

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

ĐỊNH NGHĨA

Tình trạng chảy máu từ đường tiêu hóa, gồm có cấp và mạn.

Phân loại:

- Theo vị trí xuất huyết: XHTH trên (góc Treitz) và dưới.
- Mới: XHTH trên – Ruột non (XH ẩn dấu) – XHTH dưới (ở đại tràng).

PHÂN ĐỘ

Gồm 3 mức độ: nhẹ, trung bình, nặng.

Xuất huyết tiêu hóa tiếp diễn hay hiện ổn:

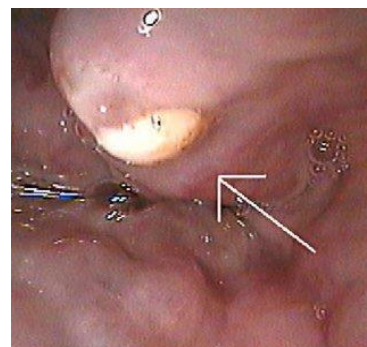
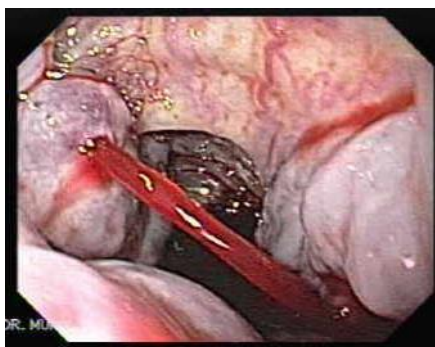
- Tiếp diễn khi LS bệnh nhân còn dấu huyết XH trên LS như còn nôn ra máu, tiêu phân đen; huyết động chưa ổn: mạch nhanh, huyết áp giảm, Tilt test (+):
 - Tilt test (+): Đo huyết áp giữa hai tư thế nằm và đứng nhờ cái giường điều chỉnh được.
 - **Mạch tăng > 20 lần/phút.**
 - **Huyết áp giảm > 10 mmHg.**
 - Tilt test nhạy hơn hạ huyết áp tư thế (SBP giảm ≥ 20 , DBP giảm ≥ 10 mmHg)
 - Mạch và huyết áp là dấu hiệu chính xác nhất trong những giờ đầu
- Hiện ổn khi không có dấu huyết XH với huyết động ổn trên LS.
- Chẩn đoán chính xác nhất là nội soi thấy máu còn chảy hay không.

CẬN LÂM SÀNG

Nội soi dạ dày – tá tràng

Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản.

Thấy tĩnh mạch dẫn, và (1) máu chảy ra từ tĩnh mạch, (2) cục máu đông – dấu đỏ, (3) núm trắng (nipple)– huyết khối do tiêu cầu.



Ý nghĩa: Thể hiện bệnh nhân đang chảy máu, hay đã chảy máu, cần phải can thiệp qua nội soi là cột tĩnh mạch dẫn, hoặc chích cầm máu.

Thời gian thực hiện: Càng sớm càng tốt, trong vòng 12 giờ đầu, sau khi ổn định sinh hiệu, không đợi sau khi ổn định đông cầm máu.

Loét dạ dày – loét tá tràng

Phân độ Forrest			
Độ		Mô tả	Tỉ lệ tái phát (%)
Nguy cơ cao	IA	Thấy mạch máu phụt ra (máu đông mạch)	55
	IB	Thấy mạch máu, máu chảy rỉ rả (máu tĩnh mạch)	
	IIA	Thấy mạch máu, nhưng không chảy máu	44
	IIB	Thấy ổ loét có cục máu đông	20
Nguy cơ thấp	IIC	Có cặn đen	10
	III	Ổ loét đáy sạch	5

Ở những bệnh nhân có phân độ Forrest nguy cơ cao, cần cầm máu bằng nội soi.

Các cận lâm sàng khác

Công thức máu: Xác định mức độ mất máu, nhưng Hb, Hct thay đổi chậm (sau 12-24h) và ảnh hưởng bởi các xử trí ban đầu (truyền dịch, truyền máu).

Đông máu toàn bộ, fibrinogen: Đánh giá đông cầm máu của bệnh nhân.

Xét nghiệm chức năng gan, thận, ion đồ.

CHẨN ĐOÁN

Xuất huyết tiêu hóa trên/ dưới, nguyên nhân, mức độ, đang diễn tiến/tạm ổn, biến chứng/Bệnh nền.

ĐIỀU TRỊ

Đảm bảo được huyết động: bồi hoàn thể dịch bằng dung dịch tinh thể, các chế phẩm máu.

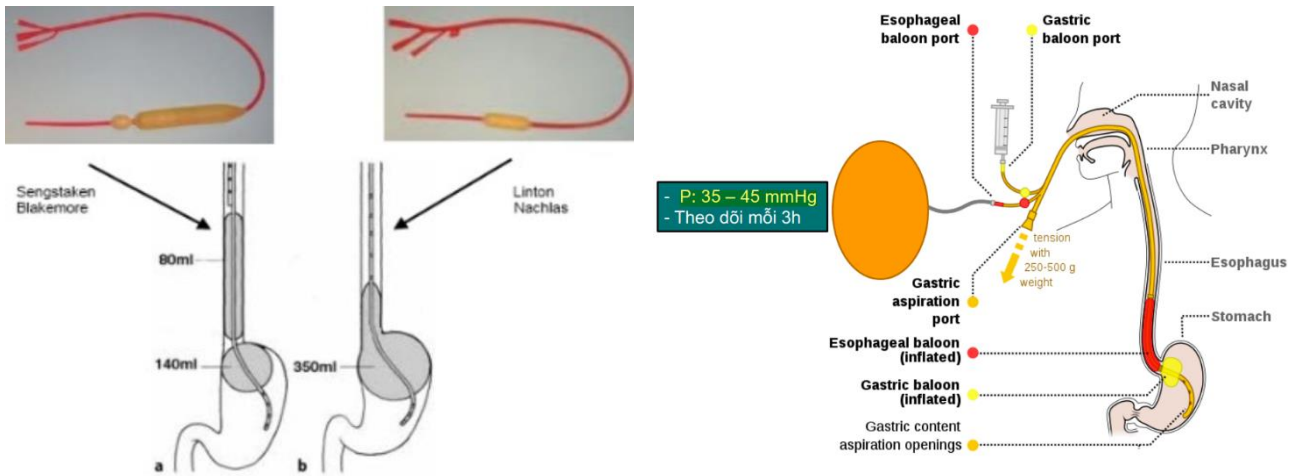
- FFP 200-250 ml (1 khối), **liều 10-15 ml/kg**, tăng được Fibrinogen 5-10 mg/dL (0.05-0.1 g/L),
 - **Chỉ định:** Fibrinogen < 1 g/L, INR > 1.5.
 - Tốc độ truyền tùy người: 10 ml/phút, hoặc cũng chậm 1-2 ml/phút.
 - FFP 200 ml 3 khối TTM L giọt/phút.
- Tiêu cầu: 1 khối tăng được 30 – 50 K/mL, khi PLT < 50 K/mL và bệnh nhân vẫn đang chảy máu.
 - Tiêu cầu 1 khối TTM XXX giọt/phút.
- Máu: Hồng cầu lắng 350 ml.
 - Một khối hồng cầu lắng có thể tăng 1 g Hb, 3% Hct.
 - Mục tiêu:

- Hb từ 7 – 9 (hoặc 8) g/dL ở những bệnh nhân không có bệnh lí tim mạch.
- Hb > 9 g/dL ở BN lớn tuổi, có bệnh lí tim mạch. 9-10 g/dL là được.
- Tính lượng máu: Nữ: 65 ml/kg, Nam: 75 ml/kg.
- Dịch đẳng trương: Normal Saline hoặc Ringer Lactate.
 - Ước đoán lượng máu mất của bệnh nhân.
 - Thể tích máu: thể tích dịch bù = 1:2.
 - Ví dụ: ước tính BN mất 900 ml máu, thì bù 300 ml máu, 600 ml dịch đẳng trương.
- Mục tiêu: Mạch ổn định, huyết áp tâm thu > 90 mmHg.

Cầm máu – giảm tái chảy máu:

- Do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản: Thuốc co mạch tạng, thời gian 3-5 ngày.
 - Terlipressin 1 mg/1A 2A
 - Pha NaCl 0.9% đủ 50 ml SE = 12.5 ml/h (**2 mg/4h**). Sau đó xem xét 1mg/4h.
 - Pha NaCl 0.9% 100 ml TTM IX giọt/phút (dây đếm giọt).
 - Somatostatin: Bolus 250 mcg, sau đó duy trì 250 mcg/h.
 - Somatostatin 250 mcg/A 1A TMC.
 - Somatostatin 3 mg/lọ, pha NaCl 0.9% đủ 50 ml, SE = 4.2 ml/h.
 - Giữa 2 lần truyền không nên cách nhau quá 1 phút vì thời gian bán hủy của Somatostatin rất ngắn (1-3 phút).
 - Không được pha Somatostatin với dung dịch đường vì phản ứng Maillard (sự sắp xếp giữa các đường đơn và acid amin tạo thành dung dịch màu nâu).
 - Octreotide: Bolus 50 mcg, sau đó duy trì 50 mcg/h. Chế phẩm: 50 mcg, 100 mcg, 500 mcg/1A ~ 1ml (Sandostatin)
 - Octreotide 50 mcg/A 1A TMC.
 - Octreotide 100 mcg/1A 4A pha NaCl 0.9%/Dextrose 5% đủ 50 ml, SE = 6.25 ml/h.
 - Có hiện tượng giảm đáp ứng nhanh, hiệu quả thấp hơn 2 thang ở trên.
- Do loét dạ dày tá tràng: PPI liều cao, 80 mg bolus, duy trì 8 mg/h trong 72h.
 - Esomeprazol 40 mg/A 2 A TMC.
 - Esomeprazol 40 mg/A 2A pha NaCl 0.9% đủ 50 ml, SE = 5 ml/h.
 - Nếu nguy cơ cao, sau 72h, Esomeprazol 40 mg 1 viên x 2 (u) trong 2 tuần (khuyến cáo 2021).
- Ngưng các thuốc kháng kết tập tiểu cầu mạnh, các thuốc kháng đông đang sử dụng, tùy thuộc vào nguy cơ đánh giá. Sử dụng các antidote nếu cần thiết. Hội chẩn tim mạch về vấn đề này.

- Chèn bóng Blakemore hay Linton-Nachlas để cầm máu ở BN XHTH do vỡ dẫn TMTQ, nếu xuất huyết ồ ạt, chưa đi nội soi cấp cứu được.
- Cầm máu tạm thời > 80% trường hợp.



Điều trị nguyên nhân.

Các nguyên nhân thường gặp của xuất huyết tiêu hóa trên là:

- Loét dạ dày, loét tá tràng.
- Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản.
- Hội chứng Mallory-Weiss.
- Viêm trợt dạ dày xuất huyết.
- Ung thư dạ dày.

Câu hỏi 1: Có sử dụng sonde mũi dạ dày hay không?

Các nghiên cứu hiện tại cho thấy dùng sonde mũi dạ dày giúp thời gian đến nội soi ngắn hơn, tuy nhiên các kết cục về tử vong, thời gian nhập viện, chảy máu không có khác biệt với nhóm không được đặt.

Có thể xem xét đặt sonde dạ dày để xác định bệnh nhân đang XHTH tiến triển, lấy bớt thức ăn, máu cục trong dạ dày, giúp nội soi thực hiện sớm hơn.

Nasogastric lavage — The use of nasogastric tube (NGT) placement in patients with suspected acute upper GI bleeding is not recommended, as studies have failed to demonstrate a benefit with regard to clinical outcomes [5,14,15]. As an example, a retrospective study looked at whether there were clinical benefits from NGT lavage in 632 patients admitted with gastrointestinal bleeding [16]. Patients who underwent NGT lavage were matched with patients with similar characteristics who did not undergo NGT lavage. NGT lavage was associated **with a shorter time to endoscopy**. However, there were no differences between those who underwent NGT lavage and those who did not with regard to mortality, length of hospital stay, surgery, or transfusion requirement. Similarly, in a

randomized trial with 280 patients with upper GI bleeding, there were no differences in rebleeding rates or mortality between patients who underwent NGT lavage and those who did not [17].

NGT lavage may be used ***when it is unclear if a patient has ongoing bleeding and thus might benefit from an early endoscopy***. In addition, NGT lavage can be used to remove particulate matter, fresh blood, and clots from the stomach to facilitate endoscopy.

The presence of red blood or coffee ground material in the nasogastric aspirate also confirms an upper GI source of bleeding and predicts whether the bleeding is caused by a lesion at increased risk for ongoing or recurrent bleeding [16,18]. However, lavage may not be positive if bleeding has ceased or arises beyond a closed pylorus. Nasogastric aspiration of nonbloody bilious fluid suggests that the pylorus is open and that there is no active upper GI bleeding distal to the pylorus [9].

We suggest that patients only undergo NGT lavage if particulate matter, fresh blood, or clots need to be removed from the stomach to facilitate endoscopy. An alternative to NGT lavage in this situation is to use a prokinetic such as erythromycin.

XHTH do	Mục tiêu	Y lệnh	Đánh giá/CLS làm thêm	Ghi chú
Vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản	Cầm máu			
	Hạ ALTMC Terlipressin Somatostatin Ocreotide	Terlipressin 2mg / 4h TTM. <i>Terlipressin 1 mg 2 A</i> <i>Pha NaCl 0.9% đủ 50 ml</i> <i>SE=12.5ml/h</i> Somatostatin Ocreotide	Sau khi kiểm soát được chảy máu, có thể sử dụng <i>Terlipressin 1mg/4h.</i>	Dùng ngay khi có XHTH Hiệu quả cầm máu tạm thời 80% Dùng kéo dài 3-5 ngày khi có CĐXD. Terlipressin
	Nội soi cầm máu	Nội soi cầm máu: EVL (cột thắt) nếu dẫn TM thực quản. Nếu có GEV1, ưu tiên chích xơ. Dẫn TM dạ dày: chích xơ Cyanoacrylate	Máu đang chảy: (1) Máu chảy từ phình dẫn (2) Cục máu đông ở thành TM (3) Nipple sign (núm trắng là cục tiểu cầu)	Trong vòng 12 h. Sau đã nhận máu, không cần đợi rối loạn đông máu. Chích xơ nhắc lại sau 7-10 ngày . Biến chứng chích xơ: (3 ngày đầu) Đau rát, sốt, nhiễm trùng, tạo loét ngay chân mũi chích. (sau 3 ngày) Chảy máu tái phát , loét sâu thực quản, hẹp TQ do chích xơ nhiều
	Chèn sonde cầm máu	Bóng Blakemore Hoặc bóng Linton-Nachlas.	Xuất huyết ồ ạt, không quá 24h. Duy trì: P = 35-45 mmHg. Theo dõi mỗi 3h. Xả bóng thực quản 5 phút mỗi 6 giờ. Trước khi rút, để xếp ống TQ để nguyên 6-12h, nếu ổn thì	Cầm máu tạm thời > 80% trường hợp Hít sặc, di lệch, vỡ thực quản, tử vong 20% CCĐ: hẹp thực quản, mới phẫu thuật vùng tâm vị. Bóng thực quản chèn bởi áp lực, còn bóng dạ dày là chèn bởi lực kéo ở ngoài ~ 500 ml nước.

			xả bóng dạ dày giữ thêm 6-12h, ổn hết thì rút.	
Phòng ngừa				
	Nhiễm trùng Cephalosporine 3th Fluoroquinolone	Ceftriaxone 1 g TMC (nếu Child-pugh B/C) Norfloxacin 400 mg x 2 Ciprofloxacin 400 mg x 2 TM	Dùng trong 7 ngày	Ceftriaxone là lựa chọn hàng đầu nếu BN đã phòng ngừa với Norfloxacin trước đó (BN bàng quang có chỉ định phòng ngừa VPMNK nguyên phát) hoặc nơi có tỉ lệ đề kháng quinolone cao.
	Bệnh não gan Lactulose	Lactulose 10g/gói 1 gói x 1-3 (uống)	Điều chỉnh liều để bệnh nhân đi tiêu được	
Giảm nguy cơ tái phát				
	Propranolol	10 mg x 2 Titrate đến khi HR giảm 20% (55-60 ppm), HA giảm 10%. Max: 320 mg/day khi không ascites. 160 mg/day khi có ascites		CCĐ: (1) Đang XHTH. (2) HR < 55 lần/phút. (3) Hen phế quản. Bắt đầu khi đã ngưng thuốc co mạch tạng. Giảm nguy cơ xuất huyết khi mạch giảm 25%. Giảm nguy cơ tiền phát khoảng 50% . Khoảng 1/3 BN không dung nạp. Không ngăn ngừa hình thành dẫn tĩnh mạch
	Nadolol	20-40 mg x 1 khởi đầu		
	Isosorbide 5-mononitrate	60 mg 1 viên (u)	Giảm lượng máu về TM cửa	Guideline không kèm khuyến cáo.
	Thất TM thực quản tái đi tái lại			Secondary Prophylaxis for Esophageal Variceal Bleeding - ScienceDirect Lần 1: lúc phát hiện chảy máu Lần 2: Sau 7-14 ngày.

	sau mỗi 7 – 14 ngày			<p>Lần 3: sau 7-14 ngày</p> <p>....</p> <p>Cho đến khi hết dẫn tĩnh mạch, búi tĩnh mạch rụng.</p> <p>Theo dõi lần 1: sau 3 tháng. Nếu âm tính</p> <p>Theo dõi lần 2,3...: Mỗi 6 tháng sau lần 1. Để xem có dẫn lại và cần thắt lại không.</p> <p>Biến chứng: nuốt khó thoáng qua, khó chịu ngực.</p>
	<p><i>Lựa chọn khác:</i></p> <p>(1) Ngoại khoa: Cắt đoạn thực quản, TIPS, ghép gan.</p> <p>EASL: Phối hợp giữa NSBB và EBL là lựa chọn khuyến cáo để phòng ngừa thứ phát.</p>			
Không do tăng ALTMC	Ức chế tiết acid	<p>Esomeprazol 40 mg 2A TMC</p> <p>Duy trì: 8 mg/h trong vòng 72h nếu nguy cơ cao.</p> <p>Nếu nguy cơ thấp thì: PPI uống 1 lần/ngày.</p>		<p>Vì pH acid: (1) cản trở hình thành blood clot, (2) tăng ly giải blood clot, (3) suy yếu hàng rào bảo vệ chất nhày/ rào chắn bicarbonate (có thể).</p> <p>- Dừng ngay khi nhập viện nếu không thể nội soi can thiệp tối ưu ≤ 24h</p>
	Nội soi	<p>- Tiến hành trong vòng 12-24h.</p> <p>- Càng sớm càng tốt nếu: Ói máu lượng nhiều/huyết động không ổn, càng sớm càng tốt sau ổn định huyết động.</p> <p>- Chờ đợi khi ổn định mạch, huyết áp, SpO2 ở BN có bệnh lý tim mạch, suy hô hấp nặng.</p>		<p>Đánh giá Forrest: (55, 40, 20, 10, 5).</p> <p>Can thiệp nội soi: chích cầm máu, đốt đông máu.</p> <p>Dựa theo nguy cơ để điều chỉnh PPI sau này.</p>
	Chích cầm máu			<p>95% cầm được máu, nhưng 5% sau 24-48h sẽ chảy máu tái phát.</p>
	Nhiệt			
	Cơ học			
	Mới	Phun bột cầm máu		
	Thuyên tắc mạch	Thuyên tắc chọn lọc qua DSA	<p>Ít xâm lấn hơn phẫu thuật.</p> <p>Cầm máu thành công: 52-98%.</p> <p>Tỉ lệ tái phát: 10-20%.</p>	<p>Chỉ định:</p> <p>– Cân nhắc nếu xuất huyết tái phát lần 2 (vẫn ưu tiên nội soi hơn).</p>

				<ul style="list-style-type: none"> – Lựa chọn đầu tiên nếu vẫn XH tái phát sau nội soi lần 2. – Nội soi cầm máu không thành công.
	Phẫu thuật	Thường là giải pháp cuối cùng	Chỉ định tuyệt đối: <ul style="list-style-type: none"> – Thủng tạng rỗng. – XHTH tái phát kèm rối loạn huyết động không thể nội soi, can thiệp mạch, hay can thiệp mạch không thành công. 	Chỉ định tương đối <ul style="list-style-type: none"> – Nhóm máu hiếm – BN lớn tuổi không thể chịu được hồi sức kéo dài, bồi hoàn thể tích lượng lớn, và có các đợt tụt huyết áp
Bồi hoàn thể tích dịch	Dịch		Mục tiêu: Hct \geq 20%, hết sốc.	Tỉ lệ máu:dịch đẳng trương = 1:2.
	Máu			
				ACG 2012: Nếu Bn đang xài aspirin, thì PPI càng sớm, khởi động lại aspirin trong vòng 7 ngày, tốt nhất là 1-3 ngày

Bệnh nhân XHTH do vỡ dẫn thực quản, hay loét dạ dày tá tràng, cần quan tâm thuốc đang sử dụng để ngưng phù hợp:

- (1) Ngưng ức chế beta nếu do vỡ dẫn TMTQ.
- (2) Ngưng aspirin, kháng kết tập tiểu cầu.

ACG GUIDELINE – XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN DO LOÉT 2020

Các vấn đề cần quan tâm:

- (1) Truyền máu – các chế phẩm máu.
- (2) Nội soi – điều trị nội soi.
- (3) PPIs.
- (4) Chảy máu tái phát.

Phân tầng nguy cơ

Mục tiêu: Để phân nhóm **nguy cơ rất thấp $\leq 1\%$ của truyền máu**, can thiệp ổn định huyết động để xuất viện một cách an toàn.

Thang điểm **Glasgow-Blatchford**: 0-1 điểm.

Vì: Âm tính giả rất thấp, độ nhạy tiệm cận 100%.

Truyền máu – các chế phẩm máu

Ngưỡng bình thường: 7 g/dL

Vì: So với ngưỡng 9 g/dL, restrictive transfusion policy giảm: (1) tỉ lệ tử vong, (2) chảy máu nặng hơn, (3) phản ứng truyền máu, (4) biến chứng truyền máu.

Tại sao không thấp hơn? Khi bù dịch, Hb sẽ giảm nữa, nên nếu thấp hơn 7 g/dL, truyền dịch vô thì Hb xuống còn thấp hơn, không đủ Hb vận chuyển oxy cho cơ thể ở giai đoạn cấp.

Truyền lên bao nhiêu là được? Truyền > 7 g/dL, thường 7-9 g/dL.

Những người có bệnh lí tim mạch: **8 g/dL** (slide mình vẫn là 9 g/dL).

Chế phẩm: Hồng cầu lắng.

Prokinetics

Sử dụng: Erythromycin **250 mg (IV) trong 5-30 phút (thường 20-30 phút)**. Không có chế phẩm ở Việt Nam.

Thời điểm: Trước khi nội soi **20-90 phút**. Nhằm tăng nhu động dạ dày.

Vì sao? Giảm tỉ lệ tái nội soi, thời gian nằm viện, nhưng **KHÔNG GIẢM** chảy máu nặng hơn.

Khuyến cáo: Không thường quy, có thể cân nhắc sử dụng. Việt Nam không có chế phẩm thì khỏi xài.

Tác dụng phụ: QT dài.

PPI therapy

Có sử dụng trước nội soi không? Hiện tại không có bằng chứng chống, cũng không có bằng chứng ủng hộ. Nên có thể cân nhắc nếu bệnh nhân không thể nội soi trong vòng 24h đầu tiên (từ lúc nôn ra máu lần đầu). Hình như ở mình là auto làm luôn.

Sử dụng sau nội soi? Có bằng chứng cho thấy giảm tỉ lệ chảy máu nặng hơn, nên khuyến cáo sử dụng.

Thời gian:

- Bolus 80 mg, sau đó duy trì 8 mg/h trong 72 h (continuous) sau khi nội soi nếu nguy cơ cao. Có thể cho uống 40 mg x 2 trong vòng 3 ngày (intermittent). Ở bệnh nhân có nguy cơ cao (Rockall ≥ 8), có thể kéo dài PPI liều cao lên tới 2 tuần, 40 mg x 2, từ ngày 4-14.
- Nếu nội soi ra IIc, hoặc III, có thể sử dụng PPI liều chuẩn (40 mg x 1 – ACG 2012) với mục đích làm lành vết loét, để giảm tỉ lệ chảy máu nặng hơn.

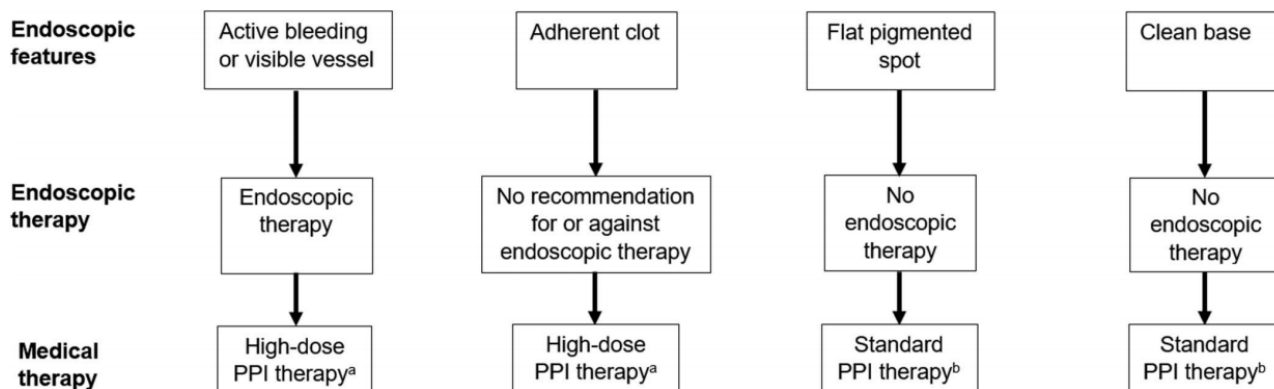


Figure 3. Endoscopic and medical therapy for ulcer bleeding based on endoscopic features of ulcer. ^aFor continuous regimen, 80-mg bolus followed by 8-mg/min infusion for 3 days is recommended. For intermittent regimens, doses of 40 mg 2 to 4 times daily for 3 days are suggested, given orally if feasible, and an initial bolus of 80 mg may be appropriate. ^bStandard PPI therapy (e.g., oral PPI once-daily) has been recommended by previous guidelines (1,37) but is not assessed in the current document. PPI, proton pump inhibitor.

Nội soi

Thời điểm: Tốt nhất trong vòng 24 giờ.

Vì sao? **Based on potential economic benefit.** Với các bằng chứng hiện tại, không có sự giảm tỉ lệ tử vong, chảy máu nặng hơn ở những nhóm bệnh nhân nội soi trước 12h, sau 12h. Không có bằng chứng so sánh giữa trong vòng 24 giờ và > 24h. Một RCT so sánh giữa urgent endoscopy trong 6h đầu (lag time nên trung bình là 10h) với 6-24h (trung bình 25 giờ) cho thấy không khác biệt giữa tỉ lệ tử vong, chảy máu nặng hơn.

Liệu pháp nội soi:

- Ia, Ib và IIa: Khuyến cáo mạnh, bằng chứng trung bình-cao.
- IIb: Không thể đạt khuyến cáo sử dụng hay không sử dụng (slide vẫn dừng)
- **Khuyến cáo mạnh:** Đốt cầm máu hai cực (bipolar electrocoagulation), đầu nhiệt (heater probe), bơm ethanol nguyên chất (absolute ethanol).
- **Suggest:** clips, argon plasma coagulation, or soft monopolar electrocoagulation.
- **Khuyến cáo mạnh:** Không sử dụng đơn động adrenaline tiêm, mà phải kết hợp.
- **Suggest:** Clip over-the-scope nếu BN chảy máu tái phát sau khi nội soi thành công lần đầu.

Chảy máu tái phát:

- Lần 1: nội soi lại được khuyến cáo hơn phẫu thuật, nhưng nhớ rằng tỉ lệ chảy máu nặng cao hơn.
- Lần 2, thất bại lần 1, sốc không nội soi được, thủng dạ dày: Can thiệp mạch/phẫu thuật.

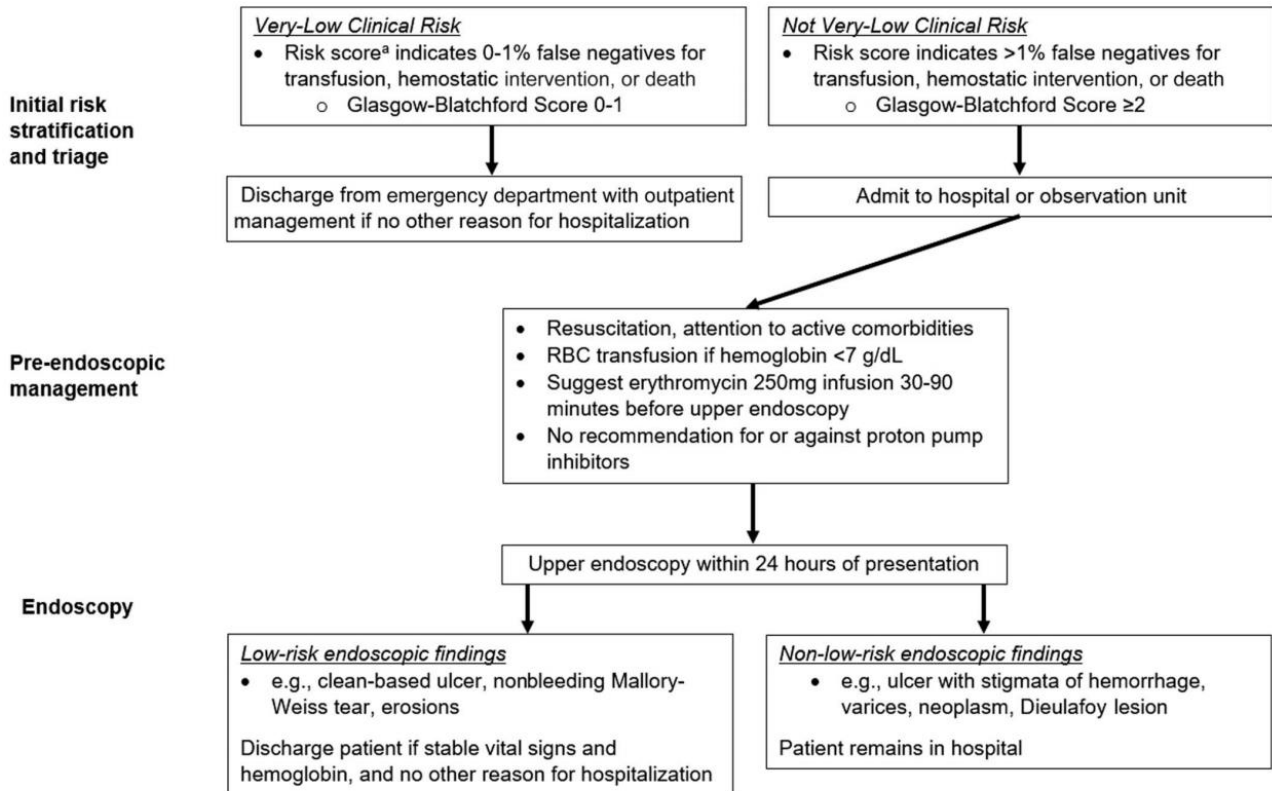


Figure 2. Initial management of patients presenting with overt upper gastrointestinal bleeding. ^aFuture risk assessment tools may be used if score discriminates risk of transfusion, hemostatic intervention or death with 99–100% sensitivity (0%–1% false negatives). RBC, red blood cell.

PHÒNG NGỪA XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ DẪN TMTQ/XƠ GAN

Gồm có:

- (1) **Phòng ngừa tiên phát:** ở BN chưa xuất huyết lần nào.
 - Nên nội soi thường quy ở bệnh nhân xơ gan lần đầu.
 - Nếu TMTQ không dẫn, thì theo dõi qua **nội soi** mỗi **1 năm** nếu CP > 7 điểm, mỗi **2-3 năm** nếu Child-Pugh ≤ 7 điểm.
 - Nếu TMTQ dẫn nhỏ thì theo dõi qua nội soi mỗi 1 năm.
 - Nếu TMTQ dẫn lớn thì nên xử trí phòng ngừa luôn.
- (2) **Phòng ngừa thứ phát:** ở BN đã có xuất huyết do vỡ gan TMTQ.

Tình mạch nguy cơ cao: Cần phải phòng ngừa tiên phát

- (1) Tĩnh mạch dẫn nhỏ **có dấu son**. => NSBB ưu tiên hơn
- (2) Tĩnh mạch giãn **trung bình đến lớn**. => Thất tĩnh mạch/NSBB lựa chọn tương tự, nhưng có thể nghiêng về NSBB hơn 1 xíu do giúp giảm áp lực tĩnh mạch cửa.
- (3) Tĩnh mạch nhỏ ở **Child-Pugh C**. => NSBB ưu tiên hơn

Phương pháp:

- **Thủ thuật:** Thường áp dụng cho tĩnh mạch dẫn lớn.
 - Thất tĩnh mạch thực quản: áp dụng chủ yếu (EBL-Endoscopic Band Ligation)
 - Đối với phòng ngừa thứ phát:
 - Sau lần thất đầu tiên, nội soi theo dõi mỗi 7-14 ngày cho đến khi hết dẫn tĩnh mạch, búi tĩnh mạch rụng (thường sau khoảng 3 chu kỳ).
 - Sau đó, nội soi thực quản-dạ dày sau 3 tháng, nếu âm tính, nội soi theo dõi mỗi 6 tháng, để đánh giá tái phát dẫn và cần thất tiếp hay không.
 - Chích xơ tĩnh mạch phình vị.
- **Sử dụng thuốc:** Ức chế beta không chọn lọc và không dẫn mạch (thế hệ 1)
 - Báng bụng không phải là chống chỉ định.
 - Tĩnh mạch dẫn nhẹ, có dấu son, hoặc CP C.
 - Hiệu quả:
 - Giảm lưu lượng máu cửa nên giảm áp lực tĩnh mạch cửa.

▪ Giảm xuất huyết khi nhịp

tìm giảm > 25% so với nền.

- Giảm nguy cơ xuất huyết tiên phát khoảng 50%.

- Thuốc: Propranolol, Nadolol, Carvedilol.

Thuốc	Liều đầu/ngày	Liều điều trị/ngày
Propranolol *	20-40 mg x 2	160 mg có báng bụng 320 mg báng bụng (-)
Nadolol *	20-40 mg	80 mg có báng bụng 160 mg báng bụng (-)
Carvedilol *	6,25 mg	6,25 mg x 2

- Liều: Propranolol 20 mg x 2, titrate tới 80 mg x 2 (có báng bụng), 160 mg x 2 (không báng bụng).
- EASL thì NSBB được ưu tiên hơn cả.
- Trong phòng ngừa thứ phát, NSBB được bắt đầu sử dụng sau khi ngưng thuốc co mạch tạng.
- Có thể phối hợp cả 2, giảm nguy cơ chảy máu hơn.
 - Được khuyến cáo là lựa chọn đầu tiên để phòng ngừa xuất huyết thứ phát.

Prophylaxis of variceal rebleeding

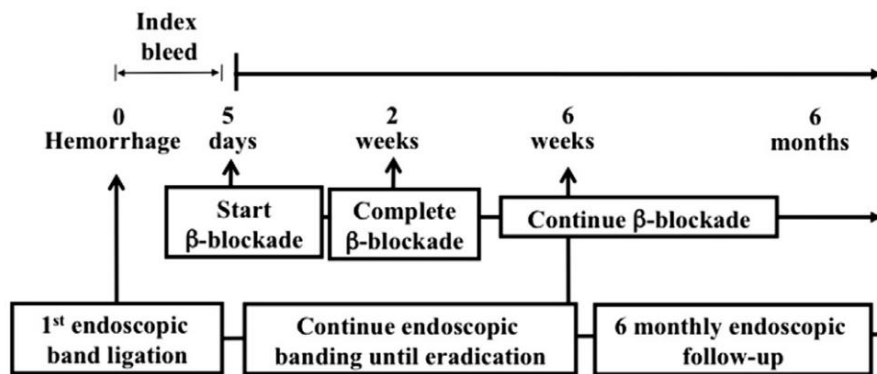


Fig. 1. For use in clinical practice of first-line therapy for the prevention of variceal rebleeding: combination of β -blockers and EBL.