

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) dưới được định nghĩa là tình trạng chảy máu trong ống tiêu hóa từ dưới góc Treitz.

1.2. Nguyên nhân

Các nhóm nguyên nhân chính:

- Bất thường giải phẫu : túi thừa
- Mạch máu : di sản mạch máu, tổn thương Dieulafoy, thiếu máu cục bộ ruột, trĩ...
- U bướu: polyp, ung thư..
- Viêm: nhiễm (vi khuẩn, ký sinh trùng) và không nhiễm (viêm loét đại tràng vô căn, viêm loét trực tràng do tia xạ)
- Liên quan thủ thuật: sau cắt polyp ĐT
- Các nguyên nhân thường gặp: túi thừa đại tràng, sau cắt polyp ĐT, dị sản mạch máu, trĩ xuất huyết, nứt hậu môn.

1.3. Dịch tễ học

- Xuất huyết tiêu hóa dưới có tỷ lệ mắc ước tính là 33 - 87 / 100 000 và chiếm 3% các trường hợp phẫu thuật khẩn cấp. Nguyên nhân XHTH dưới khác nhau giữa các quốc gia. Ở các nước như Châu Âu và Bắc Mỹ là túi thừa đại tràng. Trong khi ở Châu Á, nguyên nhân thường gặp là viêm đại tràng nhiễm trùng.
- Tại Anh, xuất huyết tiêu hóa là nguyên nhân khiến bệnh nhân phải truyền máu nhiều nhất chỉ đứng sau bệnh lý huyết học, trong đó 1/3 số trường hợp là do XHTH dưới. Tỷ lệ tử vong tại bệnh viện là 3,4%, tỷ lệ này tăng lên 18% ở những bệnh nhân bị XHTH khi đang nằm viện. Tỷ lệ tử vong thường liên quan đến những bệnh đồng mắc, không phải xuất huyết.
- Sau khi hồi sức ban đầu, nội soi đại tràng là phương pháp chính giúp chẩn đoán và can thiệp. Đáng chú ý, chỉ 55% bệnh viện tại Anh có thể can thiệp nội mạch, và 73% bệnh viện có nội soi đại tràng 24/24.
- Đa số bệnh nhân XHTH dưới là tự cầm, chỉ có 29% bệnh nhân nội viện có thực hiện nội soi và 2,1 % là nội soi can thiệp, và chỉ 1% bệnh nhân phải can thiệp nội mạch và phẫu thuật. Nhìn chung, hầu hết bệnh nhân được điều trị bằng bồi hoàn thể tích máu lưu thông, truyền hồng cầu, tỷ lệ là 26%. Do đó, có thể thấy rất nhiều bệnh nhân không cần nhập viện, tỷ lệ bệnh nhân không cần can thiệp y khoa và có thể xuất viện an toàn, theo dõi ngoại trú là 48%.

1.4. Phân loại: Xuất huyết tiêu hóa dưới được chia làm 2 loại như sau

- Xuất huyết tiêu hóa từ ruột non: vị trí chảy máu từ góc Treitz đến van hồi manh tràng
- Xuất huyết tiêu hóa từ đại tràng: chảy máu ở đại trực tràng

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

2.1.1. Lâm sàng: Giúp chẩn đoán, định hướng vị trí và nguyên nhân chảy máu

- Tính chất phân: hỗ trợ xác định vị trí chảy máu đại tràng có thể bên phải (máu đỏ tươi, máu đỏ bầm không có phân bình thường) hoặc bên trái (máu đỏ tươi có kèm với phân)
- Triệu chứng kèm theo: giúp định hướng một vài nguyên nhân như u đại tràng (sụt cân, rối loạn đi cầu), viêm đại tràng (đau bụng, tiêu chảy), dị sản mạch máu (chảy máu từng đợt, không đau bụng)
- Tiền sử: vấn đề dùng thuốc NSAIDS và thuốc chống đông, nội soi đại tràng cắt polyp trong vòng 7 ngày, xạ trị vùng bụng chậu...
- Thăm khám hậu môn trực tràng: xác định những bệnh lý ở hậu môn, trực tràng như u trực tràng, trĩ xuất huyết, nứt hậu môn.
- Cần loại trừ XHTH trên nếu nghi ngờ đặc biệt ở bệnh nhân rối loạn huyết động, tỷ lệ ure/creatinine >100/1, đặt thông mũi dạ dày, nội soi dạ dày.

2.1.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: công thức máu, chức năng đông máu, nhóm máu, chức năng gan, chức năng thận.
- Nội soi đại tràng: giữ vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định cũng như điều trị can thiệp cầm máu do đó nên được thực hiện trong vòng 24 giờ đầu sau nhập viện khi bệnh nhân đã được chuẩn bị ruột và huyết động học ổn định
- Chuẩn bị ruột: 3-4 lít dung dịch pha Fortrans uống trong vòng 3-4 giờ
- Đặt thông mũi dạ dày nếu bệnh nhân uống kém
- Các thuốc Prokinetic (Metocloperamid 10 mg tiêm bắp trước chuẩn bị ruột 30 phút) giúp giảm ói và tăng khả năng làm trống dạ dày
- Nội soi đại tràng chưa chuẩn bị ruột không được khuyến cáo, tuy vậy có thể xem xét nội soi trực tràng trong trường hợp nghi ngờ vị trí chảy máu từ đại tràng sigma trở xuống
- Nội soi đại tràng lần 2 nếu lần 1 thất bại (chuẩn bị ruột chưa sạch, chảy máu lại sau khi đã can thiệp)
- Chụp CT bụng dựng hình mạch máu (CT angiography): Ở bệnh nhân có tình trạng chảy máu tiến triển, huyết động học không ổn định mà chưa thể nội soi đại tràng, có thể xác định vị trí chảy máu với ngưỡng phát hiện khi tốc độ chảy máu 0,3-0,5ml/phút. Phương pháp này có thể áp dụng rộng rãi, nhanh, ít xâm lấn cũng như cho biết hình ảnh giải phẫu mạch máu như chụp mạch (DSA) giúp định hướng trong điều trị can thiệp mạch hay phẫu thuật nếu có sau đó.

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Có khoảng 15% trường hợp nghĩ là XHTH từ đại tràng nhưng bị chảy máu từ đường tiêu hóa trên. Cho nên cần phải loại trừ XHTH trên mức độ nặng có triệu chứng tiêu máu đỏ tươi có hoặc không có ảnh hưởng huyết động.

2.3. Phân tầng nguy cơ dựa vào thang điểm Oakland

Thang điểm Oakland

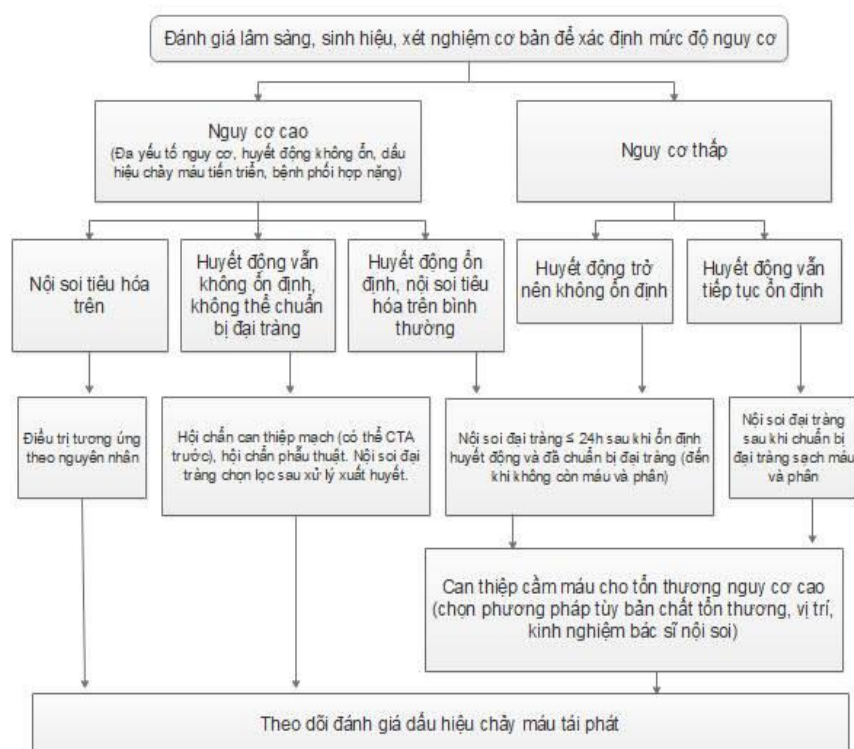
Yếu tố	Điểm
<u>Tuổi</u>	
<40	0
40-69	1
≥70	2
<u>Giới tính</u>	
Nữ	0
Nam	1
<u>Tiền căn XHTH</u>	
Không	0
Có	1
<u>Khám hậu môn trực tràng</u>	
Không máu	0
Máu	1
<u>Nhịp tim</u>	
<70	0
70-89	1
90-109	2
≥110	3
<u>Huyết áp tâm thu</u>	
<90	5
90-119	4
120-129	3
130-159	2
≥160	0

Hemoglobin (g/L)	
<70	22
70-89	17
90-109	13
110-129	8
130-159	4
≥160	0

- Điểm Oakland ≤ 8 điểm: chảy máu không nghiêm trọng → có thể xuất viện an toàn và theo dõi ngoại trú.
- Điểm Oakland > 8 điểm: chảy máu nghiêm trọng → được nhập viện theo dõi.

3. ĐIỀU TRỊ

- Bồi hoàn thể tích tuần hoàn: Duy trì HGB trên 7g/dL. Bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh thiếu máu cơ tim mục tiêu HGB là 9g/dL
- Điều chỉnh rối loạn đông máu:
 - Ngưng các thuốc chống đông
 - Cân nhắc điều chỉnh rối loạn đông máu khi tiểu cầu dưới 50k/ul và INR trên 2.5
- Nội soi đại tràng cầm máu: là phương pháp được ưu tiên thực hiện trên tất cả bệnh nhân nếu tình trạng cho phép
 - Chích cầm máu bằng adrenalin pha loãng với nồng độ 1/10.000 có thể sử dụng như phương pháp cầm máu ban đầu giúp kiểm soát nhanh tình trạng chảy máu để cải thiện tầm nhìn trên những tổn thương chảy máu tiến triển nhưng nên được thực hiện phối hợp với một phương pháp cầm máu khác (cơ học hoặc đốt điện) để tăng hiệu quả điều trị
 - Cầm máu cơ học: kẹp clip, thắt thun thực hiện trên tổn thương chảy máu tiêu hóa do túi thừa, loét hay chảy máu sau cắt polyp.
 - Đốt điện cầm máu trực tiếp và gián tiếp (Argon Plasma Coagulation) hiệu quả trên những tổn thương như dị sản mạch máu, viêm trực tràng do tia xạ.
- Can thiệp nội mạch qua DSA: hiệu quả trên những trường hợp chảy máu lượng nhiều đặc biệt là tổn thương dị sản mạch máu khi chưa thể nội soi đại tràng tại thời điểm đó hay nội soi can thiệp thất bại.
- Ngoại khoa: hội chẩn trong nhóm bệnh nhân nguy cơ cao, chưa thể xác định nguyên nhân khi đã thực hiện các phương tiện chẩn đoán có thể và chảy máu tiến triển (truyền trên 6 đơn vị hồng cầu lắng) sau khi thất bại với các phương pháp điều trị khác.



Sơ đồ tiếp cận bệnh nhân XHTH dưới theo Trường môn Tiêu hóa Hoa Kỳ (ACG)

4. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tỷ lệ tử vong tại bệnh viện là 3,4%, tỷ lệ này tăng lên 18% ở những bệnh nhân bị XHTH khi đang nằm viện. Tỷ lệ tử vong thường liên quan đến những bệnh đồng mắc, không phải xuất huyết. Đa số bệnh nhân XHTH dưới là tự cầm, chỉ có 29% bệnh nhân nội viện có thực hiện nội soi và 2,1 % là nội soi can thiệp, và chỉ 1% bệnh nhân phải can thiệp nội mạch và phẫu thuật. Nhìn chung, đa số bệnh nhân được điều trị bằng bồi hoàn thể tích máu lưu thông, truyền hồng cầu, tỷ lệ là 26%.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1/ ASGE Standards of Practice Committee. Acosta RD. The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2016; 83:3
- 2/ Naumann CR. The Role of Colonoscopy and Radiological Procedures in the Management of Acute Lower Intestinal Bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8:333
- 3/ Oakland K, Chadwick G, East JE, *et al*, "Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology" *Gut* 2019;68:776-789.
- 4/ Strate LL .ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *Am J Gastroenterol* 2016; 111:459
- 5/ Strate LL. Early predictors of severity in acute lower intestinal tract bleeding. *Arch Intern Med* 2003; 163:838

TRƯỞNG KHOA