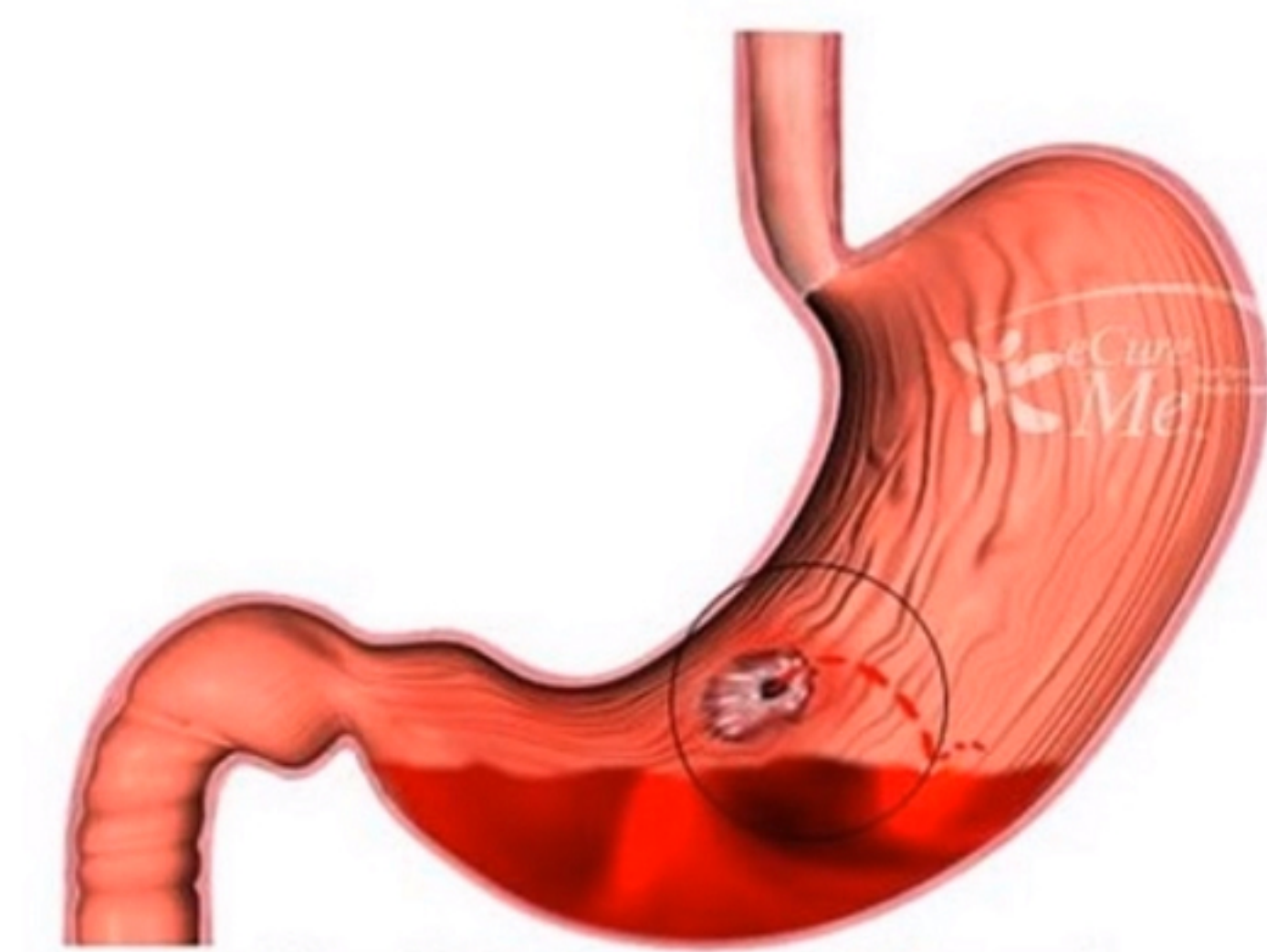


Bs Hu nh Minh Nh t - Khoa N i tiêu hóa

I. Đ I C NG

Loét đ ng tiêu hóa là nguyên nhân nh p vi n ph bi n nh t c a xu t huy t đ ng tiêu hóa trên. H ng đ n này cung c p các khuyếch n cáo cho vi c x trí b nh nhân b xu t huy t đ ng tiêu hóa trên c p tính do loét đ dày ho c tá tràng. C p tính th hi n b nh nhân có tri u ch ng c a nôn ra máu, đi c u phân đen, và/ho c đi c u ra máu.



II. NỘI DUNG

1. Đánh giá ban đầu và phân tầng nguy cơ

- Tình trạng huyết động nên được đánh giá ngay lập tức và các biện pháp hỗ trợ sốc bắt đầu khi cần thiết (khuyến nghị mạnh mẽ).
- Truy cập máu hàng ngày tại mức tiêu hemoglobin ≥ 7 g/dl và cao hơn nếu bệnh nhân có bệnh chứng lâm sàng và giảm thể tích lòng mạch hoặc bệnh lý đi kèm, chứng bệnh nội khoa bệnh lý mạch vành (Khuyến cáo có điều kiện).
- Cần thực hiện đánh giá nguy cơ để phân tầng bệnh nhân và có thể hỗ trợ trong các quyết định ban đầu như thời gian nội soi, thời gian xuất viện và mức độ chăm sóc (Khuyến cáo có điều kiện).
- Việc rời khoa cấp cứu mà không cần nội soi nội trú có thể được xem xét ở bệnh nhân có ure nitrogen $< 18,2$ mg/dl; hemoglobin $\geq 13,0$ g/dl đối với nam ($12,0$ g/dl đối với phụ nữ), huyết áp tâm thu ≥ 110 mmHg; mạch < 100 nhịp/phút; và không có điếu u phân đen, ngất xỉu, suy tim, và bệnh lý gan, vì họ có $< 1\%$ cần nội can thiệp (Khuyến cáo có điều kiện).

2. Điều trị nội khoa trước nội soi

- Tiêm tĩnh mạch erythromycin (250 mg ~ 30 phút trước khi nội soi) nên được xem xét để cải thiện khả năng chẩn đoán và giảm nhu cầu nội soi lặp lại. Tuy nhiên, erythromycin không chắc là cải thiện kết quả lâm sàng (Khuyến cáo có điều kiện).
- Tiêm tĩnh mạch PPI trước nội soi (ví dụ, 80 mg tiêm tĩnh mạch chậm sau đó truyền 8 mg/h) có thể được xem là giảm tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu nguy cơ xuất huyết cao trên nội soi và cần nội soi cầm máu. Tuy nhiên, PPI không cải thiện kết quả lâm sàng như chảy máu thêm, phẫu thuật hoặc tử vong (Khuyến cáo có điều kiện).

- Nếu nội soi bệnh trĩ hoặc không thể được thực hiện, PPI tiêm tĩnh mạch được khuyến cáo để giảm chảy máu thêm (Khuyến cáo có điều kiện).

3. Rửa dạ dày

- Rửa dạ dày đường mũi hay miệng không cần bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do loét để chẩn đoán, tiên lượng, quan sát hoặc vì hiệu quả điều trị (Khuyến cáo có điều kiện).

4. Thời gian nội soi

- Bệnh nhân tham gia nội soi trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện, sau khi nội soi hội chứng tái tưới máu các thông số huyết động và các vận động nội khoa khác (Khuyến cáo có điều kiện).

- Nếu bệnh nhân nội soi động và không có bệnh phụ cấp nghiêm trọng, nội soi nên được thực hiện càng sớm càng tốt trong môi trường không cấp cứu để xác định tình trạng đáng kể bệnh nhân có kết quả nội soi nguy cơ thấp có thể ra viện an toàn (Khuyến cáo có điều kiện).

- Nếu bệnh nhân có đặc điểm lâm sàng nguy cơ cao hơn (ví dụ, nhập tim nhanh, huyết áp, nôn máu hoặc sức rửa dạ dày có máu) nội soi trong vòng 12 h có thể được xem là có khả năng cải thiện kết quả lâm sàng (Khuyến cáo mạnh mẽ có điều kiện).

5. Nội soi chẩn đoán

- Dùng hiệu quả của xuất huyết nội nên được ghi lại vì để đoán nguy cơ chảy máu thêm và hướng dẫn quy trình xử trí. Các dấu hiệu có nguy cơ xuất huyết giảm dần: đang chảy máu, nhìn thấy lỗ mạch, có cục máu đông, đáy có cục đen, đáy sạch (Khuyến cáo mạnh mẽ).

6. Nội soi điếu trị

- Nội soi điếu trị nên thực hiện ở bệnh nhân đang chảy máu hoặc nhìn thấy có lỗ máu (Khuyến nghị mạnh mẽ).

- Nội soi điếu trị có thể được xem xét cho bệnh nhân có các máu đông dính chặt dù được rửa sạch. Lợi ích có thể cao hơn ở bệnh nhân có các ổ loét sâu có khả năng có nguy cơ tái xuất huyết cao (ví dụ, tuổi già, bệnh kèm, bệnh nhân nội trú xuất huyết lúc ban đầu) (Khuyến cáo có điếu trị khi cần).

- Nội soi điếu trị không nên thực hiện cho bệnh nhân bệnh loét với đáy sạch hoặc có cục máu đen (Khuyến cáo mạnh mẽ).

- Không nên sử dụng liều pháp epinephrine đơn độc. Nếu được sử dụng, nó nên được kết hợp với một liều pháp khác (Khuyến nghị mạnh mẽ).

- Liều pháp nhiệt với cầm máu bằng điện cực lạnh hoặc đốt dò nóng và tiêm chất gây xơ hóa (ví dụ, cồn tuyệt điện) được khuyến cáo vì chúng làm giảm chảy máu thêm, phẫu thuật và tử vong (Khuyến nghị mạnh mẽ).

- Clip được khuyến khích bởi vì giảm chảy máu thêm và nhu cầu phẫu thuật. Tuy nhiên, so sánh các clip so với các liều pháp khác mang lại kết quả bất phân định và clip hiện đang sử dụng chủ yếu để nghiên cứu (Khuyến cáo có điếu trị khi cần).

- Đối với nhóm các bệnh nhân loét đang xuất huyết, liều pháp nhiệt hoặc epinephrine cũng với một phương pháp thực hiện có thể được ưu tiên hơn kẹp clip hoặc dùng chất xơ hóa đơn độc để cầm máu ban đầu (Khuyến cáo có điếu trị khi cần).

7. Điều trị nội khoa sau nội soi

- Sau khi cầm máu nội soi thành công, điều trị PPI tiêm tĩnh mạch với 80 mg bolus sau đó 8 mg/h truyền liên tục trong 72 giờ cho bệnh nhân bị loét đang xuất huyết, nhìn thấy là mạch cầm máu đông (Khuyến cáo mạnh).

- Bệnh nhân bị loét có cơn đen hoặc đầy sặc có thể nhận được lợi từ pháp PPI tiêu chuẩn (ví dụ, PPI uống mỗi ngày một lần) (Khuyến cáo mạnh).

8. Nội soi lặp lại

- Nội soi thông thường xuyên lần hai, trong đó nội soi lặp lại được thực hiện 24 giờ sau khi điều trị cầm máu nội soi ban đầu, không được khuyến cáo (Khuyến cáo có điều kiện).

- Lặp lại nội soi nên được thực hiện nếu bệnh nhân có bằng chứng lâm sàng và chảy máu tái phát và điều trị cầm máu nên được áp dụng nếu bệnh nhân có dấu hiệu xuất huyết nguy cơ cao (Khuyến cáo mạnh).

- Nếu xuất huyết tiếp tục xảy ra sau điều trị nội soi lần hai, phẫu thuật hoặc X quang can thiệp nút mạch thông qua đường splanchnic (Khuyến cáo có điều kiện).

9. Nhập viện

- Bệnh nhân có dấu hiệu nguy cơ xuất huyết cao (đang chảy máu, là mạch, cầm máu đông) thông qua phôi nhập viện trong 3 ngày giờ để bệnh không có xuất huyết tái phát và không có lý do gì khác để nằm viện. Bệnh nhân có thể được cho ăn thức ăn lỏng ngay sau khi nội soi (Khuyến cáo có điều kiện).

= Bệnh nhân bị loét đáy sặc có thể được cho ăn uống bình thường và ra viện sau khi nội soi giờ để bệnh rỗng huyết động ổn định, hemoglobin ổn định, không có vấn đề y tế khác, hoặc có một

nhân viên cấp, nhân viên đó được giám sát bởi một người khác để đảm bảo có trách nhiệm (Khuyến nghị có điều kiện).

10. Phòng ngừa lâu dài loét xuất huyết tái phát

Bệnh nhân bị loét xuất huyết do *H. pylori* nên được điều trị dứt điểm *H. pylori*. Sau khi dứt điểm, điều trị thuốc kháng tiết duy trì là không cần thiết trừ khi bệnh nhân cần NSAID hoặc thuốc chống xuất huyết khác (Khuyến nghị mạnh).

Phòng ngừa bệnh nhân bị loét xuất huyết do NSAID gây ra, việc dùng NSAID cần phải đánh giá cẩn thận và không nên tiếp tục nếu có thể. Phòng ngừa bệnh nhân phải tiếp tục NSAID, NSAID chọn lọc COX-2 là lựa chọn tốt nhất có hiệu quả cũng như PPI hàng ngày được khuyến cáo (Khuyến cáo mạnh).

Phòng ngừa bệnh nhân có loét xuất huyết do aspirin liều thấp, cần phải đánh giá nhu cầu. Nếu được cho phòng ngừa tái phát (như bệnh lý mạch vành), aspirin nên được tiếp tục càng sớm càng tốt sau khi hết xuất huyết hoặc hạ huyết áp bệnh nhân: lý tưởng trong vòng 1-3 ngày và chắc chắn trong vòng 7 ngày. Điều trị PPI hàng ngày cũng nên kéo dài. Nếu được cho dự phòng ban đầu (như không có bệnh mạch vành), điều trị chống tiết dạ dày có thể không được tiếp tục hoặc hạ huyết áp bệnh nhân (Khuyến nghị có điều kiện).

Phòng ngừa bệnh nhân bị loét vô căn (không phải *H. Pylori*, không phải NSAID), liều pháp điều trị loét kéo dài (ví dụ: PPI hàng ngày) được khuyến nghị (Khuyến nghị có điều kiện).

III. TÓNG KẾT

Xử trí bệnh nhân loét xuất huyết cấp tính cần tiến hành một cách khôn ngoan từng bước. Bước đầu tiên là đánh giá tình trạng huyết động và bắt đầu các biện pháp hỗ trợ sốc khi cần thiết. Bệnh nhân được phân tầng nguy cơ dựa trên các đặc điểm lâm sàng như tình trạng huyết động, bệnh đi kèm, tuổi tác và xét nghiệm ban đầu. Hạ huyết áp bệnh nhân sẽ được cần soi trong vòng 24 giờ hoặc ít hơn, và các đặc điểm của loét trên nội soi hỗ trợ các bước xử trí tiếp theo. Nếu bệnh nhân có kết quả đang xuất huyết hoặc loét có lỗ máu nên được cần soi cầm máu và nếu bệnh nhân có các máu đông kết dính có thể được điều trị nội soi; nếu bệnh nhân này sẽ dùng liều

pháp PPI tiêm tĩnh mạch sau đó truy n liên tục. Nếu ng ng có c n đen ho c loét s ch không c n đi u tr n i soi ho c li u pháp PPI tĩnh m ch. Ch y máu loét tái phát sau khi đi u tr n i soi nên đ c đi u tr b ng n i soi l n hai, nếu ng n u v n còn ch y máu ho c tái phát đi u tr b ng ph u thu t ho c X quang can thi p nút m ch.

Phòng ng a ch y máu tái phát đ a trên nguyên nhân c a loét. H. pylori nên đ c lo i b n u có và sau khi đi t tr đ c ghi nh n, không c n đi u tr thêm. NSAID nên đ c d ng l i; n u ph i ti p t c dùng li u th p m t NSAID ch n l c COX-2 c ng v i PPI nên đ c s d ng. B nh nh n có b nh m ch vành c n ph i dùng aspirin ho c thu c kháng ti u c u khác nên b t đ u đi u tr b ng PPI và th ng đ c đi u tr kháng ti u c u càng s m càng t t sau khi h t máu (lý t ng là trong vòng 1-3 ngày và ch c ch n trong vòng 7 ngày). Nếu ng ng i b loét t phát nên đ c đi u tr ch ng loét lâu dài.

(L c d ch ACG Clinical Guideline: Management of Patients with Ulcer Bleeding - 2012)