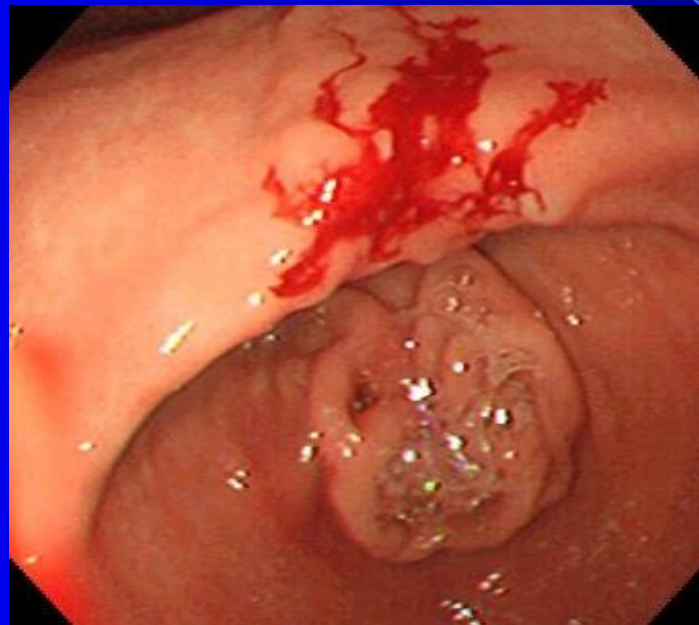


CẬP NHẬT XỬ TRÍ VÀ DỰ PHÒNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN KHÔNG DO TĂNG ÁP TĨNH MẠCH CỬA



PGS.TS.BS BÙI HỮU HOÀNG
Trưởng Khoa Tiêu hóa
BỆNH VIỆN ĐH Y DƯỢC TPHCM

Mở đầu

- ❖ Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên là cấp cứu nội-ngoại khoa thường gặp
- ❖ Nguyên nhân do loét DDTT có khuynh hướng giảm nhưng do vỡ giãn TMTQ lại tăng
- ❖ Tỷ lệ tử vong tùy thuộc:
 - * Mức độ nặng của xuất huyết lần đầu
 - * Cơ địa BN (xơ gan, bệnh phổi hợp)
 - * Tuổi tác BN
- ❖ 70-80% có thể tự cầm trong vòng 48 giờ sau nhập viện nhưng có thể chảy máu tiếp diễn hoặc tái phát
- ❖ Tiến bộ của nội soi can thiệp và điều trị bằng thuốc đã làm giảm tỷ lệ tử vong và phẫu thuật cấp cứu
- ❖ Cần áp dụng các biện pháp dự phòng XHTH ở các đối tượng nguy cơ cao

Hiện nay, điều trị can thiệp nội soi cầm máu được xem là “**tiêu chuẩn vàng**”, việc điều trị BN XHTH trên có thể được chia 3 giai đoạn:

- ✓ Đánh giá và xử trí trước nội soi
- ✓ Cầm máu qua nội soi
- ✓ Điều trị sau khi nội soi

1. Đánh giá và xử trí trước nội soi

- Phân loại sớm mức độ BN dựa trên các thang điểm tiên lượng xuất huyết tái phát và tử vong:
 - ✓ nhóm nguy cơ thấp
 - ✓ nhóm nguy cơ cao
- Thang điểm Rockall và Blatchford đánh giá nguy cơ cần can thiệp y khoa, tái xuất huyết và tử vong
- Phân loại Forrest đánh giá nguy cơ tái xuất huyết

Đánh giá mức độ nặng của XHTH dựa trên ước lượng thể tích máu mất

	Nhẹ < 20% (<1L)	Vừa 20 – 40% (1-2L)	Nặng > 40% (>2L)
Da niêm Mạch H.A Nước tiểu Tri giác	Hơi xanh < 100/ph > 100mmHg Cô đặc Bình thường	Xanh, khát nước 100 – 120/ph 80–100mmHg Thiểu niệu # Bình thường	Lạnh, nhợt nhạt > 120/ph < 80mmHg Vô niệu Vật vã/ lơ mơ
Hct Hồng cầu	> 30% >3Tr/mm ³	20 – 30% 2 – 3 Tr/mm ³	< 20% < 3 Tr/mm ³

Thang điểm Rockall

	Các yếu tố đánh giá		Điểm
Rockall lâm sàng	Tuổi	< 60	0
		60-79	1
		≥ 80	2
	Sốc	M > 100 lần/phút	1
		HA tâm thu < 100 mmHg	2
	Bệnh kèm theo	Bệnh mạch vành, suy tim sung huyết, các bệnh nặng khác	2
		Suy thận, suy gan, K di căn	3
Rockall đầy đủ	KQ Nội soi	Không thấy tổn thương, rách tâm vị	0
		Loét DD-TT, vết trợt, viêm TQ	1
		K đường tiêu hoá cao	2
		Dấu hiệu chảy máu trên NS cao: máu trong đường tiêu hóa trên, máu đang chảy, lộ mạch máu hay có cục máu đông.	2

Rockall T. A. (1996), "Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage". *Gut*, 38(3), pp.316-21.

Nguy cơ tử vong theo ROCKALL

Điểm	% BN (n= 2531)	XH tái phát	Tử vong không có XH tái phát	Tử vong có XH tái phát
0-2	29%	4,3%	0,1%	-
3-4	34%	13%	3%	12%
5	15%	17%	8%	21%
6	9%	29%	15%	29%
7	8%	40%	20%	35%
≥ 8	5%	48%	40%	53%

Rockall T. A., Logan R. F., Devlin H. B., Northfield T. C. (1996), "Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage". Gut, 38 (3), pp. 316-21

Thang điểm Glasgow Blatchford

GBS dùng để tiên lượng kết cục lâm sàng của tất cả BN XHTH trên

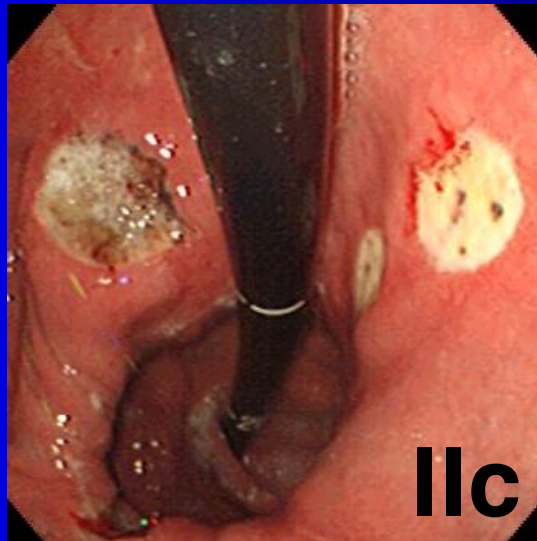
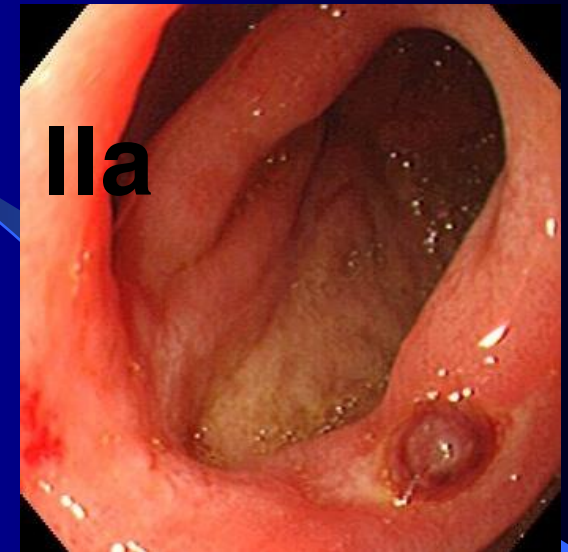
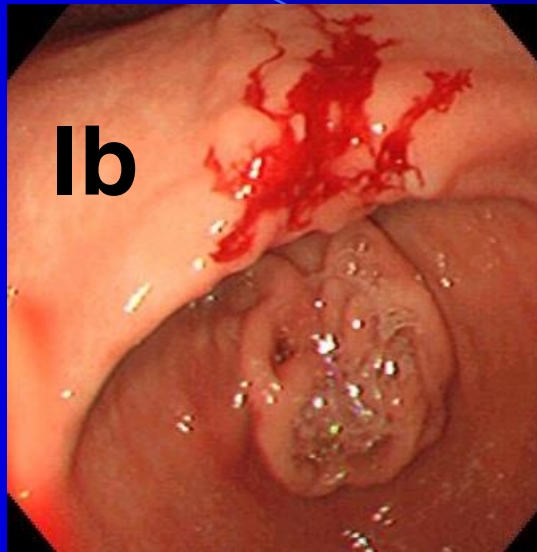
	Các yếu tố đánh giá		Điểm
GBS cải tiến	Mạch	≥ 100 l/p	1
	BUN (mg/dL)	≥ 18.2 đến < 22.4	2
		≥ 22.4 đến < 28	3
		≥ 28 đến < 70	4
		≥ 70	6
	Hemoglobin NAM (g/L)	≥ 12 đến < 13	1
		≥ 10 đến < 12	3
		< 10	6
	Hemoglobin NỮ (g/L)	≥ 10 đến < 12	1
		< 10	6
	HA tâm thu (mmHg)	100 - 109	1
		90 - 99	2
		< 90	3
GBS đầy đủ	Dấu hiệu khác	Tiêu phân đen	1
		Ngất	2
		Bệnh gan	2
		Suy tim	2

< 1 điểm: BN có thể điều trị ngoại trú

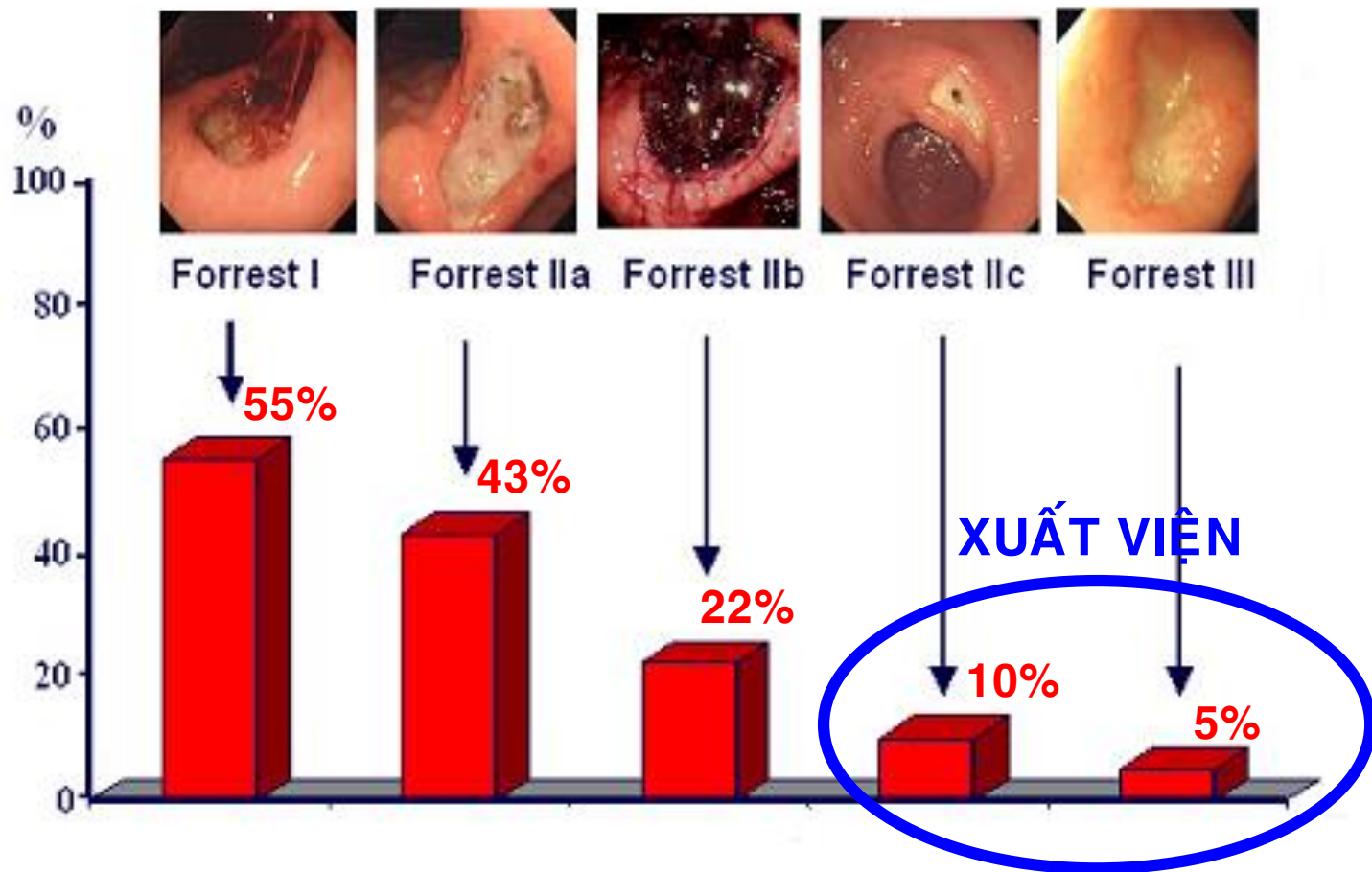
≤ 3 điểm : 1,8-11,5 % BN cần can thiệp y khoa sớm

≥ 10 điểm : > 96% BN cần can thiệp y khoa sớm.

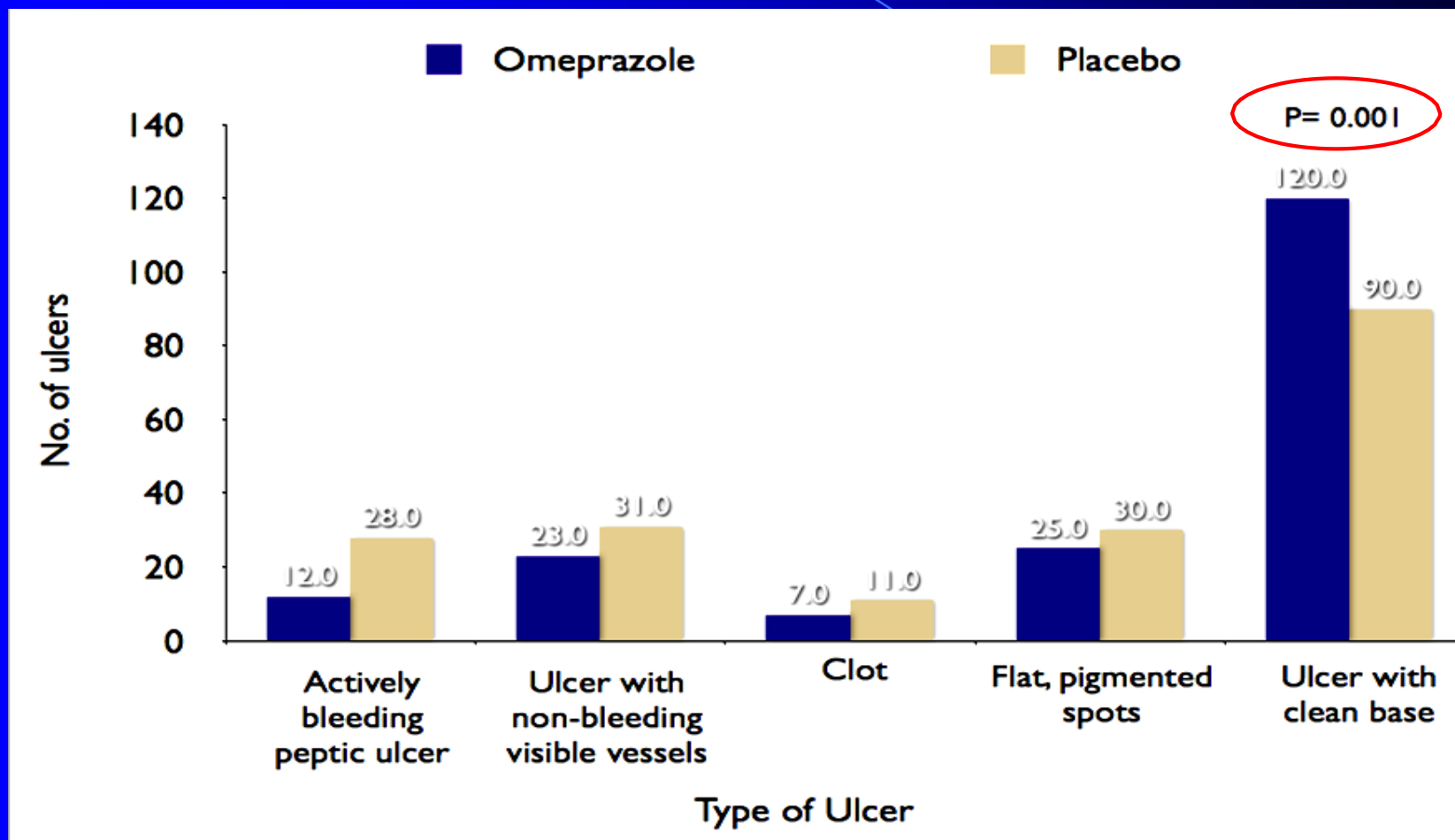
Phân loại Forrest dự đoán tái xuất huyết



Tần suất tái xuất huyết thay đổi tùy theo Phân loại Forrest



Đặc điểm ổ loét DD-TT ở bệnh nhân XHTH do loét được điều trị PPI trước nội soi



Lau JY et al. N Engl J Med 2007;356:1631-1640

Proton pump inhibitor treatment initiated prior to endoscopic diagnosis in upper gastrointestinal bleeding (Review)

Sreedharan A, Martin J, Leontiadis GI, Dorward S, Howden CW, Forman D, Moayyedi P

	PPI trước NS	Chứng	p
Rebleeding (%)	13,9	16,6	0,81 (0,61 -- 1,09)
Surgery (%)	9,9	10,2	0,96 (0,68 -- 1,35)
Death(%)	6,1	5,5	1.12 (0,7 2 -- 1,73)

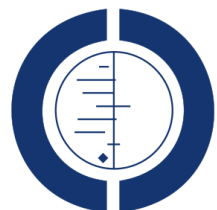
When endoscopy facilities or endoscopy expertise are not available within 24 hours, downgrading stigmata of recent haemorrhage and reducing the requirement for endoscopic intervention becomes much more justified.

Phân tích dựa trên 6 RCT, N = 2.223

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả của PPI trước nội soi

So sánh: PPI (TM/uống) vs chứng (giả dược, anti-H2, không ĐT)

Tham khảo thông tin kê toa về chỉ định và liều dùng các PPI cụ thể được phê duyệt tại Việt Nam khi sử dụng



THE COCHRANE
COLLABORATION®



OPEN ACCESS

Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018

Statement 2: Pre-endoscopy intravenous proton pump inhibitors are recommended in stable patients awaiting endoscopy

(Reject—agreement: 72.2%)

Modified: Intravenous proton pump inhibitors are recommended for patients with suspected gastrointestinal bleeding awaiting endoscopy

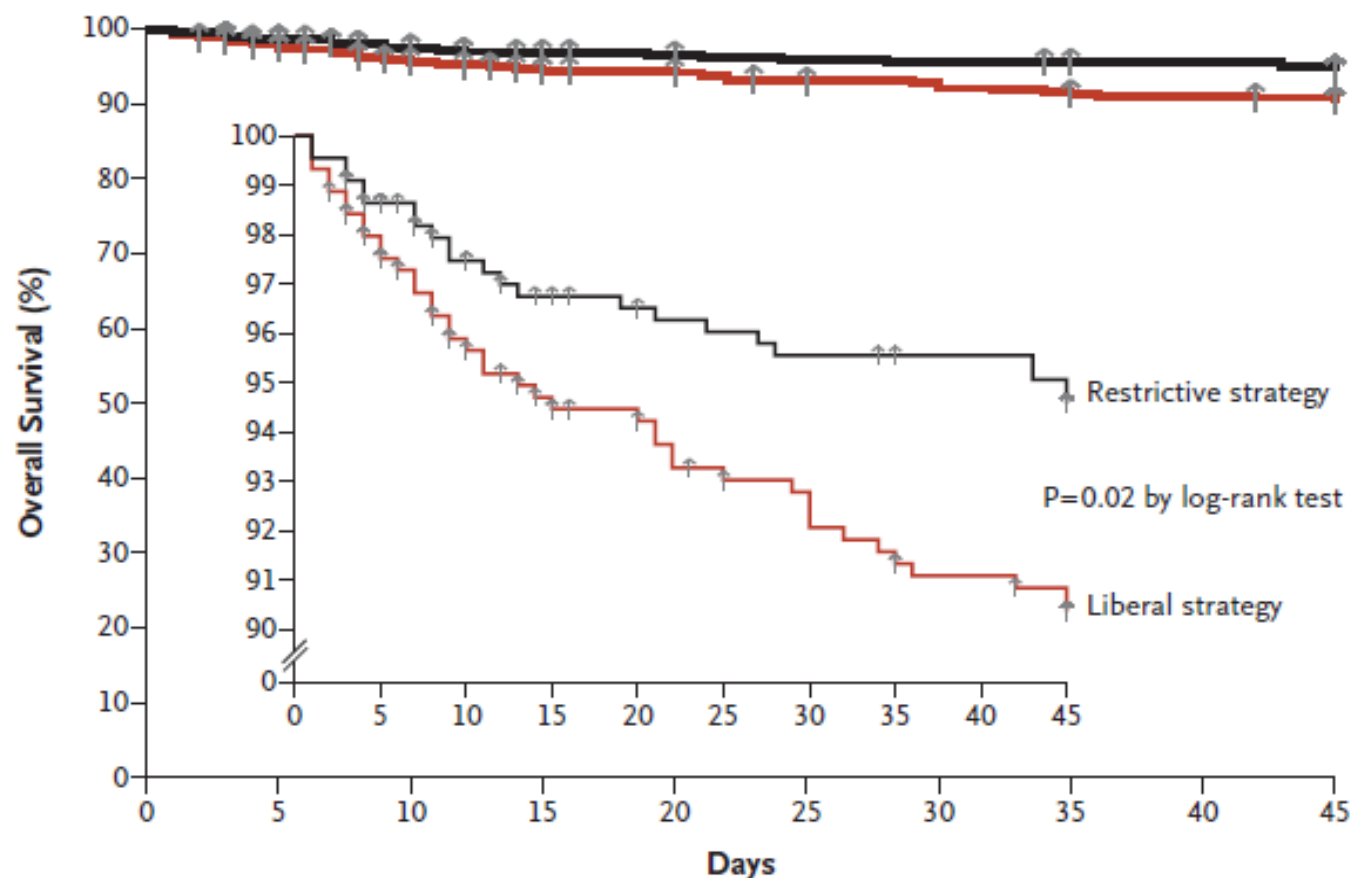
(Reject—agreement: 66%)

Chỉ định truyền máu/ dịch

- ❖ Mục tiêu: Duy trì tưới máu và cung cấp oxy cho mô → khôi phục thể tích tuần hoàn (cung lượng tim) và Hb
- ❖ Khi nào cần truyền?
 - ❖ Ảnh hưởng huyết động ($M > 100$ lần/phút, $HA < 100$ mmHg, hạ HA tư thế) và/hoặc có tình trạng thiếu oxy não/mô (vật vã hoặc lơ mơ...)
 - Duy trì huyết áp tâm thu $> 80 - 90$ mmHg
 - Hb $\# 7-9$ g%

Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

Survival, According to Transfusion Strategy



Không nâng Hb > 10g/dL

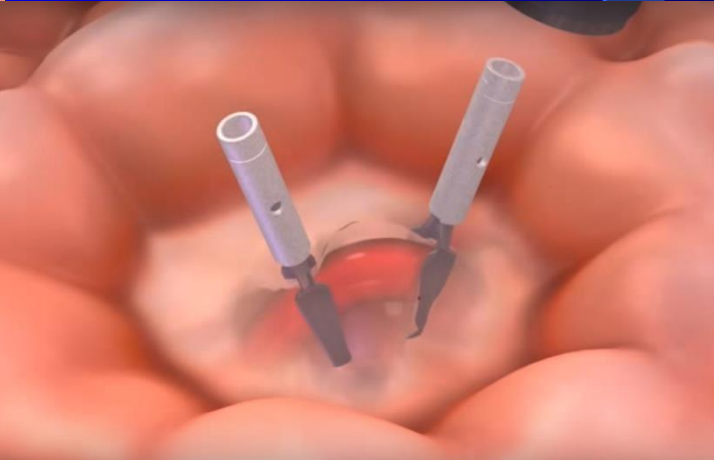
Một số đối tượng đặc biệt cần lưu ý khi hồi sức nội khoa XHTH

- ❖ Người cao tuổi/ bệnh mạch vành, bệnh phổi mạn, cần truyền máu khẩn khi Hb **<10g%** và duy trì ở mức 9-10g% (người trẻ chỉ truyền máu khi Hb **≤7g%**)
- ❖ BN suy tim, suy thận → thận trọng tình trạng quá tải tuần hoàn, nên dựa vào CVP
- ❖ BN bị rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu, rối loạn chức năng gan nặng → cần truyền tiểu cầu và huyết tương tươi khi tiểu cầu **< 50.000**; INR **> 1,5**; Fibrinogen **<1g/L**
- ❖ BN đang sử dụng thuốc ức chế kết tập tiểu cầu (clopidogrel, aspirine) → không cần truyền tiểu cầu
- ❖ BN nguy cơ bị sặc đường thở (ói máu nhiều, suy hô hấp, rối loạn tri giác...) → cần đặt nội khí quản sớm

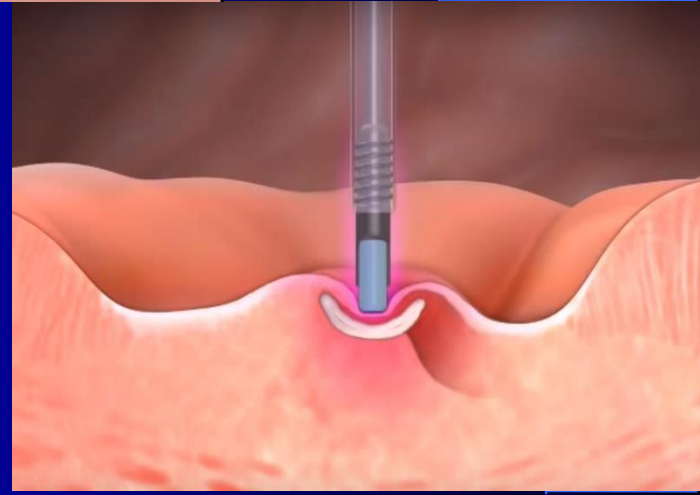
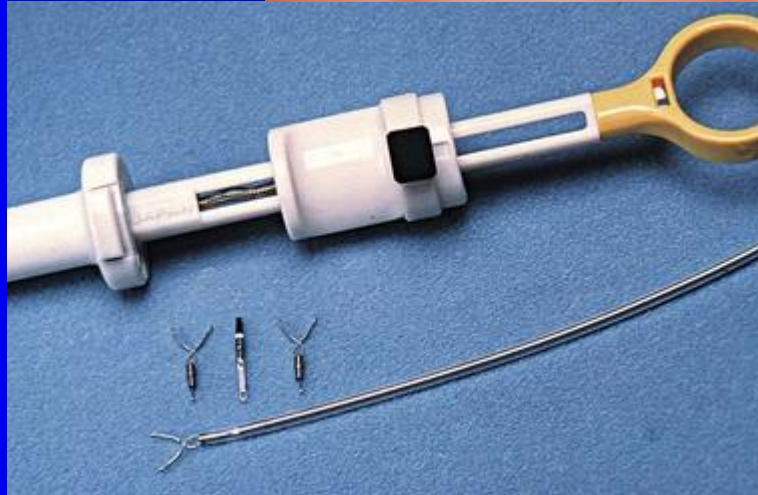
2. Nội soi cầm máu

- ✓ Nếu không có chống chỉ định, BN cần được nội soi dạ dày sớm **trong vòng 24 giờ** sau khi nhập viện, nhất là nhóm nguy cơ cao
- ✓ Nội soi khẩn cấp ≤ 6 giờ không cần thiết cho tất cả BN
- ✓ BN ói máu lượng nhiều, bị sốc do mất máu cần được nội soi khẩn (6-12 giờ) sau khi đã được hồi sức và ổn định
- ✓ BN có bệnh tim mạch/ hô hấp nặng: có thể trì hoãn đến khi ổn định M, HA và SaO₂
- ✓ Tiêm Adrenaline đơn thuần không đạt được hiệu quả điều trị tối ưu, cần phối hợp thêm kỹ thuật can thiệp khác (kẹp clip, đốt, chích xơ...)

Một số kỹ thuật nội soi can thiệp cầm máu trong XHTH trên



**Adrenaline
1/1.000**





Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018

Kỹ thuật nội soi cầm máu mới



Statement 6: Endoscopic haemostatic powder spray (such as Hemospray) is useful as a stop-gap treatment in NVUGIB (Accept—agreement: 83.3%, evidence: low)



Statement 7: Over-the-scope-clipping devices (such as Ovesco) are useful in treating lesions refractory to conventional endoscopic haemostatic therapy (Accept—agreement: 94.4%, evidence: moderate)

3. Điều trị sau khi nội soi

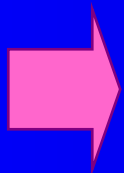
- ✓ Ưc chế toan để phòng ngừa tái xuất huyết
- ✓ Vấn đề sử dụng kháng đông & chống kết tập tiểu cầu
- ✓ Vai trò can thiệp mạch (XQ can thiệp)
- ✓ Xét nghiệm chẩn đoán *H. pylori*

Vai trò của PPI sau can thiệp nội soi: Những yếu tố ảnh hưởng đến cầm máu ở dạ dày-tá tràng

HCl và PEPSIN:

- Hệ thống đông máu huyết tương và tiểu cầu rất nhạy cảm với H^+ khi $pH < 5,4$
- Pepsin được hoạt hóa từ pepsinogen ở $pH < 6$ thúc đẩy phá hủy ngưng kết tiểu cầu, phá vỡ cục máu đông

ức chế acid là ức chế được pepsin



Tăng khả năng đông máu

Độ pH cân bằng với bảo vệ

Mức độ ức chế acid cần thiết thay đổi tùy theo chỉ định

pH dạ dày	Hoạt động sinh lý
$\geq 3,5$	Giảm xuất độ xuất huyết do stress
$\geq 4,5$	Bất hoạt pepsin
≈ 5	99,9% trung hòa axít
$< 5-7$	Thay đổi về đông máu và kết tập tiểu cầu
≥ 7	Có tiềm năng giảm xuất độ tái xuất huyết
≥ 8	Hủy pepsin

Phòng ngừa tổn thương niêm mạc do stress

Phòng ngừa tái xuất huyết do loét

- Cơ sở lý luận cho mức độ ức chế tiết acid dựa trên các nghiên cứu in vitro và động vật thực nghiệm

Ước chế toan phòng ngừa tái xuất huyết

Sử dụng PPI:

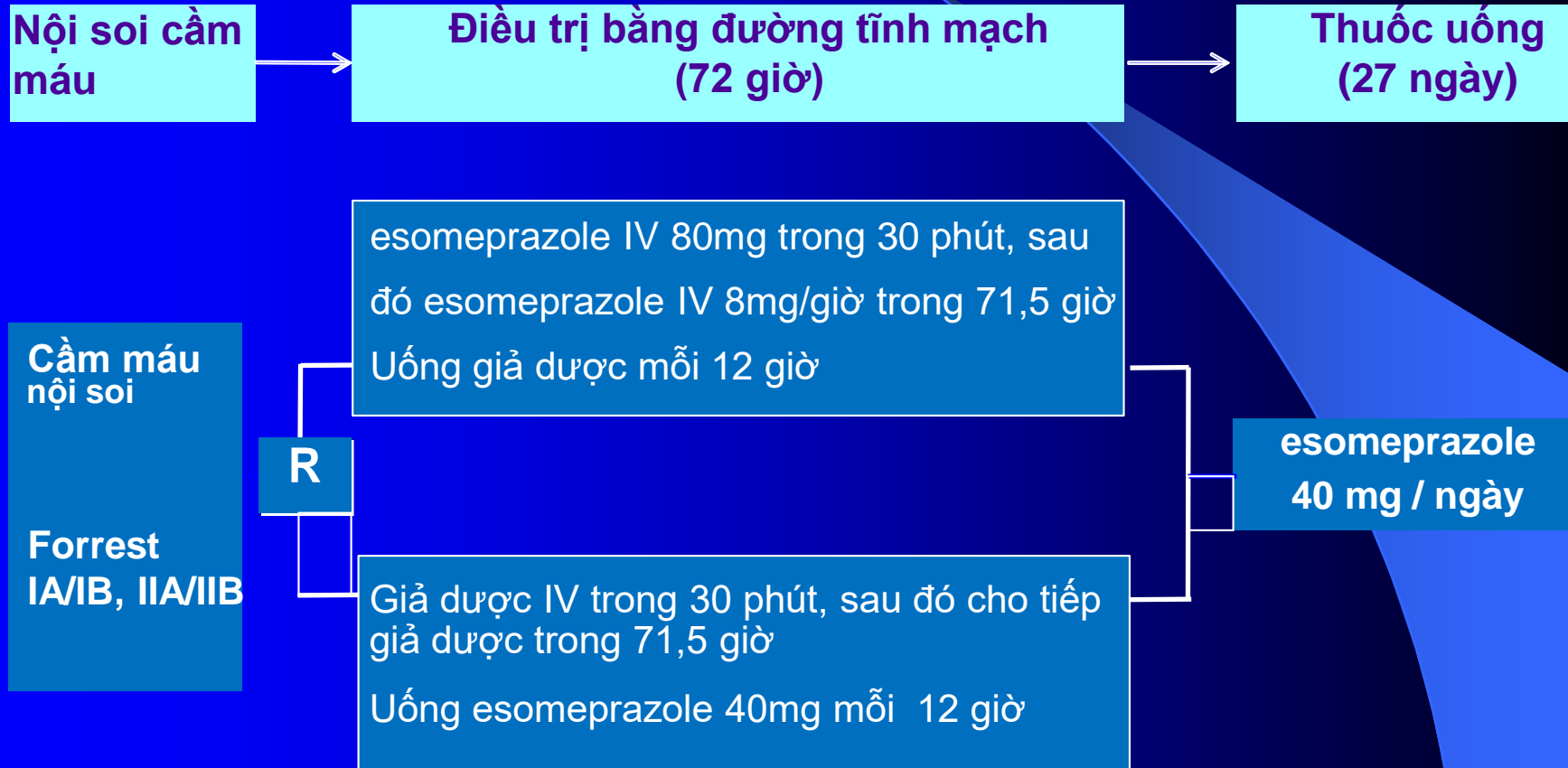
Tùy theo nguy cơ tái xuất huyết:

- ✓ Forrest Ia, Ib, IIa (nguy cơ cao):
 - * 80mg bolus TM trong 30phút.
 - * sau đó TTM 8mg/giờ trong 72 giờ
- ✓ Forrest IIb, IIc (nguy cơ thấp): 40mg TM hoặc uống mỗi 12 giờ, trong 72 giờ
- ✓ Forrest III hoặc giai đoạn chuyển tiếp: PPI 40mg uống/ngày

PPI nên khởi động ngay sau khi đã cầm máu nội soi

3 thuốc được FDA chấp thuận cho sử dụng trong XHTH do loét DDTT: omeprazole, pantoprazole, esomeprazole

Esomeprazole tĩnh mạch so với Esomeprazole đường uống liều cao trong điều trị XHTH



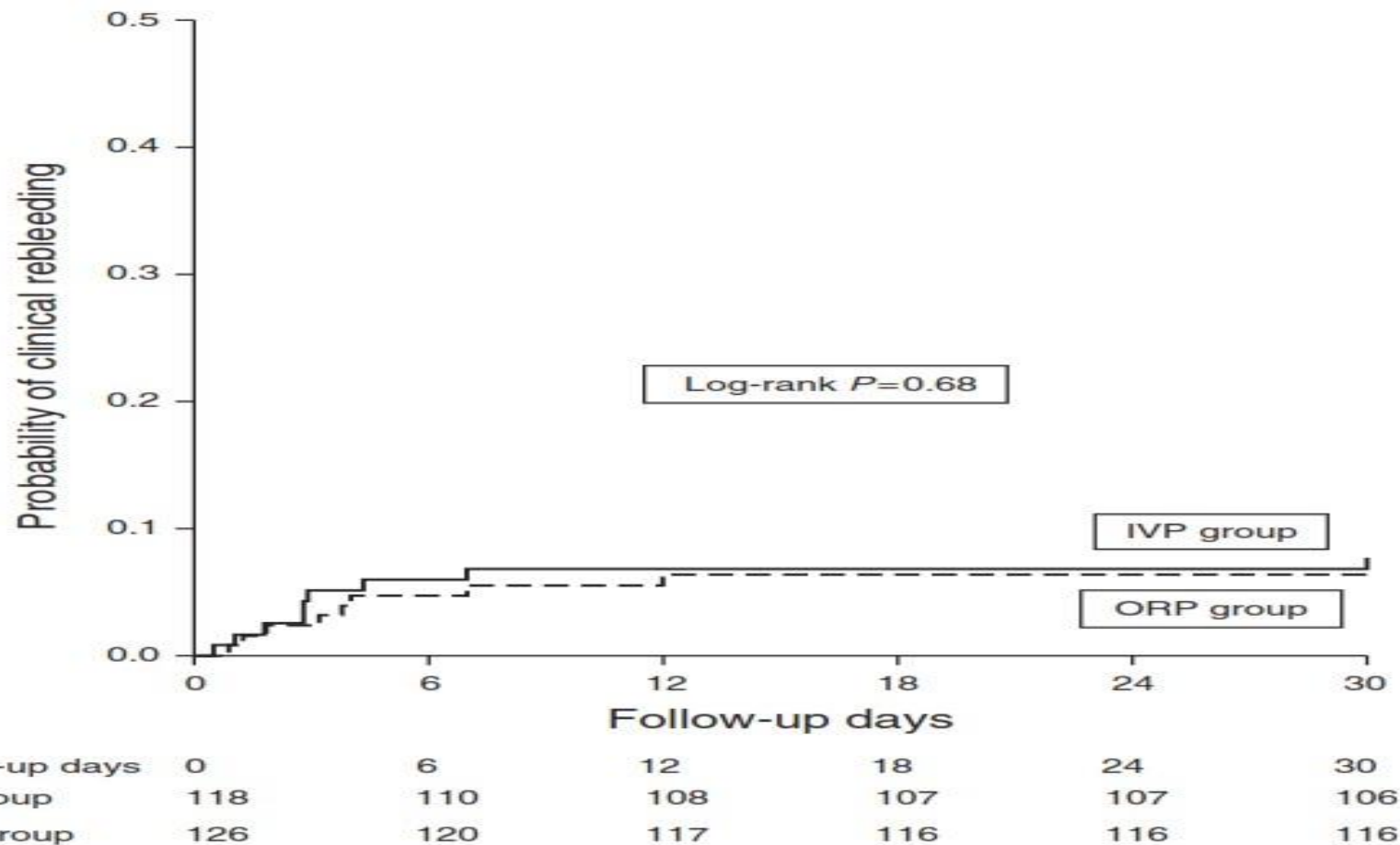


Figure 2. Recurrent bleeding of patients within the 30-day follow-up period.

- There is no properly powered RCT to confirm that highdose oral PPI is as effective as IV PPI.
- High-dose oral PPI can be used to prevent recurrent bleeding, but it has to be used as an adjunct to endoscopic therapy

(Sung JJY, *Am J Gastroenterol* 2014)

Tham khảo thông tin kê toa về chỉ định và liều dùng các PPI cụ thể được phê duyệt tại Việt Nam khi sử dụng

Vấn đề sử dụng thuốc kháng đông và chống kết tập tiểu cầu

- ✓ Ở BN có nguy cơ huyết khối tim mạch cao đang sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu, các thuốc này nên được khởi động sớm sau khi đã cầm máu hiệu quả
- ✓ Ở BN đang sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu kép, ít nhất một thuốc kháng kết tập tiểu cầu nên được khởi động lại khi chảy máu ổn định (thường là aspirin trong vòng 3-5 ngày sau khi nội soi)
- ✓ Ở BN có nguy cơ huyết khối tim mạch cao đang sử dụng thuốc kháng đông đường uống hoặc warfarin bị xuất huyết tiêu hóa trên, các thuốc này nên được khởi động lại sớm sau khi đã cầm máu được



OPEN ACCESS

Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018

It is premature to recommend angiography to prevent recurrent bleeding from peptic ulcer after endoscopic treatment. More evidence from future clinical trials is necessary.

Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline



Patients with clinical evidence of rebleeding, failure of second endoscopic attempt at hemostasis, transcatheter angiographic embolization (TAE) or surgery should be considered.

(strong recommendation, high quality evidence)

Vấn đề tiết trừ *H.pylori* ở BN XHTH do Loét DDTT

- Nên đặt ra khi có XHTH do loét, nhất là loét tá tràng
- Có thể thử huyết thanh chẩn đoán Hp, test urease nhanh, và PY test (test thở)... Khi kết quả âm tính nên kiểm tra lại hoặc kết hợp ≥ 2 test
- Điều trị tiết trừ Hp có thể thực hiện trong vòng 1 tháng sau khi có kết quả dương tính
- Khi BN cần sử dụng NSAID hoặc ASA dài hạn, cần sử dụng thêm PPI và/hoặc các thuốc bảo vệ niêm mạc

ACG guidelines on *H. pylori* management: Areas of controversy

NSAID or aspirin users

- *H. pylori* and NSAIDs are independent risk factors for UGIB, may be additive and possibly synergistic¹

NSAID-naïve²

- *H. pylori* treatment reduces PUD risk
- OR = 0.26, 95% CI 0.14–0.49

Chronic NSAIDs user²

- *H. pylori* eradication alone does not reduce PUD risk
- OR 0.95, 95% CI 0.53–1.72

- Testing for *H. pylori* is recommended in all patients with PUD regardless of whether they are taking NSAIDs

¹Huang et al, *Lancet* 2002; 359: 14

²Vergara et al, *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21: 1411

³Schaeffer et al, *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 2637

Kết Luận

- ❖ XHTH trên là cấp cứu tiêu hóa thường gặp. Tiến bộ của nội soi cầm máu và PPI đã làm giảm tỷ lệ tái xuất huyết, tử vong và chỉ định phẫu thuật
- ❖ Xử trí XHTH trên không do tăng áp TMC gồm 3 bước: đánh giá và xử trí trước nội soi, nội soi cầm máu, điều trị sau khi nội soi.
- ❖ Đánh giá và xử trí trước nội soi: cần phân tầng nguy cơ dựa trên các thang điểm, GBS được khuyến cáo để dự đoán khả năng can thiệp y khoa; cân nhắc đúng chỉ định truyền máu; PPI có thể cho trước khi nội soi khi chưa thể nội soi can thiệp trong vòng 24 giờ và phải dùng liều cao, đường TM

Kết Luận

- ❖ Nội soi cầm máu: cần tiến hành sớm trong vòng 24 giờ (≤ 12 giờ khi có rối loạn huyết động); nội soi cầm máu nên thực hiện đúng chỉ định; nên kết hợp tiêm adrenaline cùng với các kỹ thuật cầm máu khác (kẹp clip, đốt...)
- ❖ Điều trị sau nội soi: PPI nên sử dụng sớm ngay sau khi nội soi cầm máu hiệu quả; PPI liều cao bolus TM, tiếp sau TTM trong 72 giờ được chỉ định cho nhóm nguy cơ cao, PPI TM liều thấp hoặc uống liều cao cũng hiệu quả cho nhóm nguy cơ thấp sau khi cầm máu hiệu quả; cân nhắc việc sử dụng lại kháng đông và kháng kết tập tiểu cầu tùy từng trường hợp; nên tầm soát và điều trị HP khi ổn xuất huyết

***Cảm ơn quý vị đã
chú ý lắng nghe...***