

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

(ngày nay có viên nang nội soi)

XHTH TRÊN

(dạ dày - D2 tá tràng)

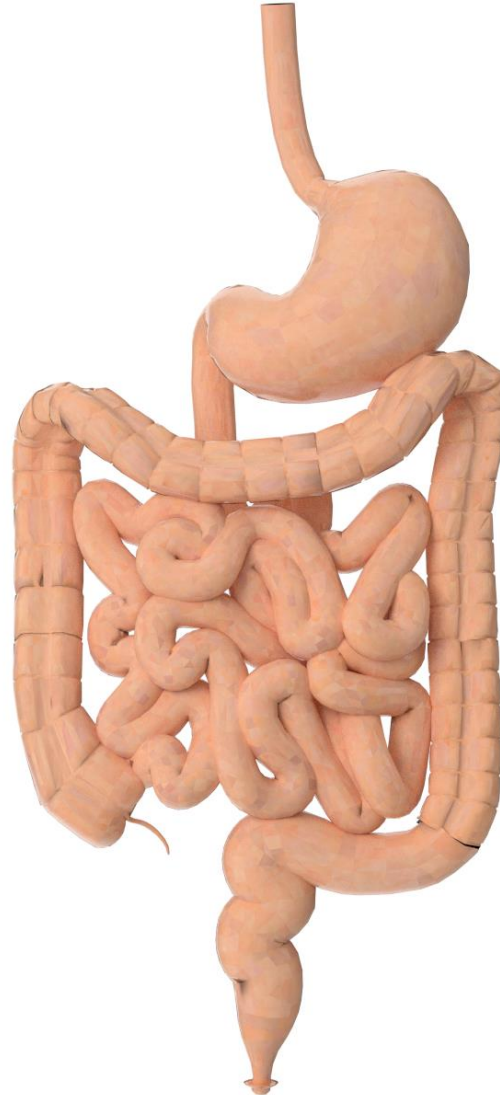
XHTH RUỘT NON

(XHTH ẩn dấu)

Vùng ko nội soi
Bình thường được

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	Tỉnh, hơi mệt	Chóng mặt, đổ mồ hôi, tiểu ít Da xanh, niêm nhợt,	Hốt hoảng, lơ mơ, ngất
Mạch	< 100 l/ph	≥ 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. [nhưng k phải tuyệt đối, Vd: BN THA]
- 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 RL tri giác thì nằm nghiêng T (dạ dày bên đó)
 - Thở oxy
 - Nhịn ăn uống

- Bồi hoàn thể tích tuần hoàn

- Thuốc

- Nội soi chẩn đoán ± điều trị

- Xét chỉ định ngoại khoa/ can thiệp mạch

Bồi hoàn thể tích tuần hoàn (1)

- Biện pháp căn bản
- Thiết lập đường truyền càng sớm càng tốt
Note với điều dưỡng là đường truyền để bồi hoàn
- Dung dịch:
 - Nên: sử dụng ngay dd đẳng trương có sẵn
LR, Natri Clorua 9 ‰ > > Glucose 5% [do ko bị chuyển thành nhược trương khi truyền tốc độ nhanh]
 - Không nên: [do làm tăng độ nhớt máu & tăng quá trình toan]
Dung dịch ưu trương Glucose 10% - 30% [Độ nhớt cao ko truyền nhanh được]
 - 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 [MBP > 60 hoặc SBP > 90]
(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** > 65ys cũng cần lưu ý

Truyền các chế phẩm máu

CHỌN LỰA CHẾ PHẨM MÁU

Truyền thành phần thiếu!

Thiếu máu

1. Ưu tiên HC lắng > máu toàn phần Tránh Phản ứng dị ứng do KN-KT trong huyết tương
Cũng như nguy cơ nhiễm trùng
2. Giữ Hb mục tiêu [Truyền đến khi nào? Dựa vào Hb. Nhưng ko nên quá >10 g/dL]
 - 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

➤ 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.

➤ TIÊU 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
- Tỉ 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 = TM dẫn, thành rất mỏng => DH chỉ điểm nguy cơ cao
1 TM có nguy cơ cao vỡ dẫn, dựa trên nội soi: độ dẫn lớn, có dấu son

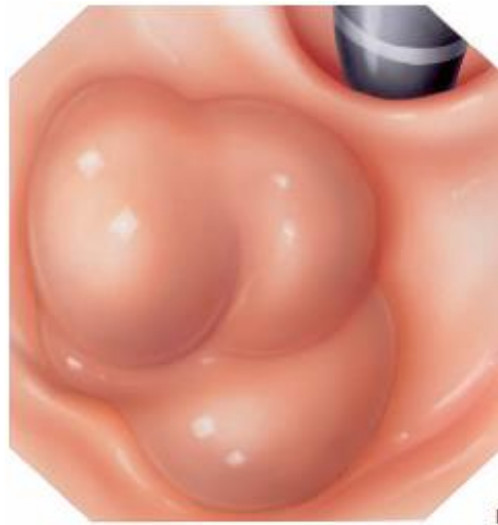
Phân Độ Dẫn Tĩnh Mạch Dạ Dày

(TM phình vị)

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 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

ĐIỀU TRỊ XHTH DO TALTMC

- 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 [truyền chung máu vs dịch => nguy hiểm]

- Diễn tiến XHTH có thể trở nặng đột ngột
Dù XH nhẹ cũng phải lập sẵn 2 đường
- Đường truyền máu riêng (nếu có CĐ)

Lỡ có phản ứng thì ko biết do cái nào, ko nên dùng trạc ba vì vẫn trộn lẫn và khó tăng tốc độ


➤ 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 [nên giữ HA khoảng 90-100 mmHg]
 - tăng ALTMC → Tăng tỉ lệ XH tái phát & tử vong
- Truyền dịch quá nhiều
 - Lý do như trên
 - làm tăng nguy cơ phù bóng (dư muối nước)
- Điều chỉnh đông cầm máu là cần, nhưng không nên trì hoãn thời điểm thực hiện nội soi
 - Vỡ dẫn thường do XG nên rất khó điều chỉnh



Vì thường kèm RL đông máu nên rất nhạy khi nâng HA lên nên giữ mức vừa đủ SBP 90, MBP 60 chứ ko phải 140 nữa

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 TALTCMC

- 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

[option giảm dần]

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
- **Dùng ngay** khi nghi ngờ XHTH do tăng ALTMC
- Hiệu quả cầm máu **tạm thời 80%** Cần gì đó tích cực hơn
- Dùng kéo dài **3 – 5 ngày** sau khi đã có CĐ (+)

CÁC THUỐC GIẢM ÁP LỰC TMC

Nếu điều trị phối hợp theo chiến lược, 3 thuốc tác dụng tương đương.
Nhưng nếu NS ko can thiệp được hoặc ko hiệu quả => Lưu ý Octreotide có lờn thuốc.

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

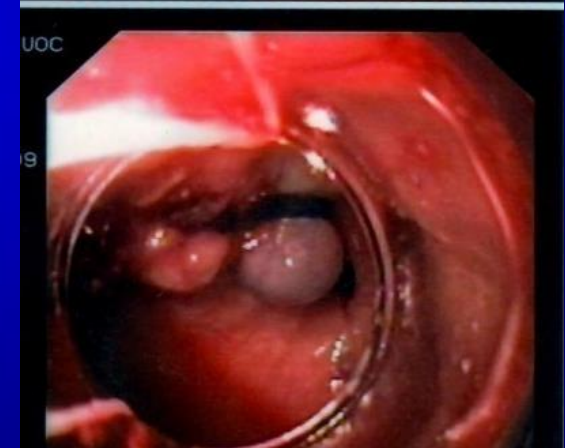
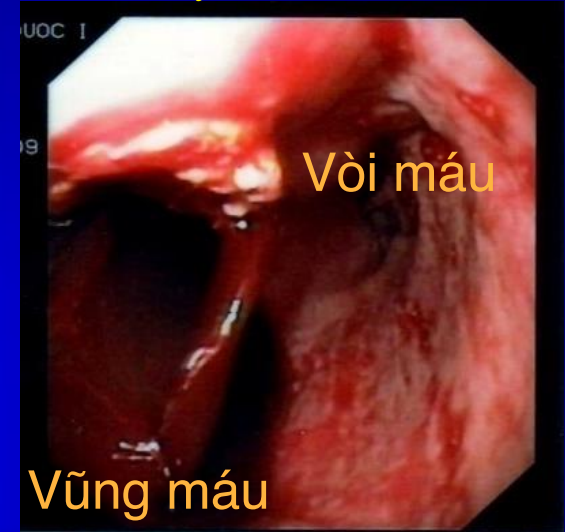
Octreotide:

- 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
SBP < 90, mạch < 100
(tốt nhất: đã nhận được máu)
- ❖ Không chờ đợi chỉnh đông máu
- ❖ 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)

không đông, lượng nhiều, máu tươi do không kịp thời chuyển thành hematin.



có 2 búi, được cột thun. TH này không đợi điều chỉnh RL đông máu do phương pháp này can thiệp cơ học. Tuy nhiên, sau 3-5 ngày, búi bị hoại tử, tạo ổ loét. Nếu không điều chỉnh, sẽ tiếp tục chảy máu từ ổ loét

ĐIỀU TRỊ NỘI SOI CÀM MÁU

EVL: Endoscopic variceal ligation

❖ Varices thực quản: **EVL >>> chích xơ**

❖ Varices dạ dày: **Chích keo Cyanoacrylate**
[keo con voi]

Riêng GEV1: keo > EVL



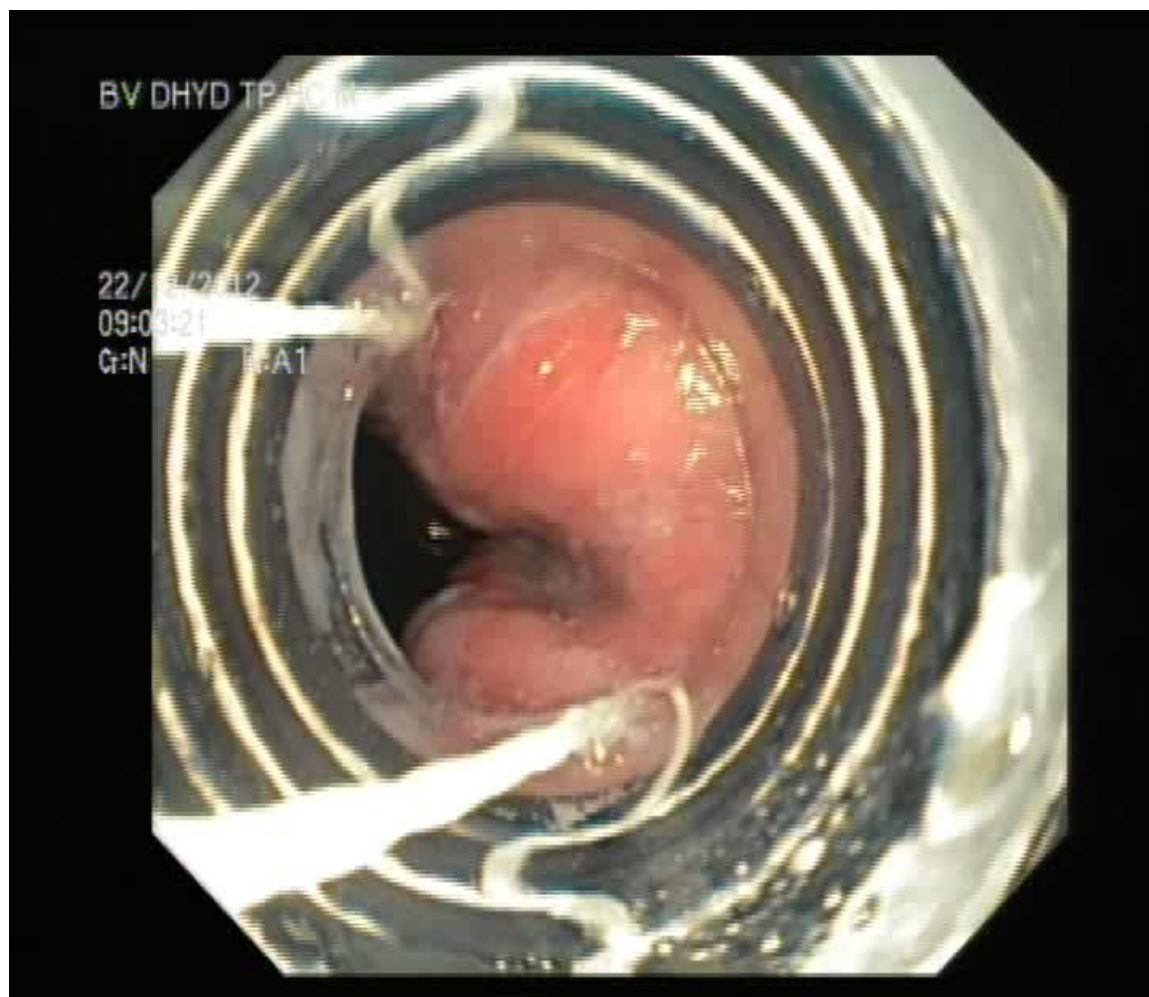
Gastro-Esophageal Varix 1



Gastro-Esophageal Varix 2



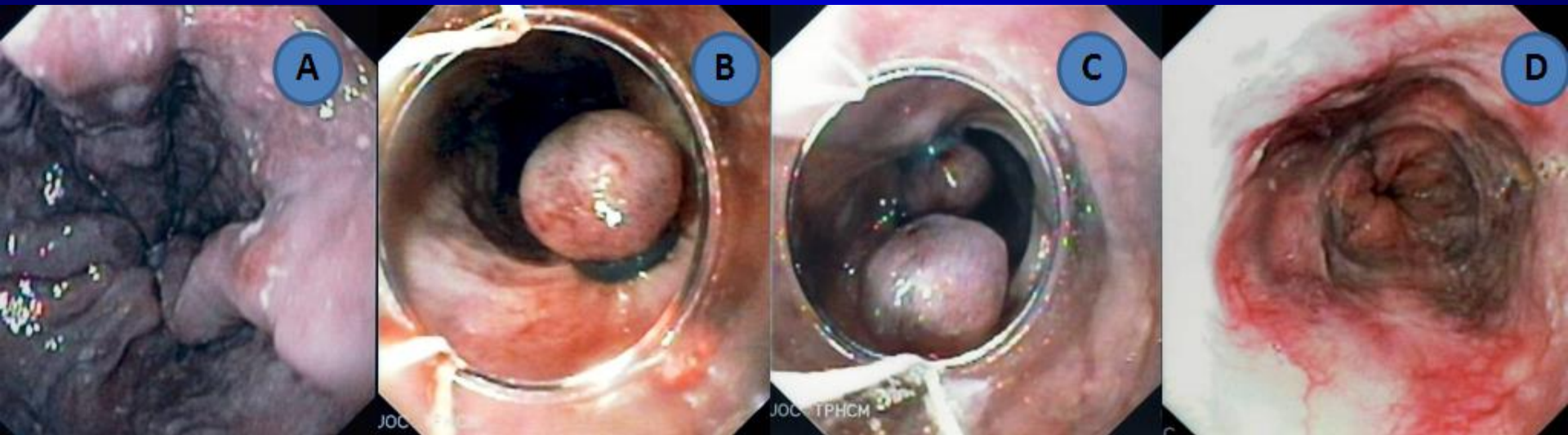
Isolated-Gastric Varix 1



Hút bó TM lên sát rồi Vặn vô lăng thì từng vòng thun bắn ra, thường có 6 vòng
Hút lên mà vỡ luôn cũng ko sao

NỘI SOI THẮT TĨNH MẠCH THỰC QUẢN:

- ưu tiên những chỗ đang phun máu hoặc có dấu son.
- phòng ngừa tái phát: thắt lại sau 1-2w



TM phình vị

Dạ BN có thể tiêu phân đen sau đó do máu cũ chỉ ko phải tái phát

chích keo, ở bên cạnh
chỗ xuất huyết

Chích trực tiếp
vô bó mạch



keo Cyanoacrylate đông nhanh quá
nên có khi dính vô hư ống luôn hoặc
dính kim vô mạch ko rút ra được

CHIẾN LƯỢC CẦM MÁU CẤP CỨU

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



NỘI SOI CỘT THẮT TMTQ



NỘI SOI CHÍCH XƠ

Ko bằng cột thắt nên khỏi nói



CHÈN BẰNG BÓNG

CHỌN SOND E CẦM MÁU

- ❖ Hiệu quả: cầm máu tạm thời > 80% trường hợp = thuốc giảm ALTMC
- ❖ 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) ^{biện pháp cứu vãn.} >24h => thiếu máu nuôi, hoại tử



Blakemore sonde

2 bóng, bóng dài thực quản
3 nhánh: TQ, DD, nhánh còn lại
có nhiều lỗ hơi để bơm/hút



Linton – Nachlas sonde

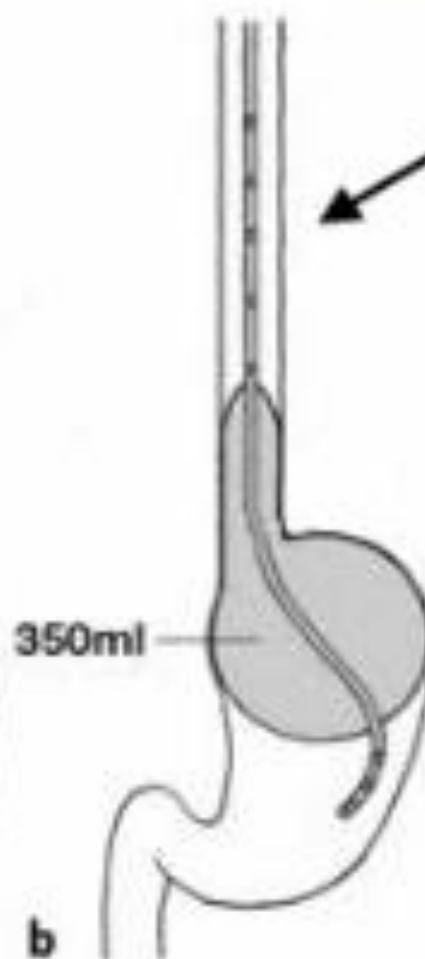
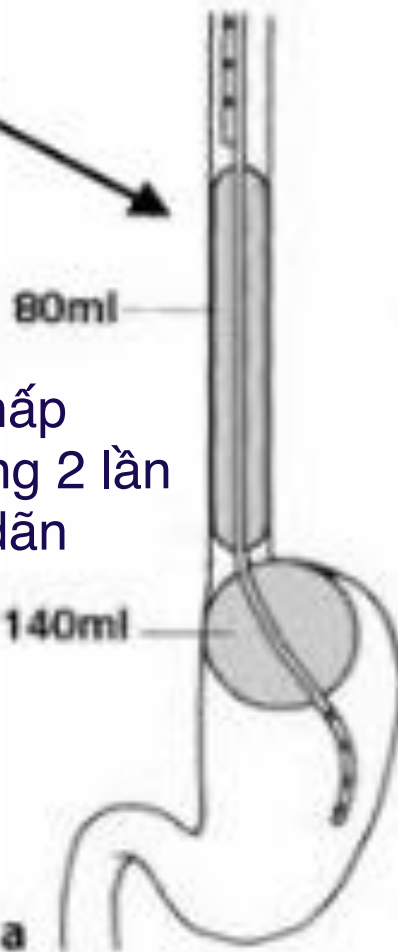
dùng cho vỡ dẫn TM phình vị,
cho hiệu quả tốt hơn vì bóng DD to hơn



Sengstaken
Blakemore

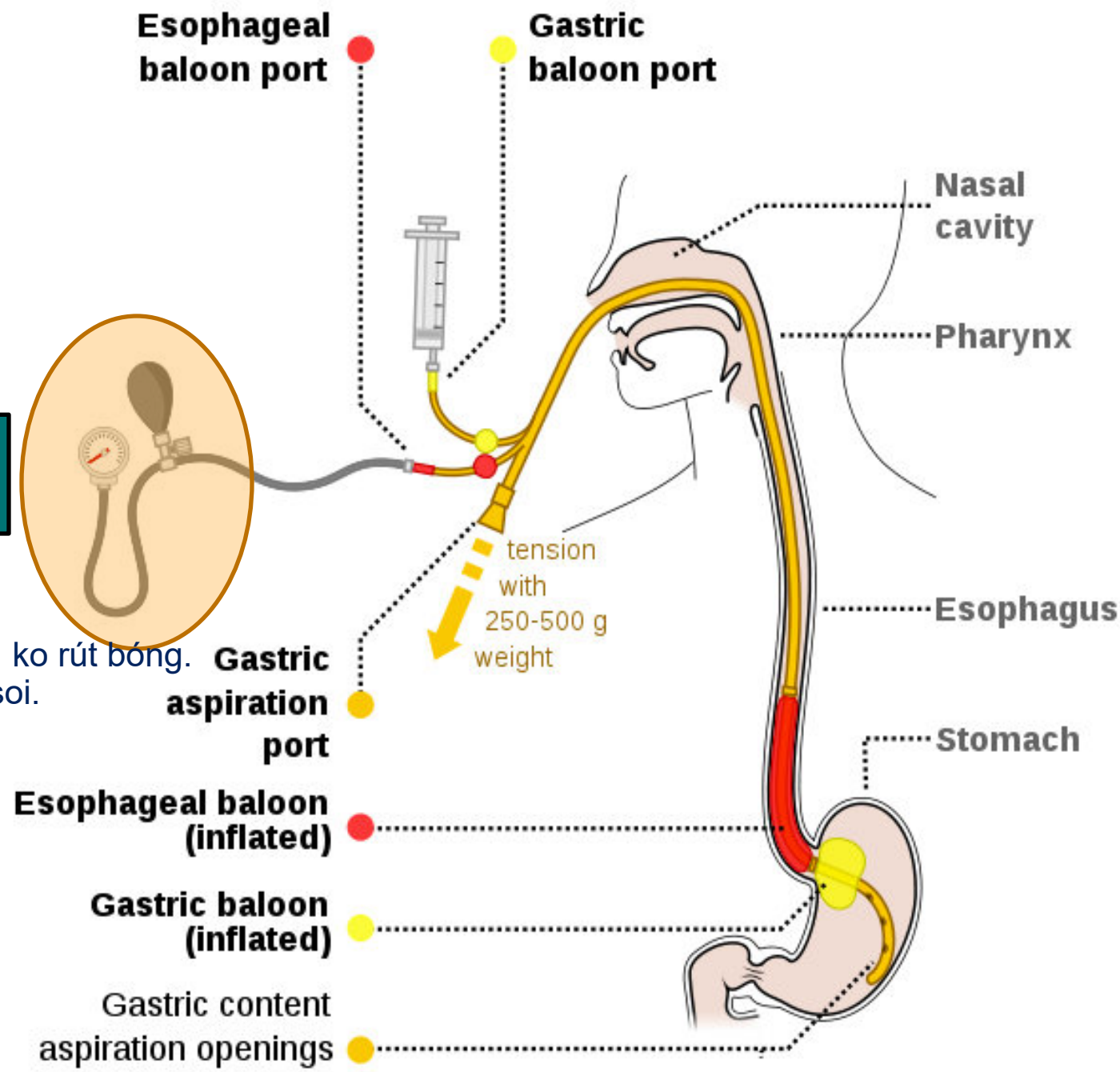
Linton
Nachlas

Sonde được hấp
dùng lại khoảng 2 lần
nên có khi bị dẫn



- P: 35 – 45 mmHg
- Theo dõi mỗi 3h

theo dõi mỗi 3h do sợ xì
mỗi 6h xả bóng phòng
thiếu máu nuôi nhưng lưu, ko rút bóng.
có thể rút sau 24h để nội soi.
có thể rút sớm hơn nếu
tình trạng BN ổn định



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 SONDÊ 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 TALTCMC

- 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

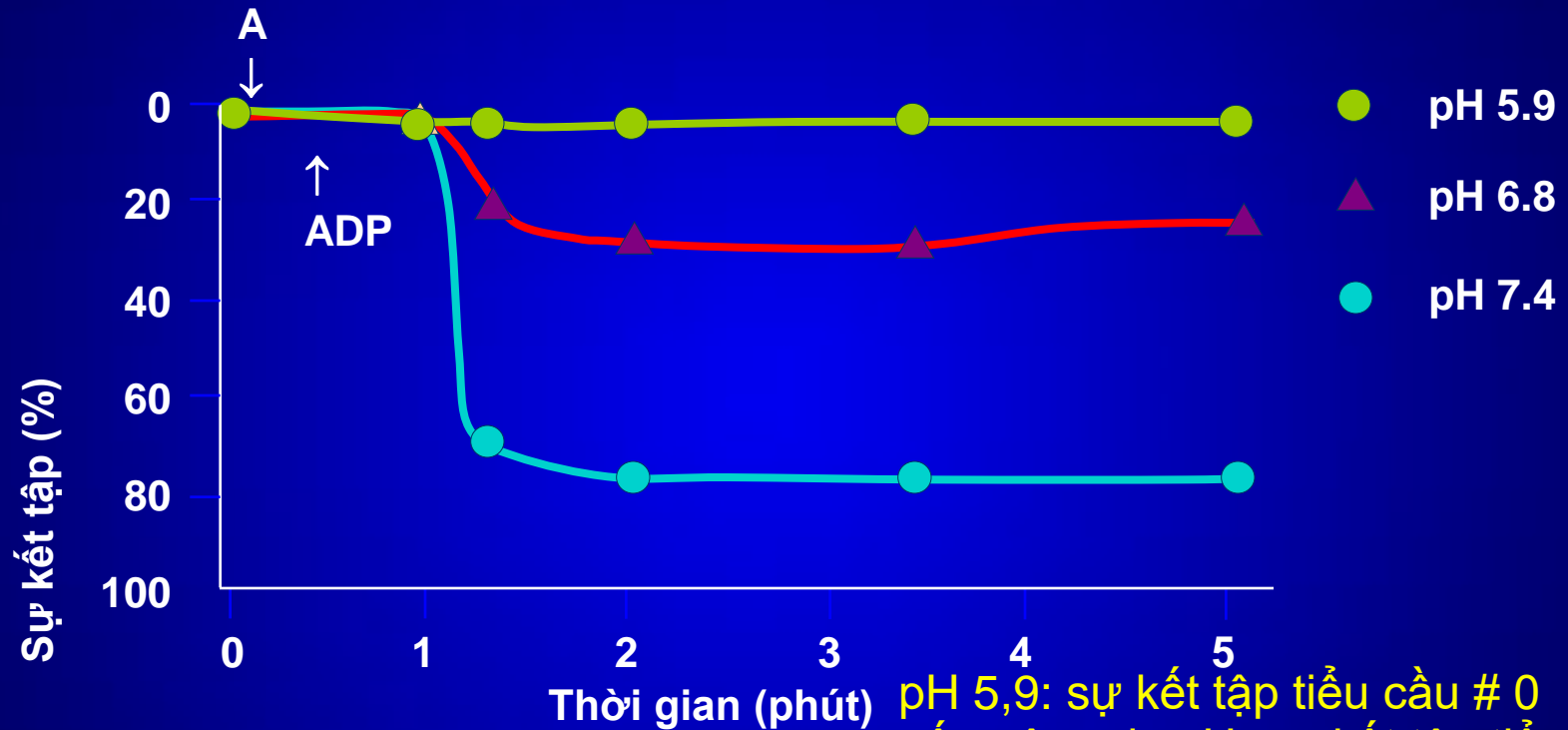
- Lactulose: 10g/gói, 1 – 3 lần / ngày
- chỉnh để BN đi tiêu 2 – 3 lần / ngày

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

ĐIỀU TRỊ XHTH K_o DO TALMC

- 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

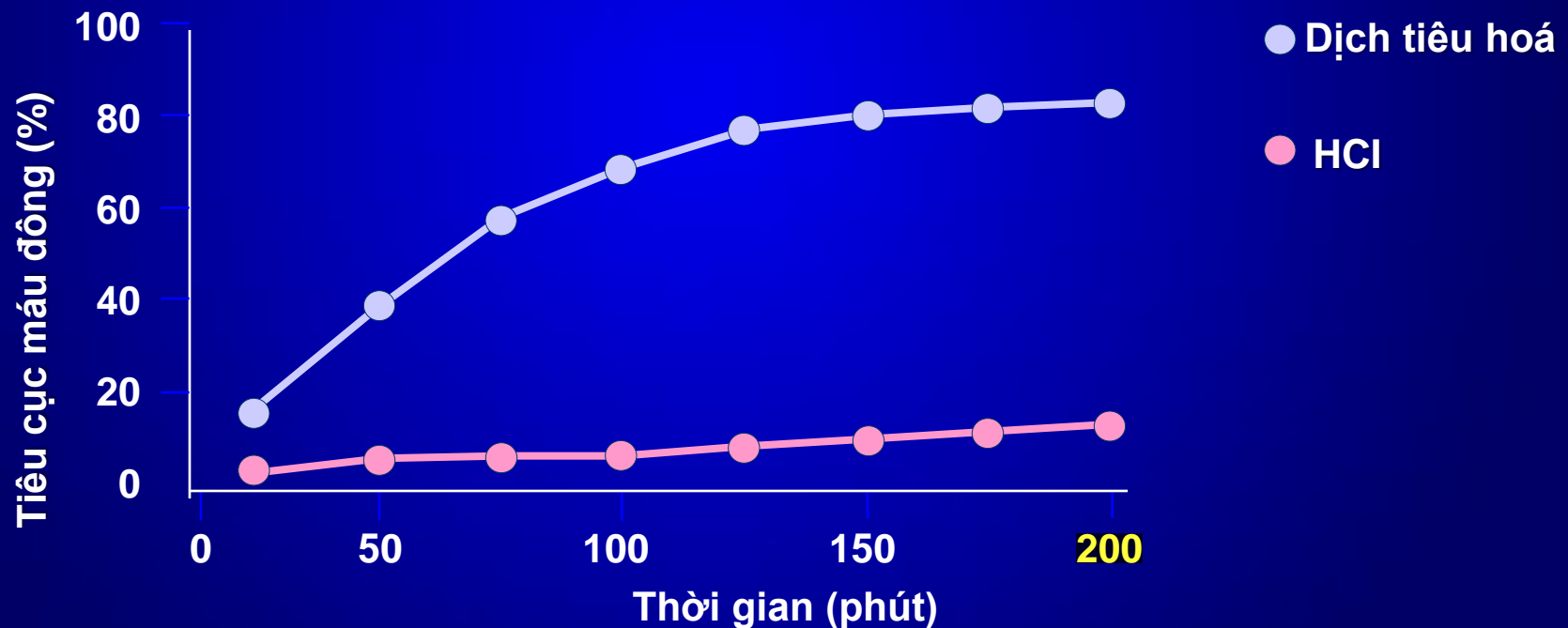
pH 5,9: sự kết tập tiểu cầu # 0
nếu nâng dc pH, sự kết tập tiểu cầu
tăng đáng kể => Dùng các thuốc ức
chế acid => tăng kết tập tiểu cầu.

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

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

trong dạ dày còn có pepsinogen, dưới xúc tác HCl
=>chuyển thành pepsin
=>tiêu Protein (bản chất cục máu đông).

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



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)

- 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
[chưa có nghiên cứu nào KĐ thuốc nào tốt hơn]
- Đường dùng: TM > uống
- Liều: **Bolus 80mg, bơm tiêm 8mg/giờ**
Khi có kết quả nội soi: xem xét lại

Nguy cơ tái xuất huyết: Phân loại Forrest



Ia, Ib

IIa

IIb

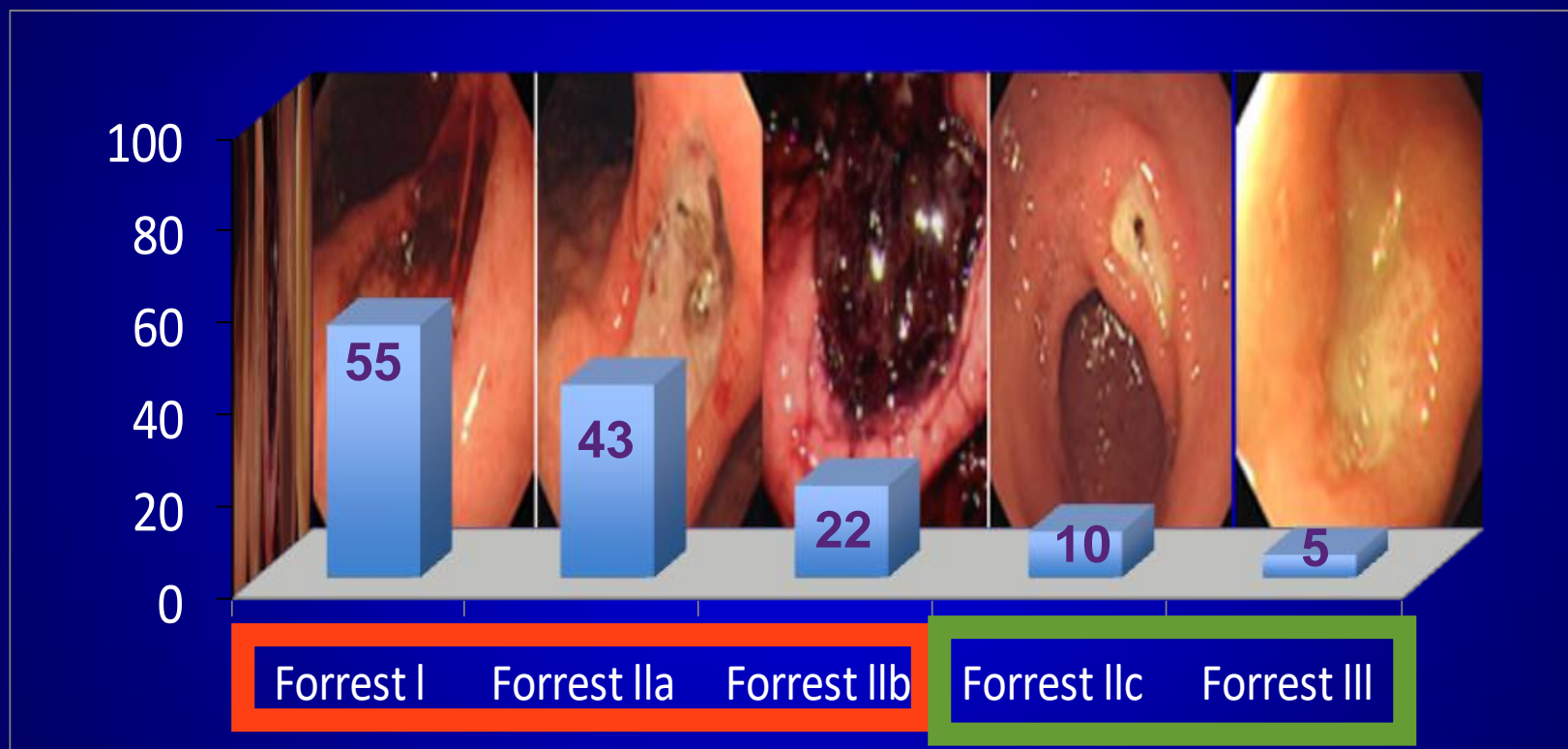
IIc

III

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

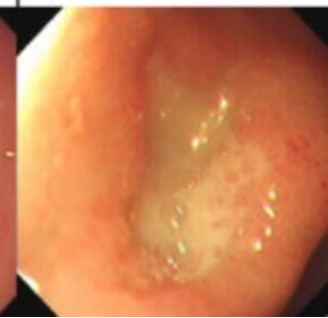
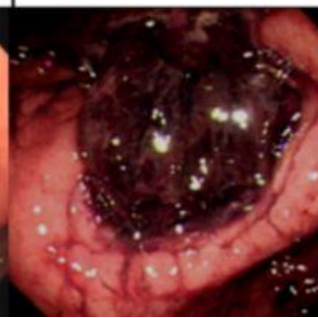
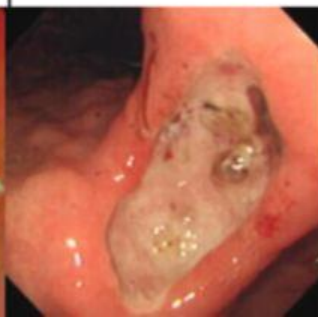
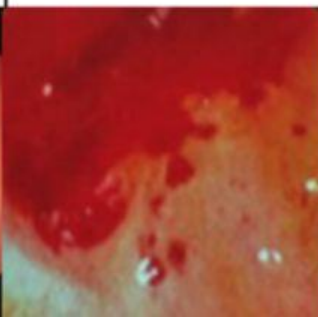


Laine et al. *N Engl J Med* 1994;331:717–27
Lau JY et al. *Endoscopy* 1998;30(6):513–8

Forrest Classification

Stage	Characteristics	Re-bleeding
Ia	Spurting Bleed	60 - 100 %
Ib	Oozing Bleed	50%
IIa	Non-Bleeding Visible Vessel	40 - 50 %
IIb	Adherent Clot	20 - 30 %
IIc	Flat Spot in ulcer crater	7 - 10 %
III	Clean Base Ulcer	3 -5 %

Ia	Ib	IIa	IIb	IIc	III
Spurting bleed	Oozing bleed	Non-bleeding visible vessel	Adherent clot	Flat spot in ulcer crater	Clean base ulcer



Sử dụng thuốc ức chế tiết acid

(sau khi nội soi)

Chiến lược điều trị dựa trên đánh giá Forrest

- Nguy cơ cao (Ia, Ib, IIa, IIb): **Nguy cơ cao tái XH cao nhất là 72h sau cân thiệp**
 - ĐT nội soi → PPI TM liều cao (bolus + PIV trong **72h**)
Dùng liều cao: bolus TM 80mg sau đó bơm tiêm TM 8mg/h
 - ĐT nội soi → PPI TM liều thấp (ngắt quãng mỗi 12h)
(cái này sau đại học)
- Nguy cơ thấp (IIc, III)
 - Không ĐT nội soi → PPI uống

ĐIỀU TRỊ XHTH ko DO TALTMC

- 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 # vỡ dẫn là <12h

➤ 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

- Chèn ép tại chỗ: **Adrenaline pha loãng**, **Phổ biến ở CR, GĐ**
- 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

Ko cần thuộc

- 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)

Table 30-3 **Blatchford Score***

ADMISSION RISK MARKER	SCORE COMPONENT VALUE
Blood urea nitrogen level (mg/dL)	
≥ 18.2 to < 22.4	2
> 22.4 to < 28	3
> 28 to < 70	4
> 70	6
Hemoglobin level for men (g/dL)	
> 12 to < 13	1
≥ 10 to < 12	3
< 10	6
Hemoglobin level for women (g/dL)	
≥ 10 to < 12	1
< 10	6
Systolic blood pressure (mm Hg)	
≥ 100 to < 109	1
> 90 to < 99	2
< 90	3
Other markers	
Pulse rate ≥ 100 beats/min	1
Presentation with melena	1
Presentation with syncope	2
Hepatic disease	2
Heart failure	2

*Range of scores is from 0 to 23 with high risk greater than 0.

Xử trí khi XHTH tái phát

- Tiếp tục hồi 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%. **Cần theo dõi XH tái phát và tắc mạch mạc treo (do tắc rộng quá)**

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