

Thượng GI chảy máu

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

BỆNH ULCER PEPTIC (PUD) - dạ dày,

tá tràng

LẠM PHÁT — viêm thực quản (CMV / HSV,

thuốc, trào ngược), viêm dạ dày (cấp tính, mãn tính),

bệnh viêm ruột (Crohn)

BIẾN CHỨNG — thực quản, dạ dày

TUMORS — thực quản, dạ dày, tá tràng

CẤU TRÚC — Vết rách của Mallory – Weiss, Dieulafoy

tổn thương, dị dạng động mạch /

loạn sản mạch, lỗ rò động mạch chủ, huyết khối

KHÁC — chảy máu cam, ho ra máu

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

LỊCH SỬ — khối lượng nôn mửa / buồn nôn ở cà phê, melena, hematochezia. Có liên quan

các triệu chứng: đau bụng (PUD), nôn mửa /

chậm tiêu (MWT), khó nuốt / GERD, vàng da /

cổ trướng (tăng áp lực tĩnh mạch cửa), hiện pháp

triệu chứng (bệnh ác tính). Lịch sử y khoa

(PUD, nhiễm *H. pylori*, liên quan đến rượu

rối loạn, xơ gan với varices, suy thận,

ung thư di căn, bệnh tim / HF), thuốc

tiền sử (thuốc chống đông máu, NSAID, SSRI, thuốc gây viêm thực quản dạng viên)

VẬT LÝ — chảy máu cấp tính, nhịp tim nhanh khi nghỉ ngơi, hạ huyết áp khi nằm ngửa, thay đổi tư thế đứng

(tăng mạch tư thể > 30 / phút, giảm SBP

≥20mmHg, HATTr giảm ≥10mmHg),

thiếu máu (kết mạc, mặt hoặc lòng bàn tay xanh xao),

xơ gan (telangiectasia ở mặt, ban đỏ lòng bàn tay, u mạch hình mạng nhện, nữ hóa tuyến vú,

tĩnh mạch thành bụng, móng Terry / bạch cầu,

phù ngoại biên). Thực hiện kiểm tra trực tràng. **KHÔNG** xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân.

Kiểm tra chất nôn. Không cần rửa mũi thường quy.

TẦY TẾ BÀO CHẾT ĐEN CÓ THỂ MIMIC MELENA—

bismuth subsalicylate, sắt, rau bina, than củi

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- phòng thí nghiệm — CBC, dung dịch kiềm, urê, Cr, loại / đối sánh chéo,

PTT, INR, AST, ALT, ALP, bilirubin, albumin

- hình ảnh — CXR, AXR
- nội soi dạ dày

CÁC VẤN ĐỀ CHÍNH

PHÂN TÍCH RỦI RO CHO PEPTIC

BỆNH ULCER

- điểm rockall — tuổi 60–79 = 1; tuổi ≥ 80 = 2;

nhịp tim > 100 nhịp / phút = 1; HA tâm thu < 100

mmHg = 2; bệnh đồng hiện (thiếu máu cục bộ

bệnh tim, HF, bệnh nặng khác) = 2; bệnh cùng tồn tại (suy thận, suy gan,

ung thư di căn) = 3; phát hiện nội soi: không

tổn thương quan sát được, vết rách Mallory – Weiss = 0; peptic

loét, bệnh ăn mòn, viêm thực quản = 1; ung thư của

đường tiêu hóa trên = 2; nền sạch loét, vết phẳng mất sắc tố = 0; máu trong đường tiêu hóa trên, hoạt động

chảy máu, có thể nhìn thấy mạch, cục máu đông = 2

- giải thích — nguy cơ chảy máu thấp hoặc

death = điểm Rockall ≤ 2

RỦI RO CỦA ULCER BỊ XÓA

- Phân loại Forrest được sử dụng để phân tầng dấu hiệu nội soi, nguy cơ chảy máu. Các yếu tố khác cần xem xét bao gồm kích thước, độ sâu, vị trí

vết loét

- các tính năng rủi ro cao — phun ra / rỉ ra hoạt động

trong khi nội soi (tỷ lệ chảy máu 55-90%),

mạch không chảy máu có thể nhìn thấy (40-50% nguy cơ),

cục máu đông kết dính (25–30% nguy cơ). Loét với các đặc điểm cao cần điều trị nội soi, nhập viện nội trú và 72 giờ IV PPI

- các tính năng rủi ro thấp — điểm phẳng (10% chảy máu lại

tỷ lệ), sạch ổ loét (3–5% nguy cơ). Nếu không cao

các đặc điểm rủi ro và chảy máu lâm sàng không nghiêm trọng,

khả năng chảy máu lại thấp và có thể xem xét xả ngay sau khi PO PPI

SỰ QUẢN LÝ

ACUTE — Hồi sức truyền dịch ABC, O₂, IV (hai

IV có lỗ khoan lớn). Truyền PRBC hạn chế

chiến lược cải thiện kết quả so với chiến lược tự do

truyền máu. NPO, coi ống NG. Giữ liệu pháp hạ huyết áp và lợi tiểu. Nếu PT kéo dài /

PTT, vitamin K 10 mg IV (nguy cơ sốc phản vệ nhỏ)

và FFP 2–4 U IV hoặc prothrombin không hoạt hóa

cô đặc phức tạp (PCC) 1000–3000 U IV

(liều lượng dựa trên INR và mức độ nghiêm trọng của chảy máu), nếu

đảo ngược nhanh chóng cần thiết. Nếu sử dụng heparin, hãy cân nhắc

truyền protamine (1 mg đối kháng với 100 U của heparin — tránh dùng quá nhiều protamine, có thể gây rối loạn đông máu nghịch lý). Pantoprazole 80 mg IV bolus, sau đó 8 mg / h; hoặc 40 mg mỗi 12 giờ cho đến khi nội soi. Nếu xơ gan và nghi ngờ xuất huyết tĩnh mạch cấp tính, octreotide 50 µg IV bolus, sau đó 25–50 µg / h, truyền PRBC, tiểu cầu và FFP PRN, kháng sinh trong 7 ngày (ceftriaxone 1 g IV q24h, cefotaxime 1 g IV cách 8 giờ, ciprofloxacin 400 mg IV mỗi 12 giờ, ciprofloxacin 500 mg PO BID, hoặc norfloxacin 400 mg PO BID). Tham khảo ý kiến GI

ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN HIỂU BIẾT — tránh NSAID.

Loét dạ dày (cầm máu qua nội soi với đông máu / màng trong tim cộng với tỷ lệ 1: 10.000

TIÊU CHÍ ĐỂ ĐƯỢC TƯ VẤN PHẪU THUẬT

ULCER BLEED — huyết động không ổn định mặc dù đã được hồi sức (> 3 U PRBC), sốc, xuất huyết tái phát sau hai lần nội soi, tiếp tục chảy máu cần > 3 U PRBC / ngày)

KHIẾU NẠI CỦA ENDOSCOPY — thủng, chảy máu, suy hô hấp liên quan đến thuốc an thần

BỎ QUA QUYẾT ĐỊNH ĐỐI VỚI PEPTIC ULCER

BỆNH - bệnh nhân có nguy cơ tái xuất huyết thấp (Điểm Rockall ≤ 2 , các tính năng nội soi rủi ro thấp),

với Hb > 80–100 g / L [$> 8–10$ g / dL] mà không cần truyền thêm, INR / PTT bình thường, và

có hỗ trợ xã hội đầy đủ có thể được xuất viện an toàn về nhà ngay sau khi nội soi với

theo sát

GASTRIC ULCERS — rủi ro cơ bản nhỏ

bệnh ác tính ở dạ dày, có thể yêu cầu nội soi lặp lại sau 8-12 tuần để kiểm tra sự lành vết loét và

sinh thiết nếu các triệu chứng dai dẳng, căn nguyên không rõ ràng,

vết loét không lành > 2 cm, vết loét xuất hiện đáng ngờ, hoặc

các yếu tố nguy cơ khác của ung thư dạ dày (tuổi > 50, tiền sử gia đình, loạn sản dạ dày / chuyển sản ruột)