

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

I. ĐỊNH NGHĨA BỆNH:

- Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày-tá tràng (DD-TT) là một cấp cứu nội-ngoại khoa thường gặp, chiếm 35-50% các trường hợp XHTH trên.
- Khoảng 80% có thể tự cầm trong vòng 48 giờ sau khi nhập viện. Gần 90% trường hợp xuất huyết tái phát xảy ra trong vòng 3-4 ngày đầu tiên.
- Tỷ lệ tử vong vào khoảng 10% tùy thuộc vào mức độ nặng của lần xuất huyết đầu tiên, cơ địa và tuổi tác và bệnh kèm theo của bệnh nhân.

II. NGUYÊN NHÂN & YẾU TỐ THUẬN LỢI:

- Loét dạ dày-tá tràng là nguyên nhân thường gặp nhất của XHTH trên. Các yếu tố thuận lợi có thể liên quan đến việc: nhiễm vi khuẩn *Helicobacter pylori*, sử dụng các thuốc kháng viêm, giảm đau hay các thuốc chống kết tập tiểu cầu, uống rượu bia và hút thuốc lá nhiều...

III. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán xác định có XHTH:

- Nôn máu
- Và /hoặc tiêu phân đen
- Có thể tiêu ra máu đỏ nếu chảy máu lượng nhiều
- Cần phân biệt trường hợp ho ra máu (máu tươi lẫn bọt, không lẫn thức ăn) hoặc chảy máu từ vùng răng miệng, tai mũi họng...

2. Chẩn đoán mức độ nặng của xuất huyết:

- Cần đánh giá ngay khi tiếp nhận bệnh nhân và trong quá trình theo dõi, có thể chia ra 3 mức độ:

Mức độ Thông số đánh giá	Nhẹ (< 1.000mL)	Trung bình (1.000-2.000mL)	Nặng (> 2.000mL)
Da niêm	Hơi xanh	Xanh, khát nước	Lạnh, nhợt nhạt
Mạch (lần/phút)	< 100	100-120	> 120
HA t.thu (mmHg)	> 100	100-80	< 80
Tri giác	Tỉnh táo	Lờ đờ	Vật vờ, lơ mơ
Nước tiểu	Cô đặc	Thiểu niệu	Vô niệu

Hct (%)	> 30	30 – 20	< 20
Hồng cầu (triệu/mm ³)	> 3	3 – 2	< 2

- Có thể đánh giá khả năng cần can thiệp y khoa của XHTH dựa vào Thang điểm Glasgow Blatchford (2000) để phân tầng nguy cơ:

	Các yếu tố đánh giá		Điểm
GBS cải tiến	Mạch	≥ 100 l/p	1
	BUN (mg/dL)	≥ 18.2 đến < 22.4	2
		≥ 22.4 đến < 28	3
		≥ 28 đến < 70	4
		≥ 70	6
	Hemoglobin NAM(g/L)	≥ 12 đến < 13	1
		≥ 10 đến < 12	3
		< 10	6
	Hemoglobin NỮ (g/L)	≥ 10 đến < 12	1
		< 10	6
	HA tâm thu (mmHg)	100 – 109	1
		90 – 99	2
		< 90	3
GBS đầy đủ	GBS cải tiến + dấu hiệu khác	Tiêu phân đen	1
		Ngất	2
		Bệnh gan	2
		Suy tim	2

➔ Bệnh nhân có thể xem xét điều trị ngoại trú nếu GBS < 1 điểm, điểm GBS càng cao bệnh nhân càng có nguy cơ cao cần can thiệp y khoa.

- Bệnh nhân nên được nội soi dạ dày sớm trong vòng 12-24 giờ đầu sau XHTH khi huyết động ổn định, có thể dựa vào phân loại Forrest để tiên lượng khả năng tái phát của XHTH:

Phân loại Forrest		Tỷ lệ tái phát XHTH
I A	Máu chảy phun thành vòi	55%
I B	Máu chảy lan từ ổ loét	

II A	Thấy lộ mạch máu	43%
II B	Cục máu đông bám trên ổ loét	22%
II C	Đáy vết loét có cặn đen	10%
III	Đáy ổ loét sạch	< 5%

- Có thể đánh giá độ nặng của XHTH dựa vào Thang điểm Rockall (1996) sau khi có kết quả nội soi: Tương quan giữa điểm số Rockall với tỷ lệ tử vong:

Điểm	Tử vong không có xuất huyết tái phát	Tử vong có xuất huyết tái phát
3	2%	10%
4	4%	16%
5	8%	23%
6	10%	33%
7	15%	43%
8+	28%	53%

3. Chẩn đoán XHTH tiếp diễn: dựa vào

- Tube Levin ra máu hồng hoặc đỏ tươi
- Tiêu phân đỏ tươi hoặc phân đen lỏng
- Sinh hiệu không ổn định: Mạch còn nhanh, Huyết áp dao động hoặc thấp
- Nhu động ruột tăng liên tục

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Mục tiêu điều trị:

- Bồi hoàn thể tích tuần hoàn đã mất, đảm bảo hoạt động của các cơ quan trọng yếu (não, tim, gan, thận).
- Làm ngưng chảy máu bằng các phương tiện nội khoa (thuốc), can thiệp nội soi hoặc phẫu thuật.
- Phòng ngừa xuất huyết tái phát và biến chứng choáng, suy thận...

2. Điều trị cụ thể:

- Đánh giá ngay sinh hiệu và mức độ mất máu, nằm đầu thấp, thở oxy nếu cần.
- Thiết lập ngay 1 hay 2 đường truyền bằng kim lớn dịch tinh thể (NaCl 0,9%,...)
- Đặt tube Levin để theo dõi và rửa dạ dày nếu cần.

- Thử khẩn các xét nghiệm Công thức máu, Hct, Hb, BUN, creatinin, nhóm máu.
- Tiêm thuốc ức chế bơm proton (PPI) bolus hay truyền tĩnh mạch bằng bơm điện tự động:
 - Trước tiên, Bolus tĩnh mạch Omeprazole (Losec), Esomeprazole (Nexium) hoặc Pantoprazole (Pantoloc) 2 ống (80mg) trong vòng 30 phút.
 - Sau đó, truyền tĩnh mạch liên tục duy trì tốc độ 8mg/ giờ trong 72 giờ nếu nội soi dạ dày có can thiệp cầm máu, nếu nội soi nguy cơ chảy máu thấp Forrest IIC,III hay bệnh nhân XHTH ổn có thể dùng PPI liều thấp ngắt quãng 1-2 lần/ngày (uống hay tiêm tĩnh mạch).
 - Nếu không có PPI dạng tiêm, có thể sử dụng Ranitidine (Zantac) 50mg 2 ống tiêm tĩnh mạch , sau đó tiêm 1 ống 50mg mỗi 8 giờ.
- Khi tình trạng huyết động ổn định, cho bệnh nhân đi nội soi dạ dày sớm để đánh giá tổn thương, mức độ nặng hay can thiệp cầm máu.
 - Kết hợp với xử lý can thiệp nội soi cầm máu theo hướng dẫn sau đây:
 - Forrest I, IIA: Cầm máu nội soi kết hợp điều trị nội khoa, nếu thất bại chuyển sang can thiệp DSA, phẫu thuật
 - Forrest IIB : Bơm rửa cục máu đông xem có cần can thiệp nội soi cầm máu hay không
 - Forrest IIC,III: cho bệnh nhân xuất viện sớm, điều trị nội khoa
- Một số biện pháp Nội soi cầm máu trong XHTH do loét:
 - Tiêm Adrenalin hoặc Polidocanol
 - Kẹp cầm máu (Hemoclip, Over the scope clip), phun Hemospray

V. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG:

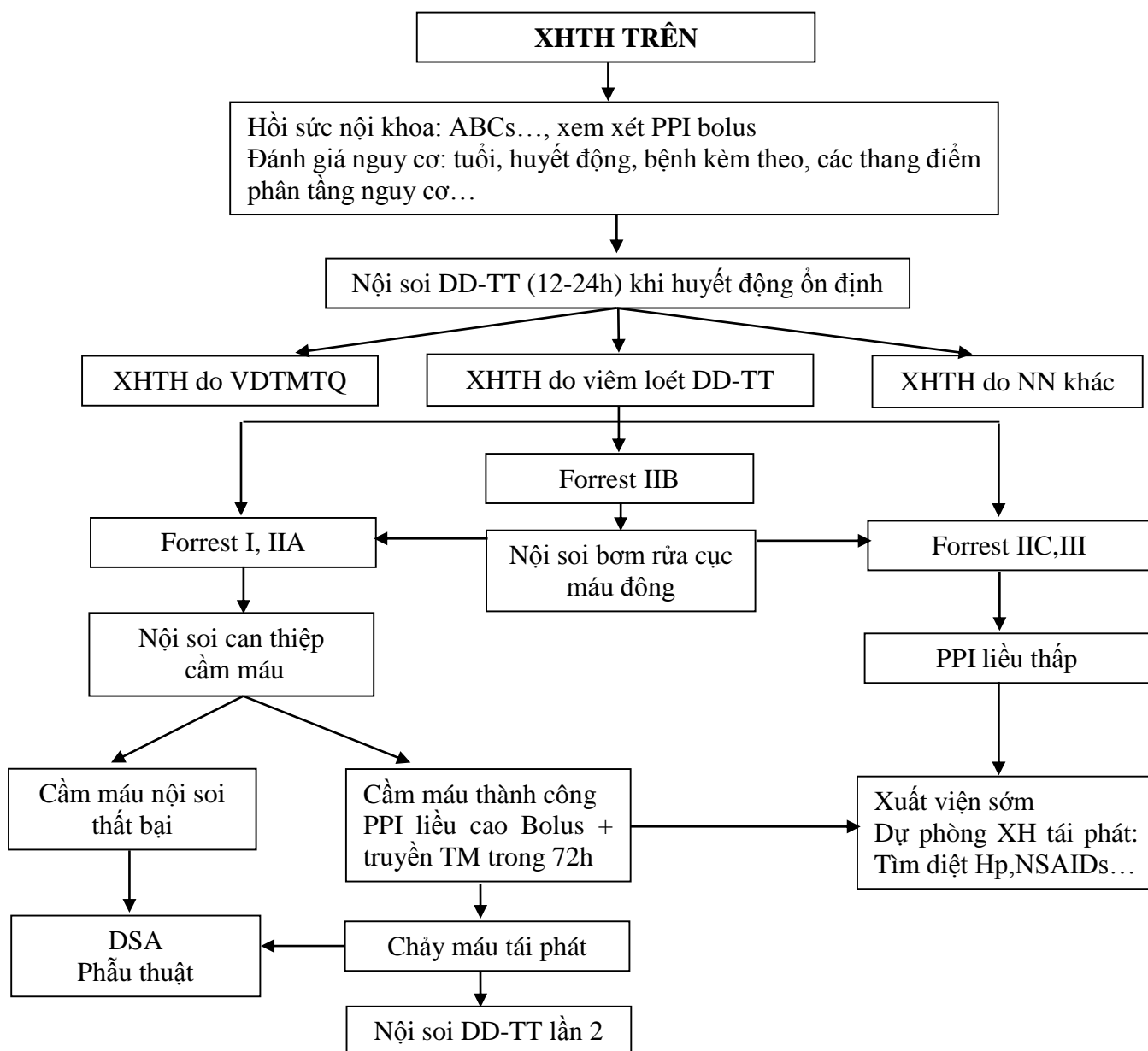
- Tiên lượng khả năng cần can thiệp y khoa theo thang điểm Glasgow Blatchford.
- Tiên lượng tử vong và tái xuất huyết dựa theo Phân loại Forrest và thang điểm Rockall đầy đủ.
- Biến chứng: Choáng giảm thể tích, suy thận chức năng.

VI. PHÒNG BỆNH:

- Điều trị diệt trừ Helicobacter pylori để tránh tái phát.

- Điều trị tiết chế ăn uống và thay đổi lối sống và thói quen sinh hoạt (ngưng hút thuốc lá và uống rượu bia), theo dõi việc sử dụng lâu dài các thuốc kháng viêm, giảm đau và chống kết tập tiểu cầu...

LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO LOÉT DẠ DÀY-TÁ TRÀNG



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Loren laine, Gastrointestinal bleeding (2015), Harrison's Principles of Internal Medicine 19th Edition, Chap 57, pp 276-279.
2. Prakash Gyawali C. and Ahmad Manasra, Gastrointestinal bleeding (2013), The Washington Manual of Medical Therapeutics 34rd Edition, pp 701-707.
3. Gralnek Ian M et al. Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: ESGE Guideline... Endoscopy 2015; 47: a1–a46.
4. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018; Sung JJY, et al. Gut 2018;67:1757–1768.