

# ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

HỌC SẠCH TỪNG CON SỐ!!!!!!!



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

Định nghĩa học vẫn phân  
là XHTH trên-dưới dựa  
vào góc Treitz

Góc Treitz  
(góc tá – hồng tràng)

XHTH dưới

# Quan điểm phân loại mới theo vị trí xuất huyết

**XHTH TRÊN**

**XHTH RUỘT NON**  
(*XHTH ẩn dấu*)

**XHTH DƯỚI**  
(*XHTH ở đại tràng*)



Tuy nhiên, do hiện nay các pp thăm dò chỉ soi TH trên là đến D2 tá tràng và soi TH dưới là đại tràng nên những chỗ xuất huyết ở ruột non thì không phát hiện được --> XHTH ẩn giấu or không rõ ng/nhân. Tương lai đi làm thì những phương tiện đã được phát triển (cáp soi, viên nang) --> xem dc rõ vị trí XH ở ruột non luôn --> XHTH sẽ được định nghĩa lại

# 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	Tĩnh, hơi mệt	Chóng mặt, đổ mồ hôi, tiểu ít Da xanh, niêm nhợt,	Hốt hoảng, lơ mơ, ngất
Mạch	$< 100$ l/ph	$\geq 100 - 120$ l/ph	$\geq 120$ l/ph
HA tâm thu	$> 90\text{mmHg}$	$80 - < 90\text{mmHg}$	$< 80\text{mmHg}$
Hct	$\geq 30\%$	$< 20 - 30\%$	$\leq 20\%$
HC	$\geq 3$ triệu / $\text{mm}^3$	2-3 triệu / $\text{mm}^3$	$\leq 2$ triệu / $\text{mm}^3$

Mới NV  
nhảy giật đầu

Sau 34-40h

# Đánh giá mức độ XHTH

---

- **M, HA là dấu hiệu chính xác nhất** trong những giờ đầu của XHTH. Sau 24-48h, khi đã có hiện tượng pha loãng xảy ra --> đánh giá bằng Hct, Hb
- 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

CHUNG: cho cả XHTH trên-dưới, do-không do TALTMC

## • Hồi sức nội khoa

### – Biện pháp chung

--> Biện pháp cho hồi sức do giảm thể tích tuần hoàn (mất máu toàn thể)

#### • Nằm đầu thấp

Nằm đầu thấp để tưới máu não tốt hơn, tuy nhiên chú ý cho BN nằm nghiêng -> tránh nôn gây hít sặc. Nghiêng T>P vì DD bên T -> tạo thể tích chứa lớn nên giảm khả năng nôn

#### • Thở oxy

#### • Nhịn ăn uống

Nhịn ăn uống chủ yếu là để ống TH trống chuẩn bị cho nội soi --> chú ý mốt đi làm không cho uống các loại thuốc có màu or có khả năng cản trở tầm nhìn nội soi

### – Bồi hoàn thể tích tuần hoàn

Dịch truyền or máu

### – Thuốc

Theo nguyên nhân nghi ngờ: Giảm ALTMC hoặc PPI

### – Nội soi chẩn đoán ± điều trị

NS để xác định nguyên nhân --> ĐT cụ thể

## • Xét chỉ định

### – Can thiệp mạch

### – Ngoại khoa

# Bồi hoàn thể tích tuần hoàn (1)

- Biện pháp căn bản Bồi hoàn thể tích dịch càng nhanh càng tốt --> Để đảm bảo tưới máu cơ quan --> ĐƯỜNG TRUYỀN PHẢI LỚN VÀ ỔN ĐỊNH
- 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%  
Đẳng trương thì sẽ ở trong lòng mạch lâu hơn  
Dd đường ưu trương thì mục đích chủ yếu là dinh dưỡng thôi, vì độ nhớt cao -> tốc độ chảy sẽ không nhanh được
  - Không nên:  
Dung dịch ưu trương Glucose 10% - 30%
  - **Máu: trong trường hợp XHTH nặng**



# Bồi hoàn thể tích tuần hoàn (2)

- Tốc độ truyền dịch

- Thay đổi tùy trường hợp

ĐỀ HỎI: HA tâm thu  $\geq$  90mmHg; HA tb  $\geq$  60mmHg

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

(không để mạch nhanh, huyết áp kẹt / tụt)

- **Không nâng HA max lên cao quá 140mmHg**

- Xuất huyết tái diễn.

HA cao quá  $\rightarrow$  áp lực lòng mạch tăng  $\rightarrow$  vị trí XH đã là nơi mạch máu không toàn vẹn rồi  $\Rightarrow$  XH tiến triển or XH tái diễn

- Thận trọng ở bệnh nhân suy tim, tăng huyết áp, suy thận mạn, thiếu máu mạn ...

Nguy cơ quá tải dịch  $\Rightarrow$  SUY TIM CẤP, PHÙ PHỔI CẤP

# Truyền các chế phẩm máu

BN mất máu toàn phần tuy nhiên vì nguy cơ phản ứng KN-KT (sốt,...) và nguy cơ lâu dài là lây nhiễm ==> CHỈ TRUYỀN THÀNH PHẦN THIẾU

CHỌN LỰA CHẾ PHẨM MÁU

**Truyền thành phần thiếu!**

# Thiếu máu

1. Ưu tiên HC lắng > máu toàn phần
2. Giữ Hb mục tiêu
  - 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  $10g/dL$ .  
Vì phản ứng viêm nhiều và nguy cơ tắc mạch cao --> dễ tử vong hơn
  - $Hb < 7g/dL$  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.

## ➤ TIỂU CẦU

- TC < 50,000/mm<sup>3</sup> VÀ BN đang xuất huyết tiến triển
- 1 khối (kít) TC tăng TC 30,000 – 50,000/mm<sup>3</sup>

Nếu chỉ có 1/2 thì chỉ theo dõi

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

Thường là do Xơ gan nhưng vẫn có thể do nguyên nhân khác  
--> gọi chung là nhóm TALTCMC --> xử trí là giống nhau

# 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

# Phân Độ Dẫn Tĩnh Mạch Thục Quản

Dấu chứng cho thấy khả năng XH cao:

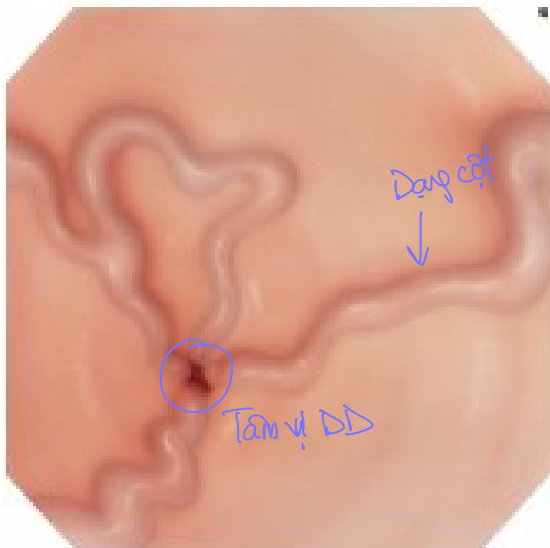
1. KT các búi TM quá lớn (độ 2-3)
2. Có các dấu son

Độ I < 5mm, thẳng,

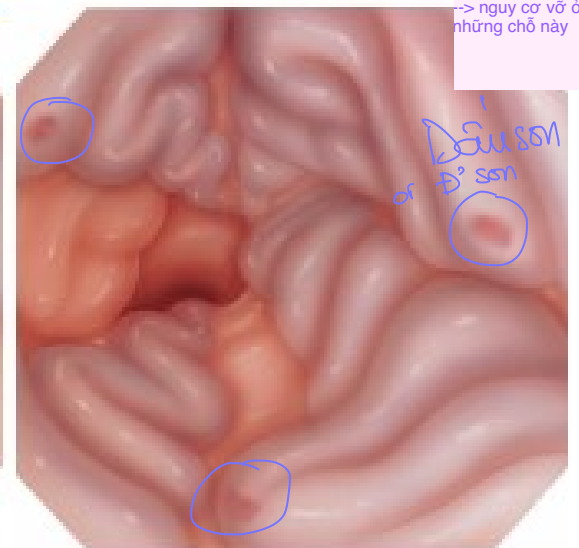
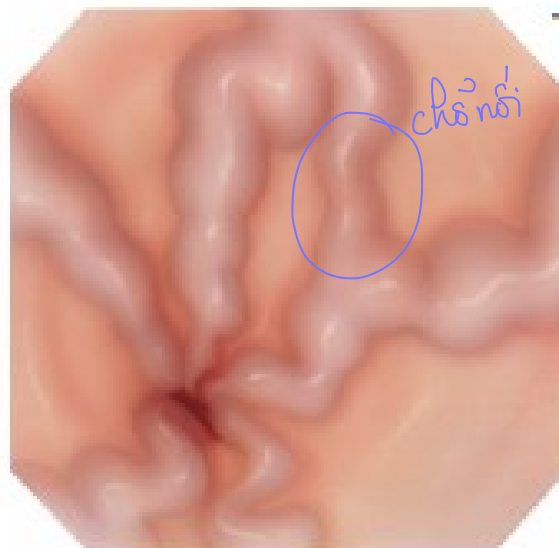
chỉ thấy ở đoạn TQ xa

Độ II 5 – 10 mm, **ngoằn ngoèo**, lên đến TQ đoạn giữa

Độ III > 10mm, chiếm gần hết lòng TQ



Dạng hình cột thẳng



Ranh giới giữa các búi không còn rõ ràng nữa

# 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

Hình này là ống soi đã đi vào DD, từ dưới ngược nhìn lên phần đáy vị



Dạng đường



Dạng từng búi



Rất nhiều búi, tương tự dẫn TM TQ: có các điểm son



# 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
  - PPI sau điều trị nội soi

# ĐIỀU TRỊ XHTH DO TALTC

➤ Đánh giá và đảm bảo ABC

➤ **Bồi hoàn thể tích**

Về nguyên tắc thì cũng giống phần Nguyên tắc chung, nhưng có vài điểm cần lưu ý: (Slide kế)

➤ 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**
  - 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)

# BỒI HOÀN THỂ TÍCH

## *Những điều nên TRÁNH*

### ➤ 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

Tăng tích lũy muối và nước

### ➤ Điều chỉnh đông cầm máu là cần, nhưng **không**

**nên trì hoãn thời điểm thực hiện nội soi**



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 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

# CHIẾN LƯỢC CẦM MÁU CẤP CỨU

THUỐC ↓ ALTMC + NS CỘT THẮT TMTQ

(GOLD STANDARD)

Cụ thể theo đề là Terlipressin + NS cột thắt

NỘI SOI CỘT THẮT TMTQ

NỘI SOI CHÍCH XƠ

CHÈN BẰNG BÓNG

# CÁC THUỐC GIẢM ÁP LỰC TMC

- Cơ chế: làm **co mạch tạng** Bao gồm cả TMC  
→ ↓ 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%  
ĐỀ HỎI thời gian sd thuốc giảm ALTMC  
Tạm thời là để có thêm thời gian để dùng các biện pháp can thiệp khác tích cực hơn  
--> nếu chỉ dùng mỗi thuốc thì sẽ chảy máu trở lại
- Dùng kéo dài **3 – 5 ngày** sau khi đã có CĐ (+)



# CÁC THUỐC GIẢM ÁP LỰC TMC

Truyền liên tục thì cần có bơm tiêm tự động or máy đếm giọt

- 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

Thi hỏi liều Sandostatin (là Octreotide)

## 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

Nếu BN được nội soi cầm máu rất tốt, rất thành công rồi thì cả 3 thuốc này là như nhau.  
Nhưng nếu cầm máu chưa hoàn hảo thì phải coi chừng Octreotide bị giảm đáp ứng nhanh -> khả năng XH trở lại

# ĐIỀU TRỊ NỘI SOI CÀM MÁU

- ❖ Trong vòng **< 12 giờ** Tối thiểu
- ❖ **Càng sớm càng tốt** Lý tưởng là:  
- HA t/thu:  $\geq 90$ mmHg  
- Mạch:  $< 100$  lần/phút
- ❖ Ngay khi **ổn định huyết động**

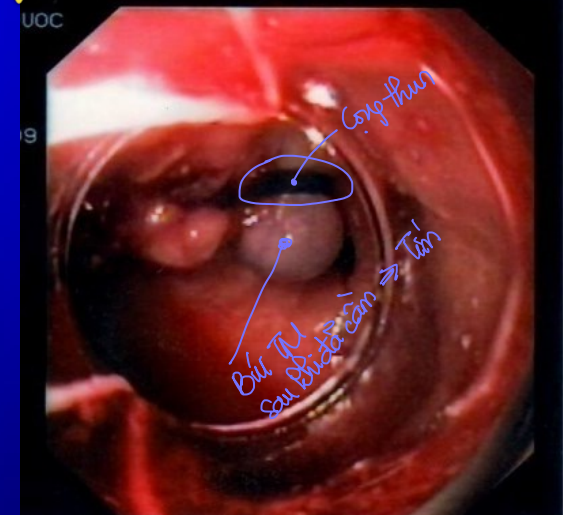
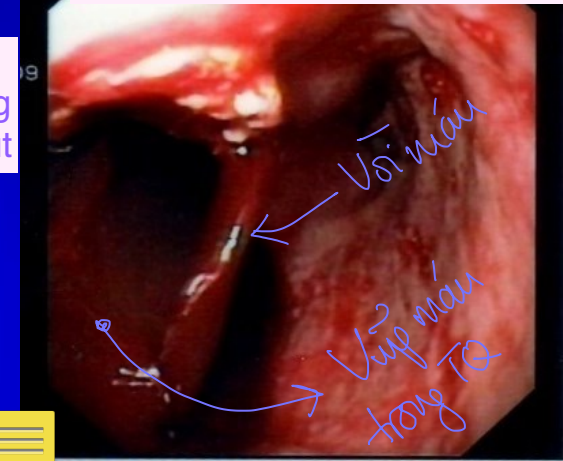
*(tốt nhất: đã nhận được máu)* Huyết động chưa ổn định thì nguy cơ chết trước khi soi rồi

- ❖ 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)

Vòi máu: XH do TALTCM rất ồ ạt, rất dữ dội  
Lòng TQ nhỏ, máu tràn ra là TQ căng ra --> ới ra ngay, không trộn lẫn thức ăn



# ĐIỀU TRỊ NỘI SOI CẦM MÁU

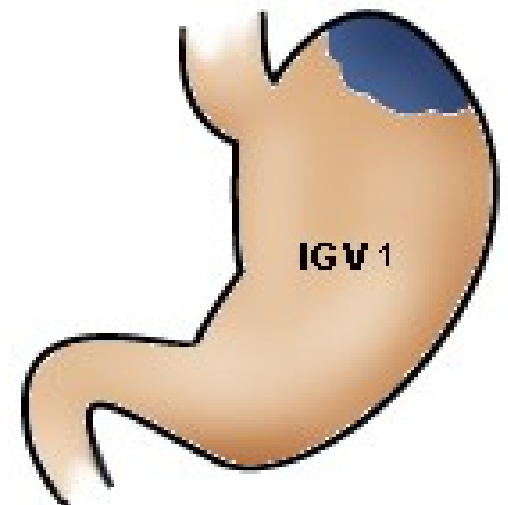
EVL là cột thun cầm máu

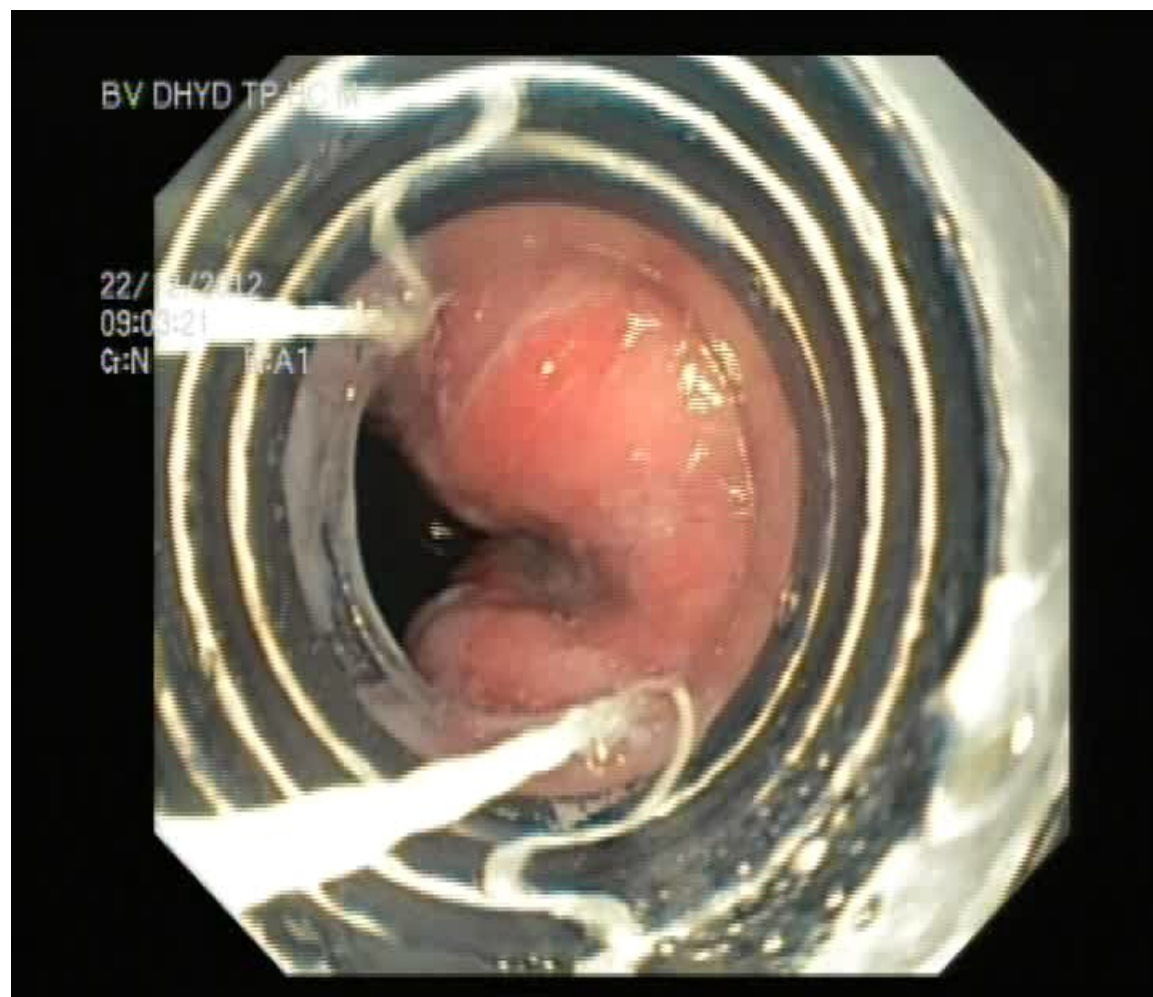
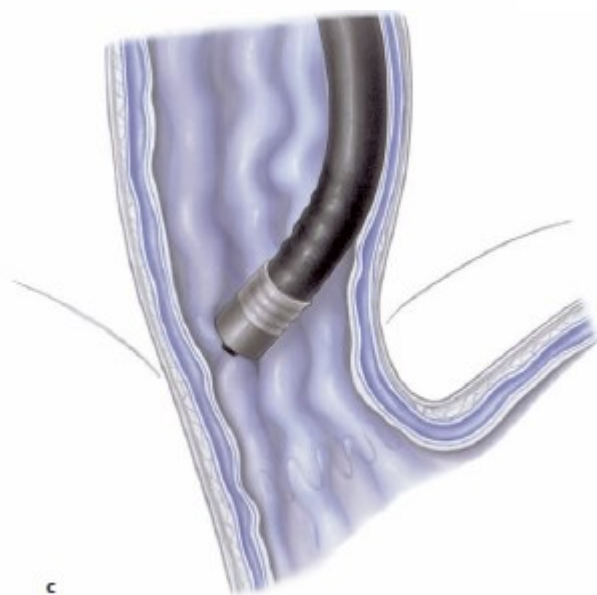
❖ Varices thực quản: EVL >>> chích xơ

❖ Varices dạ dày:

**Chích keo Cyanoacrylate**

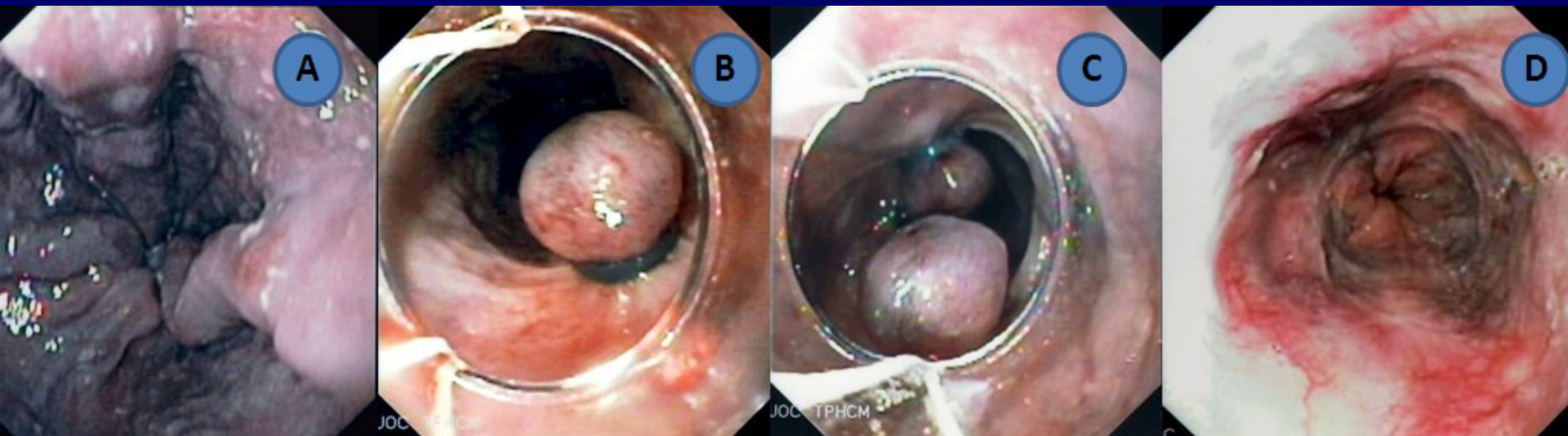
Riêng GEV1: keo > EVL





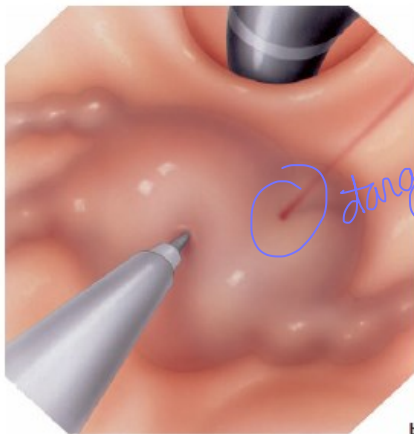
# NỘI SOI THẮT TĨNH MẠCH THỰC QUẢN:

---



Cái vòng màu đen là sợi thun  
Búi TM đã thắt sẽ thành màu tím





b



c

Rút kim ra thấy hơi chảy máu tí  
& keo chảy ra nhưng sẽ đông lại ngay  
→ Rửa lại



Sau khi nội soi cầm máu vẫn sẽ tiếp tục tiêu phân đen 1-2 ngày đầu do những máu còn sót lại trong ống TH -> dặn dò BN vì BN thường lo sợ và tưởng là XH trở lại

# CHIẾN LƯỢC CẦM MÁU CẤP CỨU

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



NỘI SOI CỘT THẮT TMTQ



NỘI SOI CHÍCH XƠ



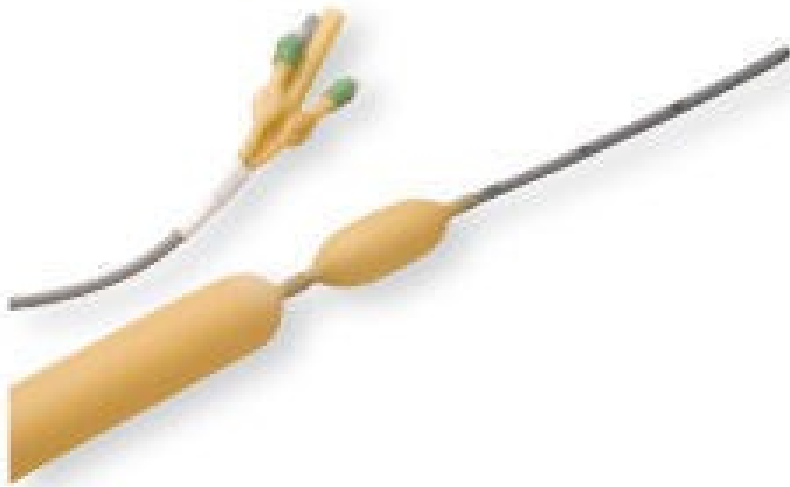
CHÈN BẰNG BÓNG

# CHỌN SOND E CẦM MÁU

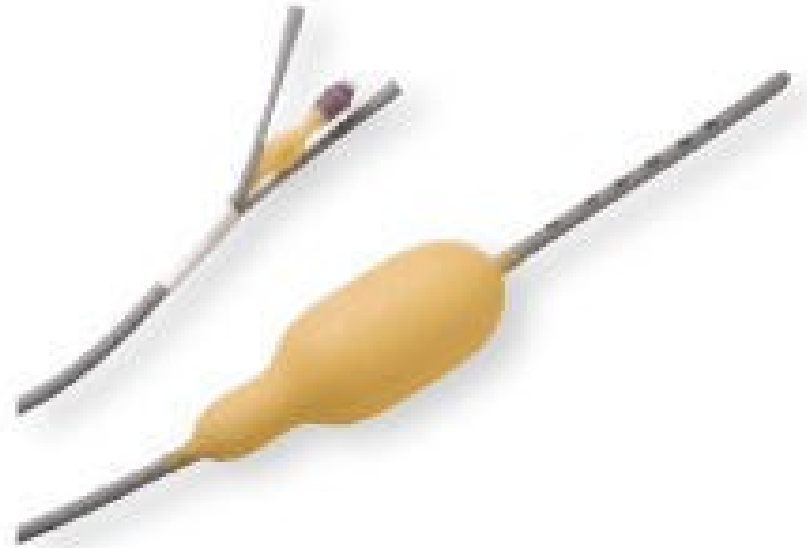
- ❖ Hiệu quả: cầm máu **tạm thời** > 80% trường hợp
- ❖ **Nhiều biến chứng**: hít sặc, di lệch, vỡ thực quản, tử 20%
- ❖ Chỉ nên dùng trong các trường hợp xuất huyết ồ ạt, nhằm cầm máu tạm thời trong khi chờ biện pháp điều trị triệt để (không nên lưu quá 24h)

BN vô hồi sức + cho thuốc cầm máu nhưng chưa kịp ổn định huyết động để nội soi thì đã XH ồ ạt trở lại --> chọn sonde để cầm máu tạm thời rồi nội soi

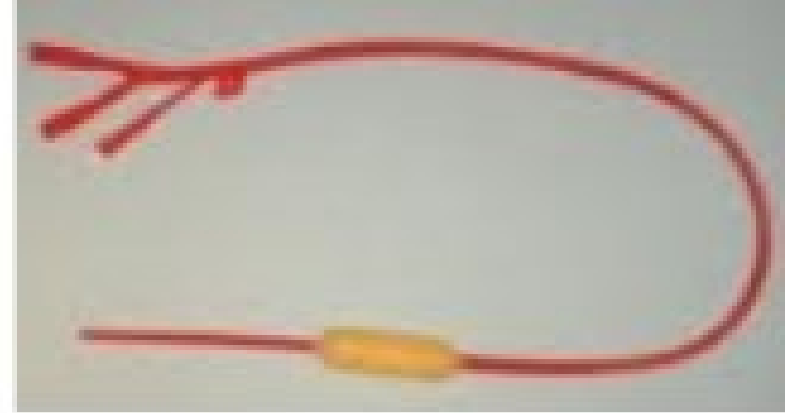




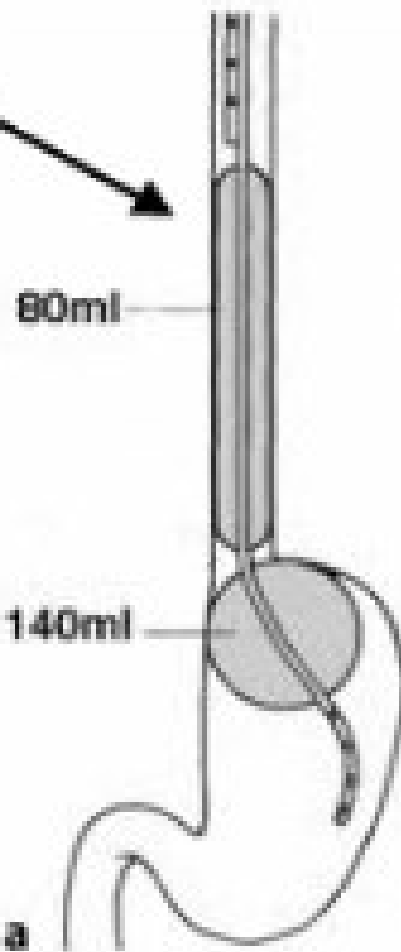
Blakemore sonde



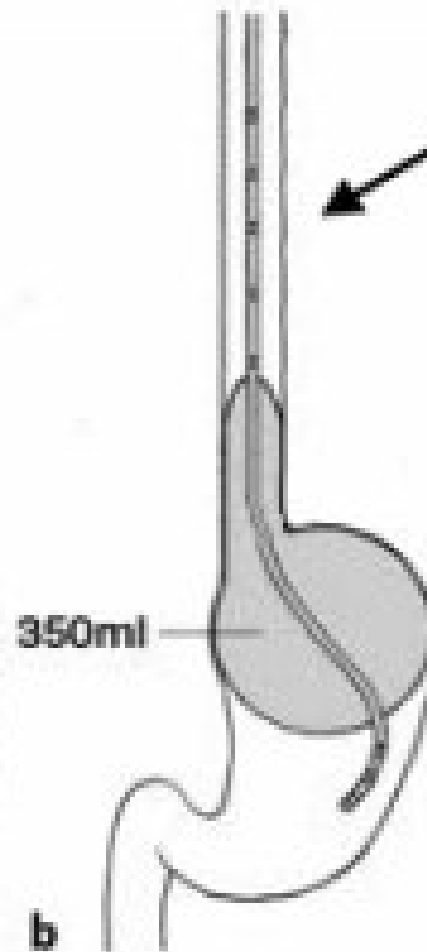
Linton – Nachlas sonde



Sengstaken  
Blakemore

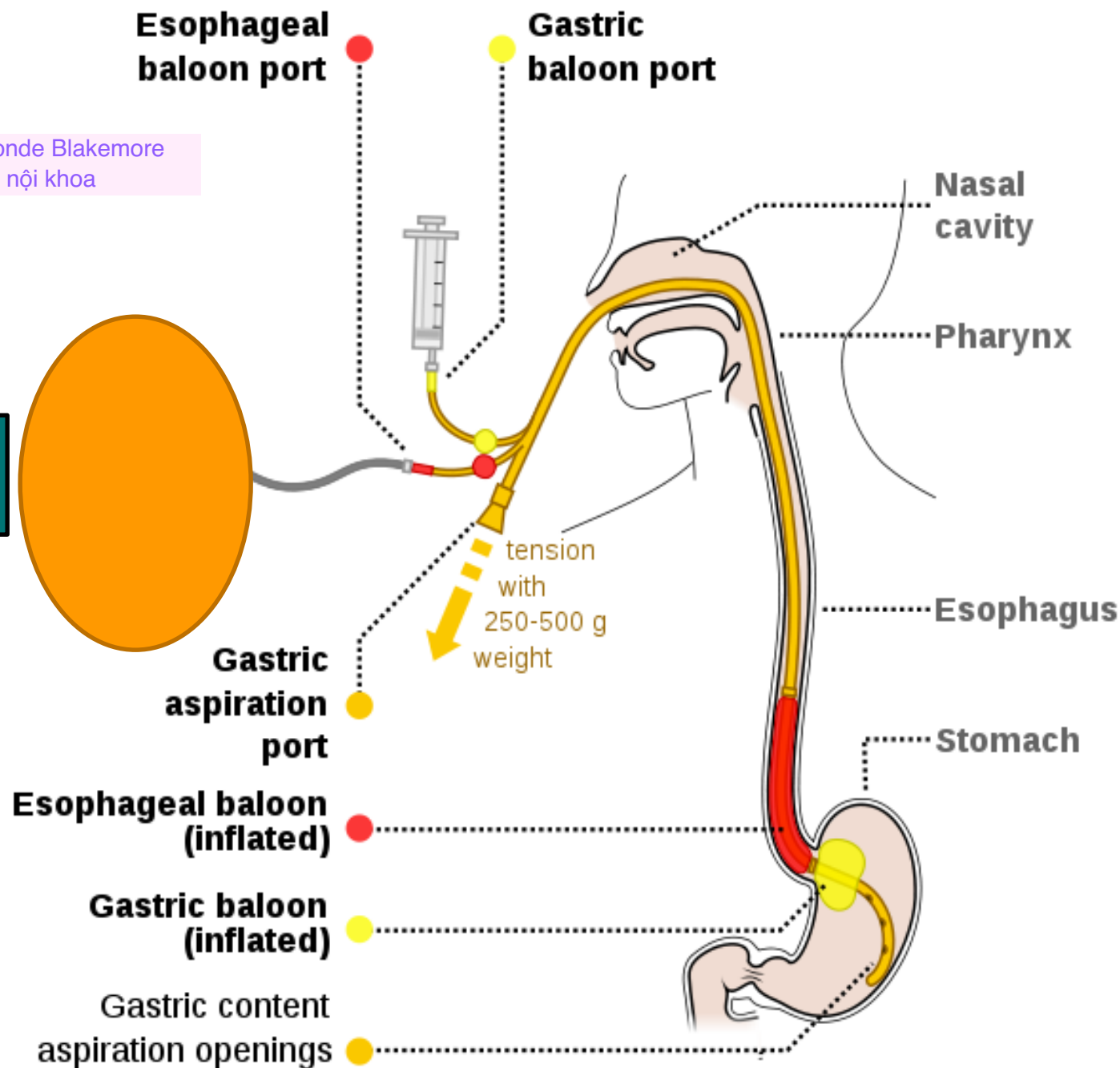


Linton  
Nachlas



Thầy nói cơ sẽ học rõ hơn về sonde Blakemore này trong bài Thủ thuật cấp cứu nội khoa

- 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 SONDE CÀM 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 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

# ĐIỀU TRỊ XHTH DO TALTC

Thầy lướt qua, noi là đi LS sẽ bàn kĩ hơn :v

Vậy mà ĐỀ VẤN HỎI KS PHÒNG NGỪA :)

## ❖ 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 CỦA

Viêm DD XH  
Loét DD-TT  
Mallory-Weiss  
Ung thư DD



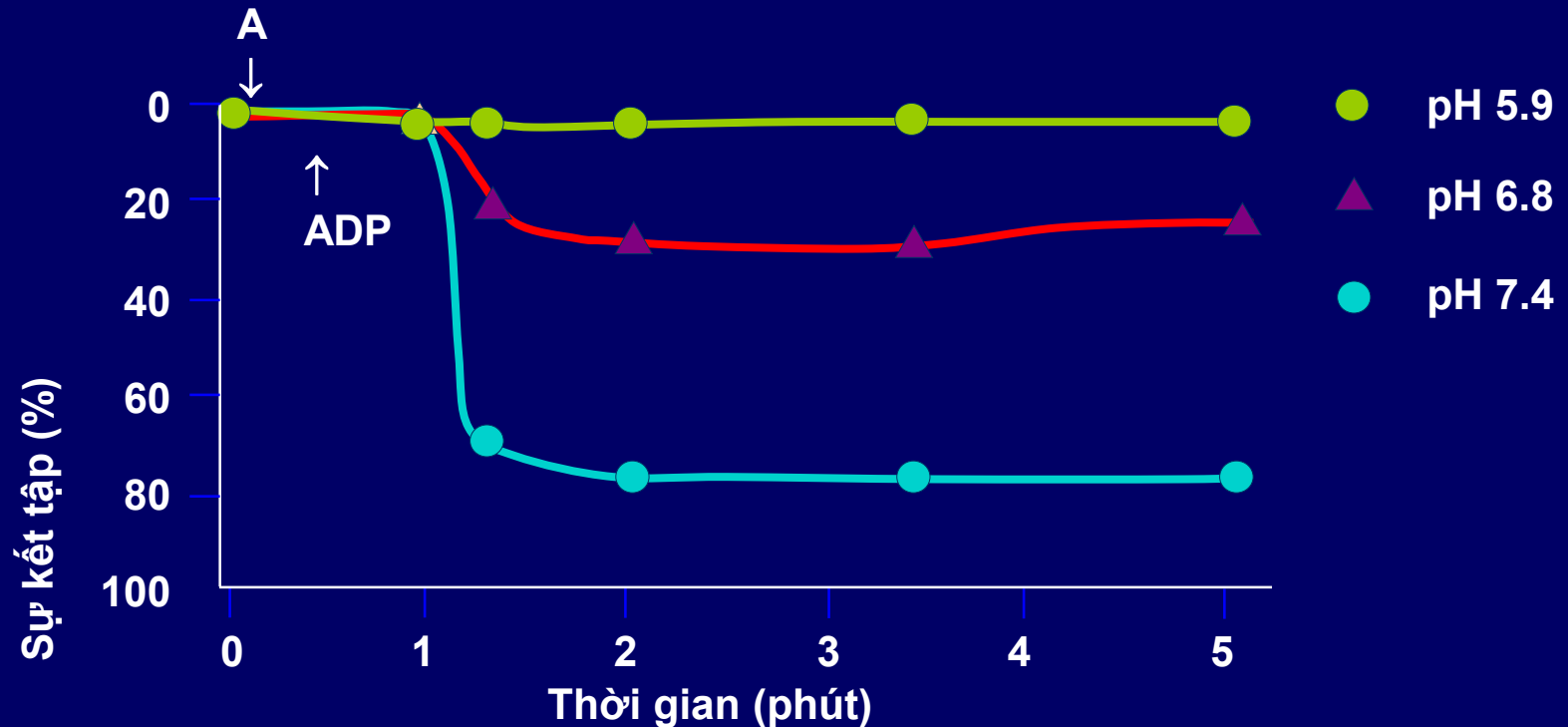
# ĐIỀU TRỊ XHTH DO TALTCMC

- Đánh giá và đảm bảo ABC
- Bồi hoàn thể tích
- Điều trị bằng thuốc
- Điều trị nội soi

# ĐIỀU TRỊ XHTH DO TALTMC

- 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



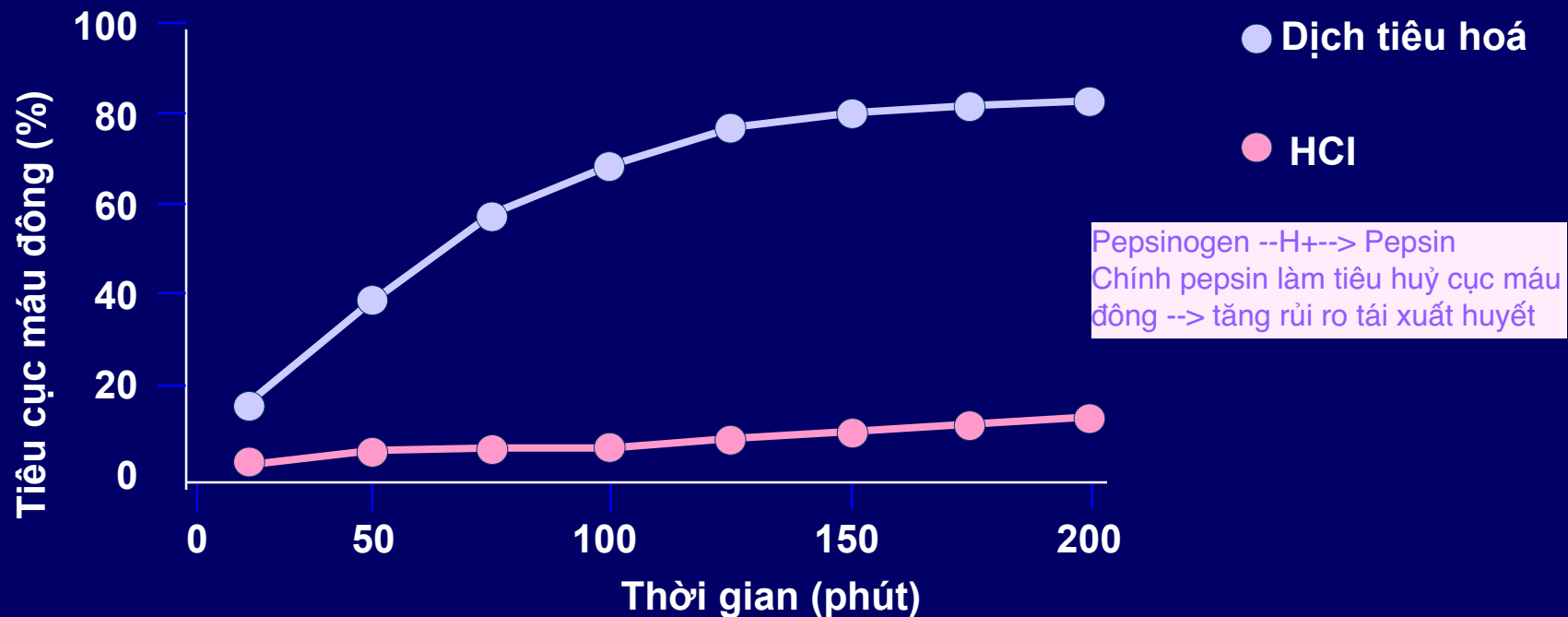
Time point A: buffer or HCl added;  
ADP: adenosine diphosphate added

--> cần nâng pH DD lên để tiểu cầu dễ kết tập hơn

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

# Tác động của dịch vị trên sự tiêu hủy 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

--> cần nâng pH DD lên để tiểu cầu kết tập dễ hơn nhiều hơn và duy trì được cục máu đông và tăng yếu tố bảo vệ (chất nhầy)

# Sử dụng thuốc ức chế tiết acid

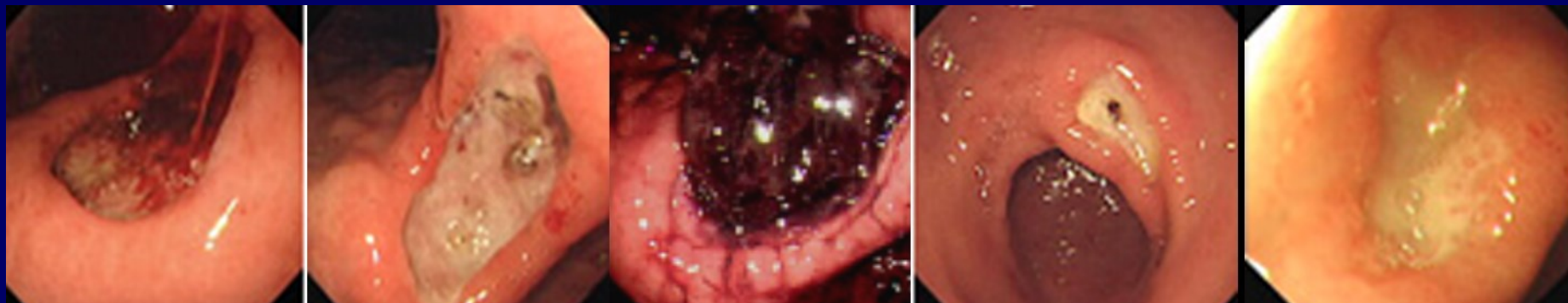
(trước khi nội soi)

---

- 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**
- Đường dùng: TM > uống
- Liều: **Bolus 80mg, bơm tiêm 8mg/giờ**  
Khi có kết quả nội soi: xem xét lại

Thuốc có nhiều loại nhưng cách dùng đều như nhau

# Nguy cơ tái xuất huyết: Phân loại Forrest



Ia, Ib

Máu chảy  
A: phun máu  
thành vòi  
B: loang máu

IIa

Lộ mạch máu  
(chồi mạch)

IIb

Có cục máu đông

IIc

Có cặn máu  
(đốm đen  
hematin)

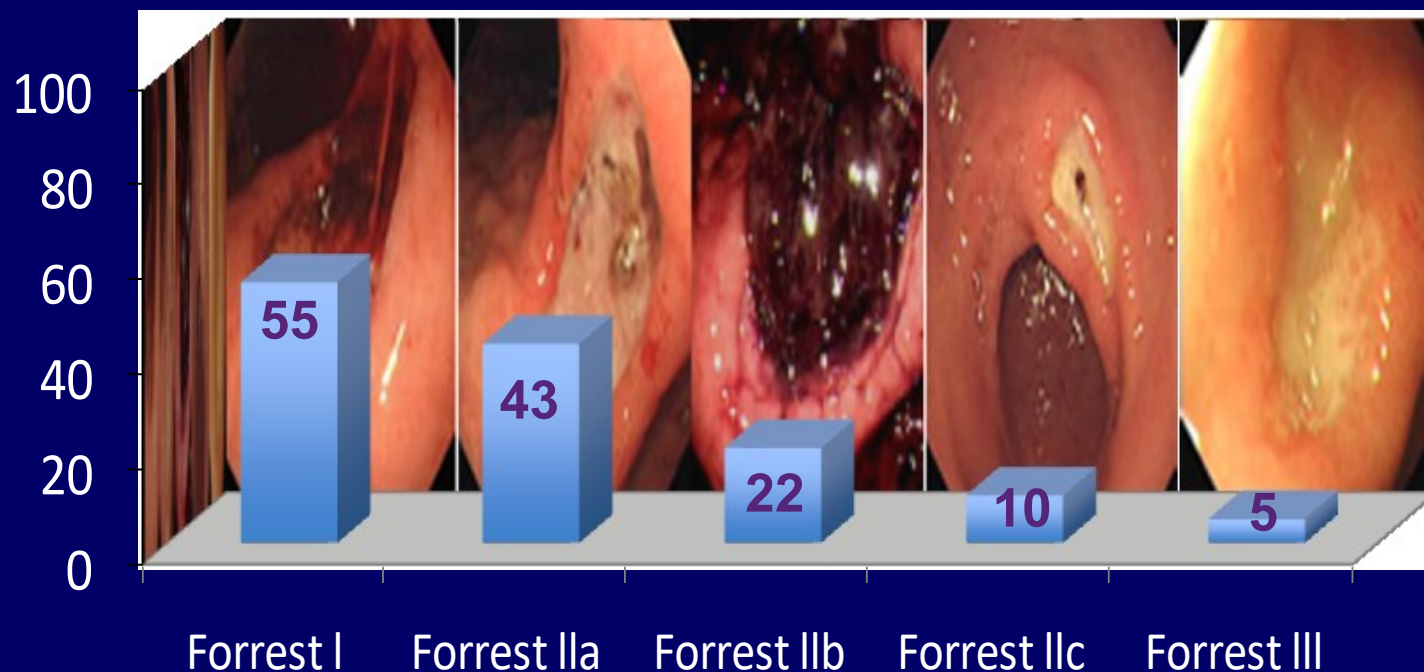
III

Đáy giả mạc,  
không thấy xuất  
huyết

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



# Sử dụng thuốc ức chế tiết acid (sau khi nội soi)

Phân loại Forrest là phân loại dựa trên hình ảnh nội soi của BN --> dựa vào đó quyết định xem có chỉ định CAN THIỆP NS (ĐT NS) ko và PPI sd ntn

## Chiến lược điều trị dựa trên đánh giá Forrest

THI!

- Phân loại Forrest
- Nguy cơ tái XH cao hay thấp
- Chiến lược đt

### ➤ Nguy cơ cao (Ia, Ib, IIa, IIb):

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

Kể từ khi được  
can thiệp nội soi  
(chứ ko phải kể  
từ lúc NV)

### ➤ Nguy cơ thấp (IIc, III)

- Không ĐT nội soi → PPI uống

Nếu BN đang được truyền PPI trước đó, thì truyền hết liều đó thì chuyển qua PPI uống

VD: tình huống 1 ca vô LS XHTH..., làm nội soi thấy kết quả...  
--> phân loại tổn thương loét này theo Forrest là?  
--> BN này sau khi có kq nội soi nên được đt bằng?

# 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 SaO<sub>2</sub>

Một số bệnh lý tim mạch, TK sử dụng thuốc kháng đông làm BN bị XHTH --> khi can thiệp phải suy xét đến phương diện bly tim mạch và hh

# Can thiệp nội soi: kỹ thuật

## ➤ Chích cầm máu

- Chèn ép tại chỗ: **Adrenaline pha loãng**, Phổ biến nhất
- Gây xơ, tạo huyết khối: Polidocanol, Ethanolamine
- “keo” dán mô: Cyanoacrylate, Thrombine, Fibrin

## ➤ Nhiệt: Heat probe, APC, Laser ... Cơ chế như ép nhựa vậy

## ➤ Cơ học: Clip, vòng thắt

## ➤ Mới: Phun bột cầm máu (Fibrin sealant, hemospray)

Tương tự  
keo sinh  
học

Chích Adrenaline sẽ gây co mạch nên cũng ko cần chích chính xác vị trí tổn thương mà vẫn có tác dụng cầm máu

Nội soi vô thấy vòi máu phun ra: Forrest I

Chích adre loãng vô rồi coi lại thấy lộ mạch máu: Forrest IIa

--> KQ chưa tốt được tốt lắm --> lúc này nên dùng thêm pp cầm máu thứ 2 khác (nhiệt, 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

Này thì không thi, trên đt có app tính điểm, nhớ càng cao càng dễ tái phát là được

➤ 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)

Ng/tắc là loét gần mm lớn và vết loét lớn thì nguy cơ tái phát cao

# 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%.

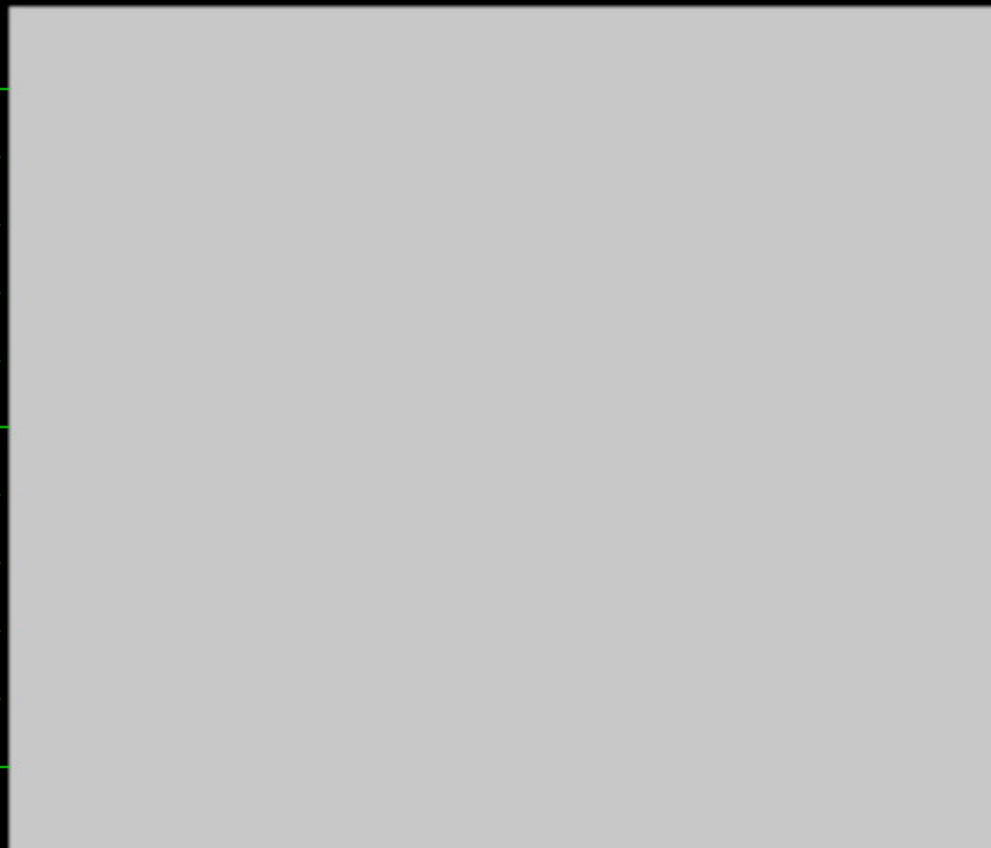
Image size: 512x512 15-21:15:37-STD-1.3.12.2.1107.5.13.2.20106 ( 157 y , 152 y )  
WL: 127 WW: 255  
Coronary Diagnostic Coronary Catheterization  
Body 4



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

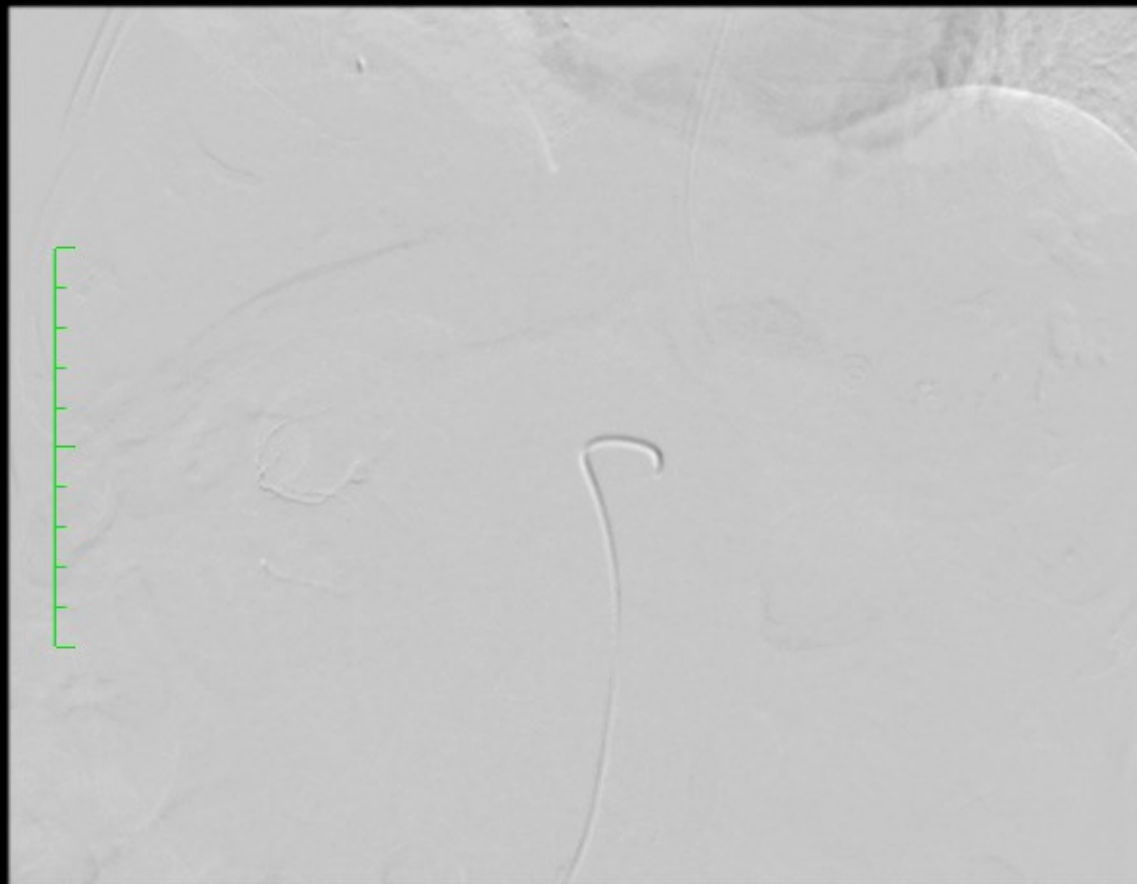


Zoom: 119%  
Im: 3/54 Series: 10  
LittleEndianExplicit  
Position: HFS

**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

---

### ➤ 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