

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là tình trạng chảy máu từ ống tiêu hóa, XHTH trên nếu tổn thương gây xuất huyết từ phía trên góc Treitz, XHTH dưới nếu tổn thương gây xuất huyết từ góc Treitz trở xuống.
- Biểu hiện : ói ra máu, đi tiêu phân đen, hoặc tiêu ra máu đỏ tươi.
- Do nhiều nguyên nhân gây ra, các nguyên nhân này thay đổi theo lứa tuổi.
- Bệnh từ nhẹ đến nặng, có thể gây tử vong

Các nguyên nhân XHTH thường gặp theo lứa tuổi

	Sơ sinh	Nhũ nhi	Trẻ nhỏ	Trẻ lớn
XHTH trên	Nuốt máu mẹ Loét DD-TT Rối loạn đông máu	Viêm thực quản Viêm dạ dày Loét DD- TT Mallory Weiss Vỡ dẫn TMTQ	Viêm dạ dày Mallory-Weiss Viêm thực quản Loét DD- TT Vỡ dẫn TMTQ	Viêm dạ dày Viêm thực quản Loét DD- TT Mallory-Weiss Vỡ dẫn TMTQ
XHTH dưới	Nuốt máu mẹ Nứt hậu môn Viêm ruột hoại tử Ruột xoay bất toàn có xoắn ruột Viêm ruột / bệnh Hirschsprung Rối loạn đông máu	Dị ứng sữa Nứt hậu môn Lồng ruột cấp Túi thừa Meckel Tăng sinh mô lympho Henoch Schonlein H/chứng tán huyết ure huyết Ruột đôi	Viêm ruột nhiễm trùng Nứt hậu môn Túi thừa Meckel Polyp đại tràng Henoch Schonlein H/chứng tán huyết ure huyết Viêm ruột mạn	Viêm ruột nhiễm trùng Viêm ruột mạn Polyp đại tràng Nứt hậu môn Tăng sinh mô lympho

II. LÂM SÀNG

- **Bệnh sử:**
 - + Cần đánh giá tình trạng huyết động học của trẻ ngay khi nhập viện và hồi sức nếu cần. Ghi nhận các triệu chứng: mệt, chóng mặt, xanh xao, hồi hộp, lạnh tay chân...
 - + Ói máu, tiêu phân đen hay tiêu ra máu đỏ tươi? Hỏi lượng máu mất, trong thời gian bao lâu.

- + Nôn ói nhiều trước ói máu,...
- + Triệu chứng đường tiêu hóa : khó tiêu, ợ chua, đau bụng, khó nuốt... Ở trẻ nhỏ, thường biểu hiện bú kém, dễ kích thích.
- + Triệu chứng đi kèm: tiêu lỏng, sốt, phát ban, mệt mỏi, sụt cân...
- + Đối với bệnh nhân tiêu máu: thời gian và lượng máu chảy ra, màu gì, máu lẫn trong phân hay ngoài phân, có máu dính hay thấm ướt giấy vệ sinh không và tính chất phân đi kèm.
- + XHTH trên thường kèm tiêu phân đen, trong khi XHTH dưới thường tiêu máu đỏ tươi. Tuy nhiên, không thể chẩn đoán chỉ dựa vào màu phân để chẩn đoán, vì phân đen có thể gặp trong XHTH dưới (phần cao) và tiêu máu đỏ trong XHTH trên ở ạt.
- **Tiền căn bản thân:**
 - + Vàng da gần đây, dễ bầm máu, thay đổi màu phân (gợi ý bệnh gan)
 - + Chảy máu mũi gần đây, hay tái phát, tiền căn dễ bầm da, dễ chảy máu: rối loạn đông máu, rối loạn chức năng tiểu cầu, giảm tiểu cầu.
 - + Bệnh lý đường tiêu hóa, bệnh gan, dùng thuốc (các thuốc kháng viêm non - steroid, corticoides, warfarin) hay uống các thuốc làm phân có màu đen (sắt, bismuth)
- **Tiền căn gia đình:** Có bệnh lý đường tiêu hóa, bệnh gan, bệnh ưa chảy máu
- **Khám lâm sàng:**
 - + Xác định tình trạng huyết động học, dấu hiệu thiếu máu nặng: mạch, huyết áp, màu da và thời gian phục hồi màu da.
 - + Khám tai mũi họng : loại trừ xuất huyết từ vùng mũi hầu
 - + Da : xanh xao, vàng, bầm da, đốm sắc tố ở da và niêm mạc, bất thường mạch máu, phát ban
 - + Khám bụng : loại trừ bệnh ngoại khoa như lồng ruột, xoắn ruột (có phản ứng thành bụng, khối u..), bệnh lý gan (gan lách to, tuần hoàn bàng hệ, bóng bụng)
 - + Vùng hậu môn: Nứt, dò, phát ban, trĩ ngoại hay tổn thương mạch máu.
 - + Thăm hậu môn: có máu đỏ tươi hay phân đen, bệnh nhân có đau nhiều khi thăm khám (phản ứng phúc mạc), có thể thấy sang thương như polyp.

III. CẬN LÂM SÀNG

- **Tùy thuộc bệnh cảnh lâm sàng và mức độ mất máu**
 - + **Bệnh nhân có ói máu, tiêu phân đen hoặc cả hai**
 - Không có dấu hiệu sốc, bệnh toàn thân, bệnh gan: Huyết đồ, nhóm máu, đông máu toàn bộ
 - Có dấu hiệu sốc, bệnh toàn thân, bệnh gan: Xét nghiệm đánh giá chức năng gan và tìm nguyên nhân của bệnh lý gan, chức năng thận và các xét nghiệm hình ảnh (như siêu âm bụng, siêu âm doppler gan, CT scan bụng..). Một số xét nghiệm khác được chỉ định tùy thuộc vào nguyên nhân nghi ngờ.

- + **Bệnh nhân tiêu phân có máu**
 - Soi và cấy phân, tìm độc tố, trứng và ký sinh trùng nếu nghi ngờ lỵ.
 - BUN, creatinin khi nghi ngờ hội chứng tán huyết ure huyết
- **Xét nghiệm hình ảnh** (có chỉ định tùy theo nguyên nhân nghi ngờ)
 - + X-quang bụng đứng không chuẩn bị
 - + Chụp dạ dày-tá tràng thực quản cản quang
 - + Chụp đại tràng cản quang
 - + Siêu âm bụng (bao gồm siêu âm Doppler): Nếu nghi ngờ tăng áp cửa, bệnh lý gan
 - + Xạ hình ruột: Nếu nghi ngờ túi thừa Meckel
- **Nội soi tiêu hóa**
 - + Giúp chẩn đoán, xác định vị trí chảy máu, đánh giá nguy cơ chảy máu tái phát và cho phép can thiệp điều trị (chích cầm máu, thắt dẫn TM TQ)
 - + Đối với XHTH trên, nội soi sớm (trong vòng 24 giờ được khuyến cáo)
 - + *Chỉ định nội soi tiêu hóa trên*
 - Xuất huyết cấp, nặng
 - Xuất huyết nhẹ nhưng kéo dài hoặc tái phát, không giải thích được
 - Tiêu máu ở ạt không loại trừ XHTH trên.
 - + *Chỉ định nội soi tiêu hóa trên khẩn cấp*
 - Xuất huyết nặng không đáp ứng điều trị nội khoa tích cực
 - Nghi ngờ vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản
 - Cầm máu qua nội soi: chích xơ hoặc thắt tĩnh mạch thực quản (chứng cứ loại I), chích cầm máu sang thương loét dạ dày tá tràng.
 - + *Chỉ định nội soi tiêu hóa dưới*
 - Nghi ngờ tiêu máu do polyp đại tràng.
 - Viêm ruột mạn: nội soi tiêu hóa trên và nội soi đại tràng cùng lúc, giúp đánh giá tổn thương.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

- Xuất huyết tiêu hoá trên: ói máu hoặc sonde dạ dày ra máu, không có hai dấu hiệu trên cũng cần nghĩ đến nếu tiêu phân đen hoặc tiêu máu đỏ tươi ở ạt.
- Xuất huyết tiêu hoá dưới: tiêu phân đen bầm (ruột non) hay máu đỏ (ruột già) hoặc thăm trực tràng có máu.
- Tùy mức độ và thời gian xuất huyết, mà bệnh nhân có triệu chứng mất máu cấp, sốc giảm thể tích hoặc bệnh cảnh thiếu máu mãn do mất máu rỉ rả (XHTH mãn).
- Phân biệt XHTH trên và dưới chỉ dựa vào lâm sàng đôi khi gặp nhiều khó khăn. XHTH trên ở ạt có thể gây tiêu máu đỏ tươi hay đỏ bầm. Trường hợp máu di chuyển trong ống tiêu hoá chậm, chảy máu từ đại tràng có thể tiêu phân đen.

2. Phân độ mất máu

- Độ 1: Thê tích máu mất < 15%, mạch tăng 10% - 20%, HA bình thường, thời gian phục hồi màu da không đổi
- Độ 2: Thê tích máu mất 20% - 30%, mạch nhanh > 150l/phút, thời gian phục hồi màu da kéo dài, hiệu áp kẹp, hạ HA tư thế, nước tiểu > 1 ml/kg/giờ, thở nhanh 35 - 40/phút
- Độ 3: Thê tích máu mất 30% - 35%, dấu hiệu như độ 2, nhưng nước tiểu < 1ml/kg/giờ, li bì
- Độ 4: Thê tích máu mất 40% - 50%, mạch không bắt được hay mạch = 0, HA không đo được, tri giác lơ mơ.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

Hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, đề nghị cận lâm sàng phù hợp giúp chẩn đoán nguyên nhân (tham khảo bảng các nguyên nhân thường gặp theo lứa tuổi)

- Xuất huyết tiêu hóa trên

- + Nuốt máu mẹ, Apt test giúp xác định máu có nguồn gốc từ mẹ.
- + Loét dạ dày tá tràng ở trẻ sơ sinh: liên quan sinh ngạt, sang chấn sản khoa, nhiễm trùng huyết, xuất huyết não, tim bẩm sinh hay các sang chấn khác.
- + Rối loạn đông máu (sơ sinh): thiếu Vitamin K, mẹ bị xuất huyết giảm tiểu cầu hay có dùng NSAIDs.
- + Viêm dạ dày, thực quản ở trẻ nhũ nhi: Xuất huyết tiêu hóa hiếm khi là triệu chứng đơn lẻ, thường kèm nôn ói, trào ngược, hay quấy khóc.
- + Viêm loét dạ dày-tá tràng (xem bài viêm loét DD-TT)
- + Mallory-Weiss: do nôn ọe, ói nhiều lần, sau đó ói ra máu, phần lớn tự khỏi không cần điều trị
- + Vỡ dẫn TM thực quản: gan to, lách to đơn độc hay gan lách to, dấu hiệu của bệnh gan mạn
(Xem bài Tăng áp Tĩnh mạch Cửa)

- Xuất huyết tiêu hóa dưới

- + Viêm ruột hoại tử (Xem bài viêm ruột hoại tử)
- + Ruột xoay bất toàn có xoắn ruột : trẻ sơ sinh có bụng chướng, ói dịch mật, tiêu phân đen
- + Viêm ruột trong bệnh cảnh Hirschsprung: trẻ chậm tiêu phân su sau sinh (>48 giờ), chướng bụng, phân có máu.
- + Dị ứng sữa: biểu hiện cấp tính gồm ói, tiêu lỏng có máu, xảy ra trong vòng 48 giờ sau uống sữa. Tiêu chuẩn chẩn đoán: test sữa 2 lần. Gặp lứa tuổi nhũ nhi và thường hết sau 2 tuổi.
- + Nứt hậu môn: trẻ táo bón, rặn nhiều, đau khi đi tiêu, có vệt máu đỏ dính trên bề mặt phân. thấy vết nứt bằng cách banh rộng mông.
- + Lòng ruột cấp: ói, đau bụng từng cơn, khoảng cách các cơn ngắn dần, có thể sờ thấy khối u ở bụng. Siêu âm bụng, chụp X quang bụng không sửa soạn để xác định chẩn đoán.

- + Túi thừa Meckel: Tiêu máu đỏ bầm, ồ ạt, không đau, tái phát. Gây xuất huyết tiêu hoá trầm trọng, sau khi hồi sức cần can thiệp phẫu thuật. Chẩn đoán xác định bằng xạ hình, dùng thuốc đối kháng thụ thể Histamin 2 (Anti H2) 24-48 giờ trước test giúp tăng độ chính xác.
- + Polyp đại tràng: 2 - 8 tuổi, tiêu máu không đau, máu đỏ tươi, từng đợt và cách khoảng. Hơn 60% sẽ được polyp khi thăm khám trực tràng.
- + Viêm đại tràng: do nhiễm trùng thường gặp hơn bệnh Crohn và viêm loét đại tràng (bệnh viêm ruột mạn).
- + Tăng sinh mô lympho (Lymphonodular hyperplasia): ghi nhận trên nội soi tiêu hóa, ở trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ. Nguyên nhân không rõ, thường gặp hơn trên trẻ dị ứng protein thức ăn. Gây tiêu máu không đau.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Mục tiêu điều trị:

- Bồi hoàn thể tích máu mất
- Xử trí cầm máu
- Điều trị nguyên nhân
- Phòng ngừa xuất huyết tái phát

2. Nguyên tắc điều trị:

- Xử trí ban đầu tùy mức độ mất máu, tổng trạng chung và bệnh đi kèm của bệnh nhân.
- Bệnh nhân có tình trạng xuất huyết động không ổn định, rối loạn tri giác, sốc, mất máu nặng, hoặc có bệnh đi kèm nặng: điều trị tại khoa cấp cứu hoặc phòng cấp cứu của khoa.
- **Bệnh nhân có sốc, thiếu máu nặng (độ 3, 4)**
 - + Thở oxy qua canulla mũi hay mask
 - + Thiết lập 2 đường truyền tĩnh mạch lớn.
 - + XN ngay: (1) nhóm máu và phản ứng chéo, (2) huyết đồ, (3) đông máu toàn bộ.
 - + Truyền nhanh Lactate Ringer hay Normal saline 20ml/ kg/ 15phút, sau đó
 - + 20ml/ kg/ giờ cho đến khi có huyết áp.
 - + Truyền hồng cầu lắng 20ml/kg/giờ nếu Hct < 30% và bệnh nhân tiếp tục chảy máu.
 - + Đặt sonde dạ dày: Máu đỏ tươi nếu xuất huyết gần đây hoặc đang xuất huyết. Máu sẫm màu nếu là xuất huyết cũ (có thể đã ngưng).
 - + Rửa dạ dày : dung dịch NaCl 0,9% ở nhiệt độ phòng, thể tích mỗi lần 5ml/kg (tối đa 300ml/lần), giúp nhìn rõ khi nội soi và giảm nguy cơ hít vào phổi. Dịch dạ dày có thể không có máu trong trường hợp máu đã ngưng chảy hoặc vị trí chảy máu nằm sau lỗ môn vị đang đóng.
 - + *Trường hợp XHTH trên:*
 - Thuốc ức chế bơm proton : Omeprazole 1-2mg/kg, chia 2 lần, tĩnh mạch chậm

- Thuốc chống acid: dạng nhũ tương, liều 0,5ml/kg/lần, lập lại mỗi 2-4 giờ
- Somatostatin khi nghi ngờ XHTH do vỡ dẫn TM thực quản: 1 µg/kg bolus, sau đó TTM 1-2 µg/kg/giờ, nếu tiếp tục xuất huyết có thể tăng liều gấp đôi. Giảm liều dần sau khi ngưng xuất huyết 24-48 giờ và tiếp tục 3 – 5 ngày. (Chứng cứ loại I)
- Vitamin K1: bệnh lý gan, có rối loạn đông máu, 1mg/kg Tiêm Bắp hoặc Tĩnh Mạch, tối đa 10mg
- Huyết tương đông lạnh: khi có rối loạn đông máu, 10ml/kg
- Phòng ngừa bệnh não-gan (xem bài suy gan cấp)
- Hội chẩn ngoại khoa: khi thất bại với các phương pháp nội khoa trên, hoặc tổng lượng máu truyền > 85ml/kg
- **Bệnh nhân ổn định, không sốc, chảy máu ít (Độ 1, 2)**
 - + Điều trị theo dõi theo chuyên khoa (có thể nhập viện thẳng vào khoa Tiêu Hóa)
 - + Không cần đặt sonde dạ dày trong XHTH trên nếu chảy máu ít và đã ngưng triệu chứng xuất huyết.
 - + Có thể truyền dịch và tạm nhịn ăn trong khi xem xét chỉ định nội soi và phẫu thuật
- **Chỉ định phẫu thuật**
 - + Nguyên nhân gây xuất huyết là bệnh lý ngoại khoa: xoắn ruột, lồng ruột không tháo được bằng hơi, viêm ruột hoại tử (nếu thất bại điều trị ngoại khoa), u dạ dày-ruột, túi thừa Meckel...
 - + Bệnh loét:
 - Tình trạng huyết động không ổn định do xuất huyết dù đã điều trị tích cực.
 - Không kiểm soát được chảy máu bằng nội soi.
 - Sốc do xuất huyết tái phát
 - Chảy máu tái phát sau khi đã ổn định (đã cầm máu qua nội soi lần 2)
 - Tiếp tục chảy máu, cần truyền máu mỗi ngày.
 - + XH do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản
 - + TIPS hay phẫu thuật nếu xuất huyết tái phát (sau khi đã nội soi cầm máu)
- **Điều trị nguyên nhân:** tùy thuộc vào nguyên nhân gây XHTH.

VI. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN, CHUYỂN KHOA, XUẤT VIỆN

- Nhập viện vào khoa tiêu hóa sau khi xử trí cấp cứu và bệnh tạm ổn, nếu trẻ chưa ổn định sẽ được hồi sức tiếp tục tại khoa hồi sức
- Tình trạng bệnh ổn, có thể cho nhập viện thẳng vào khoa Tiêu Hóa.
- Xuất viện khi bệnh nhân đã ngưng chảy máu và không thiếu máu nặng.

VII. HƯỚNG DẪN THÂN NHÂN:

Thông tin đầy đủ cho thân nhân về nguyên nhân, cách điều trị cũng như phòng ngừa.

VIII. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:
Tuỳ nguyên nhân gây XHTH

BV Nhi Đồng 2