



MỘT SỐ VẤN ĐỀ TRONG CẤP CỨU: XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

Bs. Phạm Hoàng Thiên
Group “Cập nhật Kiến thức Y khoa”

- 1. Làm thế nào tôi có thể nói là bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa (XHTH)? Đây là XHTH trên hay XHTH dưới?**
- 2. Công cụ phân tầng nguy cơ tốt nhất cho một bệnh nhân bị UGIB là gì?**
- 3. Xét nghiệm chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa**
- 4. Có phải hút dịch dạ dày nhạy và đặc hiệu để phát hiện UGIB?**
- 5. Thời gian tối ưu để nội soi là khi nào?**
- 6. Những thuốc nào hữu ích trong điều trị xuất huyết tiêu hóa**
- 7. Hồi sức tối ưu cho bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa là gì?**
- 8. Đảo ngược đông máu ở bệnh nhân nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa**
- 9. Khi nào phải nghi ngờ dò động mạch chủ-ruột (aortoenteric fistula)**
- 10. Bệnh gan giai đoạn cuối và xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch**
- 11. Xuất huyết tiêu hóa: góc nhìn của chuyên gia**

Làm thế nào tôi có thể nói là bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa (XHTH)? Đây là XHTH trên hay XHTH dưới?

Ainsley Adams and Andrew C. Meltzer

Pearls and Pitfalls

- \ Xuất huyết tiêu hóa thường biểu hiện bằng nôn ra máu, dịch màu cà phê, đi cầu ra máu, phân đen hoặc thiếu máu không giải thích được.
- \ Khám thực thể và xét nghiệm máu ẩn trong phân có thể giúp xác định vị trí nguồn chảy máu GI.
- \ Một XHTH trên có khả năng xảy ra nếu tiền sử có đi cầu phân đen, phân đen khi thăm trực tràng, sonde dạ dày có máu hoặc màu cà phê, hoặc tỷ nitơ/creatinine trong huyết thanh trên 30.
- \ Nhìn trực tiếp qua nội soi có thể xác định chắc chắn nguồn chảy máu.

Có phải bệnh nhân bị XHTH không?

XHTH là một chẩn đoán phổ biến ở Hoa Kỳ, chiếm khoảng 1 triệu ca nhập viện hàng năm [1]. Chẩn đoán có thể được xác nhận với một biểu hiện lâm sàng phù hợp với XHTH và xét nghiệm hoặc các test/thủ thuật hỗ trợ. Trong bối cảnh cấp cứu, các bác sĩ lâm sàng tập trung vào việc xác định XHTH rõ ràng hoặc cấp tính hơn là XHTH ẩn (mãn tính). XHTH ẩn (Occult GIB) được Hiệp hội tiêu hóa Hoa Kỳ (AGA) định nghĩa là xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính mà không có bằng chứng mất máu nhìn thấy được hoặc triệu chứng thiếu máu [2]. Mặc dù xét nghiệm máu ẩn trong phân có thể được sử dụng để xác nhận sự hiện diện của máu trong phân, xét nghiệm này có thể dương tính giả khi ăn thịt đỏ (red meat), củ cải, cải ngựa (horseradish) và dùng vitamin C [3]. Điều đáng chú ý là trong khi bổ sung sắt đường uống có thể làm cho phân có màu tương tự như phân đen, nhưng bổ sung sắt không gây ra kết quả máu ẩn phân dương tính giả [4].

Biểu hiện kinh điển của XHTH trên (UGIB) là nôn ra máu, dịch màu cà phê và đi cầu phân đen (nhìn thấy hoặc qua thăm trực tràng). Đối với XHTH dưới (LGIB), biểu hiện kinh điển bao gồm máu đỏ tươi qua trực tràng hoặc máu màu nâu sẫm

trong phân. Một số tình trạng và thuốc có thể bắt chước những dấu hiệu này (Table 9.1). Ví dụ, chảy máu mũi, chảy máu trong khoang miệng, chảy máu amidan và một số thực phẩm như củ cải đường đã bị nhầm lẫn là nôn ra máu. Các loại thuốc có chứa Bismuth như Pepto-Bismol có thể bắt chước phân đen. Bệnh nhân chảy máu âm đạo hoặc tiểu máu có thể bị nhầm lẫn với máu đỏ tươi từ trực tràng [5]. Đồng thời, không phải tất cả bệnh nhân XHTH sẽ biểu hiện theo cách kinh điển. Các triệu chứng gợi ý giảm khả năng vận chuyển oxy (ví dụ: yếu, chóng mặt, đau ngực, ngất, đánh trống ngực, mệt mỏi, khó thở khi gắng sức), đặc biệt là trong bối cảnh có các yếu tố nguy cơ xuất huyết tiêu hóa (Table 9.2) và thiếu máu có thể là biểu hiện lâm sàng của xuất huyết tiêu hóa cấp tính. Dấu hiệu sống bất thường có thể là dấu hiệu duy nhất của mất máu. Nhịp tim nhanh là một trong những dấu hiệu sống nhạy nhất, bất thường sớm nhất liên quan đến chảy máu cấp tính [1].

Table 9.1 Bắt chước xuất huyết tiêu hóa

Bắt chước nôn ra máu	Chảy máu mũi, chảy máu amygdal, đồ uống đỏ (red drinks), và thức ăn
Bắt chước phân đen	Thuốc có chứa Bismuth như Pepto-Bismol™
Bắt chước máu đỏ tươi	Thực phẩm đỏ (red food), chảy máu âm đạo, tiểu máu
XN máu ẩn trong phân dương tính giả	Thịt đỏ, củ cải, cải ngựa, vitamin C

Ref. [5]

Table 9.2 Các yếu tố nguy cơ của xuất huyết tiêu hóa

Xuất huyết tiêu hóa trên	Xuất huyết tiêu hóa dưới
Hút thuốc	Tuổi cao
Uống rượu	Giới tính nam
Tuổi cao	Thuốc:
Tiền sử UGIB trước đó	Antiplatelet
<i>Helicobacter pylori</i>	NSAID
Thuốc:	Kháng đông
NSAID	Bệnh đồng mắc: HIV, bệnh túi thừa,
Antiplatelet	ung thư đường tiêu hóa, bệnh viêm
Kháng đông	ruột IBD, loạn sản mạch máu
Steroids	Polyps
Ức chế chọn lọc serotonin (tăng gấp đôi trong UGIB với SSRI) [18]	
Bệnh đồng mắc: ung thư, xơ gan, giãn tĩnh mạch thực quản, loét dạ dày, viêm dạ dày	

Ref. [1]

Đây có phải là UGIB hay LGIB?

XHTH là chảy máu bắt nguồn từ bất cứ nơi nào trong đường tiêu hóa. Các bác sĩ lâm sàng phân định rõ hơn XHTH là trên và dưới vì chúng có những cân nhắc chẩn đoán và điều trị khác nhau.

XHTH trên (UGIB: Upper Gastrointestinal Bleed)

UGIB là xuất huyết trên dây chằng Treitz, một cơ treo tá tràng và thực tế là phần ống tiêu hóa có thể được đánh giá bằng nội soi trên (ví dụ, EGD). Tỷ lệ mắc UGIB cấp tính hàng năm ở Hoa Kỳ được ước tính là 50-160 trường hợp trên 100.000 [6]. Nguyên nhân phổ biến nhất của UGIB vẫn là bệnh loét dạ dày chiếm tới 67% các trường hợp UGIB [7] (Table 9.3). Xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thường xảy ra ở bệnh nhân tăng áp cửa và luôn được coi là có nguy cơ tái xuất huyết và tử vong cao. Xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch nên được nghi ngờ ở bất kỳ bệnh nhân nào mắc bệnh gan, xơ gan hoặc có dấu hiệu tăng áp cửa. Là một phần của quá trình tự nhiên trong UGIB, 80% xuất huyết không do vỡ giãn tĩnh mạch là tự khỏi, và 10% sẽ dẫn đến tử vong [8].

Các dấu hiệu lâm sàng liên quan đến UGIB bao gồm phân đen, sonde dạ dày ra máu hoặc “bã cà phê” và tỷ urea nitrogen/creatinine huyết thanh lớn hơn 30. Dựa trên nghiên cứu khoảng 1800 bệnh nhân, nguy cơ UGIB tăng với tiền sử phân đen (likelihood ratio (LR) 5,1-5,9), phân đen khi thăm trực tràng (LR 25), rửa dạ dày qua sonde có máu hoặc màu bã cà phê (LR, 9.6) và tỷ urê huyết thanh tỷ urea nitrogen/creatinine lớn hơn 30 (LR 7.5) [9]. Trong cùng một phân tích, sự hiện diện của cục máu đông trong phân làm giảm khả năng UGIB (LR, 0.05) [9].

Table 9.3 Các nguyên nhân của xuất huyết tiêu hóa

Xuất huyết tiêu hóa trên	Xuất huyết tiêu hóa dưới
Loét dạ dày tá tràng	Bệnh túi thừa
Viêm dạ dày	AVM
Giãn tĩnh mạch dạ dày thực quản/tăng áp cửa	Loạn sản mạch máu
Mallory- Weiss	Khối u
Ung thư dạ dày	Trĩ
Dò động mạch chủ-ruột	Dò hậu môn
	Viêm ruột IBD
	Dò động mạch chủ-ruột
	Viêm đại tràng (thiếu máu nhiễm trùng, viêm)

Phân đen là máu trong phân đã trở nên đen, dính và giống như hắc ín sau khi tiếp xúc với pH thấp trong dạ dày. Trong một nghiên cứu, phân đen đơn độc được báo cáo có độ nhạy 80% trong việc dự đoán là UGIB [10]. Tuy nhiên, phân đen không xác định được mức độ nghiêm trọng của chảy máu vì chỉ cần 50 ml máu trong dạ dày là đủ để phân chuyển màu đen [11]. Mặc dù máu đỏ tươi qua trực tràng (BRBPR) thường thấy nhất ở LGIB, UGIB nhanh nên được xem xét ở những bệnh nhân có BRBPR có biểu hiện không ổn định hoặc khi có nghi ngờ về nguyên nhân không ổn định cao, chẳng hạn như vỡ giãn tĩnh mạch hoặc dò động mạch chủ-ruột. Các yếu tố khác liên quan đến UGIB *nghiêm trọng* bao gồm máu đỏ tươi qua sonde dạ dày, nhịp tim nhanh và nồng độ Hb dưới 8 g/dL [9].

XHTH dưới (LGIB: Lower Gastrointestinal Bleed)

XHTH dưới (LGIB) bắt nguồn từ bên dưới dây chằng Treitz (ví dụ ruột non, đại tràng, trực tràng và hậu môn) và chiếm 20% các trường hợp GIB [12]. Tỷ lệ LGIB có liên quan trực tiếp đến tuổi cao. Một nghiên cứu cho thấy tuổi < 50 có độ đặc

hiệu là 92% đối với UGIB mà không phải LGIB, với tỷ số khả dĩ dương là 3,5 [13]. Các nguồn phổ biến nhất của LGIB là bệnh túi thừa (26%), rối loạn hậu môn trực tràng lành tính (17%), viêm đại tràng (14%) và bệnh trĩ (12%) [14] (Table 9.3). Chảy máu nghiêm trọng không đau kèm cục máu đông thường thấy trong bệnh túi thừa. Tiêu chảy ra máu thường xảy ra trong viêm đại tràng thiếu máu cục bộ và nhiễm trùng.

Nói chung, xét nghiệm máu ẩn trong phân không thêm nhiều giá trị để chẩn đoán. Kết quả xét nghiệm máu ẩn trong phân dương tính có độ nhạy 24% và độ đặc hiệu 89% để dự đoán tổn thương đường tiêu hóa dưới trên nội soi và không có mối tương quan đáng kể với tổn thương đường tiêu hóa trên trên nội soi [15]. Tuy nhiên, để chẩn đoán GIB ẩn hoặc để xác nhận những gì nhìn thấy trên hình ảnh trực tiếp, thì xét nghiệm máu ẩn trong phân có thể hữu ích. Xét nghiệm máu ẩn trong phân thường được sử dụng phổ biến nhất là guaiac stool detector, xét nghiệm này theo truyền thống đòi hỏi phải mất ít nhất 2-10 ml mỗi ngày để chuyển sang dương tính (màu xanh) [16].

Sau khi chẩn đoán LGIB, đánh giá nguy cơ là hữu ích để quản lý trực tiếp. Strate et al. đã xác định 7 yếu tố tương quan với mức độ nặng của LGIB: nhịp tim > 100 lần/phút, huyết áp tâm thu < 115 mmHg, ngất, khám bụng không đau, chảy máu trực tràng trong 4 giờ đầu đánh giá, sử dụng aspirin và > 2 bệnh đồng mắc. Ở những bệnh nhân có hơn ba trong số bảy yếu tố, khả năng LGIB nặng là 80% [17]. Đối với những bệnh nhân có dấu hiệu sinh tồn bất thường hoặc giảm 2g/dL hemoglobin, nên cân nhắc can thiệp khẩn cấp hơn bao gồm can thiệp mạch hoặc phẫu thuật [18].

Suggested Resources

- \ PODCAST. <https://www.stitcher.com/podcast/emergency-medicine-cases/e/51768269>.
- \ Srygley FD, Gerardo CJ, Tran T, Fisher DA. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? JAMA. 2012;307(10):1072. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.253>.

References

- \ 1.\ Nable J, Graham A. Gastrointestinal bleeding. Emerg Med Clin. 2016;34(2):309–25.
- \ 2.\ American Gastroenterological Association. (n.d.). Retrieved from <http://www.gastro.org/>.

- \ 3.\Jaffe RM, Kasten B, Young DS, MacLowry JD. False-negative stool occult blood tests caused by ingestion of ascorbic acid (Vitamin C). *Ann Intern Med*. 1975;83(6):824. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-83-6-824>.
- \ 4.\Kulbaski MJ, Goold SD, Tecce MA, Friedenheim RE, Palarski JD, Brancati FL. Oral iron and the Hemocult test: a controversy on the teaching wards. *N Engl J Med*. 1989;320(22):1500.
- \ 5.\Goralnick E, Meguerdichian D. Gastrointestinal bleeding. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, editors. *Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2014.
- \ 6.\Rotondano G. Epidemiology and diagnosis of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin N Am*. 2014;43(4):643–63.
- \ 7.\Khamaysi I, Gralnek IM. Acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB) – initial evaluation and management. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2013;27(5):633–8.
- \ 8.\Sugawa C, Steffes CP, Nakamura R, et al. Upper GI bleeding in an urban hospital. Etiology, recurrence, and prognosis. *Ann Surg*. 1990;212(4):521–6-7.
- \ 9.\Srygley FD, Gerardo CJ, Tran T, Fisher DA. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? *JAMA*. 2012;307(10):1072.
- 10.\Witting MD, Magder L, Heins AE, et al. ED predictors of upper gastrointestinal tract bleeding in patients without hematemesis. *Am J Emerg Med*. 2006;24(3):280–5.
- \ 11.\Schiff L, Stevens RJ, Goodman S, Garber E, Lublin A. Observations on the oral administration of citrated blood in man - I. the effects on the blood urea nitrogen. *Am J Dig Dis*. 1939;6(9):597–602.
- 12.\Strate L, Gralnek I. ACG Clinical Guideline: management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2016;111(5):755. Advance Online Publication
- \ 13.\El-Kersh K, Chaddha U, Siddhartha R, Saad M, Guardiola J, Cavallazzi R. Predictive role of admission lactate level in critically ill patients with acute upper gastrointestinal bleeding. *J Emerg Med*. 2015;49(3):318–25.
- 14.\Oakland K, Guy R, Uberoi R, et al. Acute lower GI bleeding in the UK: patient characteristics, interventions and outcomes in the first nationwide audit. *Gut*. 2017; <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2016-313428>.
- \ 15.\Chiang T-H, Lee Y-C, Tu C-H, Chiu H-M, Wu M-S. Performance of the immunochemical fecal occult blood test in predicting lesions in the lower gastrointestinal tract. *CMAJ*. 2011;183(13):1474–81.
- 16.\Rockey DC. Occult gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am*. 2005;34(4):699–718. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889855305000816?via%3Dihub>.

- \17.\Strate L, Ayanian J, Kotler G, Syngal S. Risk factors for mor-tality in lower intestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008;6(9):1004–10.
- 18\.\Jiang HY, Chen HZ, Hu X, Yu Z, Yang W, Deng M, Zhang Y, Ruan B. Use of selective serotonin reuptake inhibitors and risk of upper gastrointestinal bleeding: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hep.* 2015;13:42–50.

Công cụ phân tầng nguy cơ tốt nhất cho một bệnh nhân bị UGIB là gì?

Ainsley Adams and Andrew C. Meltzer

Pearls and Pitfalls

- \ Các công cụ quyết định lâm sàng rất quan trọng để ước tính mức độ nghiêm trọng ở những bệnh nhân nghi ngờ UGIB để lên kế hoạch nội soi, xác định nhu cầu vào ICU và hội chẩn với các chuyên gia.
- \ Nồng độ lactate khi nhập viện và độ thanh thải lactate sau khi hồi sức rất hữu ích trong việc dự đoán kết cục của bệnh nhân.
- \ Có ba thang điểm quyết định lâm sàng liên quan dựa trên dữ liệu trước nội soi để phân tầng nguy cơ cho bệnh nhân ở cấp cứu.
- \ Thang điểm Glasgow-Blatchford là công cụ duy nhất đã được xác nhận để xuất viện an toàn cho bệnh nhân.

Ước tính mức độ nghiêm trọng của chảy máu và dự đoán diễn biến lâm sàng lúc ban đầu rất quan trọng trong việc quản lý sớm và sử dụng nguồn lực. Không có khả năng trực tiếp nhìn thấy nguồn chảy máu, các công cụ quyết định lâm sàng có thể giúp các bác sĩ cấp cứu dự đoán bệnh nhân nào sẽ cần hồi sức tích cực và mức độ chăm sóc cao hơn. Ba quy tắc quyết định lâm sàng: thang điểm Rockall lâm sàng (CRS), Glasgow-Blatchford (GBS) và AIMS65, kết hợp các dấu hiệu sống, thăm khám ban đầu, xét nghiệm máu và bệnh đồng mắc để phân tầng nguy cơ cho bệnh nhân trước khi nội soi [1–8] (Tables 10.1 and 10.2).

Điểm số Rockall là nỗ lực sớm nhất trong việc tạo ra quy tắc quyết định lâm sàng cho UGIB và được biết đến nhiều nhất [2, 3]. Trong khi điểm số Rockall ban đầu đã kết hợp với kết quả nội soi, thì thang điểm này đã được hiệu chỉnh thành thang điểm Rockall *lâm sàng* (CRS), chỉ bao gồm những dữ liệu có sẵn trước khi nội soi. CRS (còn được gọi là điểm Rockall trước nội soi) chỉ kết hợp dữ liệu lâm sàng có sẵn ngay khi vào viện, chẳng hạn như huyết áp tâm thu, mạch, tuổi bệnh nhân và bệnh đồng mắc. Nó đã được chứng minh là dự đoán nguy cơ chảy máu và tử vong hơn nữa ở những bệnh nhân nhập viện với UGIB [4].

Table 10.1 Glasgow-Blatchford Score [5]

Chỉ điểm nguy cơ lúc nhập viện	Điểm
BUN (mmol/L)	
6.5–8.0	2
8.0–10.0	3
10.0–25.0	4
≥25.0	6
Hemoglobin (g/L) ở nam	
120–130	1
100–120	3
<100	6
Hemoglobin (g/L) ở nữ	
100–120	1
≤100	6
Huyết áp tâm thu (mmHg)	
100–109	1
90–99	2
<90	3
Các chỉ điểm khác	
Mạch ≥100 lần/phút	1
Đi cầu phân đen	1
Ngất	2
Có bệnh gan	2
Có suy tim	2

Adapted from Blatchford et al. [5] with automatic permission from Elsevier through the STM signatory guidelines.

Thang điểm GBS được tạo ra để dự đoán nhu cầu can thiệp (truyền máu, nội soi can thiệp hoặc phẫu thuật). Nghiên cứu ban đầu của Blatchford đã lấy điểm từ 1748 bệnh nhân ở Scotland để xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến tái phát hoặc tử vong [5]. Trong một nghiên cứu tiền cứu trên 676 bệnh nhân ED bị UGIB, Blatchford 0 điểm không được chấp nhận. Mười sáu phần trăm có điểm GBS bằng 0 và không ai trong số những bệnh nhân này cần can thiệp nội soi hoặc chết trước khi theo dõi ngoại trú [9]. Theo kết quả của nghiên cứu này, những bệnh nhân có nguy cơ rất thấp với Blatchford 0 điểm có thể được xuất viện từ khoa cấp cứu mà không cần nội soi nội trú. Nghiên cứu tiếp theo được thực hiện tại bốn bệnh viện ở Anh. Các hạn chế đối với GBS bao gồm sự chấp nhận thấp của các bác sĩ Hoa Kỳ và độ đặc hiệu thấp của test [10, 11].

Table 10.2 Clinical Rockall score [2]

Biến số	Score			
	0	1	2	3
Tuổi	<60	60–79	≥80	
Sốc	không	HATT ≥ 100 Mạch ≥100	Tụt huyết áp	
Bệnh đồng mắc			Suy tim, thiếu máu cơ tim, bệnh đồng mắc nghiêm trọng	Suy thận, suy gan, bệnh ác tính
Chẩn đoán	Mallory-Weiss tear, không có tổn thương được xác định và không dấu hiệu bệnh	Tất cả chẩn đoán khác	Bệnh ác tính đường tiêu hóa trên	

Reproduced from Rockall et al. [2] with permission from the BMJ group

Thang điểm thứ ba, AIMS65, đã được đề xuất và xác nhận ở một nhóm lớn bệnh nhân để dự đoán tỷ lệ tử vong tại viện và nhu cầu nhập ICU [12]. AIMS65 cho một điểm nếu albumin < 3 g/dL (30 g/L), INR > 1.5, thay đổi nhận thức, huyết áp tâm thu ≤ 90 mmHg, hoặc tuổi > 65; Điểm 0 hoặc 2 có liên quan đến tỷ lệ tử vong tại viện lần lượt là 0,3% và 1,2% trong khi điểm 4 hoặc 5 có liên quan đến tỷ lệ tử vong lần lượt là 16,5% và 24,5% [12]. Nghiên cứu đã sử dụng cơ sở dữ liệu của CareFusion Inc. với hơn 29.000 bệnh nhân trên 187 bệnh viện Hoa Kỳ để kiểm tra mối quan hệ giữa một số điểm dữ liệu nhân khẩu học và lâm sàng với tỷ lệ tử vong. Các nghiên cứu so sánh cho thấy có thể chính xác hơn khi dự đoán tỷ lệ tử vong tại viện so với GBS hoặc CRS [1, 9, 13].

Một hạn chế của tất cả các quy tắc quyết định lâm sàng là nội soi thường vẫn được các bác sĩ và bệnh nhân mong muốn bất kể điểm số nguy cơ [14]. Ngoài ra, các thang điểm có thể kém chính xác hơn ở những bệnh nhân ít có khả năng bị nhịp tim nhanh khi mất máu, chẳng hạn như người già hoặc bệnh nhân đang dùng thuốc chẹn beta [14].

Bất kể thang điểm nào được sử dụng, nhập ICU và nội soi khẩn cấp nên được xem xét cho tất cả các bệnh nhân nghi ngờ vỡ giãn tĩnh mạch, dùng thuốc chống đông, có bệnh các kèm đáng kể, với các dấu hiệu sinh tồn bất thường hoặc thiếu máu đáng kể [15]. Mặc dù lactate không phải là một phần của GBS, AIMS65 hoặc

CRS, dữ liệu ban đầu cho thấy rằng lactate tăng cao là một yếu tố dự đoán nhạy nhưng không đặc hiệu cho tử vong tại viện đối với bệnh nhân UGIB [16, 17]. Một nghiên cứu đã kiểm tra dữ liệu hồi cứu 6 năm từ 1644 bệnh nhân tại ED cho thấy những người có lactate tại cấp cứu > 4 mmol/L có nguy cơ tử vong tại viện tăng gấp 6,4 lần, ngay cả khi kiểm soát các yếu tố khác [17]. Điều này cho thấy rằng việc tăng lactate sớm là một chỉ số tiên lượng quan trọng. Ngoài ra, độ thanh thải lactate giảm có thể liên quan đến chảy máu đang diễn tiến, trong khi độ thanh thải lactate được cải thiện có thể chỉ ra rằng chảy máu đã ngừng [18]. Nghiên cứu nhiều hơn là cần thiết để xác nhận những kết quả này.

Suggested Resources

- \ Emergency medicine cases: GI bleed emergencies. <https://emergencymedicinecases.com/gi-bleed-emergencies-part-2/>.
- \ Loren Laine MD, Dennis M, Jensen MD. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2012;107:345–60.

References

- \ 1.\Robertson M, Majumdar A, Boyapati R, et al. Risk stratification in acute upper GI bleeding: comparison of the AIMS65 score with the Glasgow-Blatchford and Rockall scoring systems. *Gastrointest Endosc*. 2016;83(6):1151–60.
- \ 2.\Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*. 1996;38(3):316–21.
- \ 3.\Vreeburg EM, Terwee CB, Snel P, et al. Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding. *Gut*. 1999;44(3):331–5.
- \ 4.\Tham TCK, James C, Kelly M. Predicting outcome of acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage without endoscopy using the clinical Rockall score. *Postgrad Med J*. 2006;82(973):757–9.
- \ 5.\Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet (London, England)*. 2000;356(9238):1318–21.
- \ 6.\Gralnek IM, Dulai GS. Incremental value of upper endoscopy for triage of patients with acute non-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc*. 2004;60(1):9–14.

- \ 7.\Schiefer M, Aquarius M, Leffers P, et al. Predictive validity of the Glasgow Blatchford Bleeding Score in an unselected emergency department population in continental Europe. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2012;1(4):382–7.
- \ 8.\Gralnek IM. Outpatient management of “low-risk” nonvariceal upper GI hemorrhage. Are we ready to put evidence into practice? *Gastrointest Endosc.* 2002;55(1):131–4. <https://doi.org/10.1067/mge.2002.120661>.
- \ 9.\Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. *BMJ.* 2017;356:i6432.
- \10.\Bryant RV, Kuo P, Williamson K, et al. Performance of the Glasgow--Blatchford score in predicting clinical outcomes and intervention in hospitalized patients with upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2013;78(4):576–83.
- 11.\Meltzer AC, Pinchbeck C, Burnett S, et al. Emergency physicians accurately interpret video capsule endoscopy findings in suspected upper gastrointestinal hemorrhage: a video survey. Lewis L, ed. *Acad Emerg Med.* 2013;20(7):711–715.
- \12.\Saltzman JR, Tabak YP, Hyett BH, Sun X, Travis AC, Johannes RS. A simple risk score accurately predicts in-hospital mortality, length of stay, and cost in acute upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2011;74(6):1215–24.
- \13.\Yaka E, Yılmaz S, Özgür Doğan N, Pekdemir M. Comparison of the Glasgow-Blatchford and AIMS65 scoring systems for risk stratification in upper gastrointestinal bleeding in the emergency department. Mark Courtney D, ed. *Acad Emerg Med.* 2015;22(1):22–30. doi:<https://doi.org/10.1111/acem.12554>.
- \14.\Meltzer AC, Burnett S, Pinchbeck C, et al. Pre-endoscopic Rockall and Blatchford scores to identify which emergency department patients with suspected gastrointestinal bleed do not need endoscopic hemostasis. *J Emerg Med.* 2013;44(6):1083–7.
- 15.\Westhoff JL, Holt KR. Gastrointestinal bleeding: an evidence-- based ED approach to risk stratification. *Emerg Med Pract.* 2004;6(3):1–20.
- \16.\El-Kersh K, Chaddha U, Sinha RS, Saad M, Guardiola J, Cavallazzi R. Predictive role of admission lactate level in critically ill patients with acute upper gastrointestinal bleeding. *J Emerg Med.* 2015;49(3):318–25.
- 17.\Shah A, Chisolm-Straker M, Alexander A, Rattu M, Dikdan S, Manini AF. Prognostic use of lactate to predict inpatient mortality in acute gastrointestinal hemorrhage. *Am J Emerg Med.* 2014;32(7):752–5.

\18.\Wada T, Hagiwara A, Uemura T, Yahagi N, Kimura A. Early lactate clearance for predicting active bleeding in critically ill patients with acute upper gastrointestinal bleeding: a retrospective study. Intern Emerg Med. 2016;11(5):737-43.

Xét nghiệm chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa

Ainsley Adams and Andrew C. Meltzer

Pearls and Pitfalls

- \ Bệnh nhân được nhập viện khi nghi ngờ bị UGIB nên được nội soi trong vòng 24 giờ.
- \ Bệnh nhân được nhập viện khi nghi ngờ LGIB có thể được nội soi đại tràng sigma hoặc nội soi đại tràng trĩ hoãn nếu ổn định. Nếu chảy máu tiếp diễn là rõ ràng, có thể cần hội chẩn phẫu thuật hoặc can thiệp mạch.
- \ Nội soi viên nang video đã cho thấy tiềm năng phân tầng nguy cơ bệnh nhân tại ED.

Tất cả các bệnh nhân được đánh giá trong khoa cấp cứu (ED) có liên quan đến GIB đáng kể đòi hỏi phải có tiền sử, khám thực thể kỹ lưỡng, công thức máu toàn phần, urea nitrogen máu, xét nghiệm chức năng gan, đông máu, nhóm máu và lactate. Hồi sức là ưu tiên hàng đầu của bác sĩ cấp cứu, nhưng tiền sử, khám thực thể và xét nghiệm sẽ cho phép phân tầng nguy cơ sớm như là một phần của dạng không có cấu trúc hoặc điểm quyết định lâm sàng chính thức. Sau khi phân tầng nguy cơ, xét nghiệm chẩn đoán cao hơn cần được xem xét. Trong chương này, chúng tôi sẽ thảo luận về các test bổ sung.

Upper Endoscopy

Bệnh nhân có lo ngại về UGIB nên được nhập viện để nội soi đánh giá trong vòng 24 giờ [1]. Ở những bệnh nhân mất ổn định huyết động hoặc xuất huyết diễn tiến, nên nội soi ngay lập tức hoặc trong vòng 12 giờ [2]. Trước khi nội soi, thuốc ức chế bơm proton tiêm tĩnh mạch và các tác thuốc pro-motility có thể được bắt đầu tại ED [3]. Kiểm soát cầm máu thông qua nội soi sẽ đạt được bằng một trong một số các lựa chọn bao gồm thuốc co mạch, đốt nhiệt và kẹp mạch máu.

Colonoscopy

Bệnh nhân nghi ngờ có LGIB đang diễn tiến thường được xác định bằng sự sụt giảm hemoglobin, các dấu hiệu sinh tồn bất thường hoặc bằng chứng chảy máu tiếp diễn nên được nhập viện để đánh giá. Các yếu tố nguy cơ cho bệnh nặng hơn bao gồm đang dùng thuốc chống đông, bệnh đồng mắc và tuổi cao. Thật không may, trong trường hợp chảy máu nhanh hoặc cấp tính, nội soi đại tràng có thể không thể nhìn thấy được nguồn chảy máu. Ngoài ra, nội soi đại tràng khó khăn hơn về mặt kỹ thuật trong trường hợp khẩn cấp do thiếu chuẩn bị về ruột. Vì lý do này, bệnh nhân bị LGIB cấp tính cần đánh giá khẩn cấp có thể được hưởng lợi từ đánh giá của can thiệp mạch hoặc phẫu thuật [4].

Angiography

LGIB diễn tiến nhanh thường được xử lý can thiệp với thuyên tắc chọn lọc, trong khi chảy máu ít nghiêm trọng hơn thì ban đầu có thể được đánh giá và điều trị bằng nội soi đại tràng sau khi chuẩn bị ruột 8-12 giờ [5]. Thuyên tắc đã thay thế điều trị co mạch cục bộ như là lựa chọn điều trị bằng catheter [5]. X-quang can thiệp thường theo sau CT mạch máu - được sử dụng để xác định nguồn chảy máu và phát hiện sự thoát mạch vào trong ruột đang diễn tiến. Thỉnh thoảng, một bác sĩ can thiệp sẽ sẵn sàng thực hiện gây thuyên tắc tương tự cho UGIB kháng trị hoặc thực hiện TIPS khẩn cấp cho xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch kháng trị [6].

CT Angiography

Khi thực hiện chụp CTA cho chảy máu, thường không sử dụng thuốc cản quang đường uống vì nó có thể che khuất sự thoát mạch đang diễn tiến của máu vào đường tiêu hóa. Ngoài ra, cả hình ảnh phase động mạch và tĩnh mạch cửa có thể được sử dụng để khám phá nguồn chảy máu GI cấp tính. Vì chảy máu có thể là từng đợt, nên sự vắng mặt của chảy máu trên CTA không phải lúc nào cũng có nghĩa là chảy máu đã ngừng vĩnh viễn, nhưng có thể là một sự chấm dứt tạm thời [7].

Laparotomy

Trong trường hợp GIB nghiêm trọng, phẫu thuật có thể là phương pháp duy nhất để kiểm soát GIB diễn tiến nhanh. Sự thành công của thủ thuật nội soi và thuyên

tắc sẽ quyết định có cần điều trị phẫu thuật khẩn cấp không, chẳng hạn như phẫu thuật non-resective (không cắt bỏ), Billroth I, Billroth II và cắt dạ dày hình chêm (gastric wedge resection), cực kỳ hiếm [8].

Bleeding Scan

Xạ hình, hay radioactive tagged red blood cell scans, có thể xác định chảy máu chậm mà không thể thấy trực tiếp trên nội soi hoặc chụp mạch. Một chất đánh dấu phóng xạ, thường là Technetium-99 m (Tc-99 m), được tiêm vào tĩnh mạch, và serial ảnh được ghi lại, cho phép các bác sĩ xác định máu có trong đường tiêu hóa. Xạ hình là hữu ích nhất sau khi nội soi hoặc nội soi đại tràng đã không thể thấy được nguồn chảy máu. Hiện tại không có vai trò xác định cho bleeding scan trong đánh giá cấp cứu của GIB. Xét nghiệm này không xâm lấn và có thể phản ánh trong một khoảng thời gian dài, do đó phát hiện sự chảy máu không liên tục [9]. Các nghiên cứu trên mô hình chó cho thấy quét Tc-99 m có thể phát hiện chảy máu GI với tốc độ chậm tới 0,04 ml/phút [9]. Hạn chế chính của xét nghiệm RBC nuclear scan là nó có thể đưa ra một vị trí giải phẫu không chính xác của chảy máu.

Video Capsule Endoscopy

Một cách tiếp cận mới để phân tầng nguy cơ UGIB trong ED là sử dụng nội soi viên nang video để nhìn trực tiếp máu chảy. Trong ba nghiên cứu tại ED, nội soi viên nang video đã chứng minh khả năng dung nạp tốt và độ nhạy tốt để phát hiện UGIB cấp tính [10–12]. Những lợi thế tiềm năng của nội soi viên nang video bao gồm cải thiện khả năng dung nạp của bệnh nhân so với sonde dạ dày, đạt được kết quả chăm sóc mà không cần bác sĩ chuyên khoa tại giường và giảm tỷ lệ nhập viện. Rào cản cho việc áp dụng bao gồm chi phí của thiết bị, cần đào tạo các bác sĩ khoa cấp cứu phân tích các video, cần tạo ra một phương tiện an toàn để truyền hình ảnh đến các chuyên gia GI và tăng thời gian lưu lại ED khi sử dụng nội soi viên nang video. Các nghiên cứu sâu hơn sẽ cần thiết để xác nhận độ nhạy của xét nghiệm này trong nhiều bối cảnh và như một phương tiện để hướng dẫn các quyết định lâm sàng so với tiêu chuẩn chăm sóc hiện tại.

Blakemore Tube

Các tube Sengstaken-Blakemore và Minnesota là những cách tiếp cận không phẫu thuật để điều trị tạm thời xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch đang diễn tiến. Hình

ảnh của ống Blakemore là mũ cầu thủ bóng bầu dục với đầu gần nhất của ống được dính vào mặt nạ để cố định vị trí. Ống hoạt động bằng cách bơm một quả bóng bên trong thực quản và đầu gần dạ dày để chèn tĩnh mạch bị giãn. Tube Blakemore được coi là một nỗ lực cuối cùng để tạm thời kiểm soát chảy máu ở một bệnh nhân nguy kịch. Một vài nghiên cứu hạn chế đã chứng minh hiệu quả vừa phải của tube Blakemore trong việc kiểm soát chảy máu trước khi chăm sóc dứt điểm như TIPS hoặc liệu pháp chích xơ tĩnh mạch[13].

Suggested Resources

- \ Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleed-ing. *Ann Intern Med.* 2010;152(2):101. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-2-201001190-00009>.
- \ Bethea ED, Travis AC, Saltzman JR. Initial assessment and management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol.* 14:1. <https://doi.org/10.1097/MCG.000000000000194>.
- \ EMRAP HD. Placement of a blakemore tube for bleeding varices.
- \ Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(3):345–60. <https://doi.org/10.1038/ajg.2011.480>. •\ LITFL. [EBM Upper GI Haemorrhage](#).

References

- \ 1.\Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med.* 2010;152(2):101.
- \ 2.\Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(3):345–60.
- \ 3.\Bethea ED, Travis AC, Saltzman JR. Initial assessment and man-agement of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleed-ing. *J Clin Gastroenterol.* 2014;1(10):823–9.

- \ 4.\Strate LL, Gralnek IM. ACG clinical guideline: management of patients with acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2016;111(4):459–74.
- \ 5.\Speir EJ, Ermentrout RM, Martin JG. Management of acute lower gastrointestinal bleeding. *Tech Vasc Interv Radiol.* 2017;20(4):258–62.
- \ 6.\Copeland A, Kapoor B, Sands M. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt: indications, contraindications, and patient work-up. *Semin Intervent Radiol.* 2014;31(3):235–42.
- \ 7.\Sos TA, Lee JG, Wixson D, Sniderman KW. Intermittent bleeding from minute to minute in acute massive gastrointestinal hemorrhage: arteriographic demonstration. *AJR Am J Roentgenol.* 1978;131(6):1015–7.
- \ 8.\Czymek R, Großmann A, Roblick U, et al. Surgical management of acute upper gastrointestinal bleeding: still a major challenge. *Hepatogastroenterology* [Internet]. 2012;59(115):768–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22469719>.
- \ 9.\Zuckier LS. Acute gastrointestinal bleeding. *Semin Nucl Med.* 2003;33(4):297–311.
- 10.\Chandran S, Testro A, Urquhart P, et al. Risk stratification of upper GI bleeding with an esophageal capsule. *Gastrointest Endosc.* 2013;77(6):891–8.
- \11.\Sung JJY, Tang RSY, Ching JYL, Rainer TH, Lau JYW. Use of capsule endoscopy in the emergency department as a triage of patients with GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2016;84(6):907–13.
- 12.\Meltzer AC, Ali MA, Kresiberg RB, et al. Video capsule endoscopy in the emergency department: a prospective study of acute upper gastrointestinal hemorrhage. *Ann Emerg Med.* 2013;61(4):438– 443.e1.
- \13.\Jaramillo JL, de la Mata M, Mino G, Costan G, Gomez-Camacho F. Somatostatin versus Sengstaken balloon tamponade for primary haemostasia of bleeding esophageal varices: a randomized pilot study. *J Hepatol.* 1991;12(1):100–5.

Có phải hút dịch dạ dày nhạy là đặc hiệu để phát hiện UGIB?

Ainsley Adams and Andrew C. Meltzer

Pearls and Pitfalls

- \ Rửa dạ dày (NGL: Nasogastric Lavage) trong khoa cấp cứu có độ nhạy thấp nhưng độ đặc hiệu cao để định vị UGIB.
- \ Đặt sonde mũi dạ dày là một trong những thủ thuật khó chịu nhất được thực hiện tại khoa cấp cứu.
- \ Hút dạ dày có thể cải thiện tầm nhìn để nội soi, nhưng kết quả tương tự có thể đạt được với các thuốc điều hòa nhu động.

Sự hữu ích của hút dịch dạ dày (NGA: Nasogastric Aspiration) là gì trong việc khoanh vùng nguồn chảy máu?

NGA đã được sử dụng thường xuyên để chẩn đoán và phân tầng nguy cơ UGIB. Để phân biệt giữa UGIB và LGIB, NGA có độ nhạy thấp (44%) nhưng độ đặc hiệu cao (95%) [1]. Trong một đánh giá có hệ thống của Strygley và cộng sự trên 1776 bệnh nhân, nghiên cứu các yếu tố dự đoán UGIB so với LGIB, NGA có máu hoặc màu bã cà phê có tỷ lệ LR+ là 9,6 (4.0-23; 95% CI). NGA mà không có bằng chứng về máu tương ứng với khả năng UGIB giảm (LR 0,58; 0,49-0,70; 95% CI) [2]. Điều đáng chú ý là trong phân tích này, phân đen (được quan sát hoặc xác nhận khi kiểm tra trực tràng) có LR là 25 (4-174; 95% CI) được dự đoán nhiều hơn cho UGIB so với NGA dương tính [2]. Trong một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 220 bệnh nhân nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa mà không có nôn ra máu, NGA dương tính có giá trị tiên đoán dương là 92% (79-97%), chỉ số LR là 11 (4-30) và dự đoán chính xác nguồn chảy máu ở 66% bệnh nhân. Các tác giả đã kết luận rằng, ở những bệnh nhân không có nôn ra máu, NGA dương tính gặp ở 23% (bệnh nhân), cho thấy có thể là UGIB (LR+ 11), nhưng NGA âm tính, gặp ở 72% (bệnh nhân), cung cấp ít thông tin (LR- 0.6)." [3].

Độ chính xác của NGA cũng gây tranh cãi. Tỷ lệ NGA âm tính giả trong chẩn đoán UGIB đã được báo cáo cao tới 20% trong tài liệu [4–6]. Một hạn chế có thể có của NGA là việc đặt sonde mũi-dạ dày thường không đi qua môn vị và có thể bỏ sót chảy máu ở đoạn gần tá tràng [2]. Dương tính giả có thể xảy ra vì chảy máu mũi do chèn ống [6].

Hút hoặc rửa dạ dày có thể xác định những BN có nguy cơ cao cần nội soi và có ảnh hưởng đến kết cục của BN không?

NGA dương tính tương quan với tổn thương khi nội soi với độ nhạy 45% và độ đặc hiệu 72-76% [3, 5]. Trong một nghiên cứu trên 520 BN được NGA trước khi nội soi, NGA có máu có liên quan chặt chẽ với các tổn thương có nguy cơ cao (OR 4.82) so với dịch màu cà phê (OR 2.8) [5]. Những tổn thương có nguy cơ cao này thường đòi hỏi phải cầm máu qua nội soi, và mở rộng ra thì NGA/NGL đã được sử dụng để dự đoán khả năng BN bị UGIB sẽ cần cầm máu qua nội soi. Trong một nghiên cứu gần đây trên 613 BN UGIB, trong đó 329 BN cần phải cầm máu qua nội soi, NGA có máu (OR hiệu chỉnh là 6.8) và hemoglobin dưới 8,6 g/dL (OR hiệu chỉnh là 1.8) là những yếu tố tiên lượng độc lập cho bệnh nhân cần cầm máu qua nội soi [7].

Không rõ ràng nếu NGL dự đoán mức độ nghiêm trọng của GIB hoặc ảnh hưởng đến kết cục của BN. Các nghiên cứu ban đầu báo cáo rằng NGL dự đoán được chảy máu đang diễn tiến và kết cục kém [8]. Khi đánh giá các hệ thống tính điểm lâm sàng như thang điểm Rockall lâm sàng và thang điểm Glasgow-Blatchford (GBS), GBS đã phát hiện UGIB đáng kể với độ nhạy 98,3%. Việc có thêm dữ liệu NGL chỉ làm tăng độ nhạy lên 99,6%, do đó không làm tăng đáng kể vào hệ thống tính điểm lâm sàng trong việc dự đoán những bệnh nhân nào sẽ có một quá trình bệnh phức tạp và có khả năng cần truyền máu và nội soi [9]. NGA cũng được chứng minh là không có ảnh hưởng đến kết cục lâm sàng như tử vong (OR 0,84), phẫu thuật (OR 1,5), thời gian nằm viện (7,3 vs 8,1 ngày) hoặc nhu cầu truyền máu (3,2 vs 3,0 đơn vị) . Tuy nhiên, NGA có liên quan đến việc giảm thời gian nội soi [8].

Có phải rửa dạ dày (Nasogastric Lavage) sẽ cải thiện hình ảnh nội soi?

Một số bác sĩ tiêu hóa ủng hộ NGL trước khi nội soi để cải thiện hình ảnh của niêm mạc dạ dày. Các nghiên cứu đã phát hiện ra rằng NGL và cụ thể là NGL kết hợp với erythromycin, một thuốc điều hòa nhu động, có liên quan đến cải thiện hình ảnh nội soi [9]. Trong một nghiên cứu đối đầu về NGL đơn độc, erythromycin đơn độc

hoặc kết hợp NGL và erythromycin, không có sự khác biệt đáng kể về sự hài lòng của bác sĩ lâm sàng với hình ảnh dạ dày giữa các nhóm. Cũng không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm trong thời gian thực hiện thủ thuật, tái xuất huyết, nhu cầu nội soi lần thứ hai, nhu cầu truyền máu hoặc tử vong [10]. Do đó, erythromycin tĩnh mạch và các loại thuốc điều hòa nhu động khác như metoclopramide cung cấp hình ảnh tương tự như NGL mà không có nguy cơ về thủ thuật hoặc sự khó chịu của bệnh nhân [11].

Expert Recommendations

Hướng dẫn từ guideline ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy):

“ESGE không khuyến cáo sử dụng thường quy hút/rửa dạ dày (đường mũi/miệng) ở bệnh nhân bị UGIH cấp tính (mức khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình).” [1]

Ý kiến của chúng tôi: NGA hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng phân biệt giữa nguồn UGIB so với LGIB cũng như xác định bệnh nhân có khả năng có tổn thương nguy cơ cao khi nội soi nhưng là một thủ thuật có nguy cơ, gây khó chịu đáng kể cho bệnh nhân đặt NGT, và thiếu bằng chứng lợi ích về kết cục của bệnh nhân, vì vậy không sử dụng thường quy NGA hoặc NGL trong đánh giá bệnh nhân nghi ngờ UGIB.

Suggested Resources

- \ Academic Life in Emergency Medicine: NG lavage – indicated or -outdated?. <https://www.aliem.com/2013/04/ng-lavage-indicated-or-outdated/>.
- \ Emergency Medicine Cases: gastrointestinal bleed emergencies. <https://emergencymedicines.com/gi-bleed-emergencies-part-1/>.
- \ EMJ Club Emergency Medicine Podcast, Washington University School of Medicine in St Louis: NG lavage for GI bleed. <https://www.aliem.com/2013/04/ng-lavage-indicated-or-outdated/>.
- \ Pallin DJ, Saltzman JR. Is nasogastric lavage in patients with acute upper GI bleeding indicated or antiquated? *Gastrointest Endosc.* 2011;74:981.

References

- \ 1.\ Gralnek I, Dumonceau J, Kuipers E, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy.* 2015;47:a1–a46.
- \ 2.\ Srygley F, Gerardo C, Tran T, Fisher D. Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? *JAMA.* 2012;307(10):1072–9.

- \ 3.\Witting MD, Magder L, Heins AE, Mattu A, Granja CA, Baumgarten M. Usefulness and validity of diagnostic nasogas-tric aspiration in patients without hematemesis. *Ann Emerg Med.* 2004;43(4):525–32.
- \ 4.\Ahmad S, Le V, Kaitha S, Morton J, Ali T. Nasogastric tube feed-ings and gastric residual volume: a regional survey. *South Med J.* 2012;105(8):394–8.
- \ 5.\Aljebreen AM, Fallone CA, Barkun AN. For the RUGBE investi-gators. Nasogastric aspirate predicts high-risk endoscopic lesions in patients with acute upper-GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2004;59(2):172–8.
- \ 6.\Cuellar RE, Gavalier JS, Alexander JA, et al. Gastrointestinal tract hemorrhage. *Arch Intern Med.* 1990;150(7):1381.
- \ 7.\Kim S, Kim K, et al. Predictors for the need for endoscopic ther-apy in patients with presumed acute upper gastrointestinal bleed-ing. *Korean J Intern Med.* 2017.; Publication Date (Web): 2017 December 15 (Original Article)
- \ 8.\Huang E, Karsan S, Kanwal F, Singh I, Makhani M, Spiegel B. Impact of nasogastric lavage on outcomes in acute GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2011;74(5):971–80.
- \ 9.\Hassan K, Srygley F, Chiu S, Chow S, Fisher D. Clinical perfor-mance of prediction rules and nasogastric lavage for the evaluation of upper gastrointestinal bleeding: a retrospective observational study. *Gastroenterol Res Pract.* 2017;2017:3171697.
- \10.\Pateron D, Vicaut E, Debuc E, et al. Erythromycin infusion or gastric lavage for upper gastrointestinal bleeding: a multicenter randomized controlled trial. *Ann Emerg Med.* 2011;57(6):582–9. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.01.001>.
- \11.\Singer AJ, Richman PB, Kowalska A, Thode HC. Comparison of patient and practitioner assessments of pain from commonly performed emergency department procedures. *Ann Emerg Med.* 1999;33(6):652–8.

Thời gian tối ưu để nội soi là khi nào?

Kathleen Ogle and Andrew C. Meltzer

Pearls and Pitfalls

- Thời điểm tối ưu để nội soi ở bệnh nhân UGIB đòi hỏi phải cân bằng giữa nhu cầu hồi sức và nhu cầu cầm máu dứt điểm.

Thời gian tối ưu của nội soi cho bệnh nhân UGIB đang gây tranh cãi. Nói chung, các bác sĩ cấp cứu và bác sĩ tiêu hóa phải làm việc cùng nhau để cân nhắc sự an toàn, chi phí và sự sẵn có của nội soi khẩn cấp hoặc sớm so với nội soi vào ngày hôm sau cho những bệnh nhân nhập viện. Không có nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng chất lượng cao để trả lời câu hỏi này, bằng chứng dựa trên các đánh giá hồi cứu và nghiên cứu quan sát. Thêm sự phức tạp cho vấn đề này là thuật ngữ “sớm” đề cập đến các khung thời gian khác nhau trong các tài liệu, bao gồm dưới 6 giờ, 12 giờ hoặc 24 giờ [1].

Các hướng dẫn chuyên khoa hiện tại của Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Hoa Kỳ (ASGE) và Hiệp hội Nội soi Tiêu hóa Châu Âu (ESGE) khuyên bạn nên kiểm tra thêm cho tất cả bệnh nhân GIB trong vòng 24 giờ trừ những người có nguy cơ thấp nhất [1]. Trong khung thời gian này, nội soi đã được chứng minh là an toàn cho tất cả các nhóm nguy cơ và có liên quan đến việc giảm thời gian nằm viện và giảm nhu cầu truyền máu [2–5].

Nội soi sớm có thể làm giảm tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân nguy kịch do GIB. Ở những bệnh nhân có điểm số Blatchford-Glasgow (GBS) lớn hơn 12, nội soi được thực hiện trong vòng 12 giờ kể từ khi vào viện có liên quan đến giảm tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân

Table 13.1 Thời gian nội soi tối ưu và nguy cơ tử vong thấp nhất [7]

Huyết động ổn và điểm ASA 1-2:	0-36 h
Huyết động ổn và điểm ASA 3-5:	12-36 h
Huyết động không ổn định và điểm ASA 1-5:	6-24 h

[6]. Trong một nghiên cứu khác trên 10.000 bệnh nhân, tỷ lệ tử vong giảm có liên quan đến nội soi sớm đối với những bệnh nhân không ổn định và có những bệnh đồng mắc đáng kể [7]. Trong nghiên cứu này, những bệnh nhân có nặng và có điểm ASA (American Society of Anesthesia scores) cao (ví dụ một marker cho tình trạng sức khỏe) dường như được hưởng lợi từ nội soi được thực hiện trong vòng 6-24 giờ kể từ khi vào viện. Quan sát cho thấy thời gian cửa sổ tối ưu có vẻ như là sau 6 giờ, cho thấy nội soi là lý tưởng sau một thời gian hồi sức ngắn ở nhóm bệnh nhân này (Table 13.1).

Tóm tắt

Nhìn chung, đối với những bệnh nhân ổn định bị xuất huyết không do vỡ giãn, nội soi trì hoãn không có khả năng liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong nhưng có thể liên quan đến thời gian nằm viện dài hơn, tăng chi phí và truyền máu nhiều hơn. Đối với những bệnh nhân không ổn định và những bệnh nhân có bệnh đồng mắc đáng kể, thời gian nội soi đòi hỏi một cuộc thảo luận giữa các bác sĩ cấp cứu - dẫn đầu các nỗ lực hồi sức với các bác sĩ tiêu hóa - dẫn đầu các nỗ lực cầm máu. Nội soi khẩn cấp có thể được xem xét ở những bệnh nhân không ổn định về huyết động, dùng thuốc chống đông máu, hoặc có tình trạng nôn ra máu dai dẳng.

References

- \ 1.\British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non-- variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. Gut. 2002;51(Suppl 4):iv1-6.
- \ 2.\Lin HJ, Wang K, Perng CL, et al. Early or delayed endoscopy for patients with peptic ulcer bleeding. A prospective randomized study. J Clin Gastroenterol. 1996;22(4):267-71.

- \ 3.\Kumar NL, Cohen AJ, Naylor J, Claggett BL, Saltzman JR. Timing of upper endoscopy influences outcomes in patients with acute nonvariceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2017;85(5):945–952.e1.
- \ 4.\Kumar NL, Travis AC, Saltzman JR. Initial management and timing of endoscopy in nonvariceal upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2016;84(1):10–7.
- \ 5.\Sarin N, Monga N, Adams PC. Time to endoscopy and outcomes in upper gastrointestinal bleeding. *Can J Gastroenterol.* 2009;23(7):489–93.
- \ 6.\Lim LG, Ho KY, Chan YH, et al. Urgent endoscopy is associated with lower mortality in high-risk but not low-risk nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy.* 2011;43(4): 300–6.
- \ 7.\Laursen SB, Leontiadis GI, Stanley AJ, Møller MH, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB. Relationship between timing of endoscopy and mortality in patients with peptic ulcer bleeding: a nationwide cohort study. *Gastrointest Endosc.* 2017;85(5):936– 944.e3.

Further Reading

Barkun A. What is the ideal timing for endoscopy in acute upper gastro-intestinal bleeding? *Endosc Int Open.* 2017;5(5):E387–8.

Những thuốc nào hữu ích trong điều trị xuất huyết tiêu hóa

Anita Kumar, Maxine Le Saux, and Andrew C. Meltzer

Pearls and Pitfalls

- \ Thuốc ức chế bơm proton có thể làm giảm mức độ của xuất huyết do loét dạ dày.
- \ Tranexamic acid có thể là thuốc bổ trợ hữu ích cho bệnh nhân chảy máu không kiểm soát được.
- \ Octreotide làm giảm áp lực cửa do đó làm giảm chảy máu trong xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch.
- \ Metoclopramide và erythromycin có thể cải thiện hình ảnh trong quá trình nội soi.
- \ Nên sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng và GIB.

Thuốc ức chế bơm proton

Thuốc ức chế bơm proton (PPI) là nền tảng của điều trị dược lý ở bệnh nhân UGIB. Thuốc PPI hoạt động bằng cách ức chế tiết axit dạ dày tại các tế bào viền. Liều dùng khuyến cáo của PPI pantoprazole IV là 80 mg bolus sau đó truyền 8 mg/giờ [1].

Bắt đầu PPI trước khi nội soi làm giảm vết/đốm của xuất huyết gần đây và giảm nguy cơ xuất huyết sau đó [1]. Điều trị PPI tĩnh mạch chưa được chứng minh là làm giảm tỷ lệ tử vong hoặc tái xuất huyết [2]. Các loại thuốc trước nội soi khác, như thuốc kháng histamine H2, không được khuyến cáo cho bệnh nhân bị xuất huyết do loét dạ dày tá tràng cấp tính.

Octreotide

Nếu nghi ngờ xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch, octreotide, một somatostatin analogues, nên được bắt đầu và tiếp tục trong 3-5 ngày sau khi xác nhận chẩn

đoán [3]. Liều dùng thông thường của octreotide là bolus 50 mcg sau đó truyền liên tục 50 mcg/giờ. Octreotide làm giảm chảy máu nhưng có ảnh hưởng không chắc chắn đến tỷ lệ tử vong. Là một liệu pháp hàng đầu, somatostatin analogues có hiệu quả tương đương với liệu pháp chích xơ tĩnh mạch cấp cứu [4].

Trong xuất huyết không do vỡ giãn tĩnh mạch, không có nghiên cứu dứt khoát nào chứng minh lợi ích từ octreotide về nhu cầu điều trị nội soi hoặc tử vong. Tương tự như PPI, octreotide không nên thay thế cho một EGD cấp cứu nhưng có thể được xem xét trước khi EGD ở một bệnh nhân bị xuất huyết do vỡ giãn hoặc không do vỡ giãn tĩnh mạch [5].

Vasopressin

Vasopressin thúc đẩy co mạch nội tạng. Bằng chứng hiện tại là không đủ để khuyến cáo vasopressin trong guidelines chuyên ngành. Terlipressin đã được chứng minh là hữu ích ở những bệnh nhân mắc bệnh thận giai đoạn cuối bằng cách kích thích giải phóng yếu tố von Willebrand [6, 7].

Erythromycin và Metoclopramide

Prokinetic như erythromycin hoặc metoclopramide được chỉ định trước khi nội soi cải thiện hình ảnh trong khi nội soi [8]. Erythromycin trước thủ thuật có liên quan đến tăng tỷ lệ dạ dày trống rỗng khi nội soi, giảm nhu cầu nội soi lần hai, cũng như giảm nhu cầu truyền máu và thời gian nằm viện ngắn hơn [9].

Tranexamic Acid

Tranexamic acid (TXA) là một chất chống tiêu sợi huyết. Thuốc này làm giảm sự phân hủy của fibrin; fibrin cung cấp khuôn khổ cho sự hình thành cục máu đông, điều này cần thiết để cầm máu. TXA đã được chứng minh là cải thiện kết cục trong xuất huyết sau sinh và chấn thương. Axit Tranexamic cũng có thể cải thiện kết cục trong xuất huyết tiêu hóa trên. Trong một tổng quan Cochrane trên 1700 bệnh nhân trong 8 nghiên cứu, tỷ lệ tử vong giảm so với giả dược ở bệnh nhân UGIB, nguy cơ tương đối là 0,6 (95% CI: 0.42–0.87) [10].

Kháng sinh

Ngoài các thuốc gây co mạch và điều hòa nhu động, điều trị dự phòng bằng kháng sinh ngắn hạn nên được bắt đầu trong phòng cấp cứu cho bệnh nhân bị xơ gan và

bất kỳ loại xuất huyết tiêu hóa nào. Kháng sinh được khuyến dùng cho hầu hết bệnh nhân bao gồm ciprofloxacin IV 400 mg/ngày hoặc ceftriaxone IV 1 g/ngày [3]. Dự phòng bằng kháng sinh với norfloxacin 400 mg uống hai lần mỗi ngày có thể làm giảm tỷ lệ tử vong và nhiễm trùng ở bệnh nhân nội trú bị xơ gan kèm xuất huyết tiêu hóa [3].

Tóm tắt

Khuyến cáo ở BN GIB không do vỡ giãn tĩnh mạch:

- \ Metoclopramide hoặc erythromycin để cải thiện hình ảnh EGD.
- \ Protonix IV 80 mg sau đó truyền 8 mg/giờ

Khuyến cáo ở BN GIB do vỡ giãn tĩnh mạch:

- \ TXA nếu có bằng chứng rối loạn đông máu và/hoặc bệnh nhân bị xơ gan (vì những bệnh nhân này có fibrin bị phân giải quá mức)
- \ Kháng sinh phổ rộng.
- \ Octreotide – 50 mcg IV bolus sau đó truyền liên tục 50 mcg/giờ.

Suggested Resource

- \ <https://emergencymedicinecases.com/gi-bleed-emergencies-part-1/>.The NNT. Prophylactic Antibiotics for Cirrhotics with Upper GI Bleed.The NNT. Somatostatin Analogues (Octreotide) for Acute Variceal Bleeding.

References

- \ 1.\ Laine L, Jensen DM. Management of patients with ulcer bleeding. Am J Gastroenterol. 2012;107(3):345–60.
- \ 2.\ Sreedharan A, Martin J, Leontiadis GI, et al. Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2010;7:CD005415.
- \ 3.\ Garcia-Tsao G, Bosch J. Management of varices and variceal hem-orrhage in cirrhosis. N Engl J Med [Internet]. 2010;362(9):823–32. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMra0901512>.
- \ 4.\ Jaramillo JL, de la Mata M, MiñoG, Cóstan G, Gomez-Camacho F. Somatostatin versus Sengstaken balloon tamponade for primary haemostasia of bleeding esophageal varices: a randomized pilot study. J Hepatol. 1991;12(1):100–5.

- \ 5.\Ahmad S, Le V, Kaitha S, Morton J, Ali T. Nasogastric tube feed-ings and gastric residual volume: a regional survey. *South Med J*. 2012;105(8):394–8.
- \ 6.\Cremers I, Ribeiro S. Management of variceal and nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. *Therap Adv Gastroenterol*. 2014;7(5):206–16.
- \ 7.\Ioannou GN, Doust J, Rockey DC. Terlipressin for acute esoph-ageal variceal hemorrhage [Internet]. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002147>.
- \ 8.\Barkun AN, Bardou M, Kuipers EJ, et al. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med*. 2010;152(2):101.
- \ 9.\Bai Y, Guo JF, Li ZS. Meta-analysis: erythromycin before endos-copy for acute upper gastrointestinal bleeding. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011;34(2):166–71.
- 10.\Bennett C, Klingenberg S, Langholz E, Gluud L. Tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2014;11:CD006640.

Hồi sức tối ưu cho bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa là gì?

Kathleen Ogle and Andrew C. Meltzer

Pearls and Pitfalls

- \ Hồi sức bao gồm hỗ trợ đường thở, quản lý thể tích và tăng khả năng mang oxy để hạn chế tổn thương cơ quan đích là ưu tiên hàng đầu khi điều trị xuất huyết tiêu hóa.
- \ Phân tầng nguy cơ sớm để đánh giá khả năng cần truyền máu hoặc phẫu thuật cũng như nguy cơ tái phát sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng xác định nhóm bệnh nhân có nhiều khả năng được hưởng lợi từ hồi sức tích cực và theo dõi chặt chẽ.
- \ Cải thiện khả năng sống sót đã được chứng minh là có liên quan đến “chiến lược hạn chế” - truyền máu khi mức hemoglobin < 7 gm/L.

Như với tất cả các bệnh nhân bị bệnh nặng, đánh giá sớm bắt đầu bằng *A, B, Cs*: đường thở, hô hấp và tuần hoàn. Khi huyết động đã ổn định, một bệnh sử kỹ lưỡng và kiểm tra tiếp theo nên được thực hiện với các câu hỏi cụ thể liên quan đến các đợt chảy máu trước đó, bao gồm lượng máu và màu máu. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng việc đánh giá lượng máu mất thường không chính xác [1]. Các bệnh đồng mắc như suy tim sung huyết, bệnh thận, bệnh gan hoặc bệnh mạch máu làm tăng nguy cơ tử vong chung và giúp xác định nguồn chảy máu. Phẫu thuật mạch máu gần đây làm tăng nguy cơ dò động mạch chủ-ruột, một nguyên nhân đặc biệt nghiêm trọng của UGIB [2]. Cuối cùng, các loại thuốc như steroid, thuốc chống viêm không steroid và thuốc chống đông máu cũng làm tăng nguy cơ chảy máu. Bệnh nhân cần được kiểm tra các dấu hiệu suy gan – nó có thể chỉ ra rằng nguồn chảy máu là vỡ giãn tĩnh mạch. Dấu hiệu của bệnh gan bao gồm các tuần hoàn bàng hệ (hình ảnh đầu sứa), cổ trướng, dấu run vẩy, vú to ở nam, gan lớn, vàng da, vàng kết mạc mắt, nốt nhện (spider telangiectasias, spider angiomas) và lách lớn.

Đường thở và hô hấp

Trong bối cảnh GIB, kiểm soát đường thở đặc biệt quan trọng vì hút máu nôn ra có liên quan đến tỷ lệ tàn tật và tử vong đáng kể [3]. Quản lý đường thở có thể được chỉ định trong trường hợp nôn mửa quá nhiều hoặc thay đổi nhận thức. Đặt nội khí quản nhanh (RSI), một phương pháp đặt nội khí quản với việc nhanh chóng gây bất tỉnh và tê liệt, là phương pháp lý tưởng để thực hiện đặt nội khí quản vì giảm thời gian trải qua an thần trước khi đặt nội khí quản, có liên quan đến việc giảm nguy cơ hít sặc.

Đặt nội khí quản ở BN đang nôn ra máu diễn tiến có thể khó thành công. Có một số lựa chọn để giúp tối đa hóa cơ hội thành công. Một phương pháp để tăng thành công đầu tiên ở bệnh nhân xuất huyết được mô tả bởi bác sĩ Scott Weingart. Ông khuyến cáo rằng các bác sĩ lâm sàng trước tiên nên đặt Salem sump hoặc sonde mũi-dạ dày để hút các chất chứa trong dạ dày. Thứ hai, đặt nội khí quản với tư thế nằm đầu cao 45 độ để giữ cho các chất trong dạ dày không di chuyển lên thực quản. Thứ ba, sử dụng các thuốc gây liệt để tối ưu hóa thành công trong lần đầu tiên [6].

Một phương pháp quản lý đường thở khác ở BN GIB đang diễn tiến được mô tả trong tài liệu là phương pháp SALAD (làm sạch đường thở bằng ống soi thanh quản hỗ trợ hút). Kỹ thuật này đòi hỏi phải đặt ống thông hút liên tục vào thực quản – nó sẽ vẫn ở đó trong khi nỗ lực đặt nội khí quản. Ống thông hút có thể hút chất nôn, nếu không chúng sẽ lấp đầy miệng và che khuất tầm nhìn. Thứ hai, đặt ống nội khí quản với bệnh nhân nằm đầu cao 45 độ để giữ cho các chất trong dạ dày không di chuyển lên thực quản. Thứ ba, sử dụng các tác nhân gây tê liệt để tối ưu hóa thành công trong lần đầu tiên [9].

Tuần hoàn

Tình trạng tuần hoàn hoặc huyết động được đánh giá bằng huyết áp, nhịp tim và các dấu hiệu của giảm tưới máu cơ quan đích, chẳng hạn như thay đổi nhận thức, thời gian đổ đầy mao mạch kéo dài, lượng nước tiểu giảm và lactate tăng. Các bác sĩ cấp cứu nên xem xét rằng bệnh nhân cao tuổi và bệnh nhân đang dùng thuốc tăng huyết áp có thể không có nhịp tim nhanh phản ứng do giảm thể tích. Một sự thay đổi bất thường trong các dấu hiệu sinh tồn được đo trong khi bệnh nhân ở tư thế nằm, ngồi và đứng sẽ hỗ trợ sự hiện diện của việc giảm thể tích và làm tăng thông tin thu thập được từ các dấu hiệu sinh tồn tiêu chuẩn; tuy nhiên, sự thay đổi theo tư thế chỉ nhạy cảm với mất máu lớn (630–1100 ml) [7]. Mất thể tích nên

được giải quyết với hai đường truyền tĩnh mạch lớn (16G hoặc 18G) để cho phép hồi sức truyền dịch và truyền máu có mục tiêu.

Dịch tinh thể

Bù dịch ban đầu thường là tinh thể, và công thức máu toàn phần, sinh hóa, đông cầm máu, nhóm máu và sàng lọc nên được chỉ định trong lần tiếp cận tĩnh mạch ban đầu. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân có dấu hiệu giảm thể tích máu và GIB, truyền máu nên được bắt đầu sớm trong nỗ lực hồi sức. Đối với một bệnh nhân gần đây bị mất một lượng lớn máu và có dấu hiệu giảm thể tích, hemoglobin sẽ không phản ánh lượng máu mất thực tế. Hai đơn vị hồng cầu khối thường được chỉ định sớm trong quá trình hồi sức. Đối với những bệnh nhân đang chảy máu diễn tiến và có dấu hiệu sốc giảm thể tích, nên bắt đầu protocol truyền máu lượng lớn tương tự như protocol trong nghiên cứu ở quân đội và chấn thương [8]. Một protocol truyền máu lượng lớn thường bao gồm truyền hồng cầu, huyết tương tươi đông lạnh và tiểu cầu theo tỷ lệ 1: 1: 1 [9].

Truyền hạn chế vs tự do

Một khi bệnh nhân không còn chảy máu diễn tiến và huyết áp ổn định, có bằng chứng cho thấy các chiến lược truyền máu ít tích cực hơn mang lại lợi ích tử vong cho nhiều bệnh nhân bị chảy máu cấp tính. Giải thích về sinh lý là truyền máu tích cực dẫn đến tăng áp lực tĩnh mạch cửa và tăng chảy máu sau đó [4]. Một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng trên 921 bệnh nhân đã so sánh hiệu quả và độ an toàn của việc sử dụng phương pháp hạn chế so với phương pháp tự do trong truyền máu [5].

Nhóm hạn chế chỉ truyền máu nếu hemoglobin nằm trong phạm vi 7,0- 9.0 g/dL, đòi hỏi truyền máu ít hơn (51% so với 14%, $p < 0,05$), cho thấy ít chảy máu tái phát hơn (16% so với 10%, $P < 0,05$) và có tỷ lệ tử vong thấp hơn (5% so với 9%, $p < 0,05$) so với nhóm truyền máu tự do - truyền máu được bắt đầu nếu hemoglobin nằm trong phạm vi 9.0-11.0 g/dL [5].

Các chỉ số chất lượng được thiết lập để quản lý sớm GIB xoay quanh chẩn đoán nhanh, phân tầng nguy cơ và điều trị sớm. Điều trị trước nội soi hiệu quả có thể cải thiện khả năng sống sót của bệnh nhân nặng và cải thiện việc phân bổ nguồn lực cho tất cả bệnh nhân. Xử trí sớm trước khi nội soi điều trị dứt điểm là điều cần thiết để cải thiện kết cục cho bệnh nhân GIB.



Suggested Resource

- \ <https://lifeinthefastlane.com/cc/suction-assisted-laryngoscopy-airway-decontamination-salad/>.

References

- \ 1.\ Oliwa N, Mort TC. Is a rapid sequence intubation always indicated for emergency airway management of the upper GI bleeding patient? Crit Care Med. 2005;33:A97.
- \ 2.\ Strote J, Mayo M, Townes D. ED patient estimation of blood loss. Am J Emerg Med. 2009;27(6):709–11.
- \ 3.\ Rubin M, Hussain SA, Shalomov A, Cortes RA, Smith MS, Kim SH. Live view video capsule endoscopy enables risk stratification of patients with acute upper GI bleeding in the emergency room: a pilot study. Dig Dis Sci. 2011;56(3):786–91.
- \ 4.\ Hébert PC, Wells G, Blajchman MA, et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. N Engl J Med. 1999;340(6):409–17.
- \ 5.\ Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et al. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. N Engl J Med. 2013;368(1):11–21.
- \ 6.\ Weingart S. EMCrit Podcast 5 – Intubating the Critical GI Bleeder. EMCrit Blog. Published on June 21, 2009. Accessed on 10 May 2018. Available at: <https://emcrit.org/emcrit/intubating-gi-bleeds/>.
- \ 7.\ McGee S, et al. The rational clinical examination. Is this patient hypovolemic. JAMA. 1999;281(11):1022–9.
- \ 8.\ DuCanto J, Serrano KD, Thompson RJ. Novel airway training tool that simulates vomiting: suction-assisted laryngoscopy assisted decontamination (SALAD) system. West J Emerg Med. 2017;18(1):117–20. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.9.30891>.
- \ 9.\ Borgman MA, Spinella PC, Perkins JG, Grathwohl KW, Repine T, Beekley AC, Sebesta J, et al. The ratio of blood products transfused affects mortality in patients receiving massive transfusions at a combat support hospital. J Trauma. 2007;63:805–13.

Đảo ngược đông máu ở bệnh nhân nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa

Kathleen Ogle and Andrew C. Meltzer

Pearls and Pitfalls

- \ Kháng vitamin K đường uống cần khoảng 24 giờ; kháng vitamin K đường tiêm xảy ra sau 4-6 h.
- \ Truyền tiểu cầu ở bệnh nhân đang điều trị thuốc kháng tiểu cầu hoặc giảm tiểu cầu, số lượng tiểu cầu < 50.000.
- \ PCC có thể là lựa chọn ưu tiên cho bệnh nhân chảy máu diễn tiến có chỉ số INR > 2.0 và là ứng cử viên cho phẫu thuật hoặc nội soi khẩn cấp.
- \ Chỉ có một DOAC, dabigatran, hiện có một chất đảo ngược cụ thể để cầm máu.
- \ Chảy máu nghiêm trọng ở bệnh nhân dùng DOAC cũng có thể được cải thiện với chạy thận nhân tạo.

Bệnh nhân vào ED vì UGIB, trong khi đang dùng chống đông, cần được đảo ngược khẩn cấp để dừng chảy máu. Can thiệp nội soi ít có khả năng thành công ở những bệnh nhân có chỉ số INR > 2,5 [1]. Nguy cơ chính của đảo ngược kháng đông là biến chứng huyết khối tắc mạch xảy ra 1-5%. Thật không may, sự đảo ngược của kháng vitamin K qua đường uống mất khoảng 24 giờ và qua đường tiêm mất 4-6 giờ sau khi bắt đầu điều trị [2]. Huyết tương tươi đông lạnh (FFP) đảo ngược tác dụng của warfarin gần như ngay lập tức; tuy nhiên, việc sử dụng nó bị hạn chế bởi thực tế là FFP phải được làm tan băng trước khi chỉ định. FFP cũng có nguy cơ truyền nhiễm và nguy cơ quá tải thể tích ở bệnh nhân suy tim sung huyết hoặc bệnh thận.

Phức hợp Prothrombin đậm đặc (PCC: Prothrombin complex concentrate) thường được ưa thích hơn FFP. PCC chứa các yếu tố đông máu phụ thuộc vitamin K II, VII, IX và X bị thiếu ở bệnh nhân đang điều trị bằng warfarin. PCC có thể là lựa chọn ưu tiên cho bệnh nhân chảy máu diễn tiến có chỉ số INR > 2.0 và là ứng cử viên cho phẫu thuật khẩn cấp [3, 4]. Kết quả bất lợi nghiêm trọng nhất liên quan đến PCC cũng là các biến cố huyết khối, mặc dù hiếm gặp [1, 5, 6]. Chi phí

của PCC là một yếu tố hạn chế tại một số trung tâm. PCC (Kcentra) là phức hợp prothrombin đậm đặc bốn yếu tố được FDA phê chuẩn và đắt hơn đáng kể so với FFP, dẫn đến một số tổ chức áp dụng sản phẩm rẻ hơn. Một hạn chế khác của PCC là nó thiếu fibrinogen cần thiết để duy trì đông máu. Đối với những bệnh nhân bị xuất huyết ồ ạt, fibrinogen có thể được bổ sung bằng FFP hoặc cryoprecipit. Sau khi bình thường hóa chỉ số INR với PCC hoặc FFP, vitamin K nên được dùng để duy trì sự đảo ngược của thuốc chống đông máu. PCC có thể được dùng với liều tiêu chuẩn 1500 đơn vị cho bệnh nhân trưởng thành hoặc dựa trên cân nặng 25 đơn vị/kg.

Thuốc kháng đông trực tiếp đường uống (DOAC: Direct oral anticoagulants) đã trở nên phổ biến hơn do được động học ổn định của chúng so với warfarin. Ví dụ về thuốc DOAC bao gồm apixaban (Eliquis), dabigatran (Pradaxa), Rivaroxaban (Xarelto) và edoxaban (Savaysa). Cả dabigatran - một chất ức chế thrombin trực tiếp, và Rivaroxaban - một chất ức chế trực tiếp yếu tố Xa, có thể được sử dụng để điều trị bệnh huyết khối và có thể được dùng mà không cần theo dõi máu thường xuyên. DOAC có xu hướng không có phản ứng với protamine hoặc vitamin K [7]. Ngoài ra, không có cách tiêu chuẩn nào để đo lường tác dụng chống đông máu của hầu hết các DOAC [1]. Một số nghiên cứu đang khám phá việc sử dụng xét nghiệm thromboelastography (đàn hồi cục máu đông) như một hướng dẫn để đo lường hiệu quả chống đông máu [8, 9].

Ở những BN GIB và đang dùng DOAC, PCC có thể có hiệu quả để đảo ngược. Có bằng chứng hạn chế rằng PCC cải thiện kết cục ở những bệnh nhân bị xuất huyết diễn tiến. PCC cũng có thể được sử dụng để đảo ngược ở những bệnh nhân đã sử dụng edoxaban và Rivaroxaban, theo các bằng chứng được công bố vào năm 2011 và 2015 [10, 11].

Idarucizumab là thuốc duy nhất nhận được sự chấp thuận của FDA cho đảo ngược DOAC - dabigatran. Idarucizumab là một kháng thể đơn dòng liên kết với dabigatran, với khoảng 350 lần ái lực mà dabigatran liên kết với thrombin và đảo ngược hoàn toàn tác dụng chống đông máu của dabigatran trong vài phút [12]. Một số tác nhân đảo ngược mới cho DOAC đang được phát triển [5].

Suggested Resources

- \ EMCRIT: New reversal agents for new anticoagulants. <https://emcrit.org/emcrit/new-reversals-agents-for-new-anticoagulants/>.
- \ HIPPOED: Massive GI Bleed. <https://www.hippoed.com/em/ercast/episode/massivegi/bleed/may2018massive>.
- \ Samuelson BT, Cuker A. Measurement and reversal of the direct oral anticoagulants. *Blood Rev.* 2017;31(1): 77–84

References

- \ 1.\Gralnek I, Dumonceau J-M, Kuipers E, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guide-line. *Endoscopy*. 2015;47(10):a1-46.
- \ 2.\Pollack CV. Managing bleeding in anticoagulated patients in the emergency care setting. *J Emerg Med*. 2013;45(3):467-77.
- \ 3.\Lankiewicz MW, Hays J, Friedman KD, Tinkoff G, Blatt PM. Urgent reversal of warfarin with prothrombin complex concentrate. *J Thromb Haemost*. 2006;4(5):967-70.
- \ 4.\Hickey M, Gatién M, Taljaard M, Aujnarain A, Giulivi A, Perry JJ. Outcomes of urgent warfarin reversal with frozen plasma versus prothrombin complex concentrate in the emergency department. *Circulation*. 2013;128(4):360-4.
- \ 5.\Dentali F, Marchesi C, Pierfranceschi MG, et al. Safety of prothrombin complex concentrates for rapid anticoagulation reversal of vitamin K antagonists. *Thromb Haemost*. 2011;106(3):429-38.
- \ 6.\Radaelli F, Dentali F, Repici A, et al. Management of anticoagulation in patients with acute gastrointestinal bleeding. *Dig Liver Dis*. 2015;47(8):621-7.
- \ 7.\Johansen M, Wikkelsø A, Lunde J, Wetterslev J, Afshari A. Prothrombin complex concentrate for reversal of vitamin K antagonist treatment in bleeding and non-bleeding patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;7:CD010555.
- \ 8.\Dias JD, Norem K, Doorneweerd DD, Thurer RL, Popovsky MA, Omert LA. Use of thromboelastography (TEG) for detection of new oral anticoagulants. *Arch Pathol Lab Med*. 2015;139(5): 665-73.
- \ 9.\Samuelson BT, Cuker A. Measurement and reversal of the direct oral anticoagulants. *Blood Rev*. 2017;31(1):77-84. <https://doi.org/10.1016/j.blre.2016.08.006>.
- 10.\Zahir H, Brown KS, Vandell AG, et al. Edoxaban effects on bleeding following punch biopsy and reversal by a 4-factor prothrombin complex concentrate. *Circulation*. 2015;131(1):82-90.
- \ 11.\Eerenberg ES, Kamphuisen PW, Sijpkens MK, Meijers JC, Buller HR, Levi M. Reversal of rivaroxaban and dabigatran by pro-thrombin complex concentrate: a randomized, placebo-controlled, crossover study in healthy subjects. *Circulation*. 2011;124(14): 1573-9.
- 12.\Pollack CV, Reilly PA, Eikelboom J, et al. Idarucizumab for Dabigatran Reversal. *N Engl J Med*. 2015;373(6):511-20.

Khi nào phải nghi ngờ dò động mạch chủ-ruột (aortoenteric fistula)

Anita Kumar, Maxine Le Saux, and Andrew C. Meltzer

Pearls and Pitfalls

- \ Dò động mạch chủ-ruột rất hiếm nhưng đe dọa tính mạng.
- \ Tình trạng này thường được dự báo trước bởi “herald bleed” (đợt xuất huyết báo trước).
- \ Ở bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật động mạch chủ bụng trước đó, các bác sĩ nên xem xét dò động mạch chủ-ruột là nguyên nhân gây GIB.
- Chụp CTA có thể chẩn đoán dò động mạch chủ-ruột.

Dò động mạch chủ-ruột rất hiếm gặp nhưng có tỷ lệ tử vong cao. Tỷ lệ tử vong dao động từ 33% đến 43% và tuổi cao là yếu tố dự báo tỷ lệ tử vong tăng [1, 2]. Có hai loại dò động mạch chủ-ruột: nguyên phát và thứ phát. Khoảng 10% là nguyên phát biểu hiện với tam chứng cổ điển: GIB, đau bụng và một khối đập theo nhịp mạch [3]. Dò động mạch chủ-ruột nguyên phát là do xơ cứng động mạch, phình động mạch chủ hoặc nhiễm trùng động mạch chủ. Dò động mạch chủ-ruột thứ phát là một biến chứng của phẫu thuật động mạch chủ đặt synthetic graft. Đôi khi, dò động mạch chủ-ruột có thể phát triển do một dị vật thực quản [4].

Herald Bleed là gì?

Herald bleed đề cập đến một đợt GIB nhỏ không liên tục xảy ra trước đợt xuất huyết ồ ạt từ lỗ dò động mạch chủ-ruột. Trong 50% các trường hợp dò động mạch chủ-ruột, bệnh nhân có biểu hiện ban đầu là herald bleed. Các lỗ dò nguyên phát có nhiều khả năng hơn các lỗ dò thứ phát sẽ biểu hiện với GIB lặp đi lặp lại như từng đợt herald bleed, trái ngược với xuất huyết ồ ạt ngay lúc đầu [3, 5].

Làm thế nào để chúng tôi chẩn đoán dò động mạch chủ-ruột?

Nhiều case reports đã mô tả những thách thức trong chẩn đoán dò động mạch chủ-ruột và bản chất đe dọa tính mạng của nó [3]. Do tỷ lệ mắc bệnh thấp, chẩn đoán thường bị trì hoãn. Bệnh nhân thường bị chẩn đoán nhầm với các nguyên nhân phổ biến hơn gây GIB hoặc đau hông sườn [6]. Tiền sử phẫu thuật động mạch chủ trước đó và GIB, đặc biệt là GIB nặng không có nguồn chảy máu được tìm thấy trên nội soi, nên làm tăng nghi ngờ về dò động mạch chủ-ruột [3]. Vì hầu hết các lỗ dò động mạch chủ-ruột xảy ra ở đoạn xa của tá tràng hoặc hỗng tràng, chúng nằm ngoài tầm với của một ống nội soi tiêu chuẩn.

Khi có nghi ngờ lâm sàng, chẩn đoán thường được xác định bởi CT scan có thuốc đường tĩnh mạch [7]. CT được báo cáo là có độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy trung bình đối với dò động mạch chủ-ruột [8]. Sự hiện diện của thuốc cản quang trong mạch máu trong đường tiêu hóa rất đặc hiệu. Ngoài ra, sự hiện diện của khí lạc chỗ quanh động mạch chủ trong bối cảnh GIB rất đặc hiệu cho dò động mạch chủ-ruột. Sau khi chẩn đoán, cần phải hội chẩn phẫu thuật khẩn cấp – điều này có thể làm tăng tỷ lệ sống.

Suggested Resources

- \ Aortoenteric fistula: Recognition and management – UpToDate.
- \ <https://coreem.net/core/abdominal-aortic-aneurysm/>. • \ Primary Aortoduodenal Fistula: First you Should Suspect it – NCBI – NIH.

References

- \1.\ Batt M, Jean-Baptiste E, O'Connor S, et al. Early and late results of contemporary management of 37 secondary Aortoenteric fistulae. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2011;41(6):748–57.
- \2.\ Busuttill SJ, Goldstone J. Diagnosis and management of aortoenteric fistulas. *Semin Vasc Surg.* 2001;14(4):302–11.
- \3.\ Saers SJF, Scheltinga MRM. Primary aortoenteric fistula. *Br J Surg.* 2005;92(2):143–52.
- \4.\ Zhang X, Liu J, Li J, et al. Diagnosis and treatment of 32 cases with aorto-esophageal fistula due to esophageal foreign body. *Laryngoscope.* 2011;121(2):267–72.
- \5.\ Deijen CL, Smulders YM, Coveliers HME, Wisselink W, Rauwerda JA, Hoksbergen AWJ. The importance of early diagnosis and treatment of patients with aortoenteric fistulas presenting with herald bleeds. *Ann Vasc Surg.* 2016;36:28–34.

- \6.\ Simó Alari F, Molina González E, Gutierrez I, Ahamdanech-Idrissi A. Secondary aortoduodenal fistula and the unrecognised herald bleed. *BMJ Case Rep.* 2017;2017:bcr-2017-220186.
- \7.\ Sipe A, McWilliams SR, Saling L, Raptis C, Mellnick V, Bhalla S. The red connection: a review of aortic and arte-rial fistulae with an emphasis on CT findings. *Emerg Radiol.* 2017;24(1):73-80.
- \8.\ Hughes FM, Kavanagh D, Barry M, Owens A, MacErlaine DP, Malone DE. Aortoenteric fistula: a diagnostic dilemma. *Abdom Imaging.* 2007;32(3):398-402.

Bệnh gan giai đoạn cuối và xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch

Autumn Graham and Andrew C. Meltzer

Pearls and Pitfalls

- Vào thời điểm BN bị cổ trướng liên quan đến rối loạn chức năng gan, 60% có giãn tĩnh mạch trên nội soi.
- Đặt sonde mũi-dạ dày có thể là an toàn ở BN bị giãn tĩnh mạch, nhưng nguy cơ và lợi ích cần được cân nhắc cẩn thận và thảo luận với BN.
- Các yếu tố nguy cơ liên quan đến chảy máu tái phát sớm và kết cục kém bao gồm chảy máu nghiêm trọng ngay lúc đầu, được xác định bởi hemoglobin dưới 8 g/dL, xuất huyết giãn tĩnh mạch dạ dày, giảm tiểu cầu, bệnh não, xơ gan do rượu, giãn các tĩnh mạch lớn và xuất huyết diễn tiến trong khi đang nội soi.
- Kháng sinh đã được chứng minh có lợi ích trong xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch - làm giảm tỷ lệ tàn tật và tử vong.

Xơ gan xảy ra khi tổn thương gan dẫn đến mô sẹo (xơ gan), ảnh hưởng đến chức năng gan. Xơ gan là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba ở bệnh nhân trong độ tuổi từ 45 đến 64 tuổi, với tỷ lệ sống trung bình là 9-12 năm sau khi chẩn đoán. Ở Hoa Kỳ, bệnh gan giai đoạn cuối thường xảy ra nhất do viêm gan C [1]. GIB ở bệnh nhân xơ gan là phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao, xấp xỉ 15-30% [2-4].

Khi nào nên nghi ngờ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân có tiền sử bệnh gan?

Tăng áp cửa được định nghĩa là chênh áp tĩnh mạch gan cao hơn 5 mmHg và xảy ra do tăng kháng trở của cấu trúc và giảm sản xuất oxit nitric nội sinh [5]. Giãn tĩnh mạch thực quản phát triển khi chênh áp tĩnh mạch gan (HPVG) tăng trên 10 mmHg.

Vào thời điểm xơ gan được chẩn đoán hoặc nghi ngờ dựa trên các dấu hiệu của bệnh gan mạn tính (ví dụ nốt nhện, vàng da, ngứa, ban đỏ lòng bàn tay) và các xét

nghiệm bất thường, khoảng 30-40% bệnh nhân sẽ có giãn tĩnh mạch [3]. The American College of Gastroenterology (ACG) khuyên nên nội soi thực quản (EGD) sàng lọc tại thời điểm chẩn đoán xơ gan; do đó, nhiều bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan sẽ biết nếu họ bị giãn tĩnh mạch [5]. Trong số những người không có giãn tĩnh mạch tại thời điểm chẩn đoán, 10-15% sẽ phát triển giãn tĩnh mạch mỗi năm [3]. Vào thời điểm bệnh nhân có cổ trướng liên quan đến rối loạn chức năng gan, 60% có giãn tĩnh mạch trên EGD [3]. Trong bệnh gan tiến triển (ví dụ: Child-Pugh C), 85% bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch [5, 6].

Một khi giãn tĩnh mạch hiện diện, tăng áp cửa sẽ khiến chúng tăng kích thước khoảng 7% mỗi năm [4]. Kích thước của giãn tĩnh mạch tương quan trực tiếp với nguy cơ chảy máu: 1-2% với không có giãn tĩnh mạch, 5% với giãn tĩnh mạch nhỏ và 15% với giãn tĩnh mạch trung bình hoặc lớn (> 5 mm) [3, 5]. Khi BN bị xuất huyết tiêu hóa và có tiền sử giãn tĩnh mạch, 70% trường hợp là do giãn tĩnh mạch thực quản bị vỡ, thường là ở chỗ nối dạ dày-thực quản [3, 5].

Tôi có thể đặt sonde dạ dày (NGT) cho BN giãn tĩnh mạch thực quản-dạ dày không?

Giáo điều truyền thống sẽ gợi ý rằng việc đặt sonde dạ dày để hút dịch dạ dày (NGA) hoặc rửa dạ dày (NGL) là không an toàn ở bệnh nhân mắc bệnh gan tiến triển có giãn tĩnh mạch. Thật không may, có rất ít tài liệu được công bố về chủ đề này. Trong một vài loạt hồi cứu nhỏ (tổng số 100 bệnh nhân) của các ứng cử viên ghép gan bị giãn tĩnh mạch có đặt NGT, không có trường hợp nào xuất huyết tiêu hóa do thủ thuật. Nhiều người trong số những bệnh nhân này được ghi nhận có giãn tĩnh mạch từ trung bình đến lớn, xuất huyết giãn tĩnh mạch trước và rối loạn đông máu đáng kể [7, 8]. Mặc dù có thể an toàn, nhưng quyết định đặt NGT để hút hoặc rửa cần phải đánh giá cẩn thận các nguy cơ tiềm ẩn (ví dụ: chảy máu, đau, hít sặc, tiên lượng không rõ ràng và ý nghĩa kết cục) và lợi ích (ví dụ: định khu chảy máu và đánh giá diễn tiến của chảy máu) của thủ thuật.

Thang điểm tiên lượng lâm sàng nào là tốt nhất ở bệnh nhân giãn tĩnh mạch thực quản?

Trong khi cả thang điểm Rockall lâm sàng và thang điểm Glasgow Blatchford (GBS) đều tính đến nguy cơ gia tăng ở bệnh nhân mắc bệnh gan, chúng không được phát triển đặc biệt để dự đoán tiên lượng trong chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch. Trong 1 nghiên cứu trên 178 bệnh nhân bị xơ gan và xuất huyết giãn tĩnh mạch, tỷ lệ tử vong chung là 16% sau 6 tuần, với tử vong do chảy máu không

kiểm soát (31%), suy gan (28%) hoặc nhiễm trùng huyết kèm suy đa cơ quan (41%). Trong nghiên cứu này, MELD (see Table 18.1) vượt trội so với Child-Pugh (see Table 18.2) trong việc phân biệt những bệnh nhân có nguy cơ tử vong cao ở tuần thứ 6 sau khi bị xuất huyết giãn do vỡ giãn tĩnh mạch [9].

Table 18.1 MELD score (model for end-stage liver disease)

If unknown score: (initial score)

$$\text{MELD}(i) = 0.957 \times \ln(\text{Cr}) + 0.378 \times \ln(\text{bilirubin}) + 1.120 \times \ln(\text{INR}) + 0.643$$

If known score:

$$\text{MELD} = \text{MELD}(i) + 1.32 \times (137 - \text{Na}) - [0.033 \times \text{MELD}(i) \times (137 - \text{Na})]$$

Helpful hints:

All values in US units (Cr and bilirubin in mg/dL, Na in mEq/L, and INR unitless).

If bilirubin, Cr, or INR is < 1.0, use 1.0

If any of the following is true, use Cr 4.0: Cr >4.0

≥2 dialysis treatments within the prior 7 days

24 h of continuous veno-venous hemodialysis (CVVHD) within the prior 7 days

If Na <125 mmol/L, use 125. If Na >137 mmol/L, use 137 MAX MELD SCORE = 40

Interpretation: Prediction of 6-week mortality

MELD >19	20% mortality rate at 6 weeks
MELD <11	5% mortality rate at 6 weeks

Reverter et al. [9]

Table 18.2 Child-Pugh score

	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Serum albumin	> 35 g/dL	28–35 g/dL	< 28 g/dL
Total bilirubin	< 34 umol/L	34–50 umol/L	> 50 umol/L
PT INR	< 1.7	1.71–2.3	> 2.3
Cổ trướng	Không	Nhẹ	Trung bình đến nặng
Bệnh não gan	Không	Độ I–II Giảm với thuốc	Độ III–IV Kháng trị

Phân tích thang điểm Child-Pugh score và tỷ lệ tử vong, không liên quan đặc hiệu với xuất huyết do vỡ giãn TMTQ

Child-Pugh class A (5–6 points)	100% 1 year survival
Child-Pugh class B (7–9 points)	80% 1 year survival
Child-Pugh class C (10–15 points)	45% 1 year survival

Trong một nghiên cứu nhỏ khác với 47 bệnh nhân so sánh MELD, Child-Pugh và GBS, GBS vượt trội so với điểm số của Child-Pugh và MELD khi dự đoán tỷ lệ tử vong 1 tuần, nhưng điểm MELD vượt trội hơn khi dự đoán tỷ lệ tử vong trong 6 tuần [10].

Do nguy cơ chảy máu và rối loạn đông máu đáng kể liên quan đến bệnh gan tiến triển, ACG khuyến cáo bệnh nhân xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch nên được đưa vào ICU để theo dõi chặt chẽ và hồi sức tốt [5]. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến tái xuất huyết sớm và kết cục kém bao gồm chảy máu nghiêm trọng ngay từ đầu, được xác định bởi hemoglobin dưới 8 g/dL, xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch dạ

dày, giảm tiểu cầu, bệnh não, xơ gan do rượu, giãn tĩnh mạch lớn và xuất huyết đang diễn tiến trong khi nội soi [4].

Phương pháp điều trị dược lý nào có lợi trong xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch?

Kháng sinh đã được chứng minh là có lợi trong xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch – làm giảm tỷ lệ tàn tật và tử vong. Các thuốc co mạch như terlipressin, octreotide và somatostatin đều đã được nghiên cứu và phát hiện có mức độ lợi ích khác nhau trong xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch. Trong một phân tích tổng hợp của 30 thử nghiệm, các thuốc co mạch có liên quan đến tỷ lệ tử vong trong 1 tuần thấp hơn, cầm máu được cải thiện, nhu cầu truyền máu thấp hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn. Nguy cơ của các tác dụng phụ của các phương pháp điều trị này là không rõ ràng. Điều đáng chú ý là trong phân tích này, không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong hay tái xuất huyết giữa các thuốc co mạch [11].

Kháng sinh

Nhiễm trùng đồng thời được tìm thấy ở 30-40% bệnh nhân bị xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch và có liên quan đến tăng tỷ lệ tàn tật và tử vong [4]. Trong một nghiên cứu trên bệnh nhân xơ gan tiến triển (Child B/C) kèm GIB, ceftriaxone IV (1 g/ngày) có hiệu quả hơn norfloxacin đường uống trong việc ngăn ngừa nhiễm trùng do vi khuẩn [12]. Ở những bệnh nhân không biến chứng, fluoroquinolones (ví dụ: norfloxacin, ciprofloxacin) là phù hợp [4].

Octreotide

Trong một tổng quan Cochrane với 21 nghiên cứu, somatostatin và somatostatin analogues (ví dụ, octreotide) có liên quan đến việc giảm truyền máu (~ 1/2 đơn vị mỗi bệnh nhân) nhưng không có ảnh hưởng đáng kể trên tỷ lệ tử vong về mặt thống kê. Nguy cơ tái xuất huyết không khác biệt đáng kể trong các nghiên cứu chất lượng cao, nhưng tái xuất huyết giảm đáng kể đã được ghi nhận trong những nghiên cứu có nguy cơ sai lệch cao hơn [13]. Hầu hết các phác đồ điều trị với octreotide đã sử dụng liều 50 mcg IV bolus sau đó truyền 50 mcg / giờ trong 5 ngày [13].

Điều quan trọng để hồi sức cho bệnh nhân bị xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch là gì?

- \ Quản lý đường thở là rất quan trọng do bệnh não gan thường liên quan đến xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân xơ gan, làm giảm khả năng bảo vệ đường thở của BN.
- \ Hồi sức dịch với các chế phẩm máu là một sự cân bằng tinh tế của việc duy trì khả năng mang oxy để giảm tổn thương cơ quan đích mà không hồi sức quá mức. Hồi sức quá mức đã được chứng minh là làm nặng thêm tình trạng tăng áp cửa, làm tăng tỷ lệ chảy máu tái phát và tăng tỷ lệ tử vong. Trong một phân tích dưới nhóm ổn định huyết động, bệnh nhân GIB kèm xơ gan trong nghiên cứu Villanueva, BN trong nhóm truyền máu hạn chế cho thấy có tỷ lệ chảy máu tái phát và tử vong thấp hơn [14]. Mục tiêu hemoglobin 8 g/dL được ACG khuyến cáo dựa trên các nghiên cứu thực nghiệm [5].
- \ Hồi sức tích cực bằng dịch đẳng trương như normal saline nên được sử dụng thận trọng vì nó có thể làm xấu đi tình trạng cổ trướng và tích tụ dịch ngoài lòng mạch.
- \ Cân nhắc huyết tương tươi đông lạnh (FFP) nếu chảy máu đang diễn tiến và INR > 1.5, truyền tiểu cầu khi tiểu cầu < $50 \times 10^9/L$ hoặc cryoprecipitit nếu fibrinogen < 1.5 là quan trọng nhưng phải cân nhắc đề phòng góp phần tăng áp cửa và nguy cơ chảy máu tái phát [4, 6].
- \ Đặt sonde sengstaken-Blakemore/Minnesota có thể được sử dụng như một thủ thuật bắc cầu để nội soi.

Thủ thuật TIPS là gì và tôi nên biết gì về nó?

Thủ thuật tạo shunt cửa-chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh hay thủ thuật TIPS là một liệu pháp cứu hộ để ngăn ngừa chảy máu tái phát do vỡ giãn tĩnh mạch khi nội soi và điều trị thuốc đã thất bại. X-quang can thiệp tạo ra một con đường lưu thông thay thế xen kẽ giữa nơi chảy vào của tĩnh mạch cửa và nơi chảy ra của tĩnh mạch gan, do đó làm giảm sức cản mạch máu hiệu quả của gan. Một bệnh nhân có Child-Pugh C có thể có chênh áp tĩnh mạch gan > 20 mmHg và nhiều khả năng sẽ thất bại trong điều trị tiêu chuẩn; những bệnh nhân này có thể được hưởng lợi từ thủ thuật TIPS sớm [4]. Tuy nhiên, TIPS đã không được chứng minh là cải thiện khả năng sống sót và có liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc bệnh não [3].

Suggested Resources

- \ EMCRIIT – Blakemore Tube Placement for Massive Upper GI Hemorrhage. 2013. <https://emcrit.org/emcrit/blakemore-tube-placement/>.
- \ EMCRIIT – PulmCrit Wee: Ultrasound guided blakemore tube placement. 2016. <https://emcrit.org/pulmcrit/pulmcrit-wee-ultrasound-guided-blakemore-tube-placement/>.
- \ Emergency Medical Minute: Variceal Upper GI Bleed. <https://emergencymedicalminute.com/podcast-27-variceal-upper-gi-bleed/>.
- \ Life in the Fast Lane – Sengstaken-Blakemore and Minnesota Tubes. 2016. <https://lifeinthefastlane.com/ccc/sengstaken-blakemore-and-minnesota-tubes/>.
- \ Pulmcrit: Coagulopathy management in the bleeding cirrhotic. <https://emcrit.org/pulmcrit/coagulopathy-bleeding-cirrhotic-inr/>.

References

- \ 1.\Kamath P, Shah V. Overview of cirrhosis. Chap 74: Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 1254–1260.e1.
- \ 2.\Nable J, Graham A. Gastrointestinal bleeding. Emerg Med Clin. 2016;34(2):309–25.
- \ 3.\Turan F, Casu S, Hernandez-Gea V, Garcia-Pagan J. Variceal and other portal hypertension related bleeding. Best Prac Res Clin Gastro. 2013;27:649–64.
- \ 4.\Satapathy S, Sanyal A. Non-endoscopic management strategies for acute esophagogastric variceal bleeding. Gastroenterol Clin N Am. 2014;43(4):819–33.
- \ 5.\Garcia-Tsao G, Sanyal A, Grace N, Carey W. Practice guidelines Committee of the American Association for the Study of liver diseases and the practice parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice guidelines: Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. Am J Gastroenterol. 2007;102:2086–102.
- \ 6.\Haq I, Tripathi D. Recent advances in the management of variceal bleeding. Gastroenterology Rep. 2017;5(2):113–26.
- \ 7.\Lopez-Torres A, Waye JD. The safety of intubation in patients with esophageal varices. Am J Dig Dis. 1973;18(12):1032–4.
- \ 8.\Ritter D, Rettke S, Hughes R, Burritt M, Sterioff S, Ilstrup D. Placement of nasogastric tubes and esophageal stethoscopes in patients with documented esophageal varices. Anesth Analg. 1988;67:283–5.

- \ 9.\Reverter E, Tandon P, Augustin S, Turon F, Casu S, et al. A MELD – based model to determine risk of mortality among patients with acute variceal bleeding. *Gastroenterology*. 2014;146:412–9.
- 10.\Iino C, Shimoyama T, Igarashi T, Aihara T, Ishii K, Sakamoto J, Tono H, Fukuda S. Usefulness of the Glasgow Blatchford score to predict 1 week mortality in patients with esophageal variceal bleed-ing. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2017;29(5):547–51.
- 11.\Wells M, Chande N, Adams P, et al. Meta-analysis: vasoactive medications for the management of acute variceal bleeds. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012;35:1267–78.
- \12.\Fernandez J, Ruiz DA, Gomez C, Durandez R, Serradilla R, Guarner C, Planas R, Arroyo V, Navasa M. Norfloxacin vs ceftri-axone in the prophylaxis of infections in patients with advanced cirrhosis and hemorrhage. *Gastroenterology*. 2006;131:1049–56.
- 13.\Gotzsche P, Hrobjartsson A. Somatostatin analogues for acute bleeding oesophageal varices. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;3:CD000193.
- \14.\Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et al. Transfusion strate-gies for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med*. 2013;368:11–21.

Xuất huyết tiêu hóa: góc nhìn của chuyên gia

M. Aamir Ali

Pearls and Pitfalls

- Hai yếu tố quyết định để hội chẩn khẩn cấp với chuyên gia tiêu hóa ở một BN xuất huyết tiêu hóa là nghi ngờ cao về xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch và xuất huyết tiêu hóa trên đang diễn tiến.
- Không phải tất cả đi cầu ra máu là do LGIB.
- Truyền máu với hồng cầu khối nên được bắt đầu khi mức hemoglobin dưới 7 g/dl; Ở những bệnh nhân mắc bệnh tim mạch đã biết, nên bắt đầu truyền máu khi hemoglobin dưới 8 g/dl hoặc khi các triệu chứng phát triển.
- Với nguy cơ thấp khi sử dụng PPI ngắn hạn, lợi ích này cho phép bắt đầu PPI trước khi nội soi.

Giới thiệu

Bác sĩ M. Aamir Ali, chuyên gia về tiêu hóa và bệnh gan. Lợi ích lâm sàng của ông bao gồm sàng lọc ung thư đại tràng, trào ngược dạ dày thực quản, bệnh viêm ruột IBD và bệnh gan. Ngoài việc hoàn thành khóa nội trú tiêu hóa, bác sĩ Ali đã hoàn thành chương trình nghiên cứu hậu tiến sĩ về nhu động đường tiêu hóa tại Đại học Johns Hopkins. Ông đã xuất bản nhiều bài tóm tắt, bài báo và chương sách giáo khoa. Bác sĩ Ali được chứng nhận về lĩnh vực tiêu hóa và bệnh gan cũng như nội khoa.

Trả lời những vấn đề lâm sàng cốt lõi

1. Ông khuyên khi nào thì bác sĩ cấp cứu nên hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa trong UGIB? Và ông muốn được gọi vào lúc nào?

Hai yếu tố quyết định hội chẩn khẩn cấp về tiêu hóa cho một BN GIB là (1) nghi ngờ cao về xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch và (2) xuất huyết tiêu hóa trên đang diễn tiến.

(1) Xuất huyết do vỡ tĩnh mạch được nghi ngờ dựa trên các yếu tố sau:

- (a)\ Tiền sử – tiền sử xơ gan, lạm dụng rượu, viêm gan siêu vi mạn tính hoặc gia đình có bệnh gan.
- (b)\ Triệu chứng lâm sàng - cổ trướng, nốt nhện, vú to ở nam, hồng ban lòng bàn tay, tuần hoàn bàng hệ và dấu run vẩy.
- (c)\ Xét nghiệm - transaminase tăng, thời gian prothrombin tăng hoặc albumin giảm.

(2) UGIB đang diễn tiến được nghi ngờ trong bối cảnh nôn ra máu và mất ổn định huyết động. Nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, ngất, hạ huyết áp thể đứng và các thông số này không cải thiện sau khi hồi sức dịch hoặc truyền máu là gợi ý của chảy máu đang diễn tiến.

2. Những kinh nghiệm quý giá nào ông có thể cung cấp cho các bác sĩ cấp cứu khi đánh giá bệnh nhân nghi ngờ bị xuất huyết tiêu hóa?

Không phải tất cả trường hợp đi cầu ra máu là từ LGIB. Khoảng 15% bệnh nhân đi cầu ra máu có nguồn chảy máu là từ đường tiêu hóa trên. Tốc độ chảy máu từ đường tiêu hóa trên phải đủ nhanh để dẫn đến đi cầu ra máu; do đó, nguồn tiêu hóa trên nên được xem xét ở bất kỳ bệnh nhân huyết động không ổn định nào có biểu hiện đi cầu ra máu.

3. Vai trò của hút dịch dạ dày là gì?

Hút dịch dạ dày cung cấp thông tin chẩn đoán cũng như làm sạch máu và cục máu đông từ dạ dày để giảm khả năng hít sặc và cải thiện hình ảnh nội soi. Hút dịch dạ dày có giá trị tiên đoán dương tính cao đối với chảy máu đang diễn tiến khi dịch hút ra có màu đỏ tươi. Tuy nhiên, hút dịch dạ dày âm tính ở 16% bệnh nhân có UGIB đang diễn tiến. Mặc dù sự hiện diện của mật trong dịch hút làm âm tính giả là ít có khả năng, nhưng hút dịch dạ dày âm tính không loại trừ UGIB ở bệnh nhân có các dấu chỉ lâm sàng khác phù hợp.

4. Những khái niệm nào ông nghĩ là chìa khóa để chẩn đoán và quản lý bệnh nhân nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa?

Truyền máu: Ở một bệnh nhân huyết động ổn định có biểu hiện GIB, truyền hồng cầu khối nên được bắt đầu khi mức hemoglobin dưới 7 g/dl. Ở những bệnh nhân mắc bệnh tim mạch đã biết, nên truyền máu ở mức hemoglobin dưới 8 g/dl hoặc

khi các triệu chứng phát triển. Các tiêu chí này không áp dụng cho bệnh nhân huyết động không ổn định, vì sự chậm trễ trong cân bằng có thể dẫn đến hemoglobin vẫn duy trì mức cao giả tạo mặc dù mất máu đáng kể.

Thuốc ức chế bơm proton (PPI): Một phân tích tổng hợp các thử nghiệm ngẫu nhiên về điều trị PPI ở BN UGIB cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tái xuất huyết, phẫu thuật hoặc tử vong. Tuy nhiên, PPI làm giảm khả năng tìm thấy các loại tổn thương có nguy cơ cao trên nội soi mà tổn thương đó cần phải cầm máu. Với nguy cơ thấp khi sử dụng PPI ngắn hạn, lợi ích này cho phép bắt đầu PPI trước khi nội soi

5. Những biến chứng mà ông quan tâm khi quyết định làm nội soi khẩn cấp?

Vì hạ huyết áp và giảm oxy máu có thể làm phức tạp thuốc an thần ở BN được hồi sức không đầy đủ, nội soi nên được hoãn lại cho đến khi bệnh nhân được bù đủ dịch, và nếu cần là các sản phẩm máu, để đạt được sự ổn định huyết động. Ngoài ra, hút máu hoặc cục máu đông có thể xảy ra trong khi nội soi khẩn cấp. Rửa dạ dày và một liều duy nhất erythromycin IV 250 mg làm giảm gánh nặng cục máu đông trong dạ dày. Đặt nội khí quản trước thủ thuật để bảo vệ đường thở trong khi làm thủ thuật nên được xem xét trước khi nội soi khẩn cấp.

6. Làm thế nào để bạn quyết định nếu nội soi nên được làm ngay lập tức hay có thể đợi đến ngày hôm sau?

UGIB nghi ngờ là do vỡ giãn tĩnh mạch cần đảm bảo nội soi khẩn. Các đặc điểm nguy cơ cao khác cho phép nội soi trong vòng 12 giờ bao gồm hút dạ dày ra máu mà nó không rõ ràng với rửa dạ dày, cũng như hạ huyết áp và nhịp tim nhanh không đáp ứng với hồi sức dịch.