bình)

- Lượng máu mất khoảng 20% - 30% thể tích khối lượng tuần hoàn toàn cơ thể.

- Giảm tưới máu ở các cơ quan trung ương có khả năng chịu đựng được tình trạng mất máu trong một thời gian ngắn như ruột, dạ dày, lách, thận, gan...
- Triệu chứng lâm sàng: đã biểu hiện rõ: da xanh, niêm nhợt, cảm giác mệt, say xẩm, chóng mặt...
- Dấu hiệu sinh tồn: mạch nhanh nhưng  $\leq 100$  lần/phút, huyết áp tối đa đã bắt đầu giảm so với huyết áp bình thường của bệnh nhân.
- Dấu hiệu cận lâm sàng: hồng cầu  $2 - 3$  triệu/ $\text{mm}^3$ ; Hct  $> 20\%$ ,  $< 30\%$ .

### **Độ 3 (chảy máu mức độ nặng)**

- Lượng máu mất khoảng  $> 35\%$  thể tích khối lượng tuần hoàn trở lên
- Giảm tưới máu ở các cơ quan trung ương không có khả năng chịu đựng được tình trạng mất máu như: tim, não, phổi dẫn đến rối loạn toan chuyển hóa bắt đầu xuất hiện.
- Triệu chứng lâm sàng: là dấu hiệu mất máu trầm trọng bằng dấu thiếu oxy não.
  - Bệnh nhân hốt hoảng, lo âu, bứt rứt hoặc vật vã, li bì, hôn mê.
  - Xuất hiện cơn tụt huyết áp tư thế.
  - Có thể ngất xỉu trong giây lát.
  - Khát nước, nhức đầu, vã mồ hôi, chân tay lạnh.
  - Da niêm mạc trắng, nhợt nhạt.
  - Nước tiểu giảm- có thể dẫn đến vô niệu (suy thận cấp).
  - Thở kiểu toan máu.
  - Dấu hiệu sinh tồn: mạch nhanh, nhỏ, nhẹ khó bắt, có thể không bắt được

mạch (mạch trên 100 lần/phút). Huyết áp tối đa tụt, kẹp, dao động, tình trạng sốc do giảm thể tích tuần hoàn xuất hiện và ngày càng trầm trọng nếu không được điều trị kịp thời. Thân nhiệt tăng nhẹ từ  $37,5^\circ\text{C}$ - $38^\circ\text{C}$  (do tăng hấp thu đạm trong lòng ống tiêu hóa làm tăng chuyển hóa).

- Dấu hiệu cận lâm sàng:
  - Hồng cầu  $\leq 2$  triệu.
  - Hct  $\leq 20\%$ .
  - Với những người có bệnh tim mạch và lớn tuổi: hồng cầu  $\leq 2,5$  triệu/ $\text{mm}^3$ , Hct  $\leq 25\%$  đã có thể xuất hiện tình trạng sốc.
  - Urê máu tăng nhưng thường  $\leq 1\text{g/l}$ . Nếu có suy thận xuất hiện creatinin sẽ tăng.
  - Dự trữ kiềm có xu hướng giảm.

### **Những điều cần chú ý khi xác định mức độ XHTH**

- Giai đoạn đầu mới XHTH: triệu chứng lâm sàng sẽ xuất hiện trước triệu chứng cận lâm sàng.
- Dấu hiệu sinh tồn thường trung thực khi mới XHTH.
- Dấu hiệu cận lâm sàng: sau 6 giờ (kể từ lúc XHTH) mới bắt đầu có biểu hiện giảm, sau 24- 48 giờ dấu hiệu cận lâm sàng mới phản ánh đúng.

Về mặt lâm sàng chúng ta có thể dựa vào hai thang điểm để đánh giá mức độ xuất huyết tiêu hóa là thang điểm Rockall và thang điểm Blatchford. Thang điểm Blatchford được tính từ 0-23 điểm, điểm số càng cao thì nguy cơ chảy máu tái phát càng lớn.

**Bảng 14.1: Thang điểm Rockall**

Thang điểm đầy đủ	Điểm số lâm sàng	Chỉ số		Điểm
		Tuổi		
		< 60		0
		60-79		1
		≥ 80		2
		Sốc		
		Nhịp tim > 100 lần/phút		1
		Huyết áp tâm thu		2
		Bệnh đi kèm		
		Thiếu máu cơ tim, suy tim, các bệnh nặng khác		2
		Suy thận, suy gan, di căn ung thư		3
		Hình ảnh nội soi		
		Không thấy tổn thương, rách tâm vị		0
		Loét dạ dày tá tràng, vết trượt, viêm thực quản		1
		Ung thư đường tiêu hóa cao		2
		Dấu hiệu chảy máu trên nội soi cao		2

**Bảng 14.2. Thang điểm Blatchford**

Các chỉ số đánh giá		Điểm
<b>Huyết áp tâm thu (mmHg)</b>		
100-109		1
90-99		2
< 90		3
<b>Ure máu (mmol)</b>		
6,5 – 7,9		2
8 – 9,9		3
10 – 24,9		4
≥ 25		6
<b>Huyết sắc tố ở bệnh nhân nam (g/L)</b>		
12 – 12,9		1
10 – 11,9		3
< 10		6

<b>Huyết sắc tố ở bệnh nhân nữ (g/L)</b>	
10 – 11,9	1
< 10	6
<b>Những dấu hiệu khác</b>	
≥ 100 lần/phút	1
Tiêu phân đen	1
Ngất	2
Bệnh gan	2
Suy tim	2

## HỒI SỨC NỘI KHOA

Trả lại thể tích khối lượng tuần hoàn là biện pháp phải làm đầu tiên càng sớm càng tốt. Thành lập đường truyền tĩnh mạch, cố định đường truyền đó bằng các dung dịch đẳng trương có trong tay như NaCl 9%, Glucose 5%. Không dùng dung dịch ưu trương như Glucose 10%, 20%, 30% vì sẽ làm tăng độ quánh của máu, làm tốc độ tuần hoàn chậm lại dễ dẫn đến toan máu, sốc dễ xảy ra hơn. Cho bệnh nhân nằm đầu thấp, nơi yên tĩnh thoáng, nếu nặng cho thở oxy 5 l/phút. Làm các xét nghiệm cơ bản cần thiết. Phân loại mức độ XHTH (dựa vào các tiêu chuẩn trên).

Nếu bệnh nhân ở mức độ nhẹ, sau khi đã thành lập đường truyền dịch tiến hành sang bước hai gồm theo dõi, chẩn đoán nguyên nhân và điều trị nguyên nhân đó.

Nếu bệnh nhân XHTH mức độ trung bình, đánh giá mức độ mất máu đã mất tính theo trọng lượng cơ thể của mỗi bệnh nhân 70–75 ml máu/kg để hồi phục lại thể tích tuần hoàn tương ứng bằng các loại dịch đẳng trương. Nên ưu tiên dịch NaCl 9% trước vì khả năng giữ huyết áp, mạch và bán hủy chậm hơn dịch Glucose 5%. Nếu mạch, huyết áp ổn định thì chuyển sang giai đoạn chẩn đoán và xử trí nguyên nhân.

Bệnh nhân XHTH mức độ nặng, cần trả lại thể tích khối lượng tuần hoàn bằng dịch và máu với tỉ lệ 1/3 là máu và 2/3 là dịch đẳng trương. Truyền đến khi mạch, huyết áp ổn định, không còn sốc, hết dấu thiếu oxy não, cận lâm sàng Hct ≥ 20% và hồng cầu ≥ 2 triệu/mm<sup>3</sup> (với người có bệnh lý tim mạch và lớn tuổi nên nâng lên Hct ≥ 25%, hồng cầu ≥ 2,5 triệu/mm<sup>3</sup>).

Lựa chọn các loại dịch phụ thuộc vào nơi khuếch tán, khả năng hồi phục thể tích máu và thời gian phân hủy của dịch đó (bảng 14.3).

Như vậy khả năng bồi hoàn của máu, huyết tương và albumin tốt hơn. Còn Natri clorua 0,9% và Lactat Ringer chỉ hồi phục được 1/4. Glucose 5% hồi phục được 1/10. Nhưng không có nghĩa là chỉ truyền những loại dịch có khả năng bồi hoàn 100% mà vẫn phải theo tỉ lệ cân đối bồi hoàn giữa dịch và máu và các sản phẩm của máu.

Chú ý, khi có tình trạng sốc xảy ra, không nên dùng thuốc vận mạch để nâng huyết áp vì lúc này cơ thể đã tiết ra catecholamin tối đa. Đây là sốc do giảm thể tích tuần hoàn vì vậy phải trả lại thể tích tuần hoàn đúng và đủ. Ở bệnh nhân lớn tuổi nên đề phòng dấu thiếu máu cơ tim và thiếu máu não sẽ nặng lên.

**Bảng 14.3:** Đặc điểm các loại dịch truyền

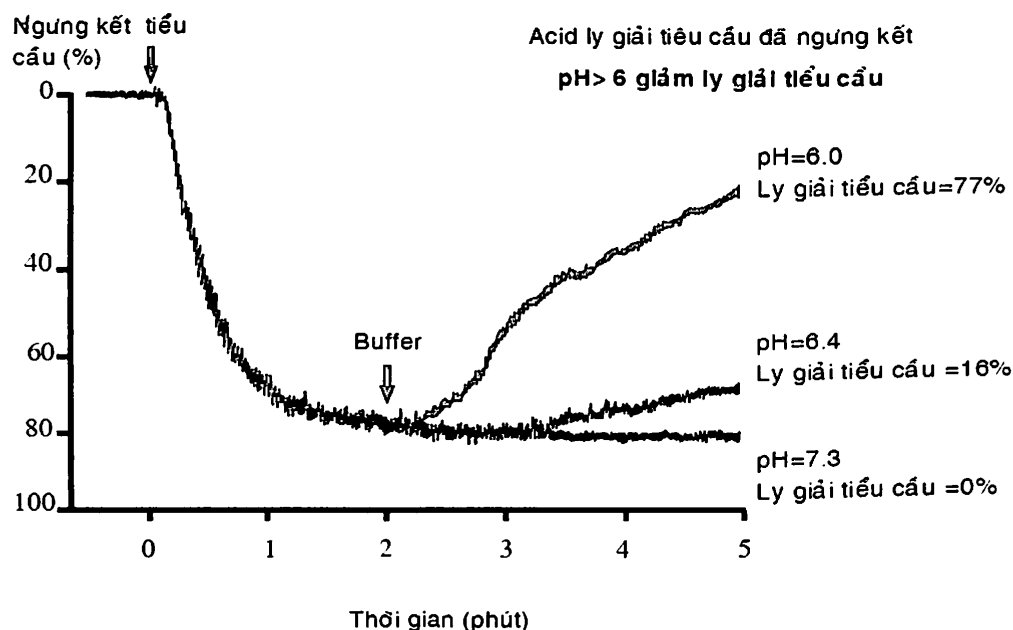
Loại dịch	Nơi khuếch tán	Thể tích hồi phục	Protein	Bán hủy
Máu	Trong lòng mạch máu	1/1	70	34-35 ngày
Huyết tương	Trong lòng mạch máu	1/1	70	34-35 ngày
Gelatin	Mạch máu	1/1		4-5 giờ
Albumin người	Mạch máu	3-4/1	200	21 ngày
Dextran 40	Mạch máu	2/1		6-8 giờ
Natri Clorua 0.9%	Ngoài tế bào	1/4		8 giờ
Lactate Ringer	Ngoài tế bào	1/4		
Glucose 5%	Nước toàn thể	1/10		

## ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Khoảng 80%-85% bệnh nhân tự ngưng chảy máu trong 48 giờ nhập viện. Khoảng 40%-50% bệnh nhân XHTH trên 60 tuổi vì thường lạm dụng thuốc kháng viêm làm tăng nguy cơ và có các bệnh lý tuổi già khác kèm theo. Nội soi cấp cứu là phương pháp cần làm ngay.

## Những yếu tố ảnh hưởng đến cầm máu tự nhiên của dạ dày tá tràng

Bình thường, vết chảy máu sẽ tự ngưng chảy trong 3-4 phút và sau đó tạo cục máu đông. Ở dạ dày, được nuôi dưỡng từ động mạch thân tạng là một nhánh của động mạch chủ bụng nên áp lực động mạch cao. Nhiều mạch máu nuôi dưỡng phong phú. Có các yếu tố chống đông tại chỗ.



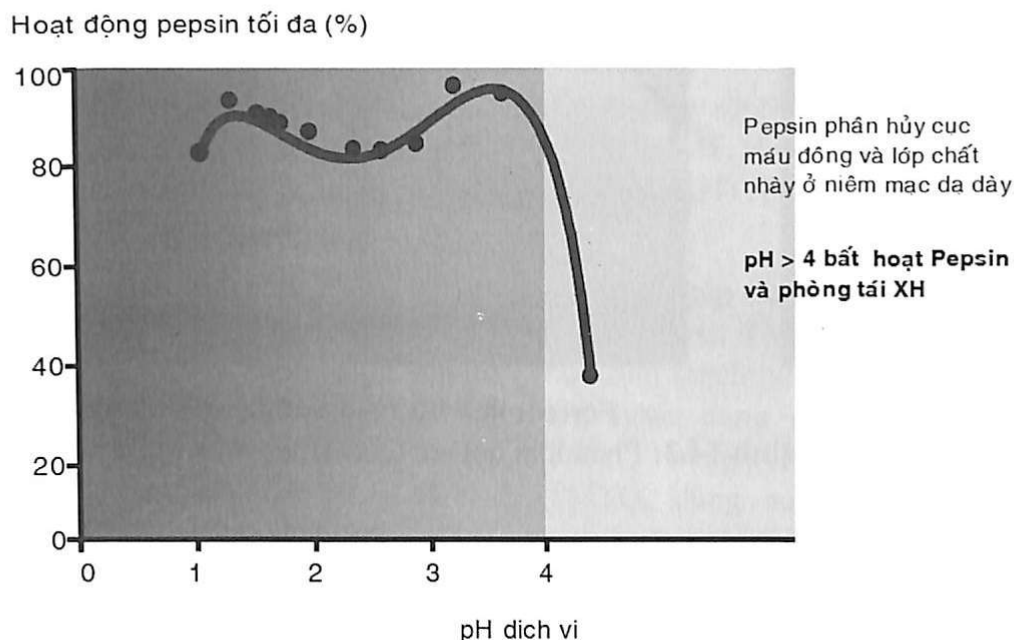
**Hình 14.1:** pH >6 và sự ngưng kết tiểu cầu

### HCl và pepsin

Hệ thống đông máu của huyết tương và tiêu cầu rất nhạy với  $H^+$  khi  $pH < 5,4$ . Pepsin hoạt hóa pepsinogen ở  $pH < 6$ , thúc đẩy phá hủy ngưng kết tiêu cầu và phá vỡ cục máu đông. Như vậy, ức chế được acid là ức chế được pepsin và tăng hệ thống đông máu của

huyết tương và tiêu cầu, tăng khả năng đông máu. Mục tiêu là đưa pH (quá trình phá hủy) cân bằng với quá trình bảo vệ.

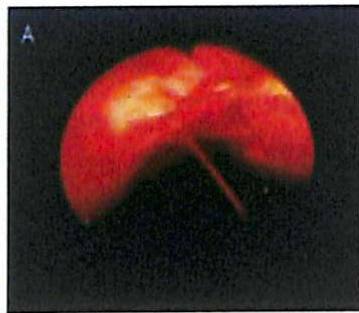
**Đánh giá nguy cơ chảy máu tái phát và mức độ nặng của bệnh trên lâm sàng và nội soi** (bảng 14.4, hình 14.3).



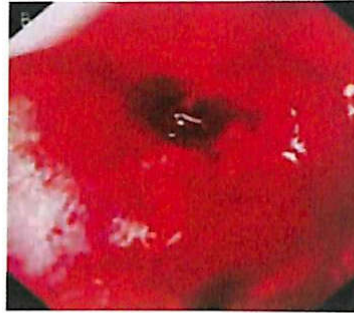
**Hình 14.2:** Hoạt động pepsin và pH dạ dày.

**Bảng 14.4:** Bảng phân loại Forrest

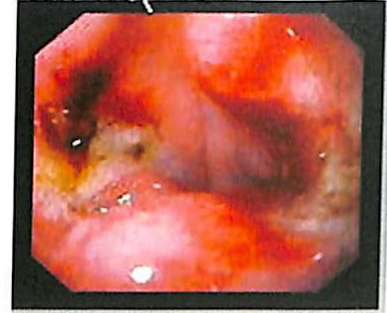
Nguy cơ cao	Ia	Máu phun thành tia (ổ loét ăn vào động mạch)
	Ib	Rỉ máu quanh ổ loét ăn vào tĩnh mạch
	IIa	Có mạch máu nhưng không chảy máu
	IIb	Có cục máu đông
Nguy cơ thấp	IIC	Có cặn đen
	III	Đáy sạch



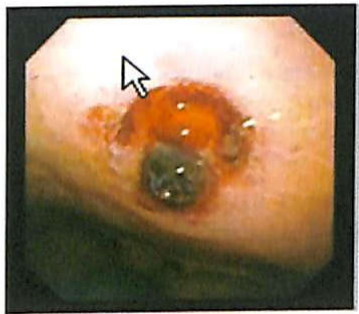
Forrest Ia



Forrest Ib



Forrest IIa



Forrest IIb



Forrest IIc



Forrest III

**Hình 14.3:** Phân loại nội soi theo Forrest

### Phương pháp và phương tiện cầm máu qua nội soi

#### Phương pháp

- Chích vào vùng chảy máu bằng các dung dịch có khả năng cầm máu.
- Que có đầu dò nhiệt năng hướng vào mạch máu chảy tạo co mạch và đông máu.
- Laser YAG.
- Đông máu bằng vi sóng.
- Clip kẹp mạch máu đang chảy.

#### Phương tiện để cầm máu

- Ở đây chỉ nêu phương pháp cầm máu bằng kim chích. Máy nội soi dạ dày tia sáng thẳng có kênh phẫu thuật đủ lớn từ 2,8-4 mm. Cần kim chích và thuốc trong số những thuốc sau:

- Polidocanol 1% - 2%.
- Adrenalin pha loãng 1/10.000 (adrenaline ống 1 mg + 10 ml nước cất).
- Alcool tuyệt đối (98%).
- Nước muối ưu trương.

#### Hiệu quả và điều trị tiếp theo

Làm co cục máu và thuyên tắc mạch gây ngưng chảy máu. Tuy nhiên, có thể gây giảm tưới máu đến vùng tổn thương đưa đến hoại tử và làm tăng kích thước ổ loét. Khoảng 95% cầm được máu nhưng 5% sau 24-48 giờ sẽ chảy máu tái phát. Vì vậy, để hình thành tốt quá trình ngưng chảy máu và hạn chế kích thước của ổ loét thì sau khi đã thực hiện cầm máu qua nội soi nên điều trị tiếp theo bằng ức chế toan mạnh thông qua cơ chế thể dịch.

Cụ thể là ưu tiên các loại thuốc có khả năng ức chế toan nhanh và mạnh (nhóm ức chế bơm proton bằng PPI). Liều dùng 80 mg omeprazol tiêm tĩnh mạch chậm trong 10-15 phút. Sau đó truyền tĩnh mạch liên tục với liều 8 mg/giờ trong 72 giờ đầu tiên. Nếu bệnh nhân ổn định, có thể chuyển sang đường uống. Nếu không có thuốc PPI đường truyền tĩnh mạch thì chuyển sang đường uống.

Hiện nay thế giới không khuyến cáo dùng kháng thụ thể  $H_2$  trong XHTH cấp do hiệu quả kém và nhiều tác dụng phụ. Nhưng nếu phải dùng thì liều dùng là ranitidin 50 mg tiêm tĩnh mạch chậm, sau đó duy trì 6,25 mg/giờ trong 72 giờ dùng loại 50 mg tĩnh mạch chậm ngày ba lần.

Nếu chảy máu tái phát (5%), phải chích cầm máu lại lần hai. Nếu không cầm được sau hai lần chích cầm máu và ức chế toan tốt, phải can thiệp ngoại khoa.

## **ĐIỀU TRỊ XHTH DO TĂNG ÁP TĨNH MẠCH CỬA - DẪN VỠ TĨNH MẠCH THỰC QUẢN (TMTQ)**

### **Phân chia độ dẫn TMTQ**

Bình thường áp lực tĩnh mạch cửa từ 1-5 mmHg. Nếu  $\geq 12$  mmHg sẽ vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản. Phân độ dẫn dựa trên nội soi thực quản dạ dày như sau:

- Dẫn độ I: dẫn các tĩnh mạch; thấy rõ ở đoạn 1/3 dưới thực quản - bơm hơi xẹp.
- Dẫn độ II: các búi tĩnh mạch dẫn mà nhìn thấy rõ ranh giới giữa các búi và các cột tĩnh mạch – bơm hơi không xẹp.
- Dẫn độ III: tĩnh mạch dẫn lớn căng phồng tạo rất rõ thành búi và cột. Mất ranh giới giữa các búi và xen lẫn các búi độ III là các búi độ II. Xuất hiện chấm

đỏ-đốm đỏ hay dải đỏ, vân đỏ trên các cột TMTQ dẫn.

### **Trong xơ gan:**

- Xơ gan chưa dẫn TMTQ: 50% sẽ dẫn TMTQ sau 6 năm.
- Xơ gan + dẫn TMTQ lớn: 50% sẽ chảy máu trong 3 năm.
- Xơ gan + dẫn TMTQ lớn + dấu suy tế bào gan rõ: 50% sẽ vỡ gây XHTH trong 6 tháng.

### **Trong tăng áp tĩnh mạch cửa:**

- 90% XHTH do dẫn vỡ TMTQ.
- 10% XHTH do dẫn vỡ tĩnh mạch vùng phình vị.

### **Phương pháp cầm máu trong dẫn vỡ TMTQ**

Chích xơ TMTQ qua nội soi để làm xơ hóa tĩnh mạch hoặc cột các búi TMTQ dẫn lớn hoặc đang chảy máu. Đặt và chẹn TMTQ bằng sond Blackmore nếu dẫn TMTQ, dùng sond Linton nếu dẫn tĩnh mạch vùng phình vị.

### **Phương pháp xơ hóa TMTQ**

Dung dịch sử dụng polidocanol 1% - 2% gồm hai phương pháp. Phương pháp intravaris để làm cho các tĩnh mạch dẫn lớn nhưng làm thuyên tắc mạch nhanh và tạo được dải xơ trong thời gian dài. Nhược điểm là phun máu trong khi làm. Phương pháp paravaris có ưu điểm là tạo áp lực bên cạnh chèn ép vào TMTQ làm ngưng chảy máu, tạo được dải xơ nhưng nhược điểm là hiệu quả thuyên tắc mạch kém. Chỉ định nhắc lại sau 7 – 10 ngày nhắc lại, và chích 4-5 lần nối tiếp nhau.

Đợt II được áp dụng sau khi đã giảm độ varis (giảm từ độ 3 xuống độ 2 hoặc độ 1) mỗi 3 tháng. Mỗi một đợt chích 2-3 lần các đợt kế tiếp. Mỗi 6 tháng kiểm tra nhắc lại các tĩnh mạch mới tăng sinh.



## **Phòng ngừa XHTH tái phát (khi đã ngưng chảy máu)**

Phòng ngừa này mang tính chất lâu dài.

### ***Propranolol***

Làm giảm cung lượng tim và giảm nhịp tim, giảm lượng máu hệ tĩnh mạch của tĩnh mạch cửa nên giảm áp lực, giảm XHTH tái phát. Chống chỉ định khi đang XHTH, nhịp tim chậm dưới 55 lần/phút, huyết áp thấp, có các bệnh kèm theo của chống chỉ định dùng propranolol như hen phế quản, đái đường đang dùng thuốc hạ đường huyết mà bệnh nhân không có khả năng phát hiện cơn hạ đường huyết, suy gan nặng, suy tim, không kiểm soát liều lượng. Dùng từ liều nhỏ nhất tăng dần từ 10 mg x 2 lần mỗi ngày đến khi đạt được nhịp tim giảm 20% so với trước sử dụng và huyết áp giảm 10% so với trước sử dụng thì duy trì liều trên.

### ***Isosorbide 5 mononitrate***

Cung cấp NO làm giãn mạch, giảm lực cản trong gan giảm lượng máu trong gan, giảm lượng máu về tĩnh mạch cửa. Giảm áp lực tĩnh mạch cửa sẽ làm giảm XHTH tái phát. Chống chỉ định nếu sốc tim, tụt huyết áp, giảm thể tích tuần hoàn nặng. Nên dùng hai loại propranolol và isosorbide-5-mononitrate phối hợp sẽ đạt được hiệu quả cao hơn.

### ***Somatostatin và octreotide***

Cơ chế là làm giảm lưu lượng máu tại gan, giảm áp lực máu nội tạng, tăng trương lực cơ thắt dưới, giảm áp lực tĩnh mạch dẫn, tuy nhiên không làm thay đổi tiêu thụ oxy ở các tạng. Liều somatostatin truyền tĩnh mạch liên tục 6 mg/24 giờ hoặc 3,5 mg/kg/giờ; hoặc sandostatin 25-50 mg/h,

tiêm tĩnh mạch chậm, được điều trị trong năm ngày đầu tiên.

### **Ngoại khoa**

- Cắt đoạn thực quản.
- Tạo cầu nối cửa chủ.
- Cầu nối Warren.
- Ghép gan.

### **Biến chứng của chích xơ TMTQ**

#### ***3 ngày đầu***

- Đau rất dữ dội do xơ hóa.
- Sốt (phản ứng do thuốc).
- Nhiễm trùng (kháng sinh phối hợp).
- Tạo loét ngay chân mũi kim chích (dùng antacid loại gel để bọc thực quản).

#### ***Sau 3 ngày***

- Chảy máu tái phát.
- Loét sâu thực quản làm thủng thực quản.
- Hẹp thực quản do chích xơ nhiều lần.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hồi sức cấp cứu – Nguyễn Văn Đính 1990.
2. Bài giảng bệnh học nội khoa – Bộ Môn Nội Trường ĐHYD TP HCM 1992.
3. Harrison's Principles of Internal Medicine – 1999.
4. Forrest JA et al. 1974; 17: 394-7
5. Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB et al. Risk assessment following acute gastrointestinal haemorrhage. Gut 1996; 38: 316-21.
6. Sung Jy, Barkum A, Kuipers EJ, Mossner J, Jensen OM, Stuart R. Intravenous esomeprazole for ulcer bleeding. Annals of internal medicine 2009; 150 (7): 455-64.

## **CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ**

### **Chọn một câu đúng**

1. Phát biểu nào sau đây về xuất huyết tiêu hóa không đúng:
  - A. Là hiện tượng chảy máu đổ vào đường ống tiêu hóa sau đó được tổng ra ngoài.
  - B. Xuất huyết tiêu hóa là một biến chứng của nhiều hội chứng và liên quan đến nhiều chuyên khoa.
  - C. 80% trường hợp xuất huyết tiêu hóa là do tổn thương nằm ở trên góc Treitz.
  - D. Chảy máu do tổn thương ở hồng tràng được xếp vào nhóm xuất huyết tiêu hóa dưới.
  - E. Nội soi là bước điều trị quan trọng đầu tiên.
2. Dấu hiệu nào phù hợp với xuất huyết tiêu hóa mức độ nặng:
  - A. Lượng máu mất khoảng 30% khối lượng thể tích tuần hoàn.
  - B. Giảm tưới máu ở các cơ quan trung ương có khả năng chịu đựng được tình trạng mất máu trong một thời gian ngắn.
  - C. Hematocrit 28%.
  - D. Hồng cầu 3 triệu/mm<sup>3</sup>.
  - E. Thở kiểu toan máu
3. Những điểm cần lưu ý khi xác định mức độ xuất huyết tiêu hóa ngoại trừ:
  - A. Triệu chứng lâm sàng xuất hiện trước triệu chứng cận lâm sàng.
  - B. Dấu hiệu sinh tồn thường trung thực khi mới xuất huyết tiêu hóa.
  - C. Hct bắt đầu thay đổi sau khi xuất huyết tiêu hóa xảy ra 6 giờ.
  - D. Hct phản ánh chính xác mức độ xuất huyết tiêu hóa sau 12 giờ
  - E. Tình trạng sốc có thể xảy ra ở những bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh lý tim mạch khi Hct = 25%.
4. Các yếu tố được sử dụng để đánh giá trong thang điểm Rockall, ngoại trừ:
  - A. Tuổi.
  - B. Mạch và huyết áp.
  - C. Hemoglobin.
  - D. Tổn thương được xác định qua nội soi tiêu hóa.
  - E. Bệnh lý nội khoa phối hợp.
5. Các yếu tố được sử dụng để đánh giá trong thang điểm Blatchford, ngoại trừ:
  - A. Tuổi.
  - B. Mạch.
  - C. Huyết áp.
  - D. Hemoglobin.
  - E. Urê máu.
6. Dung dịch được ưu tiên sử dụng trong bồi hoàn thể tích trong hồi sức ban đầu ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa:
  - A. Glucose 5%.
  - B. Natri clorua 0,9%.

- C. Glucose 10%.
  - D. Glucose 20%.
  - E. Glucose 30%.
7. Công thức để bồi hoàn thể tích tuần hoàn ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa:
- A. 45 – 50 ml máu/kg.
  - B. 50 – 55 ml máu/kg.
  - C. 55 – 65 ml máu/kg.
  - D. 70 – 75 ml máu/kg.
  - E. 75 – 85 ml máu/kg.
8. Dung dịch bồi hoàn thể tích nào sau đây có khả năng bồi hoàn thể tích tuần hoàn kém nhất:
- A. Máu.
  - B. Huyết tương.
  - C. Glucose 5%.
  - D. Natri clorua 0,9%.
  - E. Lactate Ringer.
9. Nguyên tắc bồi hoàn thể tích bằng chế phẩm máu trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa, ngoại trừ:
- A. Đăng ký xin máu sớm cho tất cả các trường hợp xuất huyết tiêu hóa ngay ở thời điểm nhập viện.
  - B. Bồi hoàn thể tích tuần hoàn với tỉ lệ 1/3 là máu và 2/3 là dịch đẳng trương.
  - C. Truyền đến khi hết dấu hiệu thiếu oxy não.
  - D. Truyền đến khi Hct  $\geq 20\%$ , hồng cầu  $\geq 2$  triệu.
  - E. Nếu bệnh nhân lớn tuổi nên nâng Hct  $\geq 25\%$  và hồng cầu  $\geq 2,5$  triệu.
10. Các phương pháp cầm máu xuất huyết tiêu hóa do dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản, ngoại trừ:
- A. Chích xơ tĩnh mạch thực quản.
  - B. Cột tĩnh mạch thực quản.
  - C. Vừa cột vừa chích xơ.
  - D. Sonde Blackmore.
  - E. Sonde Linton.

### ĐÁP ÁN

1E, 2E, 3D, 4C, 5A, 6B, 7D, 8C, 9A, 10E