

# 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

trên góc treitz

## XHTH RUỘT NON (XHTH ẩn dấu)

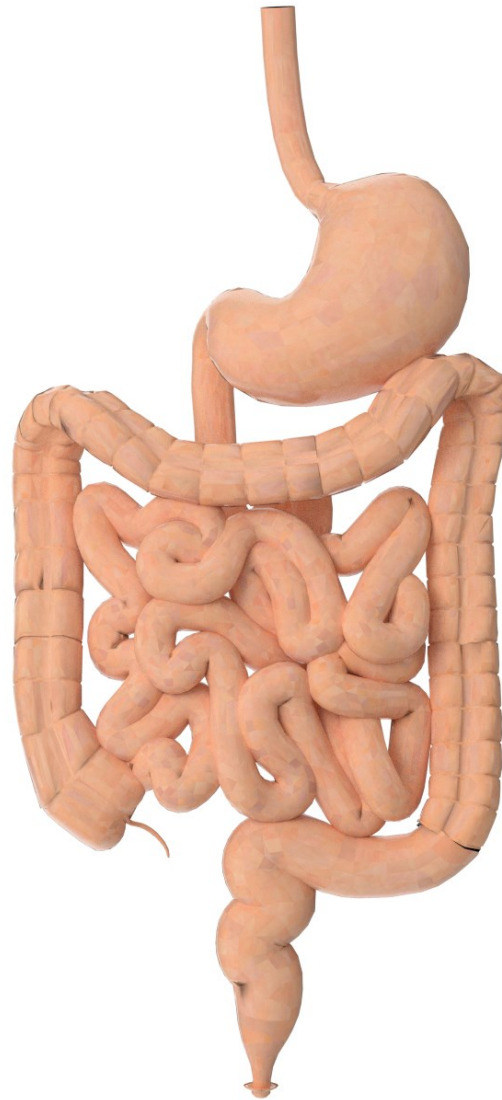
hồng và hồi tràng

ẩn dấu: vì khó khảo sát, đôi khi soi trên, dưới  
không ra nguyên nhân -> có thể là ruột non

hiện nay có nội soi ruột non được hoặc dùng viên nang

## XHTH DƯỚI

(XHTH ở đại tràng)



học thuộc  
 4 lâm sàng: Mạch , HA, triệu chứng + V niệu  
 2 cận lâm sàng: Hct và HC

# Mức độ XHTH

	Nhẹ (độ I)	Trung Bình (độ II)	Nặng (độ III)
Lượng máu mất	≤ 10% (500ml)	< 30% (< 1500ml)	30% ( ≥ 1500ml)
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	≥ 100 – 120 l/ph	≥ 120 l/ph
HA tâm thu	> 90mmHg	80 - < 90mmHg	< 80mmHg
Hct	≥ 30%	< 20 – 30%	≤ 20%
HC	≥ 3 triệu / mm <sup>3</sup>	2-3 triệu / mm <sup>3</sup>	≤ 2 triệu / mm <sup>3</sup>

# Đánh giá mức độ XHTH

Trong các Dấu hiệu lúc NV: mạch, HA triệu chứng toàn thân, CLS -> M và HA là thông số chính xác nhất về mức độ

CLS: cần 24-48h để pha loãng -> Hct mới giảm -> không nên dựa vào ban đầu lúc nhập viện

- 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

*phối hợp: Nội - Ngoại khoa*

## • Hồi sức nội khoa

### – Biện pháp chung

- Nằm đầu thấp quan điểm trước đây: tránh nhện ăn để vùng xuất huyết không chảy máu thêm -> không đúng
- Thở oxy hiện nay: mục đích làm cho dạ dày và tá tràng sạch -> can thiệp nội soi sẽ đánh giá tốt hơn tổn thương
- Nhịn ăn uống thêm nữa: nếu BN rối loạn tri giác -> cho nằm nghiêng trái -> tránh hít sặc

### – Bồi hoàn thể tích tuần hoàn

### – Thuốc

### – Nội soi chẩn đoán ± điều trị

## • Xét chỉ định

### – Can thiệp mạch

### – Ngoại khoa

# Bồi hoàn thể tích tuần hoàn (1)

---

- Biện pháp căn bản
- Thiết lập đường truyền càng sớm càng tốt
- 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 ngoài ra còn 1 số CD đặc biệt khác



# Bồi hoàn thể tích tuần hoàn (2)

- **Tốc độ truyền dịch**

không có nhiều sách vở nói vấn đề này  
nhưng: phải biết mục đích -> bồi hoàn V và tưới máu cơ  
quan đích (thường SBP  $\geq$  90mmHg và MAP  $\geq$  60  
mmHg)  
tránh mạch nhanh và HA kẹp tụt

- Thay đổi tùy trường hợp

- **Nhằm mục đích:** giữ vững sinh hiệu

(không để mạch nhanh, huyết áp kẹp / 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 ...

đôi khi Bn lớn tuổi ( $\geq$  60t) nhập viện XHTH, bù dịch -> mới lộ ra suy tim, suy thận mạn ... -> cần cẩn trọng trên những đối tượng này, khắc phục bằng: theo dõi thường xuyên, đặc biệt hỏi BN triệu chứng khó thở, đánh giá CVP

# Truyền các chế phẩm máu

## CHỌN LỰA CHẾ PHẨM MÁU

### Truyền thành phần thiếu!

thiếu gì truyền đó

XHTH -> thiếu máu toàn phần : nếu PLT bình thường, không có RLDM -> truyền HCL

vấn đề Huyết học: nếu truyền máu toàn phần -> sợ tai biến

\* tán huyết (hiện nay hiếm rồi -> có làm check, chéo...)

\* nhiễm trùng : HBV, HIV, HCV, SR, giang mai # do test máu về NT là dùng kháng nguyên kháng thể -> có thể bỏ sót bệnh nhiễm khi mới nhiễm VD: nhiễm VGC -> có thể 6 tháng sau mới có anti HCV

\* dị ứng: đặc biệt phản huyết tương nhiều nhất

# Thiếu máu

1. Ưu tiên HC lắng > máu toàn phần

2. Giữ Hb mục tiêu

3 mục tiêu:

nặng, HD không ổn -> truyền máu mà không chờ XN

bệnh TMCB,  $\geq 65t$  -> duy trì Hb 9-10 g/dL

bệnh nguy cơ thấp -> duy trì Hb  $> 7$  g/dL

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

# Truyền các chế phẩm máu

## ➤ HUYẾT TƯƠNG TƯƠI ĐÔNG LẠNH (FFP)

- Fibrinogen  $< 1\text{g/L}$ , 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  $< 50,000/\text{mm}^3$  VÀ BN đang xuất huyết tiến triển
- 1 khối (kít) TC tăng TC 30,000 – 50,000/ $\text{mm}^3$

FFP: khi fibri  $< 1\text{g.L}$  or INR  $> 1,5$  -> huyết tương gây tăng V tuần hoàn -> 10-15ml/kg

PLT: 2 điều kiện: PLT giảm  $< 50\text{K}$  VÀ đang xuất huyết tiến triển (nếu hết xuất huyết thì không bù PLT)<sub>12</sub>  
1 đơn vị -> 30k-50K

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

trước đây là thường gọi là vỡ giãn TM thực quản, nhưng nếu tăng áp cửa -> vỡ giãn TM thực quản hoặc TM  
vâm vị

# 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

Tổng quan -> nguy cơ tử vong cao

lúc NV nguy cơ tử vong cao, sau 6 tuần vẫn còn tử vong > 20% (BV GD khảo sát # 30% tử vong sau 6 tuần)

Tái phát trong 1 năm sau XH -> 80%

# Phân Độ Dẫn Tĩnh Mạch Thục Quản

Độ I < 5mm, thẳng,

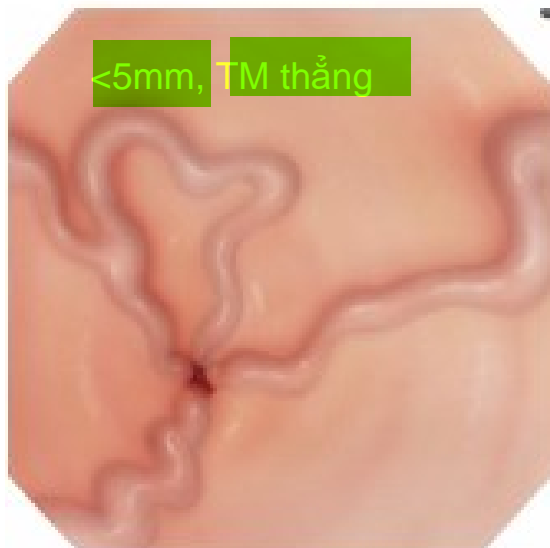
chỉ thấy ở đoạn TQ xa

Độ II 5 – 10 mm, ngoằn ngoèo,

lên đến TQ đoạn giữa

Độ III > 10mm,

chiếm gần hết lòng TQ



# 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

➤ Điều trị cầm máu

- Điều trị bằng thuốc giảm ALTMC

- Điều trị nội soi

- Chọn 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

vì vỡ giãn TM -> đột ngột  
ồ ạt, máu đỏ tươi -> giảm  
V tuần hoàn nhanh  
-> cần lập đường truyền sớm  
(nên nhớ chọn vein lớn để bù  
dịch, tránh vein nhỏ)

# BỒI HOÀN THỂ TÍCH

## Những điều nên thực hiện

tại sao 2 đường truyền

\* thường nặng -> sẽ có CĐ truyền máu lúc đó  
1 dây truyền máu, 1 dây bù dịch

\* nếu không truyền máu -> 2 dây bù dịch luôn

\* nếu dùng chạc ba để bù máu lẫn dịch -> tốc  
độ chậm, không biết nguyên nhân bạch nào gây  
dị ứng nếu xảy ra

### ➤ 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)

xin tối thiểu bao nhiêu mL máu ??? -> lâm sàng sẽ học thêm  
ban đầu thường sẽ bù 1/3 dịch mất là máu, 2/3 dịch tinh thể  
ví dụ: mất 1500mL --> cần tối thiểu 500mL máu 1000mL dịch -> thường sẽ xin 500mL máu

# BỒI HOÀN THỂ TÍCH

## *Những điều nên TRÁNH*

tránh bù dịch, bù máu qua nhiều -> tăng ALTMC -> tăng tái phát  
mục tiêu chung  $\leq 140\text{mmHg}$  nhưng với BN có vỡ giãn TM thì SBP nâng lên 90 mmHg là được rồi, nếu cao tăng xuất huyết trở lại

### ➤ 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

vì BN xơ gan điều chỉnh đông máu phức tạp, lâu -> không được trì hoãn nội soi cầm máu nhưng vẫn phải điều chỉnh để tránh xuất huyết tái phát sau khi cầm máu (thắt tĩnh mạch, chích xơ...)



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

# CHIẾN LƯỢC CẦM MÁU CẤP CỨU

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

tối ưu nhất: thuốc + NS cột thắt TMTQ

**NỘI SOI CỘT THẮT TMTQ**

nội soi cột thắt vs nội soi  
chích xơ gần tương  
đương, nhưng chích xơ  
nhiều biến chứng hơn

**NỘI SOI CHÍCH XƠ**

**CHÈN BĂNG BÓNG**

khi XH nặng, ồ ạt -> chèn tạm để chờ nội soi

# CÁC THUỐC GIẢM ÁP LỰC TMC

- Cơ chế: làm co mạch tạng

→ ↓ lưu lượng máu qua TMC → ↓ ALTMC

-> giảm độ căng hệ TM thực quản và TM tâm vị

- Biện pháp đầu tay để giảm ALTMC,

→ kiểm soát xuất huyết và tránh tái phát

dùng ngay nếu nghi là do vỡ giãn TM

- Dùng ngay khi nghi ngờ XHTH do tăng ALTMC

- Hiệu quả cầm máu *tạm thời* 80%

vì có thể tái xuất huyết  
thời gian dùng 3-5 ngày sau khi CD  
thuốc 1 ngày # 1 triệu (có BHYT rồi)  
yêu cầu Y6 phải ứng dụng thực tế về kinh tế gia đình bệnh nhân

- Dùng kéo dài 3 – 5 ngày sau khi đã có CD (+)



# 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:

- 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

3 loại thì chọn thẳng nào  
nếu nội soi khó khăn -> không nên chọn Octreotide và octreotide dùng lâu sẽ giảm dần tác dụng -> chọn terlipressin hoặc somatostatin  
nếu nội soi dễ dàng -> 3 thẳng có vẻ như nhau,  
nếu không có BTTĐ -> chỉ chọn Telipressin vì 2 thuốc còn lại phải dùng truyền liên tục (Somatostatin bolus 250, duy trì 250 mcg/h  
octreotide bolus 50mcg -> duy trì 50 mcg/h)

# ĐIỀU TRỊ NỘI SOI CÀM MÁU

❖ Trong vòng < 12 giờ kể từ khi BV nhập viện -> pháp lý

❖ Càng sớm càng tốt

❖ Ngay khi ổn định huyết động

(tốt nhất: đã nhận được máu)

huyết động: Mạch <100, SBP >90 mmHg, nếu không ổn định -> nguy cơ tử vong khi nội soi

❖ Không chờ đợi chỉnh đông máu

điều chỉnh lâu khó khăn trên BN xơ gan, nội soi cột, thắt bằng cơ học -> sẽ cầm được

nhưng phải điều chỉnh để tránh XH tái phát sau khi nội soi thắt (vì sau thắt mô tĩnh mạch hoại tử -> 3-5 ngày sẽ rụng để lại vết loét nông, nếu còn RL đông máu -> nguy cơ tái phát)

❖ Bảng chứng chảy máu

➤ Thấy máu đang chảy từ varices

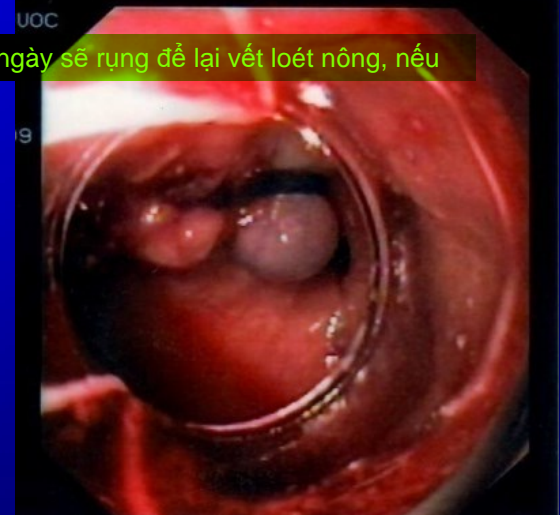
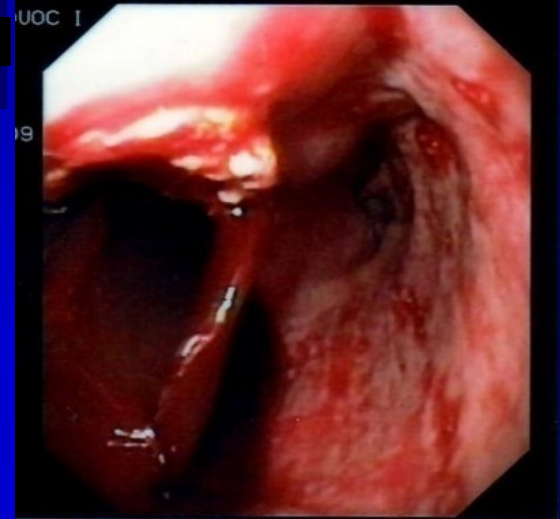
các chứng cứ thể hiện chảy máu từ TM giãn

\* dấu nipple (nút trắng tiểu cầu bám trên mạch máu)

➤ Thấy cục máu đông bám trên thành TM

➤ Thấy dấu hiệu “nipple” (nút trắng do cục

TC bám trên thành mạch)



# ĐIỀU TRỊ NỘI SOI CÀM MÁU

EVL: endoscopic Varices Ligation (nội soi thắt TM dẫn)

nếu giãn TM thực quản -> ưu tiên Nội soi thắt hơn là chích xơ

nếu giãn TM tâm vị -> ưu tiên chích xơ (keo Cyanoacrylate)

riêng thể GEV1 - gastro esophageal varices 1 : dẫn TM thực quản và tâm vị -> keo sẽ ưu thế hơn EVL

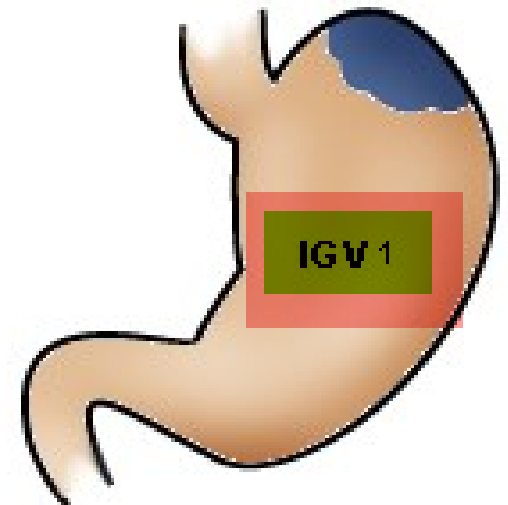
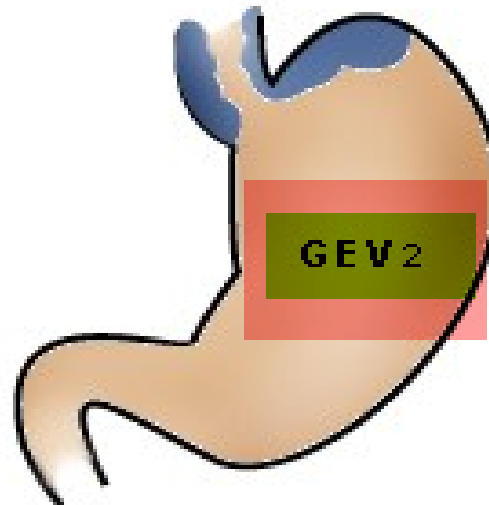
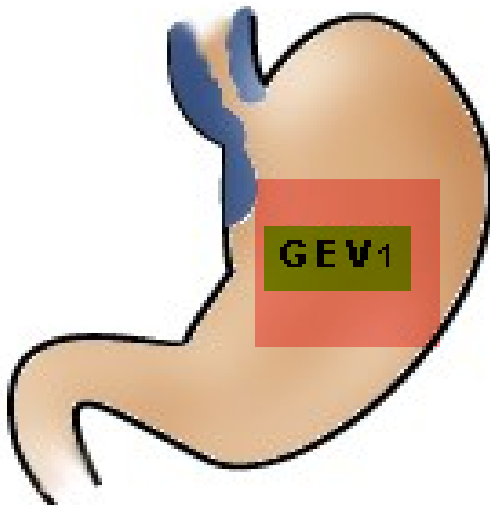
❖ Varices thực quản: EVL >>> chích xơ

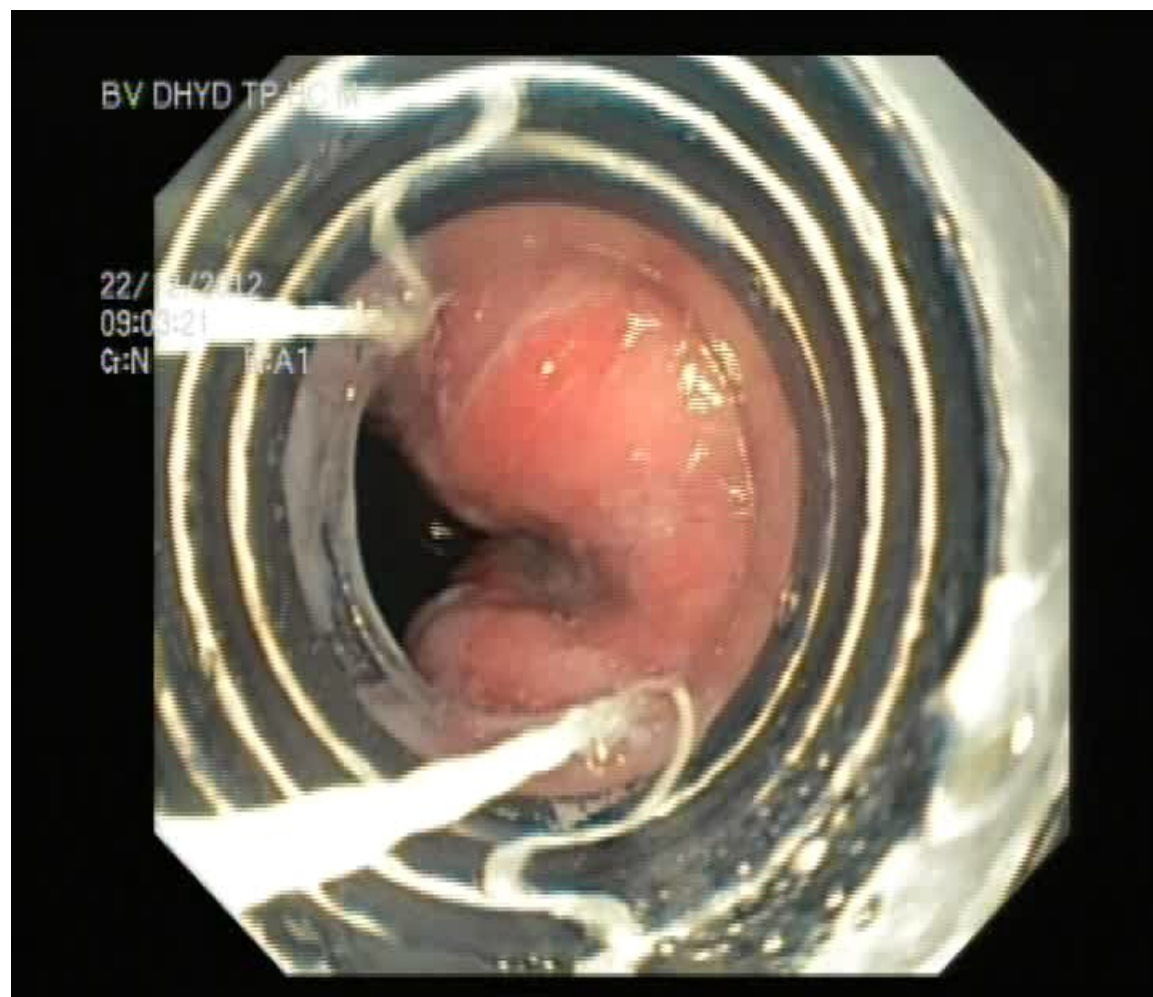
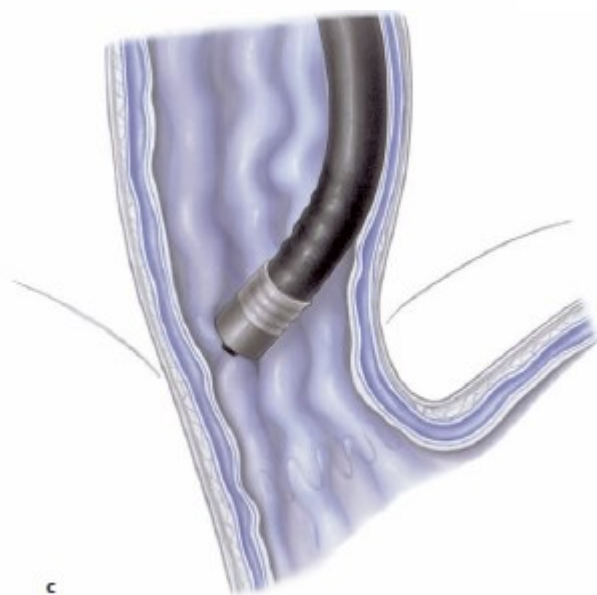
❖ Varices dạ dày: Chích keo Cyanoacrylate

Riêng GEV1: keo > EVL

đặc điểm chích xơ: chạm vào máu là đông ngay

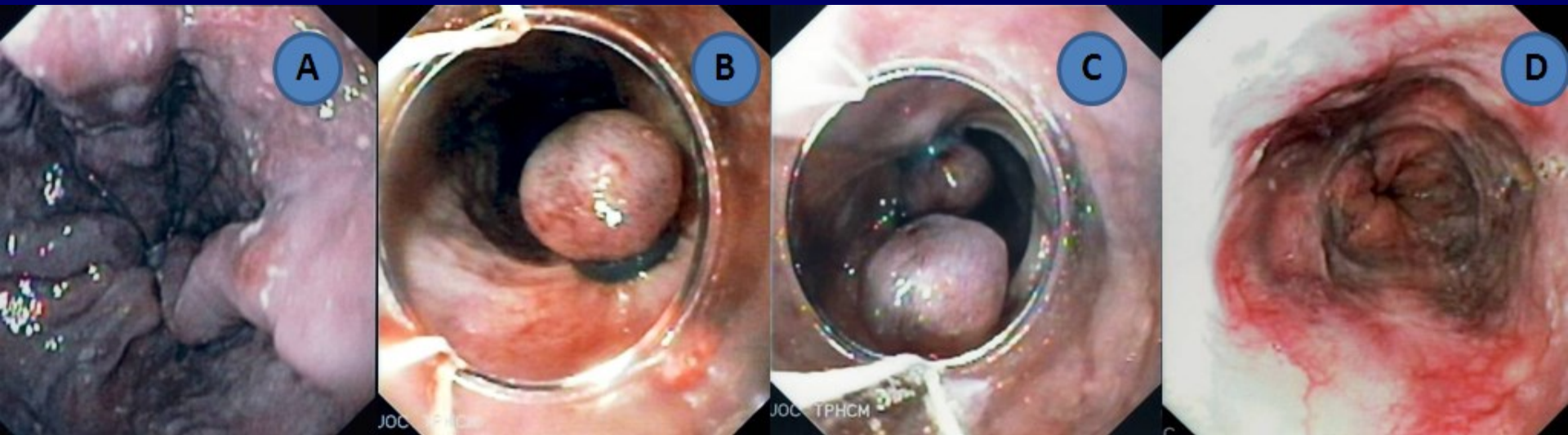
biến chứng: dính luôn kim chích -> không rút ra được, bắn ống soi -> đèn tiền

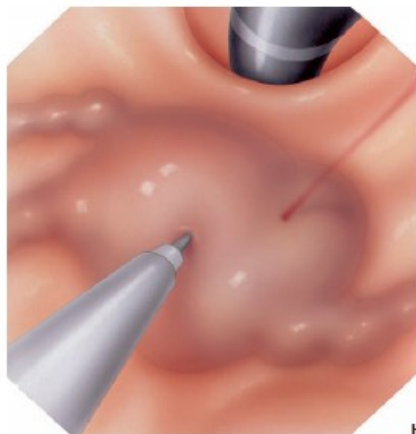






# NỘI SOI THẮT TĨNH MẠCH THỰC QUẢN:





b



c



# 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 SONDE CẦM MÁU

❖ Hiệu quả: cầm máu tạm thời > 80% trường hợp

❖ Nhiều biến chứng: hít sặc, di lệch, vỡ thực quản, tử 20%

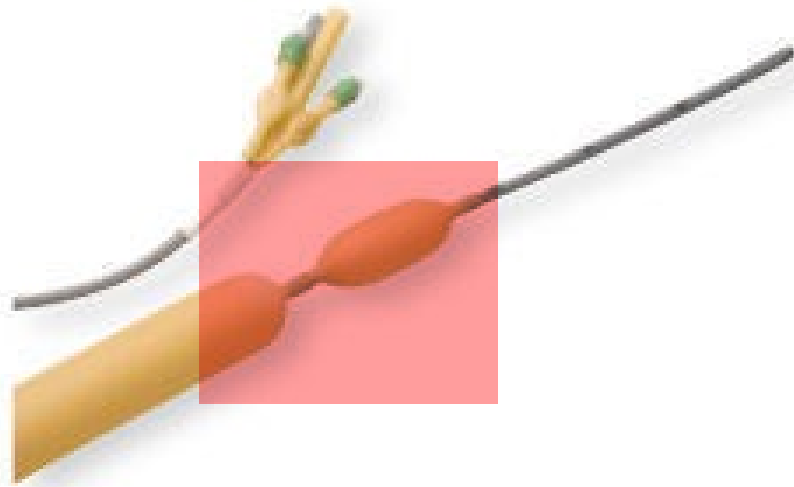
tử vong lên đến 20%, nhưng không làm BN sẽ chết -> phải chấp nhận, và chỉ định phải chặt chẽ

❖ 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)

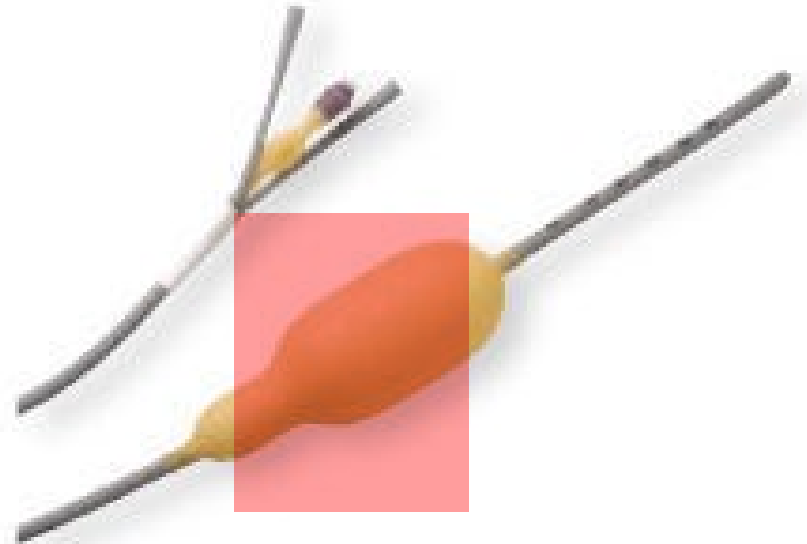
chỉ định

\* XH ồ ạt -> cần cầm máu tạm thời để chờ nội soi

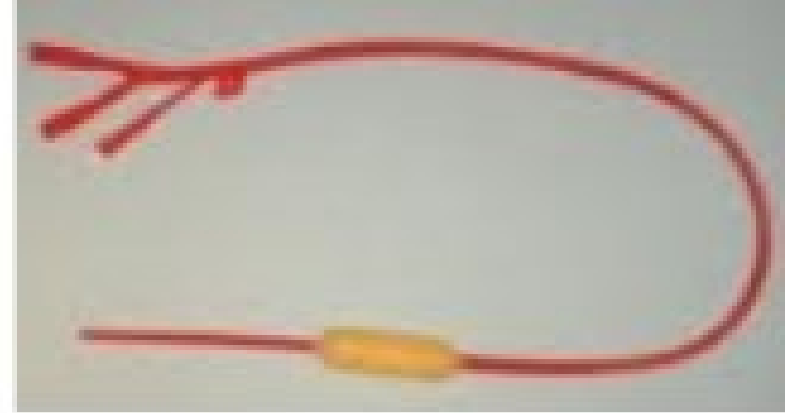




Blakemore sonde



Linton – Nachlas sonde



Sengstaken  
Blakemore

Linton  
Nachlas

Ống Blakemore -> 2 bóng  
bóng dạ dày bơm 140mL  
bóng thực quản bơm 80mL  
số liệu theo nhà SX

nếu BV có dùng lại -> bóng bị dẫn -> có thể không đủ áp lực  
-> phải điều chỉnh bằng áp kế  
mục tiêu: bóng thực quản 35-45 (40) mmHg  
giá 200\$

80ml

140ml

a

350ml

b

**Esophageal  
baloon port**

**Gastric  
baloon port**

Nasal  
cavity

Pharynx

Esophagus

Stomach

**Gastric  
aspiration  
port**

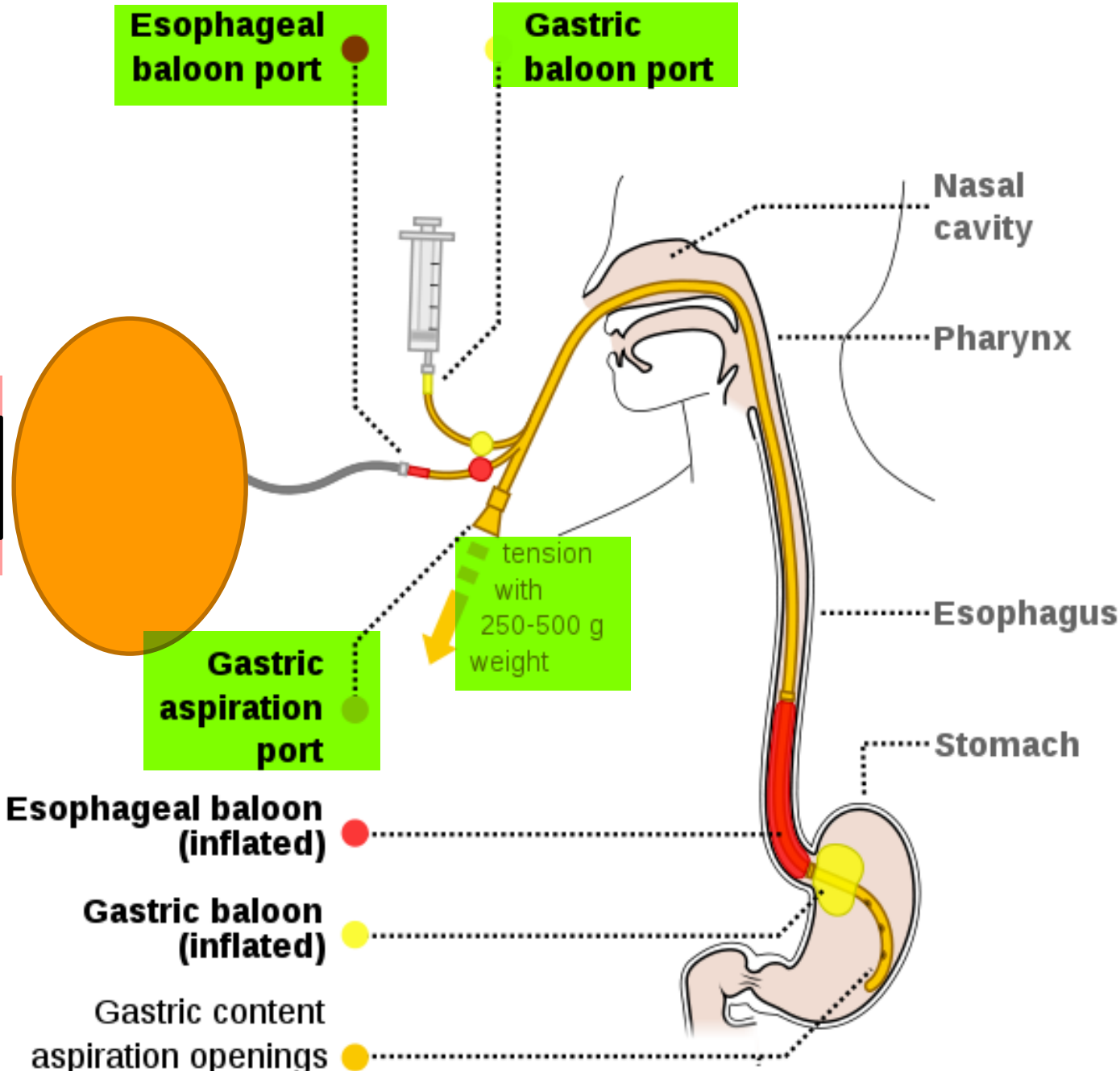
tension  
with  
250-500 g  
weight

**Esophageal baloon  
(inflated)**

**Gastric baloon  
(inflated)**

Gastric content  
aspiration openings

- 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 SOND E 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

Kiểm tra mỗi 3 giờ

xả bóng TQ mỗi 6 giờ, mỗi lần 5 phút

cầm máu trong 24h -> xả bóng

B1: xả bóng TQ để nguyên vị trí 6-12h

nếu ổn định

B2: xả bóng DD lưu 6-12h

sau đó nếu ổn -> rút bóng, nếu tái phát thì 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 TALTMC

## ❖ Kháng sinh phòng ngừa trong 7 ngày

- Norfloxacin uống 400mg x 2
- Ciprofloxacin TTM 400mg x 2
- Ceftriaxone TTM 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

Tự soạn: xơ gan -> có XHTH -> rất dễ nhiễm trùng huyết và não gan (do chuyển dịch vi khuẩn vào máu)  
kháng sinh phòng và ngừa bệnh não gan

\* kháng sinh

Norfloxacin 400mg x2

Ciprofloxacin 400 mg TTM x 2

ceftri 1g TMC

\* Lactulose 10g/gói, 1-3 lần/ngày

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



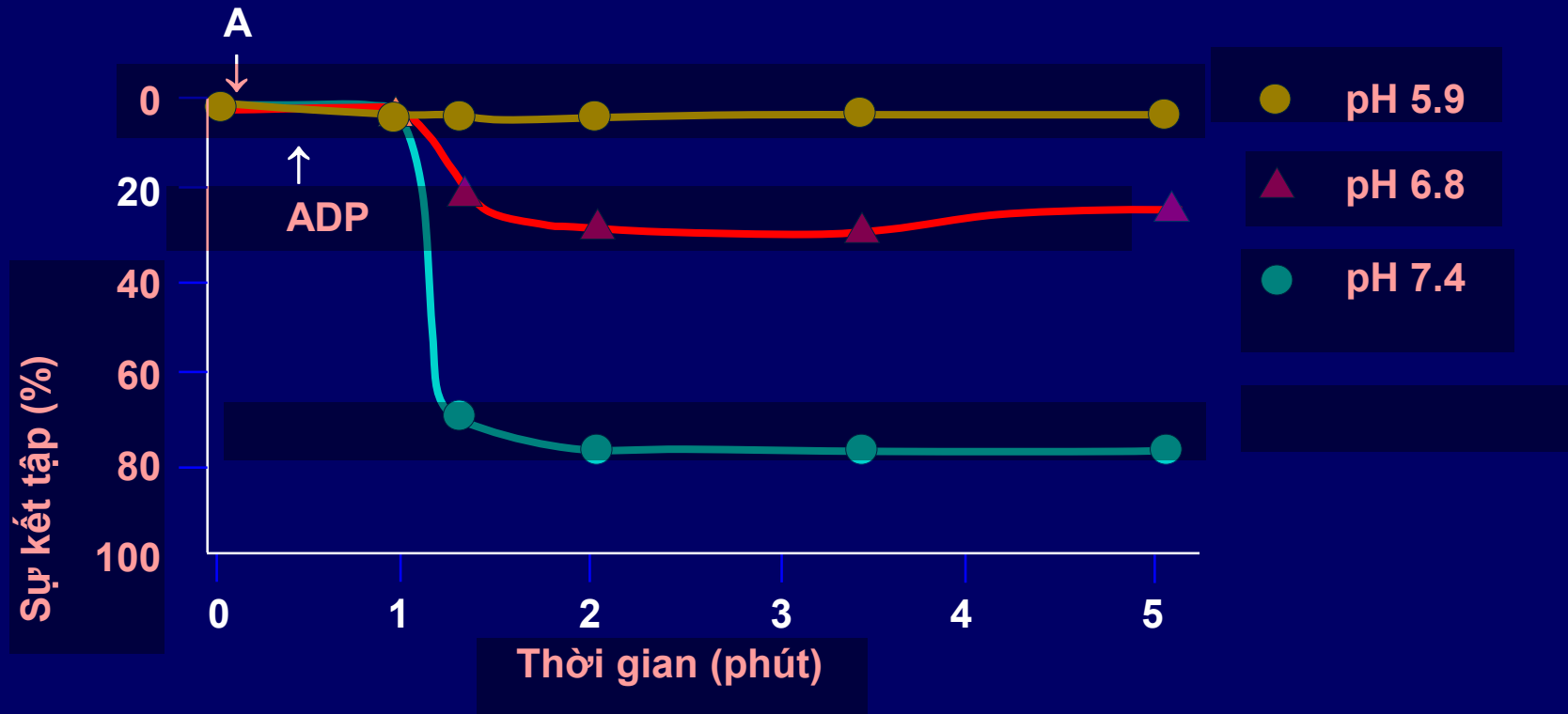
# ĐIỀU TRỊ XHTH DO TALTMC

- 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

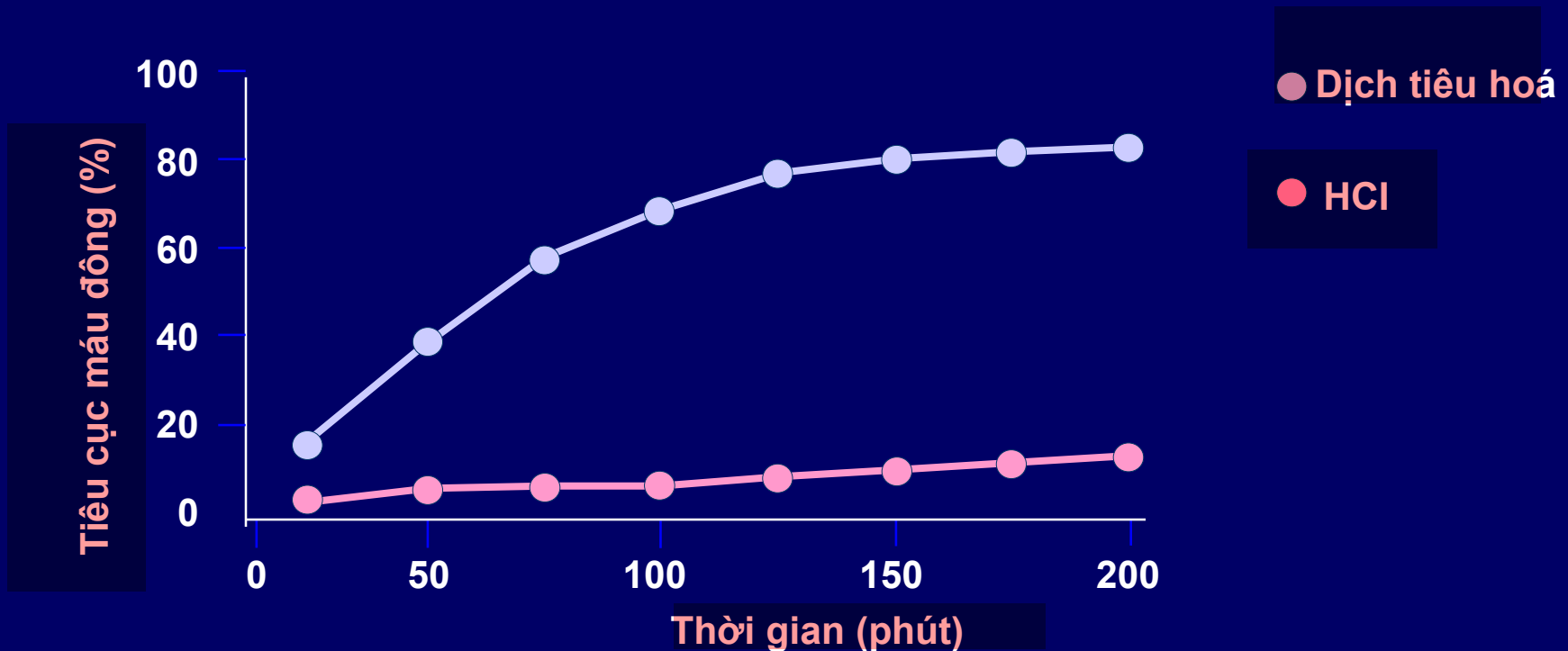
Green FW et al. *Gastroenterology* 1978; 74: 38–43

kết luận: dạ dày càng toan (acid) -> kết tập tiểu cầu thấp -> nguy cơ XH cao  
điều chỉnh thuốc -> vô toan dạ dày

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

ly giải huyết khối: dịch vị có pepsinogen -> gây tăng tiêu cục máu -> ứng dụng: cần giảm dịch dạ dày

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

2 vấn đề chính: gây giảm kết tập tiểu cầu và tăng tiêu hủy cục máu đông

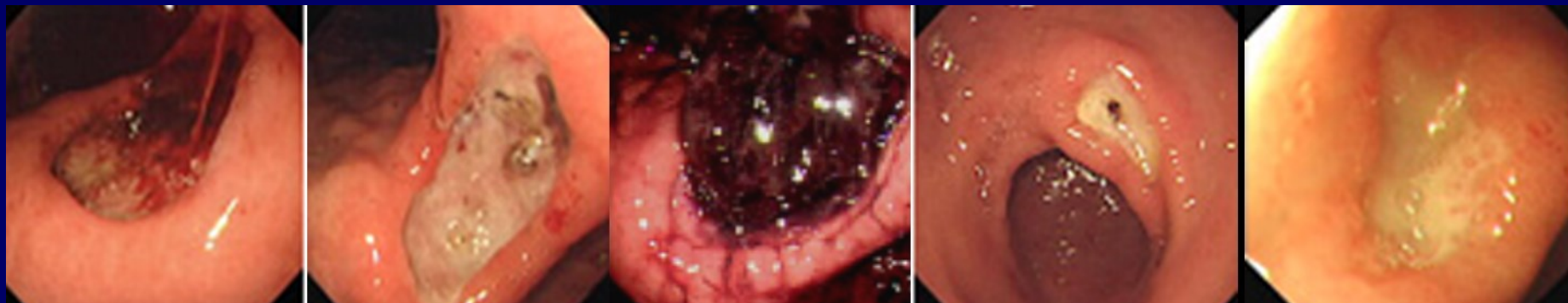
Berstad A. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32: 396–8

# 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  $\leq 24h$   
3 tháng ngang nhau
- 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  
nội soi -> đánh giá Forrest để xử trí tiếp

# Nguy cơ tái xuất huyết: Phân loại Forrest



Ia, Ib

IIa

IIb

IIc

III

độ 1: chảy máu: 1 a thành dòng (động mạch), 1 b chảy loang (tĩnh mạch)

độ 2:

2a: có...

2b: có cục máu đông bám

2c: cặn máu

3: đáy sạch (giống aptho miệng)  
quan trọng

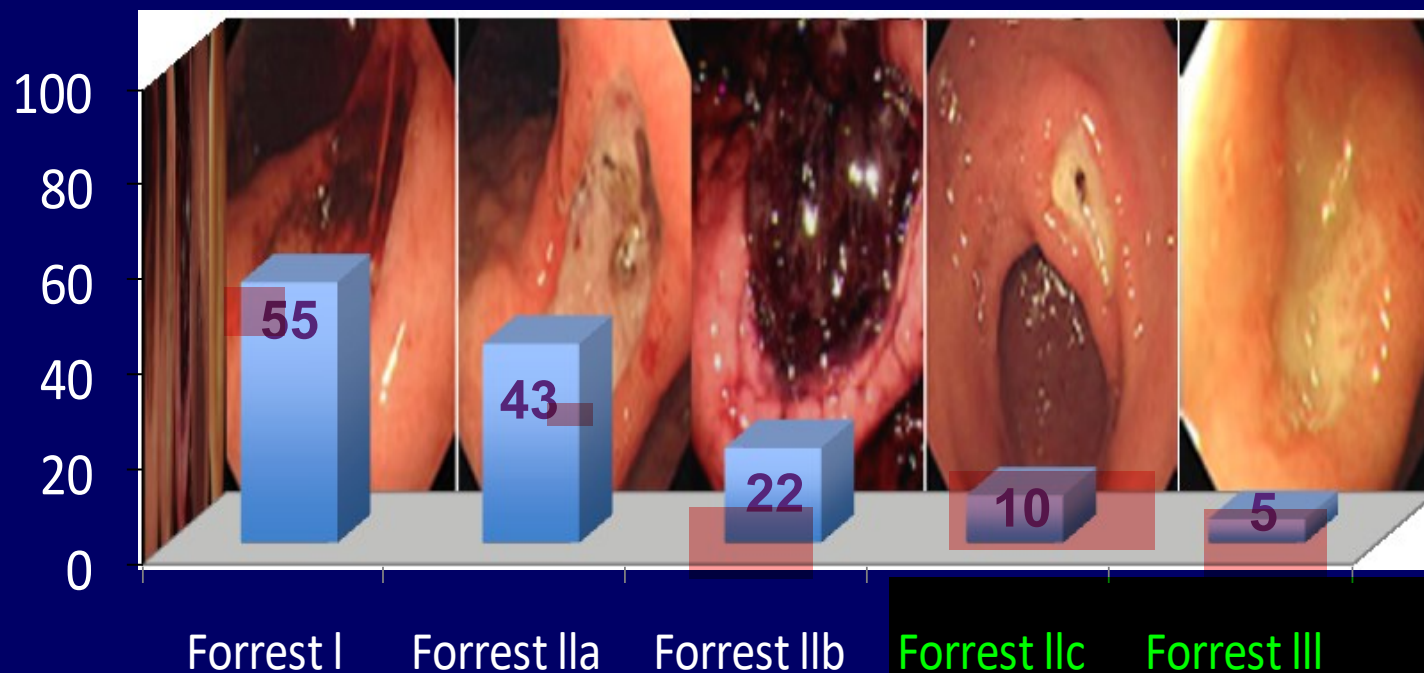
nguy cơ cao: độ I, độ IIa, IIb

nguy cơ thấp : độ IIc và 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



thầy nhắc: không hỏi số liệu  
nhưng có thể sơ sơ: 5 10 20 40 (55)

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 (Ia, Ib, IIa, IIb):

nếu trước đó bolus rồi -> thì duy trì truyền 72h  
nếu trước đó chưa bolus thì bolus 80, truyền 8mg/h trong 72 lại

- ĐT nội soi → PPI TM liều cao (bolus + PIV trong 72h)

nguy cơ cao -> can thiệp nội soi cầm máu + PPI tĩnh mạch liều cao

### ➤ Nguy cơ thấp (IIc, III)

không có chỉ định can thiệp nội soi, chuyển PPI uống (nếu trước đó có truyền), liều PPI 1 viên uống/ngày

- 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  $\text{SaO}_2$

# Can thiệp nội soi: kỹ thuật

nhiều phương pháp

➤ **Chích cầm máu** thường dùng là chích Adrenaline pha loãng (co mạch cầm máu)

- 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)

nếu chích cầm máu mà không tối ưu -> phải phối hợp cầm máu bằng nhiệt hoặc cơ học



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 từ độ IIb trở lên
- Đặc điểm tổn thương trên nội soi khác: gần ĐM lớn
  - 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 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%.

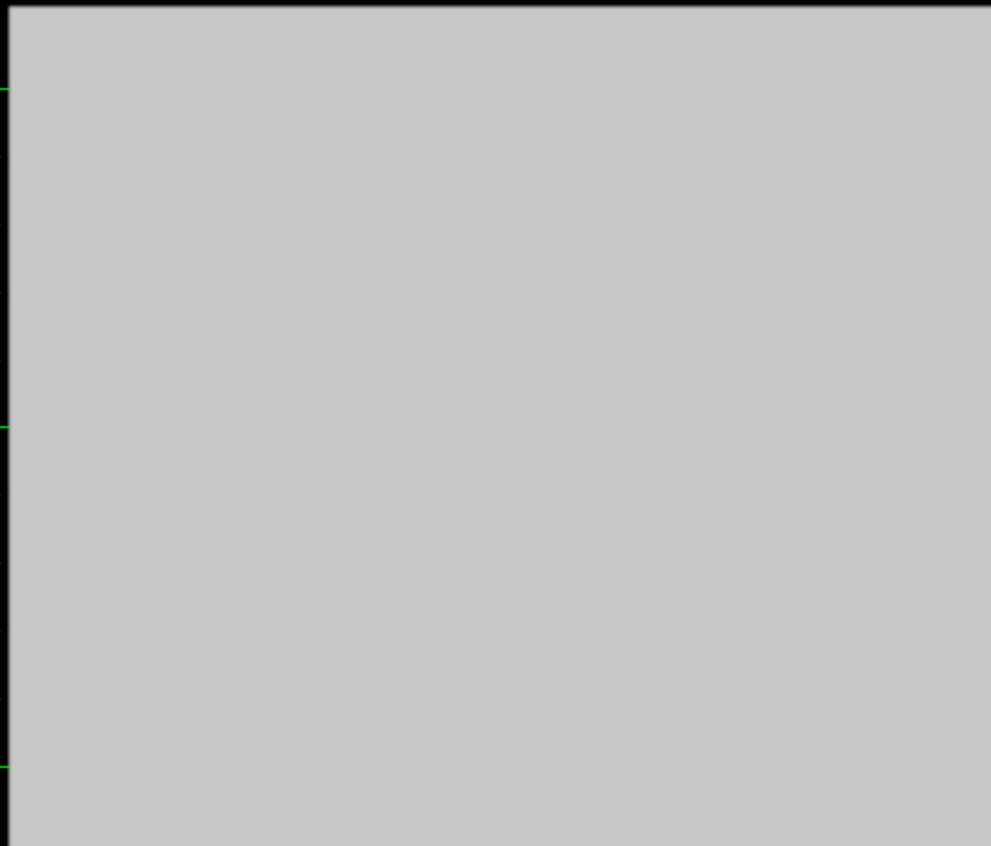
Image size: 512x512 15-21:15:37-STD-1.3.12.2.1107.5.13.2.20106 ( 157 y , 152 y )  
WL: 127 WW: 255  
Coronary Diagnostic Coronary Catheterization  
Body 4



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

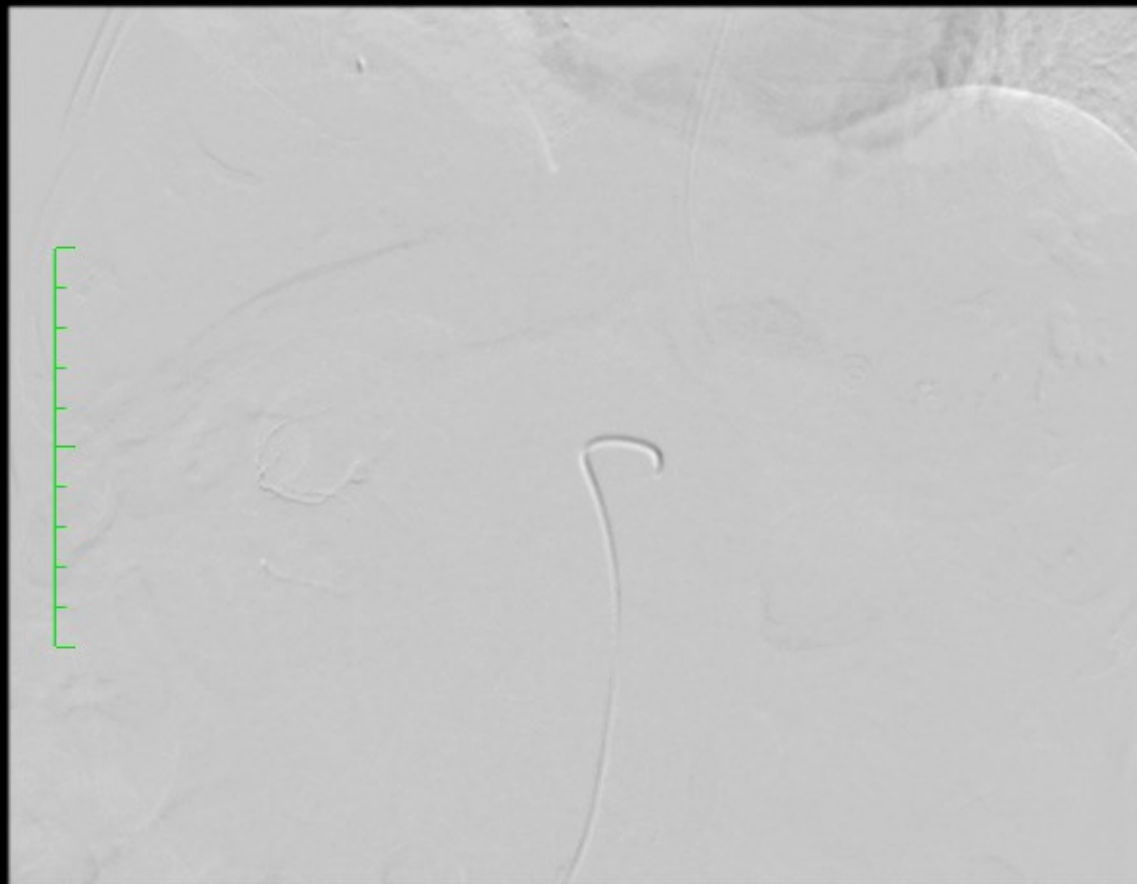


Zoom: 119%  
Im: 3/54 Series: 10  
LittleEndianExplicit  
Position: HFS

**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

3 chỉ định

(1) thủng

(2) shock -> ko thể nội soi/ can thiệp mạch

(3) can thiệp ko thông thành công

### ➤ 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