

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

I. ĐẠI CƯƠNG:

Xuất huyết tiêu hoá ít gặp ở trẻ em, biểu hiện bằng ói máu, tiêu máu, thường nhẹ.

Tùy theo vị trí xuất huyết so với góc Treitz mà người ta phân loại: xuất huyết tiêu hoá trên và xuất huyết tiêu hoá dưới.

Nguyên nhân xuất huyết tiêu hoá:

Xuất huyết tiêu hoá trên: thường gặp viêm loét dạ dày, vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản, Mallory Weiss, trào ngược dạ dày thực quản

Sơ sinh	Trẻ em
Rối loạn đông máu	Stress ulcer
Viêm dạ dày	Viêm dạ dày
Stress ulcer	Viêm thực quản
Nuốt máu mẹ	Mallory Weiss
Viêm thực quản	Vỡ, Dẫn TM thực quản
Dị dạng mạch máu	Dị dạng mạch máu
Ruột đôi	Rối loạn đông máu

Xuất huyết tiêu hoá dưới : thường gặp lồng ruột, túi thừa Meckel, nứt hậu môn, polype đại tràng, dị dạng mạch máu

Sơ sinh	Trẻ em
Viêm ruột nhiễm trùng	Viêm ruột nhiễm trùng
Dị ứng sữa	Nứt hậu môn
Lồng ruột	Polype đại tràng
Nứt hậu môn	Lồng ruột
Dị sản hạch limpho	Xoắn ruột
Xoắn ruột	Túi thừa Meckel
Viêm ruột hoại tử	Henoch schlein
Túi thừa Meckel	Dị dạng mạch máu
	Hội chứng tán huyết urê huyết
	Bệnh viêm ruột

II .CHẨN ĐOÁN:

1.Công việc chẩn đoán:

a. Hỏi bệnh:

*** Xuất huyết tiêu hoá trên:**

- Lượng máu mất, tính chất máu, có hoặc không có tiêu máu đỏ hay tiêu phân đen.

- Nôn ói nhiều trước khi ói máu

- Triệu chứng đi kèm: sốt, đau bụng (loét dạ dày-tá tràng)

- Dùng thuốc gây tổn thương dạ dày: aspirin, kháng viêm Non-steroid, corticoids

- Tiền căn: bệnh viêm dạ dày tá tràng, xuất huyết tiêu hoá, bệnh gan và huyết học (xuất huyết giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu bẩm sinh).

*** Xuất huyết tiêu hoá dưới:**

- Tính chất phân: máu dính phân (nứt hậu môn), máu trộn lẫn phân, phân đen như bã cà phê, máu bầm, nếu máu đỏ tươi cần hỏi xem có cục máu hay không

- Có uống các thuốc làm phân màu đen không: sắt, bismuth..

- Tiền căn xuất huyết tiêu hoá dưới.

b. Khám lâm sàng:

- Chú ý tình trạng huyết động học: mạch, HA, màu da và thời gian phục hồi da

- Dấu hiệu thiếu máu nặng

- Khám vùng mũi hầu để loại trừ nguyên nhân xuất huyết từ vùng mũi hầu

- Tìm dấu bầm máu, ban máu

- Khám bụng loại trừ nguyên nhân ngoại khoa: lồng ruột (khối u, dấu hiệu tắc ruột), bệnh lý gan (gan lách to, tuần hoàn bàng hệ, vàng da vàng mắt), đau vùng thượng vị.

- Khám trực tràng nếu có xuất huyết tiêu hoá dưới: xác định chẩn đoán và xem tính chất phân, tìm sang thương như polype, nứt hậu môn.

c. Đề nghị xét nghiệm:

- Công thức máu, đếm tiểu cầu, dung tích hồng cầu

- Đông máu toàn bộ

- Siêu âm bụng, X quang bụng không sửa soạn

- Nội soi cấp cứu nếu có chỉ định

- Chụp dạ dày tá tràng cản quang: xuất huyết tiêu hoá trên nghi do loét dạ dày tá tràng.

2. Chẩn đoán xác định:

*** Xuất huyết tiêu hoá trên:**

- Đau bụng
- Ói máu hoặc sonde dạ dày ra máu
- Nếu không có 2 dấu hiệu trên cũng cần nghĩ đến nếu tiêu phân đen hoặc tiêu máu đỏ tươi ô ạt.

* **Viêm loét dạ dày:** tiền sử đau bụng vùng thượng vị lúc đói, uống thuốc aspirin, kháng viêm, corticoid.

*** Võ dãn tĩnh mạch thực quản:**

- Tiền sử: viêm gan, xơ gan, vàng da xuất huyết tái phát
- LS: gan lách to, ascite
- XN: giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, transaminase tăng

* **Xuất huyết tiêu hoá dưới:** Tiêu phân đen sệt (ruột non) hay máu đỏ tươi (ruột già) hoặc thăm trực tràng có máu.

3. Chẩn đoán nguyên nhân:

- Nội soi: tùy theo xuất huyết tiêu hoá trên hay dưới mà tiến hành nội soi tiêu hoá trên hay dưới để xác định nguyên nhân
- Siêu âm bụng
- X quang dạ dày tá tràng cản quang hoặc chụp đại tràng cản quang

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Nhịn ăn uống
- Bồi hoàn thể tích máu mất.
- Nội soi tiêu hóa để chẩn đoán và điều trị cầm máu
- Tìm và điều trị nguyên nhân.

2. Bệnh nhân có sốc, thiếu máu nặng:

- Thở oxy qua cannulyn mũi hay mask
- Thiết lập 2 đường truyền tĩnh mạch lớn
- Lấy máu thử Hct, nhóm máu. Nếu Hct bình thường vẫn không loại trừ mất máu cấp.
- Truyền nhanh LR hay NS 20 ml/kg/15 phút, sau đó 20 ml/kg/giờ cho đến khi có HA.
- Truyền máu toàn phần 20 ml/kg/giờ nếu Hct < 30% và bệnh nhân tiếp tục ói máu.

- Rửa dạ dày với NaCL 0,9% để cầm máu hiện nay không dùng vì có thể gây tăng xuất huyết do ngăn cản cục máu đông thành lập ở vị trí chảy máu.

- Trong trường hợp XHTH trên nghi do viêm loét dạ dày tá tràng: Thuốc ức chế bơm proton:

+ Omeprazole TM trong 3 ngày sau đó chuyển sang đường uống

+ Thuốc thay thế Ranitidin 1-2 mg/kg/liều TMC, mỗi 6 - 8 giờ (tối đa 50mg)

- Trường hợp XHTH do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản:

+ Octreotid: Sandostatin có tác dụng làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa, co mạch nội tạng nên giảm xuất huyết, liều 1-2g/kg TMC sau đó 1g/kg/giờ, 0,25g/kg/giờ

+ Vasopressin hiện nay do nhiều biến chứng so với Sandostatin nên ít được khuyến cáo

+ Đặt sonde Sengstaken - Blackmore: hiện nay có phương tiện nội soi thì ít dùng vì ít hiệu quả và nhiều biến chứng nguy hiểm

- Vitamin K1: chỉ định trong các trường hợp bệnh lý gan, rối loạn đông máu, liều 1mg/kg TB hay TM (tối đa 10 mg).

- Huyết tương tươi đông lạnh trong trường hợp rối loạn đông máu: 10ml/kg TTM

- Hội chẩn:

+ Chuyên khoa tiêu hoá để nội soi tiêu hóa:

✓ Thường sau 12-24 giờ khi ổn định huyết động học và tình trạng xuất huyết.

✓ Nội soi cấp cứu để cầm máu khi thất bại điều trị nội khoa, tiếp tục xuất huyết ồ ạt, huyết động học không ổn định.

+ Ngoại khoa: phẫu thuật cầm máu khi thất bại với các phương pháp nội khoa và nội soi cầm máu hoặc tổng lượng máu truyền > 85 ml/kg.

3. Bệnh nhân ổn định: không sốc, chảy máu ít, tổng trạng chung ổn

- Tạm nhịn ăn trong khi xem xét chỉ định nội soi và phẫu thuật.

- Không rửa dạ dày.

- Tìm và điều trị nguyên nhân.

- Omeprazole TM hoặc uống kết hợp thuốc diệt HP nếu có bằng chứng nhiễm (sinh thiết, hơi thở, phân, máu)

- Hội chẩn tiêu hoá: xem xét chỉ định nội soi tiêu hoá điều trị: Thường sau 24 giờ nội soi chích cầm máu Adrenalin hoặc chích xơ (vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản)

+ Nghi ngờ túi thừa Meckel: xem xét chỉ định nội soi ổ bụng

+ Chụp dạ dày cản quang hay đại tràng cản quang

+ Lòng ruột, polype: phẫu thuật

4. Chỉ định nội soi tiêu hoá:

- Xuất huyết tiêu hóa nặng cần truyền máu hoặc đe dọa tính mạng
- Xuất huyết tiêu hóa tái phát.
- Cấp cứu khi: thường xuất huyết tiêu hóa trên ở trẻ em tự cầm sau điều trị nội khoa vì vậy hiếm khi cần nội soi cấp cứu. Nên nội soi ở phòng mổ kết hợp với BS nội soi để thất bại cầm máu nội soi sẽ tiến hành phẫu thuật ngay.
- Nội soi tiêu hóa: cần phải ổn định dấu hiệu sinh tồn trước và không có rối loạn đông máu nặng

5. Chỉ định phẫu thuật:

- Bệnh lý ngoại khoa: lồng ruột, polype, túi thừa Meckel, ruột đôi
- Thất bại điều trị nội khoa và nội soi cầm máu, còn xuất huyết khi lượng máu truyền > 85 ml/kg.

6. Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi 15-30 phút trong giai đoạn hồi sức, sau đó mỗi 1-6 giờ.
- Tình trạng xuất huyết: lượng, tính chất ói máu, tiêu máu
- Dung tích hồng cầu
- Lượng dịch xuất nhập
- Diễn tiến:
 - + Tiêu phân đen có thể còn ở ngày 3-5 sau khi ngừng xuất huyết tiêu hóa.
 - + Tiên lượng thường tự hết
 - + Tỷ lệ tái phát cao gần 40%
 - + Hiếm phẫu thuật (5%) từ khi áp dụng nội soi tiêu hóa cầm máu

IV. Phòng ngừa:

- Viêm loét dạ dày: tránh uống thuốc kháng viêm, Aspirin
- Dẫn tĩnh mạch thực quản
- Điều trị nguyên nhân