

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN
DO TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Tăng áp tĩnh mạch cửa là biến chứng chính của xơ gan và được định nghĩa khi chênh áp tĩnh mạch gan > 5 mmHg, biểu hiện lâm sàng khi áp lực này ≥ 10 mmHg. Giãn tĩnh mạch thực quản, giãn tĩnh mạch dạ dày, bệnh dạ dày tăng áp lực tĩnh mạch cửa và giãn mạch máu hang vị là hậu quả trực tiếp của tăng áp tĩnh mạch cửa.

Xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa là xuất huyết do:

- Vỡ giãn tĩnh mạch thực quản chiếm khoảng 65%
- Vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày chiếm khoảng 25%,
- Bệnh dạ dày tăng áp lực tĩnh mạch cửa chiếm khoảng dưới 10%
- Giãn mạch máu hang vị chiếm khoảng 3%.

1.2. Dịch tễ học

- 50% bệnh nhân xơ gan được chẩn đoán có giãn tĩnh mạch đường tiêu hóa
- Xuất huyết do giãn vỡ chiếm 10-15%/năm, tỷ lệ tử vong trong 6 tuần chiếm 15-25% sau lần xuất huyết đầu tiên

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng

- Tiền sử: Xơ gan, xuất huyết tiêu hóa
- Nôn ra máu đỏ tươi, đi tiện phân đen hoặc tiêu máu đỏ trong trường hợp chảy máu nhiều.
- Dấu hiệu sốc mất máu: Mạch nhanh, huyết áp tụt.
- Có triệu chứng của xơ gan: Vàng da, cổ trướng, lách to, tuần hoàn bàng hệ, phù chân. Tuy nhiên, trong một số trường hợp không có triệu chứng của xơ gan trên lâm sàng.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu, AST, ALT, chức năng thận, ion đồ.

- Xét nghiệm chức năng gan: Tỷ lệ prothrombin, albumin máu, bilirubin máu, tiểu cầu.
- Điện tâm đồ khi nghi ngờ có bệnh thiếu máu cơ tim.
- Nội soi thực quản dạ dày tá tràng cấp cứu xác định chẩn đoán.

2.2. Chẩn đoán mức độ xuất huyết tiêu hóa

Mức độ	Nhẹ	Trung bình	Nặng
1. Lượng máu mất	< 10% thể tích máu (< 500 ml)	20 - 30% (> 500ml, < 1500 ml)	> 30% (> 1500 ml)
2. Triệu chứng toàn thân	- Giảm tưới máu các cơ quan ngoại biên: da, cơ... - Tỉnh, mệt	- Giảm tưới máu các cơ quan trung ương, còn khả năng chịu đựng với mất máu. - Mệt mỏi, da xanh, vã mồ hôi, tiểu ít.	- Giảm tưới máu các cơ quan trung ương: tim, não, thận. - Rối loạn tri giác, vô niệu, khát nước, chi lạnh.
3. Mạch	90 - 100 lần/phút	100 - 120 lần/phút	> 120 lần/phút
4. Huyết áp tâm thu	> 90 mmHg	80 - 90 mmHg	< 80 mmHg
5. Dung tích hồng cầu	> 30%	20 - 30%	< 20%
6. Số lượng hồng cầu	> 3 triệu/mm ³	2 - 3 triệu/mm ³	< 2 triệu/mm ³

2.3. Chẩn đoán phân biệt

Các xuất huyết tiêu hóa trên khác do:

- Loét dạ dày tá tràng.
- Rách tâm vị chảy máu (hội chứng Mallory-Weiss).
- Ung thư dạ dày xuất huyết
- Chảy máu đường mật.
- Dị dạng mạch máu.
- Polyp thực quản dạ dày chảy máu.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ GIẢN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

3.1.1. Nguyên tắc điều trị: Điều trị đồng thời

- Hồi phục khối lượng tuần hoàn, chống shock, cầm máu.
- Cầm máu: Thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa phối hợp nội soi thực quản dạ dày có can thiệp cầm máu.
- Phòng ngừa các biến chứng: Nhiễm trùng dịch báng, tiền hôn mê gan, hội chứng gan thận, dự phòng xuất huyết

3.1.2. Điều trị xuất huyết tiêu hóa cấp tính

Hồi sức tích cực, điều trị cầm máu và phòng biến chứng.

a. Hồi sức

- Tư thế bệnh nhân đầu thấp, đặt 2 đường tĩnh mạch kim lớn (kích thước 16-18G), đảm bảo đường thở cho thở oxy qua canula 3-6 lít/phút. Đặt nội khí quản để bảo vệ đường thở trong trường hợp chảy máu lượng nhiều hoặc không kiểm soát, bệnh nhân do gan (độ IV), không duy trì được $spO_2 > 90\%$ với oxy liệu pháp tối đa.
- Ưu tiên hàng đầu là bù lại khối lượng tuần hoàn để đảm bảo oxy mô và ổn định huyết động.
 - Mục tiêu duy trì HA tâm thu # 90-100mmHg
 - Bồi phụ thể tích được bắt đầu truyền tĩnh mạch dịch muối đẳng trương 20ml/kg và tăng dần tùy huyết động
 - Phải chú ý nhận biết các bệnh đi kèm để điều trị thích hợp (bệnh tim, thận..).
- Chỉ định truyền máu
 - Truyền máu hồng cầu lắng duy trì Hemoglobin 7-9g/dL, ngoại trừ ở những bệnh nhân đang xuất huyết ở dạ dày, bệnh nhân bị bệnh lý tim mạch có triệu chứng như cơn đau thắt ngực hoặc bệnh nhân trên 60 tuổi hoặc bệnh về não, trong trường hợp này Hemoglobin cần được nâng cao hơn (Hb = 10 g/dl)
 - Xem xét truyền Plasma tươi đông lạnh truyền cho bệnh nhân có tình trạng rối loạn đông máu nặng. Cân nhắc truyền tiểu cầu khi đang bị xuất huyết mà số lượng tiểu cầu $< 50.000/mm^3$.

b. Điều trị cầm máu

- Thuốc giảm áp tĩnh mạch cửa bắt đầu càng sớm càng tốt, ngay cả trước khi xác định chẩn đoán xác định.
- ❖ Thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa: Có thể dùng một trong các thuốc sau:
 - **Terlipressin:** Liều đầu 2mg tiêm mạch chậm, sau đó 1-2mg mỗi 4 giờ (xem xét tùy tình trạng xuất huyết trong 48h), sau đó 1mg mỗi 4 giờ đến khi xuất huyết được kiểm soát.
 - **Octreotid:** 50 -100µg tiêm bolus tĩnh mạch (có thể lập lại sau 1giờ nếu còn xuất huyết), sau đó đồng thời truyền tĩnh mạch liên tục 50µg/giờ.
 - **Somatostatin:** 250µg bolus tĩnh mạch, sau đó truyền tĩnh mạch liên tục 250µg/giờ.
 - **Thời gian dùng thuốc từ 3-5 ngày**
- Nội soi dạ dày tá tràng cấp cứu
 - Thời điểm: Tiến hành sớm ngay khi nhập viện, nên trong vòng 12 giờ
 - Can thiệp qua nội soi thắt tĩnh mạch thực quản nếu khẳng định là do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản.

c. Điều trị dự phòng biến chứng nhiễm trùng và hôn mê gan

- Sử dụng kháng sinh dự phòng ở xơ gan có hay không có bàng bụng làm giảm tỉ lệ nhiễm trùng và tử vong.

- Kháng sinh dự phòng trong thời gian 7 ngày
- Kháng sinh lựa chọn: Ceftriaxone 1g mỗi 24h tiêm tĩnh mạch hoặc Ciprofloxacin 0,5 g ngày uống (nếu không uống được Ciprofloxacin 0,4g truyền tĩnh mạch mỗi 12h) hoặc Levofloxacin 0,5g mỗi 24h.
- Lactulose đường uống 10-20g dùng 2 lần ngày để đạt được mục tiêu đi tiêu 2-3 lần/ ngày.

d. Điều trị cứu vãn

❖ Đặt thông Blakemore

- Xuất huyết không kiểm soát được bằng nội soi thắt vòng hoặc xuất huyết nhanh ồ ạt không kiểm soát được gây tụt huyết áp và oxy máu nặng.
- Cầu nối chờ đợi làm shunt cửa chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh
- Hiệu quả trong cầm máu tạm thời 50 – 80%
- Biến chứng: Viêm phổi hít, hoại tử, vỡ thực quản tỉ lệ tử vong lên đến 20%.
- Không nên lưu thông Blakemore quá 24g và xả bóng thực quản mỗi 6 giờ, mỗi lần 30 phút để tránh tổn thương thực quản.

e. Theo dõi xuất huyết hoặc tái xuất huyết

- Xuất huyết đáng kể trên lâm sàng: Truyền từ 2 đơn vị hồng cầu lắng trở lên trong vòng 24h tính từ thời điểm nhập viện, cùng với huyết áp tâm thu nhỏ hơn < 100 mmHg hoặc tụt huyết áp tư thế > 20 mmHg hoặc nhịp tim > 100 lần/phút tại thời điểm nhập viện và kéo dài.
- Thất bại điều trị: Bất kỳ tiêu chí nào sau đây xảy ra trong vòng 5 ngày kể từ khi nhập viện
 - Chảy máu tươi hoặc thông dạ dày vẫn còn ra máu tươi > 100 ml trên > 2 giờ sau khi bắt đầu dùng thuốc hoặc điều trị nội soi.
 - Sốc giảm thể tích.
 - Giảm Hb ≥ 3 g dL trong vòng 24 giờ.
- Xuất huyết tiêu hoá tái phát sớm: Khi có đợt xuất huyết lại trong 5 ngày khi tình trạng xuất huyết cấp đã ổn định.
- Điều trị thuốc và nội soi lần 2, nếu thất bại sẽ đặt thông Blakemore, chờ đợi xem xét làm Shunt cửa chủ trong gan hoặc phẫu thuật nối cửa – chủ.

f. Shunt cửa chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS))

- TIPS thực hiện sớm trong vòng 72 giờ ở bệnh nhân nguy cơ cao hoặc thất bại cao.
- TIPS thực hiện chảy máu không cầm được hoặc tái xuất huyết sớm trong vòng 5 ngày đã được điều trị với thắt tĩnh mạch thực quản + thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa.

3.1.3. Điều trị dự phòng xuất huyết

✓ Dự phòng xuất huyết thứ phát

- ❖ Chọn beta giao cảm không chọn lọc phối hợp với thắt tĩnh mạch thực quản

can thiệp cầm máu.

- Bệnh nhân có giãn kiểu GOV1 có thể thắt TMTQ hoặc chích histoacryl khi có thể

- TIPS hoặc BRTO được chọn lựa chảy máu do giãn kiểu GOV2 hoặc IGV1

3.2.2. Điều trị dự phòng xuất huyết

a. Dự phòng xuất huyết tiên phát

- Giãn tĩnh mạch dạ dày loại GOV2 hoặc Ngay khi BN ngừng chảy máu, kết hợp chẹn beta giao cảm không chọn lọc liều tăng dần cho tới khi nhịp tim giảm 25% so với nhịp tim bình thường hoặc mạch khoảng 60 lần/phút.
 - Nội soi kiểm tra lại sau 4 tuần để thắt tĩnh mạch thực quản, kế tiếp đó kiểm tra nội soi từ 2-4 lần cho đến khi không thấy giãn, sau đó nội soi mỗi 3-6 tháng và mỗi năm để kiểm tra giãn tĩnh mạch tái phát.
 - Trong trường hợp có giãn tĩnh mạch vùng tâm phình vị tiến hành chích histoacryl tại búi giãn vùng tâm phình vị trước.
- TIPS được chọn ở những bệnh nhân điều trị thất bại kết hợp chẹn beta giao cảm không chọn lọc và nội soi.

b. Dự phòng xuất huyết tiên phát

- Tất cả bệnh nhân xơ gan phải được tiến hành nội soi thực quản dạ dày tá tràng phát hiện giãn tĩnh mạch thực quản và dạ dày.
- Sử dụng thuốc ức chế beta không chọn lọc hoặc Carvedilol hoặc thắt tĩnh mạch thực quản. Ức chế beta không chọn lọc propranolol 20-40mg/2 lần ngày tăng dần để đạt mục tiêu
 - ✓ Nhịp tim giảm 25% so với nhịp cơ bản hoặc nhịp tim 55-60 lần/phút và duy trì huyết áp tâm thu 90 mmHg. Bệnh nhân có tăng huyết áp hoặc bệnh mạch vành thì Carvedilol được khởi đầu liều 6,25mg, sau tăng dần tối đa 12,5mg mỗi ngày.
- Bệnh nhân xơ gan có giãn TMTQ độ I có thể không dùng thuốc hoặc dùng thuốc để dự phòng xuất huyết tiên phát trong trường hợp có nguy cơ xuất huyết cao, nội soi lặp lại 1-2 năm.
- Bệnh nhân xơ gan có giãn TMTQ độ (II, III) dùng thuốc để dự phòng xuất huyết tiên phát có thể phối hợp thắt TMTQ trong trường hợp có nguy cơ xuất huyết cao hoặc thắt TMTQ nếu có chống chỉ định dùng thuốc. Nếu có thắt TMTQ, nội soi kiểm tra sau đó mỗi 4-8 tuần để thắt định kỳ cho đến khi hết giãn, sau đó nội soi mỗi 6 tháng sau hết giãn và sau đó mỗi năm.
- Nguy cơ xuất huyết cao: Xơ gan child B, child C, giãn TMTQ có dấu son.

3.2. XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ DẪN TĨNH MẠCH DẠ DÀY

3.2.1. Điều trị xuất huyết cấp tính

- Bệnh nhân xuất huyết cấp do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày được xử trí tương tự như vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (hồi sức nội khoa, thuốc giảm áp lực và kháng sinh dự phòng, nhuận trường)
- Nội soi lựa chọn lựa đầu tiên sau khi ổn định huyết động hoặc bệnh nhân ổn định trong 24h. Chích Histoacryl là lựa chọn đầu tiên trong IGV1 dùng ức chế beta không chọn lọc, có thể chích histoacryl nếu được. Giãn tĩnh mạch dạ dày loại GOV1 dự phòng giống giãn tĩnh mạch thực quản.
- TIPS hoặc BRTO chưa được khuyến cáo.

b. Dự phòng xuất huyết thứ phát (KHÔNG THẤY A)

- Giãn kiểu GOV1 dùng ức chế beta giao cảm không chọn lọc phối hợp với thắt TMTQ hoặc chích histoacryl.
- Giãn kiểu GOV2 hoặc IGV1
 - Chích histoacryl
 - TIPS hoặc BRTO

3.3. XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO BỆNH DẠ DÀY TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

- Niêm mạc dạ dày thay đổi trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa gọi là bệnh dạ dày TALTCM, biểu hiện trên hình ảnh nội soi dạng khảm hoặc hình ảnh đá lót đường.
- Dự phòng nguyên phát không khuyến cáo.
- Octreotide được sử dụng trong trường hợp xuất huyết cấp.
- Thuốc ức chế beta không chọn lọc dự phòng mất máu mạn nặng trong trường hợp xuất huyết rỉ rả kéo dài.
- TIPS sẽ được thực hiện, nếu bệnh nhân phụ thuộc truyền máu mặc dù sử dụng thuốc ức chế beta không chọn lọc và bổ sung sắt.

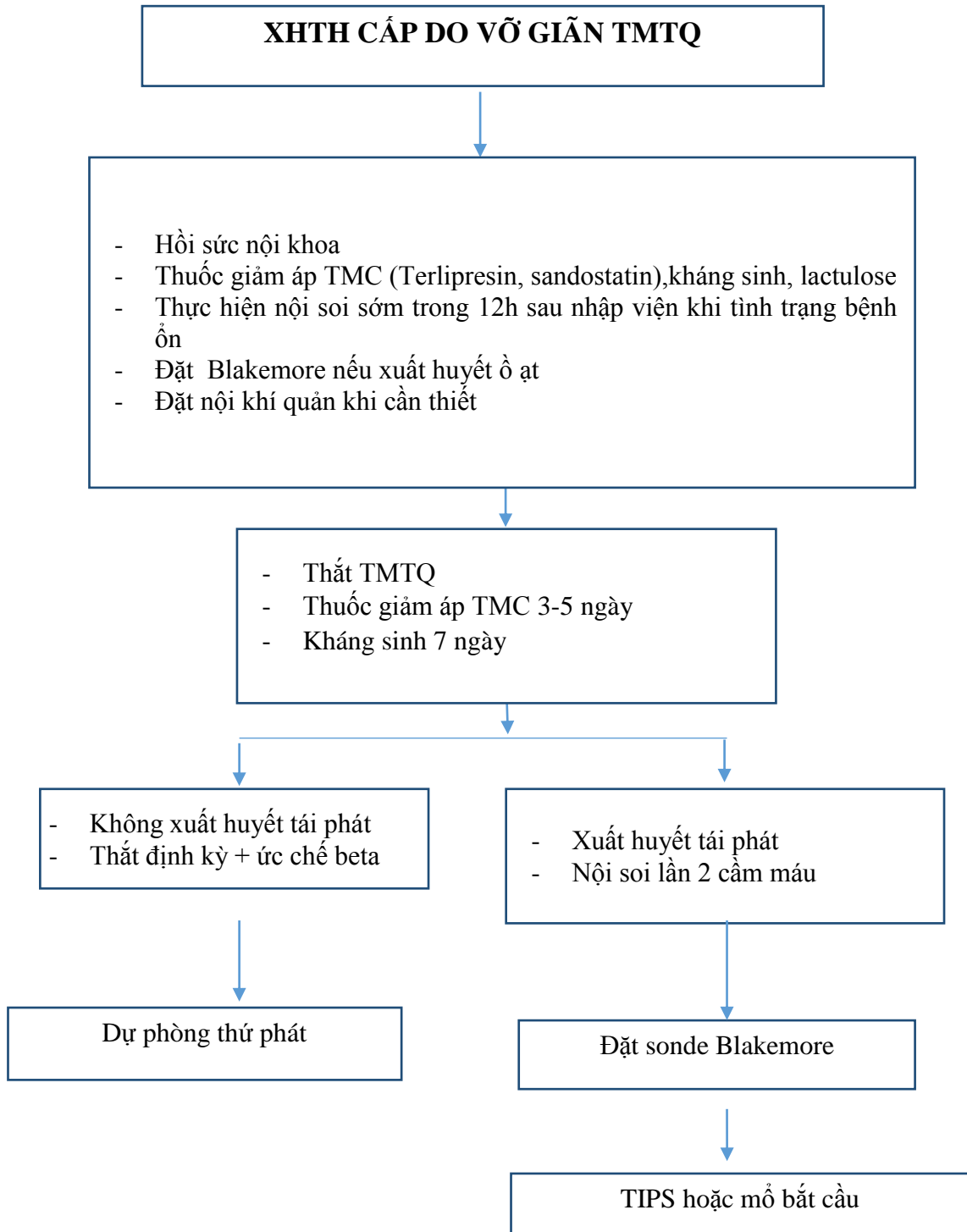
3.4. XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO DẪN MẠCH MÁU HANG VỊ

- Bổ sung sắt và truyền máu nếu thiếu máu.
- Nâng tiểu cầu > 45000/mm³, INR < 1,4.
- Sử dụng thuốc estrogen- progesterone (liều estradiol 35 µg+ norethindrone 1mg/ngày), nếu thất bại nội soi điều trị bằng Plasma argon,
- Phẫu thuật cắt dạ dày nếu chức năng gan còn tốt nếu điều trị nội khoa thất bại.
- Ghép gan.

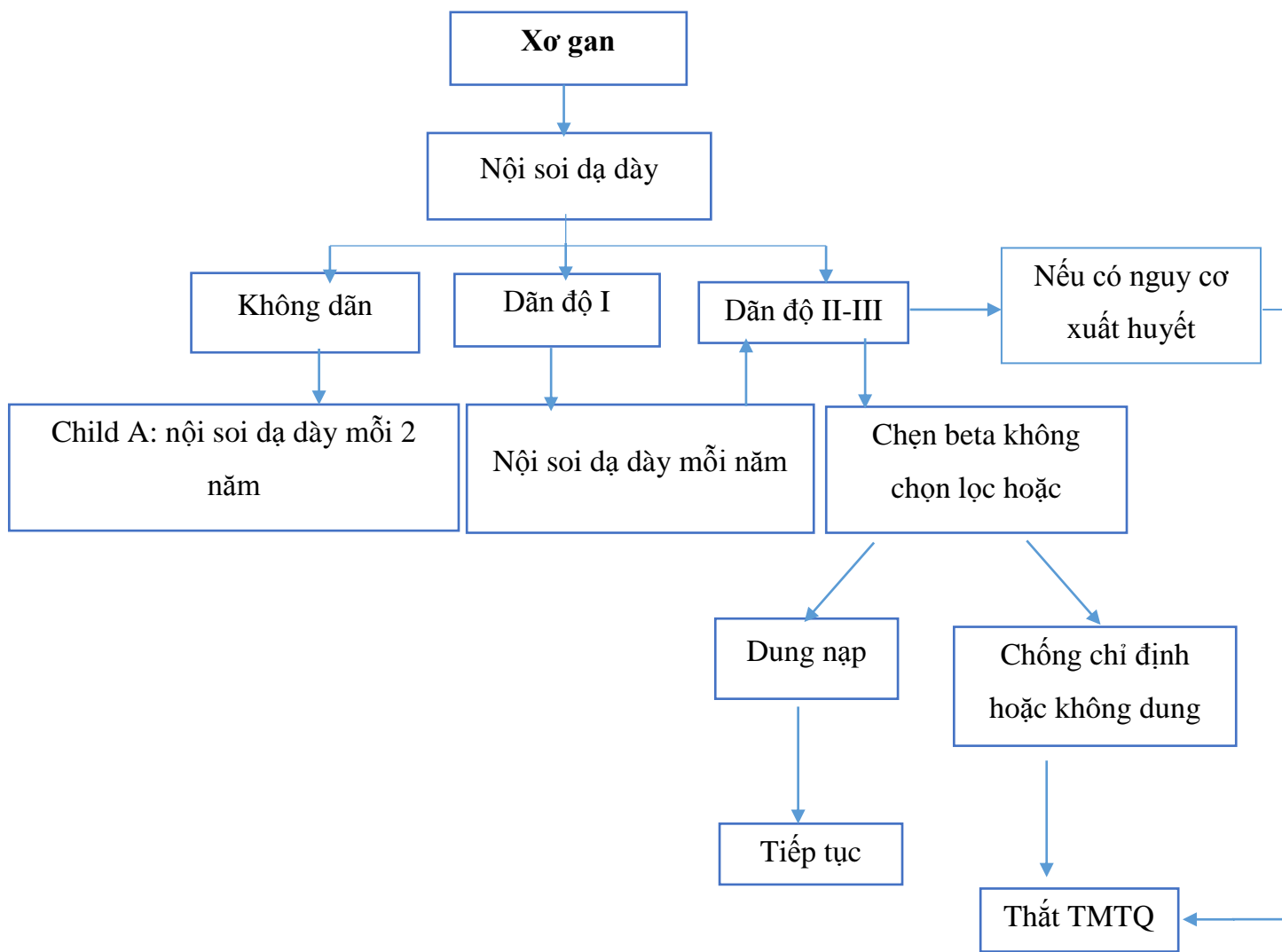
4. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Expanding consensus in portal hypertensionReport of the Baveno VI Consensus Workshop:Stratifying riskand individualizing care for portal hypertension_Journal of Hepatology 2015 vol. 63 ,pages 743–752
2. Isabelle Cremers and Suzane Ribeiro, “Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis” *Ther Adv Gastroenterol*2014, Vol. 7(5) 206–216
3. Mark Feldman, MD Lawrence S. Friedman, MD Lawrence J. Brandt, MD,”Sleisenger and fordtran’s gastrointestinal and liver disease” , 10th edition, 2016
4. Guadalupe Garcia-Tsao, Juan G. Abraldes, Annalisa Berzigotti and Jaime Bosch “ Portal Hypertensive Bleeding in Cirrhosis: Risk Stratification, Diagnosis, and Management” 2016PracticeGuidance by the American Association for the Study of Liver Diseases,Hepatology, vol. 65, no. 1, 2017

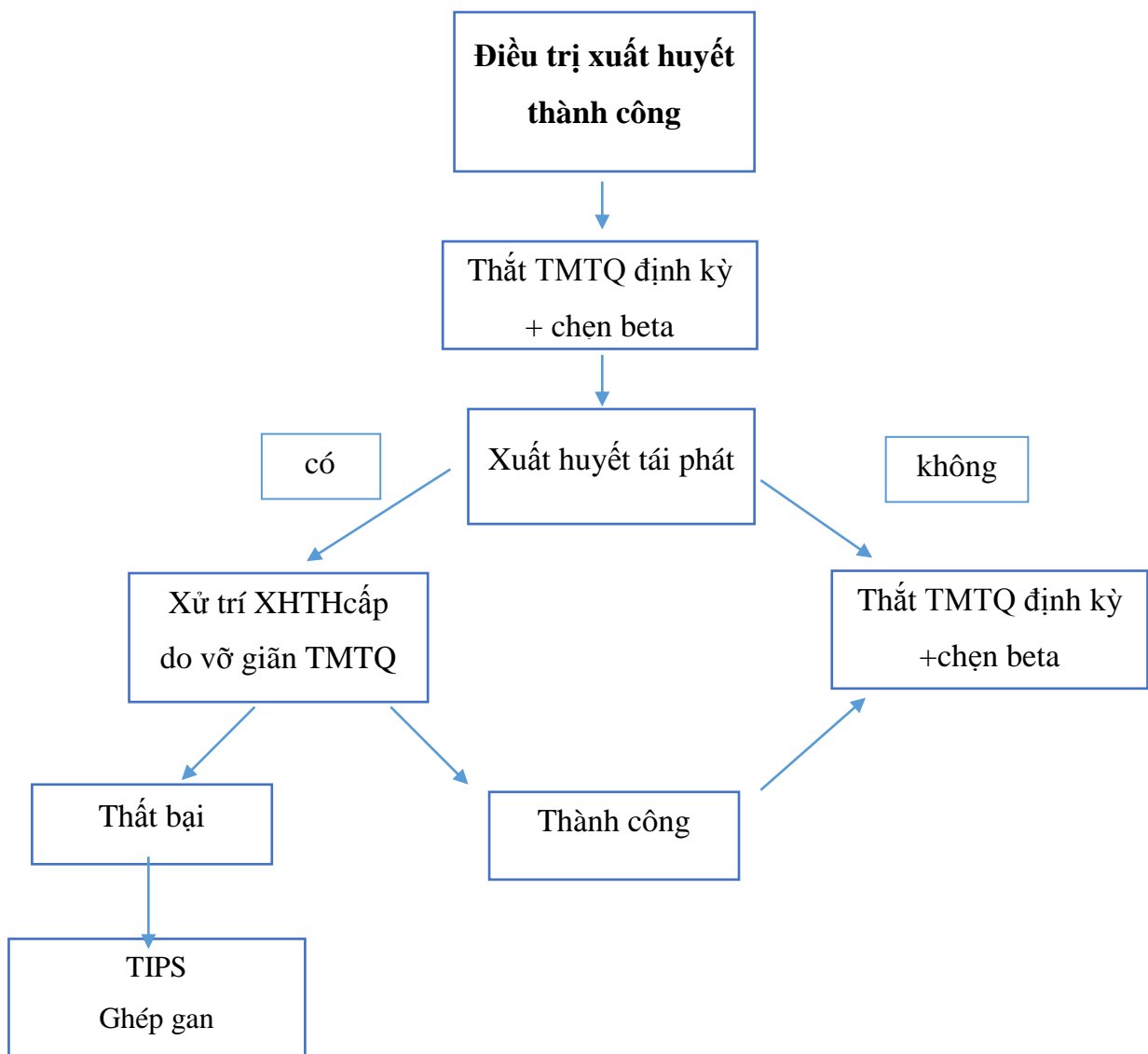
LƯU ĐỒ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ



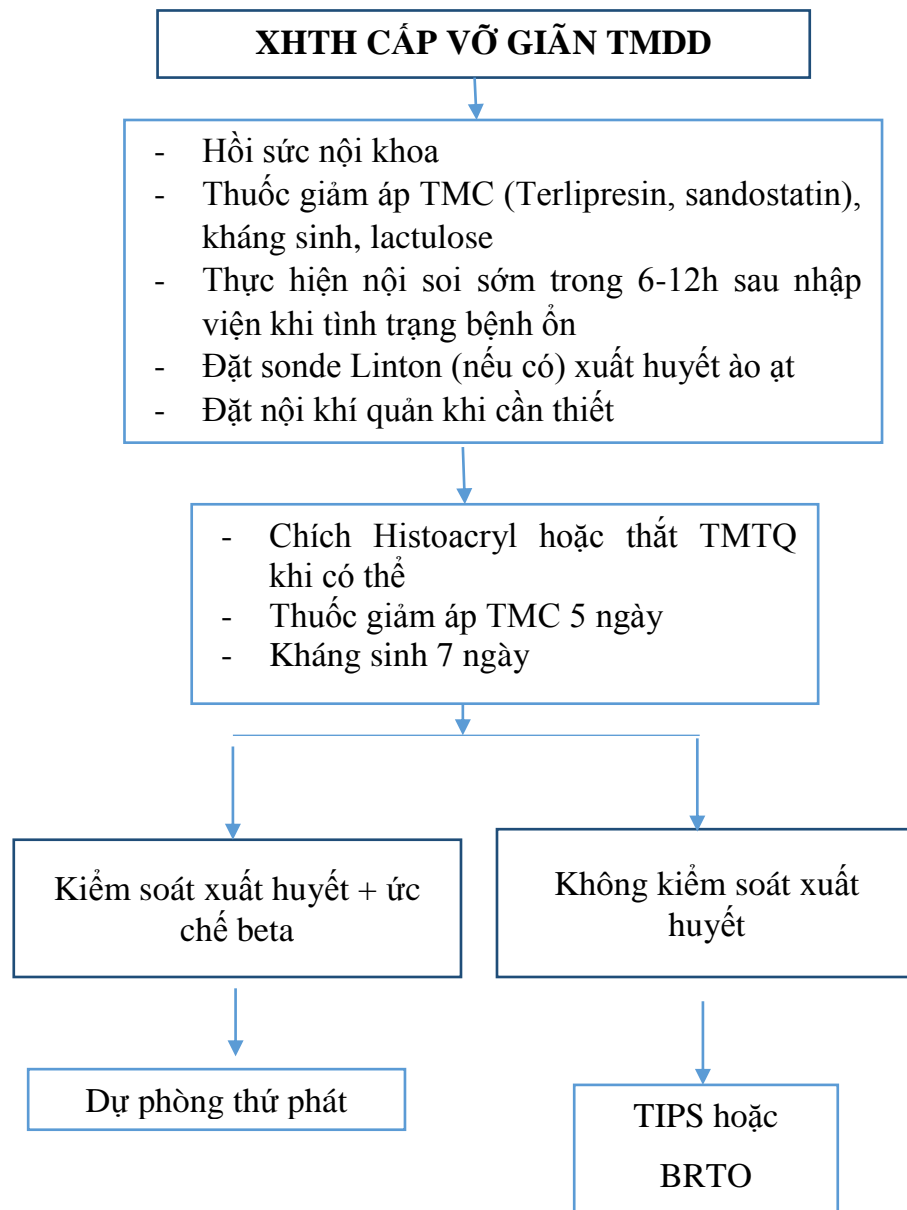
**Sơ đồ xử trí
xuất huyết tiêu hóa cấp do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản**



Sơ đồ điều trị dự phòng nguyên phát vỡ giãn tĩnh mạch thực quản



Sơ đồ điều trị dự phòng thứ phát vỡ giãn tĩnh mạch thực quản



Sơ đồ xử trí xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày

TRƯỞNG KHOA