1. **ĐẠI CƯƠNG**
* Xuất huyết tiêu hoá trên là hiện tượng chảy máu vào đường tiêu hóa từ góc treizt trở lên.
1. **NGUYÊN NHÂN**
* Viêm loét thực quản
* Loét dạ dày tá tràng
* Hội chứng Mallory Weiss
* Dị dạng mạch máu…
1. **CHẨN ĐOÁN**

**3.1 Biểu hiện lâm sàng**

**3.1.1 Lý do nhập viện**

* Ói ra máu.
* Tiêu ra máu hoặc phân đen.

**3.2.2. Khám lâm sàng**

* Da xanh niêm nhạt.
* Mạch nhanh trên 100 l/ph hay tăng hơn 20 l/ph so với bình thường.
* HA tâm thu giảm <100 mmHg hay giảm HA khi thay đổi tư thế (HA tâm thu tụt >10mm, mạch tăng >15 nhịp/phút). Nếu:
* Hạ áp do thay đổi tư thế khả năng mất 10%- 20% thể tích tuần hoàn.
* Hạ áp khi nằm khả năng mất >20% thể tích tuần hoàn.
* Thăm trực tràng có phân màu đen hoặc màu đỏ bầm.

**3.3.3 Đặt sonde dạ dày**

* Giúp xác định đang xuất huyết (máu đỏ) hoặc vừa mới xuất huyết (chất dịch màu cà phê).
* Không phải là thủ thuật thường quy cho mọi trường hợp XHTH chỉ nên thực hiện khi chưa xác rõ XHTH trên hay XHTH dưới.
* Rửa dạ dày cần thiết thực hiện khi biết đang xuất huyết ồ ạt nhằm giúp cuộc soi thực hiện có hiệu quả.
* Không chống chỉ định ở bệnh nhận nghi ngờ có dãn tĩnh mạch thực quản.

**3.2 Biểu hiện cận lâm sàng**

**3.2.1. Các xét nghiệm**

* Đếm tế bào máu mỗi 4-6 giờ trong ngày đầu tiên.
* Các XN chuyển hóa cơ bản: BUN, Creatinin.
* XN về đông máu TQ, TCK. Fibrinogen.
* Chức năng gan.
* Đo ECG.
* Men tim và troponin trong trường hợp nghi ngờ có bệnh mạch vành và nhối máu cơ tim phối hợp đặc biệt ở bệnh nhân >50 tuổi.

**3.2.2. Chẩn đoán hình ảnh**

* X quang phổi: nếu nghi ngờ viêm phổi hít, thủng thực quản, thủng tạng rổng, tắc ruột.
* Quang vị khi không thể thực hiện nội soi.
* CT scan và siêu âm bụng.
* Angiography.

**3.2.3 Nội soi dạ dày**

* Nội soi thực quản dạ dày chỉ được thực hiện một cách an toàn và có hiệu quả sau khi hồi sức tốt và trong vòng 12-24 h sau khi nhập viện.
* Cần tránh nội soi trong tình trạng huyết động không ổn định rất nguy hiểm có thể gây tử vong.
* Chống chỉ định nội soi:
* Nghi ngờ có thủng tạng rỗng.
* Choáng.
* Nhồi máu cơ tim.
* Suy tim nặng.
* Suy hô hấp.

**3.3 Đánh giá mức độ mất máu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nhẹ** | **Vừa** | **Nặng** |
| **Lượng máu mất (ml)** | <750 | 750–1000 | > 1500 |
| **Lượng máu mất (%)** | 15 | 15–30 | > 30 |
| **Mạch quay (l/ph)** | <100 | 100 – 120 | > 120 |
| **Huyết áp tâm thu (mmHg)** | > 100 | 90 – 100 | < 90 |
| **Hồng cầu (tr/mm3)** | > 3 | 2-3 | < 2 |
| **Hematocrit (%)** | > 30 | 20-30 | < 20 |
| **Tri giác** | Lo lắng nhẹ | Lo lắng | Vật vã |

**3.4 Phân tầng nguy cơ sớm**

* 1. **Thang điểm BLATCHFORD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Các chỉ số đánh giá** | **Điểm** |
| **Ure máu (mmol/L)**6,5-7,98,0-9,910-25>25  | 2346 |
| **Hemoglobin(g/dl) nam**12-1310-11,9<10  | 136 |
| **Hemoglobin (g/dl) nữ**10-12<10  | 16 |
| **Huyết áp tâm thu (mmHg)**100-10990-99<90  | 123 |
| **Những dấu hiệu khác**M>100Tiêu phân đenNgấtBệnh ganSuy tim  | 11222 |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Điểm** | **Tỷ lệ cần can thiệp (%)** |
| <34567-9>10 | <102540507595 |

**Điểm số từ 6 trở lên 50% nguy cơ cần can thiệp.****+** *BLATCHFORD ≥ 6 cần nội soi dạ dày trong vòng 12 giờ.**+BLATCHFORD < 6 nội soi trong vòng 24 giờ* |

* 1. **Đánh giá nguy cơ theo bảng điểm ROCKALL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **0** | **1** | **2** | **3** |
| **Tuổi****Choáng****Mạch****HA tâm thu****Bệnh phối hợp****Chẩn đoán****Dấu hiệu mới xuất huyêt** | < 60Không< 100Bình thườngKhôngMallory WeissKhông | 60 – 79Mạch nhanh> 100> 100-Tất cả chẩn đoán khác- | 80HA giảm-< 100Thiếu máu cơ timBệnh ác tính đường tiêu hóa trênCó máu trong dạ dàyThấy đang chảy máu | ----Suy thậnBệnh ác tính-- |

* < 3 điểm ít nguy cơ tử vong.
* > 8 điểm nguy cơ tử vong cao.

1. **ĐIỀU TRỊ**

**4.1 Mục tiêu điều trị**

* Ổn định huyết động.
* Làm ngưng xuất huyết.
* Ngừa xuất huyết tái phát.

**4.2 Duy trì ổn định huyết động bằng NaCl 90/00 và truyền máu**

* Mục tiêu cần đạt:
* Nhịp tim <100 lần/min.
* Huyết áp tâm thu >100 mmHg.
* Duy trì mức hemoglobin 8-10 g/L, Hct ≥ 25%, đối với BN suy tim, bệnh phổi mãn tính phải duy trì Hct ≥ 30%.
* Lưu ý bệnh gan nặng có báng, suy tim.

**4.3 Điều chỉnh ngay các rối loạn đông máu**

* PT <15 seconds.
* Tiểu cầu > 50,000/m.

**4.4 Điều trị nội khoa**

* Các thuốc ức chế tiết acid đưa pH của dạ dày > 6 nhằm tăng cường sự thành lập và bền vững cục máu đông.
* Trong trường hợp đang có xuất huyết và có các dấu hiệu nguy cơ xuất huyết tái phát (loét dạ dày tá tràng Forrest I; IIa: IIb)
* Thuốc PPI đường truyền tĩnh mạch: Omeprazole, Pantoprazol, Esomeprazol.
* Tiêm tĩnh mạch (bolus) 80 mg, 30 phút sau đó truyền 8 mg/giờ liên tục 72 giờ.
* Trong trường hợp không có dấu hiệu xuất huyết diễn tiến và các nguy cơ xuất huyết tái phát, PPI liều cao đường uống:
* Omeprazol 40mg/ ngày
* Pantoprazol 80mg/ngày
* Esomeprazol 80mg/ngày
* Rabeprazol 40mg/ngày
* Điều trị diệt H. Pylori khitình trạng xuất huyết ổn định.

**4.5 Điều trị nội soi:** được tiến hành khi nội soi chẩn đoán

1. **Thời điểm**
* Nội soi trong vòng 12-24 h
* 02 ngoại lệ
* BN ói lượng nhiều/ huyết động không ổn định: nội soi càng sớm càng tốt khi huyết động ổn định
* Có bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng: có thể trì hoãn đến khi M, HA, Spo2 ổn định.
1. **Chỉ định cầm máu qua nội soi:**
* Các sang thương được xác định qua nội soi:
* Forrest Ia: đang chảy máu thành tia.
* Forrest Ib: đang chảy máu rĩ rã.
* Forrest IIa: Có ngòi động mạch nhưng hiện không chảy máu.
* Forrest IIb: có cục máu đông trên ổ loét.
1. **Phương pháp**
* Chích Adrenalin 1/10000.
* Đặt Clip cầm máu.
* Cầm máu bằng điện cực.

**4.6 Chỉ định phẫu thuật**

* Xuất huyết không kiểm soát được với điều trị nội khoa hoặc xuất huyết tái phát không đáp ứng điều trị.
1. **TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**
* Tất cả các trường hợp có nôn ra máu và/ hoặc đi cầu phân đen cần phải nhập viện theo dõi và điều trị.
1. **TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG**
2. **PHÒNG BỆNH**
* Khi bệnh nhân xuất viện, tái khám sau 4 tuần, nội soi kiểm tra ống tiêu hóa nếu cần
* Kiểm tra và điều trị Hp nếu nhiễm
1. **TÀI LIỆU THAM KHẢO**
* Chandra Prakash(2007). “Gastrointestinal bleeding”. The Washington Manual of Medical Therapeutics.32nd Edition. pp.439-444
* Maurice A Cerulli (2008), “Upper Gastrointestinal Bleeding”. Emedecine
* Graham P. Butcher(2003). “Acute upper gastrointestinal haemorrage”. Gastroenterology, pp. 66-67.
* Gregory J.Monkewich(2005), “Upper Gastrointestinal Bleeding”. Advanced Therapy in Gastroenterology and Liver Disease,N.28, pp.167-177
* Don C. Rockey(2006), “Gastrointestinal Bleeding”. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 8th ed.

****