

## **TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA**

*Bs CKI Nguyễn Thị Nhã Đoan, PGS TS Quách Trọng Đức*

### **MỤC TIÊU HỌC TẬP**

#### Kiến thức

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

#### Kỹ năng

1. Thiết lập được các bước tiếp cận chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa
2. 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.
3. Tiên lượng được diễn tiến một trường hợp xuất huyết tiêu hóa.

#### Thái độ

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

### **NỘI DUNG BÀI GIẢNG**

#### **1. Đại cương**

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. Đây là một trong những cấp cứu thường gặp. XHTH có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, thường gặp ở người lớn hơn trẻ em và nam thường gặp hơn nữ. Trên lâm sàng, theo phân loại cổ điển, XHTH được chia thành XHTH trên và XHTH dưới, tuy nhiên theo xu hướng hiện nay, XHTH được chia thành:

- XHTH trên: tổn thương gây xuất huyết nằm ở đoạn ống tiêu hóa từ thực quản đến góc Treitz (góc tá – hỗng tràng).
- XHTH dưới: nguyên nhân ở đại tràng.
- XHTH ở ruột non: trước đây còn được gọi là *XHTH ẩn dấu* (obscure gastrointestinal bleeding), dùng để chỉ XHTH không phát hiện được tổn

thương gây xuất huyết dù đã nội soi tiêu hóa trên và nội soi đại tràng. Với sự phát triển của các kỹ thuật nội soi ruột non, phần lớn tổn thương gây xuất huyết ở các trường hợp này được xác định là ở ruột non.

## 2. Các hình thức biểu hiện xuất huyết tiêu hóa

**Nôn ra máu (*hematemesis*)** là tình trạng nôn ra máu đỏ tươi hoặc máu cục hoặc chất nôn giống bã cà phê (do máu chảy vào đường tiêu hóa trên bị chuyển đổi thành hematine dưới tác động của axit dịch vị).

- Cần chẩn đoán phân biệt với: Tình trạng chảy máu cam (bệnh nhân nuốt vào rồi nôn ra), ăn tiết canh, ho ra máu (máu đỏ tươi bọt không có thức ăn, pH kiềm).
- Trong trường hợp đã xác định là XHTH, vị trí chảy máu chắc chắn là từ đường tiêu hóa trên.

**Tiêu phân đen (*melena*):** bệnh nhân đi tiêu ra phân có tính chất như bã cà phê và có mùi tanh khắm đặc trưng. Chỉ cần lượng máu mất 60 ml với thời gian tồn đọng trong đường tiêu hóa ít nhất 14 giờ sẽ gây biểu hiện tiêu phân đen với tính chất như trên do tác động của HCl, pepsin và vi khuẩn đường ruột. XHTH trên với lượng 200-400ml sẽ gây tiêu phân đen giống như hắc ín. XHTH dưới có thể gây tiêu phân đen nhưng hiếm khi có tính chất như hắc ín. Tiêu phân đen có thể xảy ra đơn độc, hoặc sau khi nôn máu hoặc đồng thời với nôn ra máu.

- Cần phân biệt tiêu phân đen do uống Bismuth sắt, than hoạt hoặc do táo bón
- Trong trường hợp đã xác định là XHTH, vị trí chảy máu thường do XHTH trên (90%), nhưng vẫn có thể do XHTH dưới (10% trường hợp).

**Tiêu máu đỏ (*hematochezia*):** bệnh nhân tiêu ra máu màu nâu sẫm, nâu đỏ hoặc đỏ tươi

- Cần phân biệt với tiêu phân đỏ do thuốc Rifamycine.
- Trong trường hợp đã xác định do XHTH: vị trí chảy máu thường là XHTH dưới (90%), nhưng 10% vẫn có thể do XHTH trên, nhưng tình trạng xuất huyết ồ ạt (nhanh và nhiều do đó máu không ở trong ruột đủ lâu để hình thành phân đen). Do đó tiêu máu đỏ trong trường hợp là triệu chứng của XHTH trên thường kèm theo rối loạn huyết động.

**Xuất huyết tiêu hóa ẩn dấu (*Occult gastrointestinal bleeding*):** trường hợp XHTH nhưng cả bệnh nhân và thầy thuốc đều không thể ghi nhận bất thường

trong chất nôn và phân với các biểu hiện nêu trên. Các trường hợp này thường được phát hiện khi bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu thiếu sắt và / hoặc kết quả xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân dương tính. Thông thường do XHTH từ ruột non.

***XHTH không rõ nguyên nhân:*** là những trường hợp XHTH có các biểu hiện lâm sàng rõ ràng với tình trạng nôn máu và / hoặc tiêu máu nhưng không thể phát hiện được nguyên nhân dù đã thăm dò bằng nội soi thực quản dạ dày tá tràng và nội soi đại tràng.

### 3. Triệu chứng lâm sàng

#### 3.1 Triệu chứng cơ năng

Bệnh nhân thường nhập viện vì

- 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: đau thượng vị liên quan bữa ăn (gợi ý bệnh viêm loét dạ dày tá tràng hoặc ung thư dạ dày), triệu chứng bệnh gan (gợi ý dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản - dạ dày ...)

#### 3.2 Khám thực thể

*Triệu chứng thiếu máu cấp:*

- Tình trạng tri giác: li bì, vật vã, mê.
- Da niêm: da xanh lạnh, niêm nhợt
- Mạch: nhanh
- Huyết áp tâm thu giảm.
- Thở nông và yếu chứng tỏ tình trạng thiếu Oxy tế bào. Chi lạnh, lúc lỉnh gợi ý giảm tưới máu mô dù các dấu hiệu sinh tồn nêu trên còn trong giới hạn bình thường.

*Triệu chứng thiếu máu mạn:* một số trường hợp bệnh nhân đã có tình trạng XHTH rỉ rỉ kéo dài từ trước, khi khám có thể phát hiện dấu hiệu của thiếu máu thiếu sắt.

*Phát hiện triệu chứng bệnh căn nguyên*

- Triệu chứng và dấu hiệu của bệnh gan mạn, xơ gan: hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

- Khối u vùng thượng vị, các hạch di căn từ đường tiêu hóa.
- Thăm trực tràng: là thủ thuật quan trọng để xác định tính chất phân, đồng thời có thể phát hiện các tổn thương ở hậu môn và phần thấp của trực tràng.

#### *Phát hiện sốc sắp xảy ra*

Nghiệm pháp Tilt test (nghiệm pháp thay đổi huyết áp theo tư thế)

- Chống chỉ định: bệnh nhân có rối loạn huyết động.
- Ý nghĩa: phát hiện bệnh nhân mất > 1000ml máu
- Cách làm: 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. Nghiệm pháp được xem là dương tính nếu mạch tăng hơn 20l/phút, huyết áp tâm thu giảm hơn 10 mmHg so với khi nằm.
- Nghiệm pháp dương tính giả trong trường hợp bệnh nhân già, bệnh nhân có huyết áp thay đổi theo tư thế tự phát hoặc hạ huyết áp tư thế do thuốc.

#### *Các triệu chứng khác do hậu quả hoặc biến chứng của XHTH*

- Sốt nhẹ: có thể gặp trong 80% các trường hợp XHTH trên.
- Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp ở người lớn (ARDS) có thể xảy ra trong vòng 24 giờ đầu khi có sốc giảm thể tích.
- Thuyên tắc phổi: hiếm gặp
- Hôn mê gan ở bệnh nhân xơ gan.

## **4. Cận lâm sàng**

### *Công thức máu*

- Dung tích hồng cầu (Hct) không giảm đồng thời và không phản ánh chính xác mức độ mất máu do mất đồng thời cả huyết tương và huyết cầu. Khi dịch gian bào đi vào lòng mạch để bồi hoàn thể tích, Hct sẽ giảm dần và tiến trình này có thể cần đến 24-48 giờ để Hct phản ánh chính xác tình trạng xuất huyết.
- Số lượng hồng cầu giảm, hồng cầu lưới tăng
- Tiểu cầu tăng
- Bạch cầu tăng, nhưng mức tăng thường < 15.000/ $\mu$ L

### **BUN**

- Tăng BUN gấp trong  $\frac{3}{4}$  các trường hợp XHTH trên do tăng azot máu trước thận (do giảm thể tích) và do hấp thu các protein của máu ở ruột non.

**Các thử nghiệm khác có thể cần đề nghị thêm** tùy vào bệnh cảnh lâm sàng để xác định bệnh nguyên nhân như: xét nghiệm đánh giá chức năng gan, để phục vụ cho phục vụ điều trị truyền máu như: xét nghiệm đông máu TQ, TCK, nhóm máu ABO và Rh.

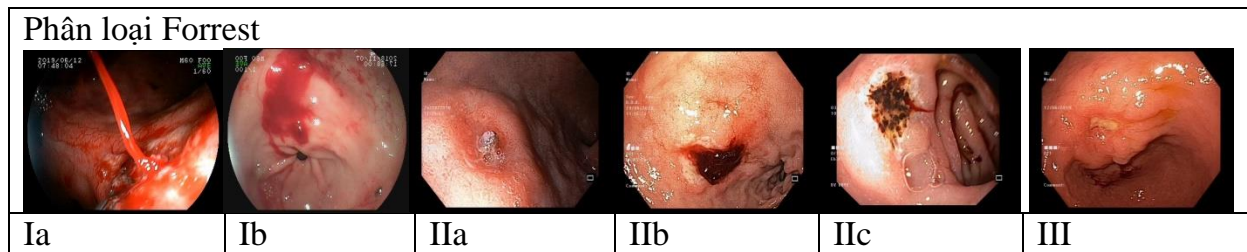
**Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm *Helicobacter pylori*** cần thực hiện cho tất cả các trường hợp loét dạ dày tá tràng (xem thêm bài *Helicobacter pylori* trong phần module tiêu hóa). Trong trường hợp xét nghiệm chẩn đoán âm tính, cần làm thêm xét nghiệm thứ 2 vì khả năng xét nghiệm chẩn đoán *Helicobacter pylori* âm tính giả ở bệnh nhân bị XHTH.

### **Nội soi chẩn đoán**

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

- Được xem là biện pháp chẩn đoán ưu tiên trong XHTH trên, với độ chính xác cao và đồng thời có thể đồng thời thực hiện nội soi điều trị.
- Đối với nhóm nguyên nhân XHTH không do tăng áp tĩnh mạch cửa (bao gồm những nguyên nhân do loét ở thực quản, dạ dày tá tràng). Đánh giá nguy cơ tái phát của XHTH trên nội soi dựa vào đặc điểm của ổ loét theo phân loại Forrest.

**Hình 1. Phân loại Forrest ổ loét**



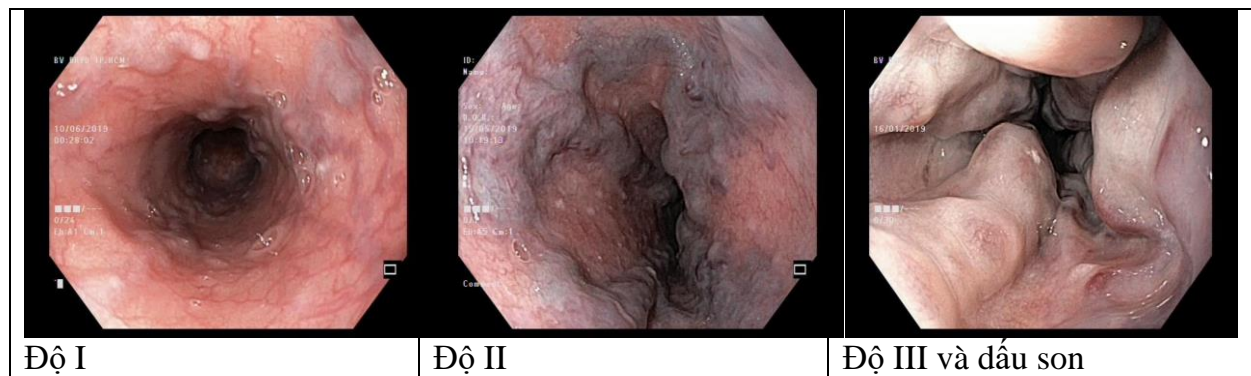
**Bảng 1: Bảng phân độ Forrest**

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	

<b>Nguy cơ thấp</b>	IIa	Đáy loét có mạch máu lộ	43
	IIb	Đáy loét có cục máu đông	22
	IIc	Đáy loét có cặn máu	10
	III	Đáy loét sạch	5

- Đối với các nguyên nhân XHTH do tăng áp tĩnh mạch cửa, thường nhất là do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản cần xác định: vị trí dẫn tĩnh mạch, mức độ dẫn tĩnh mạch, dấu son trên tĩnh mạch dẫn (đây là vị trí tĩnh mạch có áp lực căng và dễ vỡ nhất), vị trí vỡ dẫn (hình ảnh đang phun máu hoặc có nút tiểu cầu gợi ý tĩnh mạch vừa vỡ ở vị trí này). Có nhiều cách phân loại dẫn tĩnh mạch thực quản
  - Phân loại Cale: gồm 3 mức độ: độ 1 (tĩnh mạch dẫn nhưng xẹp khi bơm hơi), độ 2 (các cột tĩnh mạch dẫn tách rời nhau và không xẹp khi bơm hơi) và độ 3 (các tĩnh mạch dẫn liên kết với nhau không xẹp khi bơm hơi).
  - Phân loại của Hội nghiên cứu bệnh gan Mỹ: dẫn nhỏ < 5mm và dẫn lớn  $\geq$  5mm. Cách phân loại này đơn giản hơn và có giá trị ứng dụng thực hành để ra quyết định điều trị nội soi. Tuy nhiên hiện tại còn chưa dùng phổ biến ở các bệnh viện trong nước.

**Hình 2. Phân độ dẫn tĩnh mạch thực quản**



**Nội soi đại tràng:** được chỉ định 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* được chỉ định trong trường hợp nghi ngờ tổn thương gây xuất huyết nằm ở vùng hậu môn trực tràng (ví dụ: trĩ, dò hậu môn, ung thư trực tràng ...).

*Nội soi viên nang* được chỉ định trong trường hợp bệnh nhân XHTH đã được nội soi thực quản dạ dày tá tràng và nội soi đại tràng nhưng vẫn không phát hiện được nguyên nhân gây và nghi ngờ vị trí chảy máu từ ruột non. Nhược điểm của phương pháp này là không đánh giá được tổn thương ngay tức thời, vị trí chảy máu có thể không được xác định chính xác và không thể đồng thời thực hiện các biện pháp điều trị cầm máu.

*Nội soi ruột non:* cho phép đánh giá được đoạn ruột non mà nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng và nội soi đại tràng không khảo sát được. Phương pháp này hiện còn chưa phổ biến và chỉ được thực hiện ở một số bệnh viện tuyến cuối.

***Quét hồng cầu được đánh dấu phóng xạ (Technetium-99m labeled red blood cell: TRBC):*** các hồng cầu được đánh dấu bằng đồng vị phóng xạ Technetium-99m sẽ di chuyển trong tuần hoàn khoảng 48h và thoát vào lòng ruột khi có tình trạng XHTH. Vị trí hồng cầu đánh dấu thoát mạch có thể định vị bằng máy quét sử dụng tia gamma, nhờ đó giúp xác định được vị trí chảy máu. Phương pháp này chưa thực hiện tại Việt Nam.

***Chụp CT dựng hình mạch máu (CT-Angiography hay CTA)*** giúp phát hiện dấu hiệu thoát mạch khi tốc độ xuất huyết từ 0,3- 0,5ml/phút hay những dấu hiệu xuất huyết mới như khối máu đậm độ cao, cục máu đông. Trong chẩn đoán vị trí và nguyên nhân gây XHTH, phương pháp này có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn đối với XHTH trên so với XHTH dưới. Trong những trường hợp XHTH dưới, khả năng tìm thấy vị trí, nguyên nhân từ ruột non chiếm 60%.

***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. Việc định vị được thực hiện bằng cách bơm thuốc cản quang vào nơi có XHTH. Trong trường hợp XHTH trên, chụp mạch máu chỉ được dùng trong những trường hợp khi tình trạng xuất huyết ồ ạt không thể quan sát được trên nội soi. Trong trường hợp XHTH dưới, chụp DSA được áp dụng cho cả chẩn đoán và cho điều trị các tổn thương đang chảy máu, thường là các tổn thương đã xác định bằng phương pháp nội soi viên nang hoặc chụp CT dựng hình mạch máu. Khả năng phát hiện vị trí chảy máu sẽ cao hơn nếu tiến hành chụp DSA ngay sau khi xác định được tình trạng XHTH tiến triển bằng hai phương pháp nêu trên.

## 5. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán vị trí xuất huyết: dựa vào hình thức biểu hiện.

Chẩn đoán mức độ xuất huyết (bảng 2)

- Lượng máu mất: khá chủ quan do thông tin thường ghi nhận dựa trên hỏi bệnh sử; ngoài ra máu chảy vào trong đường ống tiêu hóa có thể chưa nôn và tiêu ra máu ngay mà còn lưu giữ trong đường tiêu hóa một thời gian.
- Biểu hiện giảm tưới máu cơ quan do tình trạng mất máu cấp lên tri giác (tưới máu não) và lượng nước tiểu (tưới máu thận).
- Mạch và huyết áp: là dấu hiệu thường phản ánh chính xác nhất mức độ xuất huyết ở thời điểm mới xuất huyết.
- Lượng Hemoglobin và Hct thay đổi chậm hơn và thường chỉ phản ánh chính xác mức độ xuất huyết sau 24 – 48 giờ.

**Bảng 2. Phân độ nặng Xuất huyết tiêu hóa<sup>4</sup>**

Mức độ XHTH	Nhẹ	Trung bình	Nặng	
Mức độ mất máu	I	II	III	IV
Lượng máu mất	< 1 lít < 15%	1lít - 1,5lít 15 – 30%	1,5lít – 2lít 30 – 40%	> 2lít > 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	Tưới máu bình thường	Đỏ mề 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%
<b>Ghi chú:</b> 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.			

## 6. Đánh giá diễn tiến xuất huyết tiêu hóa

Xuất huyết ổn hay đang diễn tiến dựa vào các yếu tố sau

- Tình trạng mạch, huyết áp, da niêm, độ khát, nước tiểu: trong quá trình hồi sức nếu đánh giá mạch và huyết áp cải thiện (mạch bớt nhanh, huyết áp ổn định), da niêm hồng, có nước tiểu gợi ý tình trạng xuất huyết đã; nếu các dấu hiệu trên xấu đi thì có thể chưa ổn định. Nếu sau vài giờ điều trị và hồi sức nội khoa mà mạch và huyết áp vẫn không ổn chứng tỏ tình trạng xuất huyết còn diễn tiến.
- Nhu động ruột: nếu tần số bình thường (10-20 lần) gợi ý XHTH đã ổn. Nhu động ruột tăng gợi ý còn máu trong ống tiêu hóa.
- Tiêu phân vàng  $\geq 48$  giờ kèm với tình trạng lâm sàng ổn định gợi ý XHTH ổn định.
- Các biểu hiện cận lâm sàng gợi ý xuất huyết còn tiến triển: Lượng Hemoglobin và dung tích hồng cầu không cải thiện sau truyền máu. Ghi nhận tổn thương còn đang xuất huyết diễn tiến khi thực hiện các phương pháp thăm dò hình ảnh học.

Xuất huyết tái phát: khi bệnh nhân đã được điều trị ổn định vài giờ vài ngày sau đột nhiên nôn ra máu, tiêu ra máu hoặc có dấu hiệu toàn thân của XHTH.

## 7. Chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa

### 7.1 Chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa trên

Chẩn đoán nguyên nhân XHTH trên trong hầu hết các trường hợp dựa vào kết quả nội soi thực quản dạ dày tá tràng. Các nguyên nhân gây XHTH trên và xuất độ thường gặp được trình bày ở bảng 3 trích từ nghiên cứu của tác giả Quách Trọng Đức thực hiện tại BV Nhân Dân Gia Định năm 2003.

**Bảng 3. Nguyên nhân gây XHTH trên và xuất độ thường gặp**

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 nổi vị tràng	6	1,2
Viêm thực quản	4	0,8
Viêm loét miệng nổi vị tràng	3	0,6
Viêm loét tá tràng	3	0,6
Ung thư dạ dày	2	0,4
Không rõ	12	2,4

### *Loét dạ dày tá tràng*

Tiền sử:

- Đã được chẩn đoán loét dạ dày tá tràng có / hoặc chưa từng bị biến chứng XHTH
- Có triệu chứng của loét dạ dày tá tràng nhưng chưa được chẩn đoán xác định
- Dùng các thuốc có nguy cơ gây tổn thương niêm mạc dạ dày – tá tràng: thuốc kháng viêm non steroid, thuốc hạ áp (reserpine)

Hình thức biểu hiện lâm sàng

- Nôn máu bầm lẫn dịch vị hoặc thức ăn và / hoặc tiêu phân đen
- Đau thượng vị.
- Không có triệu chứng của hội chứng suy tế bào gan hoặc tăng áp lực tĩnh mạch cửa

### *Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản*

- Thường biểu hiện bằng hình thức nôn đột ngột, máu đỏ tươi, lượng nhiều và thường không lẫn thức ăn. Bệnh nhân có thể tiêu máu đỏ bầm vì lượng máu chảy trong ống tiêu hóa nhiều và di chuyển nhanh qua ruột nên không kịp tiêu hóa.
- Khám lâm sàng ghi nhận triệu chứng của hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

### *Hội chứng Mallory-Weiss.*

- Là tình trạng rách niêm mạc tâm vị thường xảy ra sau khi nôn hoặc trở nhiều và gây XHTH.
- Xảy ra khi bệnh nhân nôn trở nhiều trước khi nôn ra máu.
- 80-90% trường hợp thường XHTH mức độ nhẹ và tự ngừng chảy máu trong vòng 24-48 giờ.

### *Viêm loét dạ dày chảy máu*

- Là tổn thương loét xuất huyết dạ dày thường liên quan đến việc sử dụng các thuốc kháng viêm không steroid, uống rượu và stress.
- Viêm loét dạ dày xảy ra ở 50% số bệnh nhân sử dụng thuốc kháng viêm không steroid lâu dài có viêm loét (15-30% có loét dạ dày tá tràng), 20% người uống rượu, Tổn thương dạ dày do stress chỉ xảy ra ở các trường hợp bệnh rất nặng như chấn thương nặng, đại phẫu, phỏng > 1/3 diện tích cơ thể, bệnh sọ não nặng hoặc bệnh nội khoa nặng.
- Biểu hiện XHTH thường ở mức độ nhẹ.

*Ung thư dạ dày:* thường gây chảy máu và biểu hiện lâm sàng là tình trạng XHTH ẩn hoặc tiêu phân đen. Khám lâm sàng có thể phát hiện thể trạng suy kiệt, thiếu máu mạn, sờ được u vùng thượng vị. Tuy nhiên các dấu hiệu lâm sàng thường kém nhạy. Chẩn đoán xác định dựa vào soi dạ dày và sinh thiết tổn thương.

*Các nguyên nhân hiếm gặp:* dị dạng mạch máu, thoát vị hoành, chảy máu đường mật

## **7.1 Chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa dưới**

Các nguyên nhân gây XHTH dưới và xuất độ ở bảng 4 được trích từ một nghiên cứu đa trung tâm được thực hiện từ năm 2018-2019 của tác giả Quách Trọng Đức và cộng sự. Nghiên cứu lấy cả số liệu hồi cứu và tiền cứu.

**Bảng 4. Các nguyên nhân gây XHTH dưới và xuất độ thường gặp**

<b>Các nguyên nhân XHTH dưới</b>	<b>Số liệu hồi cứu (N=357)</b>	<b>Số liệu tiền cứu (N=324)</b>
Trĩ	80 (22,5)	110 (34)
Polyp đại trực tràng	45 (12,6)	21 (6,5)
Túi thừa đại tràng	43 (12,0)	16 (4,9)

Bệnh viêm loét ruột mạn tính	37 (10,4)	24 (7.4)
Bệnh hậu môn trực tràng khác (nứt hậu môn ...)	26 (7,3)	7 (2.2)
Loét ruột non	12 (3,4)	1 (0.3)
Loét đại tràng	6 (1,7)	25 (7.7)
Viêm đại tràng	5 (1,1)	18 (5.6)
U ruột non	2 (0,6)	1 (0.3)
Tổn thương Dieulafoy	1 (0,3)	0
Vỡ phình mạch máu tá tràng	0	1 (0.3)
Ung thư đại tràng	15 (4,2)	26 (8.0)
Sau cắt polyp / cắt trĩ	7 (2)	9 (2.8)
U máu đại tràng	1 (0,3)	25 (7.7)
Không xác định	76 (21,3)	40 (12.3)

*Trĩ:* gây tiêu máu đỏ tươi không lẫn với phân, máu có thể nhỏ giọt hoặc phun thành tia sau phân.

#### *Ung thư đại tràng*

- Ung thư đại tràng phải thường chỉ gây XHTH ẩn. Trong khi đó, ung thư đại tràng trái thường biểu hiện bằng tiêu máu đỏ; các tổn thương nằm ở đoạn đại tràng chậu hông hoặc trực tràng gây triệu chứng buốt mót cần đặc biệt cảnh giác.
- Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi đại trực tràng, sinh thiết.

## **8. Tiên lượng**

Gồm tiên lượng tái xuất huyết và tiên lượng tử vong

### **8.1 Tiên lượng XHTH trên**

Hiện nay trên thế giới có nhiều thang điểm được sử dụng để đánh giá tiên lượng bệnh nhân XHTH, mỗi thang điểm có một số ưu nhược điểm khác nhau. Cho đến hiện tại, thang điểm Blatchford (bảng 5) là một công cụ để đánh giá một bệnh nhân XHTH trên được khuyến cáo sử dụng phổ biến nhất.

Một thang điểm Blatchford sửa đổi gần đây cũng được thẩm định nhằm đơn giản hóa các tiêu chuẩn để thuận tiện cho việc đánh giá tại các tuyến cơ sở và cho thấy giá trị tiên lượng tương đương với thang điểm Blatchford. Trong thang điểm này

không có các tiêu chí về ngất, tiêu phân đen, tình trạng suy tim và bệnh gan như thang điểm Blatchford nguyên thủy.

Thang điểm Blatchford được tính từ 0-23 điểm, điểm số càng cao thì nguy cơ chảy máu tái phát và tử vong càng lớn. Việc tính điểm và xác định tỉ lệ tử vong hay tái xuất huyết có thể thực hiện tại trang web [www.mdcalc.com](http://www.mdcalc.com), sau đó chọn thang điểm cần tính. Nhập thông số về bệnh nhân và chúng ta sẽ có kết quả về tỉ lệ tử vong và tái xuất huyết. Với điểm GBS <1, bệnh nhân có thể theo dõi điều trị ngoại trú; GBS ≥ 6, tăng 50% nguy cơ cần can thiệp và GBS ≥ 7 dự đoán bệnh nhân cần can thiệp nội soi.

**Bảng 5. Thang điểm Blatchford trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa trên**

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

## 8.2 Tiên lượng XHTH dưới

Các thang điểm vẫn còn đang trong giai đoạn phát triển và cần thêm thời gian thẩm định. Một số yếu tố có liên quan XHTH dưới mức độ nặng bao gồm

- 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  $\mu\text{m/L}$

*\* Nguy cơ càng cao khi càng có nhiều yếu tố nguy cơ kể trên*

Kết quả nghiên cứu đa trung tâm của tác giả Quách Trọng Đức ghi nhận các yếu tố nguy cơ liên quan XHTH dưới mức độ nặng bao gồm: mạch  $\geq 100$  lần / phút, huyết áp tâm thu < 100 mmHg, Hct < 35% và tiểu cầu  $\leq 150.000/\text{mm}^3$ , bên cạnh đó tác giả cũng đưa ra bảng điểm SALGIB nhằm giúp tiên lượng nguy cơ xuất huyết nặng

**Bảng 6. Thang điểm SALGIB trong tiên lượng xuất huyết tiêu hóa dưới**

Các chỉ số đánh giá	Điểm
<b>Mạch</b>	
< 100	0
$\geq 100$	1
<b>Huyết áp tâm thu</b>	
$\geq 100$	0
< 100	3
<b>Hematocrit (Hct)</b>	
$\geq 35$	0
30-34,9	1
25-29,9	3
< 25	5
<b>Số lượng tiểu cầu</b>	
> 150	0
$\leq 150$	1

Ở điểm cắt là  $< 2$  và  $\geq 5$  thang điểm SALGIB giúp tiên lượng nguy cơ xuất huyết nặng là thấp hay cao. Thang điểm này không giúp tiên lượng tử vong cũng như tái xuất huyết.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh học Nội khoa, Bộ môn Nội ĐHYD Tp HCM – NXB Y học 2012.
2. Triệu chứng học nội khoa, Bộ môn Nội ĐHYD Tp HCM - Nhà xuất bản Y học 2012.
3. Khuyến cáo xử trí xuất huyết tiêu hóa trên cấp tính không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Hội khoa học Tiêu hóa Việt Nam 2009.
4. Harrison's Principle of internal medicine tái bản lần 17. Nhà xuất bản McGraw-Hill's 2008.
5. Grenvick A, Ayres SM, Holbrook PR, et al. Textbook of critical care, 4th edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 40–5.
6. 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
7. 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.
8. Quach DT, Dao NH, Dinh MC et al. The performance of a modified Glasgow Blatchford Score in predicting clinical intervention in patients with acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: A Vietnamese prospective multicenter cohort study. Gut Liver 2016; 10(3): 375 - 381
9. Quach Trong Duc et al. 2020. Development and Validation of a Scoring System to Predict Severe Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in Vietnamese. Digestive Diseases and Sciences <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06253-y>.