

## Xuất huyết tiêu hoá cấp nghi do bệnh lý túi thừa đại tràng

Ngô Thị Thu Thủy<sup>1</sup>, Trần Thị Huyền<sup>1</sup>, Vũ Thị Thu Trang<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Khải<sup>1</sup>, Phạm Văn Linh<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

<sup>2</sup> Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

### Tác giả liên hệ

Phạm Văn Linh

Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Điện thoại: 0934326068

Email: [pvlinh@hpmu.edu.vn](mailto:pvlinh@hpmu.edu.vn)

### Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 22/11/2022

Ngày phản biện: 29/11/2022

Ngày duyệt bài: 27/12/2022

### TÓM TẮT

**Bối cảnh:** Xuất huyết tiêu hóa cấp là một tình trạng phổ biến có nguyên nhân đa dạng. Xác định nguyên nhân và xác định vị trí chảy máu đôi khi còn gặp khó khăn. Hiểu biết tổng thể về các tình trạng bệnh và nguyên nhân kết hợp với các thông tin chi tiết từ người bệnh kết hợp với các kết quả khám và thăm dò có thể cho phép tiếp cận, chẩn đoán, xử trí và điều trị phù hợp. **Ca bệnh:** Bệnh nhân nam, 85 tuổi, thường bị táo bón trong tiền sử, có thói quen ăn ít rau, vào viện vì mệt nhiều, hoa mắt, chóng mặt sau nhiều đợt đại tiện phân đen trong một tháng trước khi tới viện. Bệnh nhân đã được soi dạ dày, soi đại tràng, soi ruột non và chụp cắt lớp bụng trước đó. Nhập viện người bệnh đại tiện phân đen, sệt, mùi khắm liên tục từ 3 ngày trước. Huyết động và sinh hiệu ổn định với nhịp tim 70 nhịp/phút, huyết áp 110/70 mmHg, nhiệt độ 36,5°C. Khám lâm sàng ghi nhận toàn trạng mệt mỏi và niêm mạc nhợt. Công thức máu (cấp) có hồng cầu (RBC) 1,5 T/l, hemoglobin (HGB) 44 g/l, hematocrit (HCT) 0,132 l/l. Chẩn đoán vào viện là xuất huyết tiêu hóa chưa cầm nghi do bệnh lý túi thừa đại tràng (viêm, chảy máu), thiếu máu mức nặng. Bệnh nhân được truyền dịch, truyền máu và điều trị kháng sinh (metronidazole 1,5 g/ngày), nội soi dạ dày và chụp cắt lớp ổ bụng. Tình trạng lâm sàng cải thiện sau 5 ngày, người bệnh xuất viện ở ngày thứ 11 trong tình trạng ổn định. **Kết luận:** Xuất huyết tiêu hóa cấp cần được tiếp cận một cách hệ thống, xử trí cấp cứu, điều trị triệu chứng và định hướng theo nguyên nhân một cách hợp lý theo các hướng dẫn dựa trên chứng cứ.

**Từ khóa:** xuất huyết tiêu hóa cấp, bệnh lý túi thừa đại tràng

## Acute gastrointestinal bleeding with suspected cause of colon diverticular disease

**ABSTRACT. Context:** Acute gastrointestinal (GI) bleeding is a common condition with diverse etiologies. Determining the cause and location of bleeding can sometimes be challenging. A holistic understanding of conditions and causes combined with detailed patient information, examination and tests findings, could enable approach for appropriate diagnosis, management, and treatment. **Case report:** A 85 year-old man, often constipated in history, having a habit of eating few vegetables, was admitted to the hospital because of fatigue and dizziness after several episodes of tarry bowel movements in the month before going to hospital. The patient had undergone previously gastroscopy, colonoscopy, capsule endoscopy and abdominal CT scanner. At admission, the patient had black, viscous and pungent stools continuously from the previous 3 days. Patient had stable hemodynamic state and vital signs with heart rate 70 beats/min, blood pressure 110/70 mmHg, temperature 36.5°C. Clinical examination noted marked tiredness and pale mucosa.

Complete blood count (urgently done) showed RBC 1.5 T/l, HGB 44 g/l, HCT 0.132 l/l. He was then diagnosed acute gastrointestinal bleeding, severe chronic anemia with colonic diverticular disease (diverticulitis, diverticular bleeding) as suspected cause. The patient received fluid infusion, blood transfusion, antibiotic treatment (metronidazole 1.5 g/day), underwent the oesogastrosocopy and abdominal CT. The clinical condition improved after 5 days under treatment and the patient was discharged on the 11th day in stable state. **Conclusions:** Acute gastrointestinal bleeding needs a systematic approach, emergency management and appropriate symptomatic and cause-oriented treatment according to evidenced-based guidelines.

Keywords: acute gastrointestinal bleeding, colonic diverticular disease.

## CÁC BÀN LUẬN CHÍNH VỀ LÂM SÀNG

- Xuất huyết tiêu hoá thấp chiếm 30-40%, không xác định rõ được điểm chảy máu trong một số trường hợp;
- Túi thừa ống tiêu hóa hình thành tại các điểm xung yếu là nơi các động mạch xuyên qua lớp cơ vòng của thành ruột. Bệnh lý túi thừa ống tiêu hóa (ruột non và đại tràng) có liên quan tới chế độ ăn ít chất xơ, các chế độ ăn dễ gây táo bón (nhiều mỡ, đường, sữa), là nguyên nhân chính đưa tới xuất huyết tiêu hóa dưới (30-65%). Bệnh lý túi thừa chủ yếu là tình trạng viêm và chảy máu túi thừa, khi diễn biến không thuận lợi có thể đưa tới các biến chứng nặng nề hơn và tình trạng xuất huyết tiêu hoá cấp. Khi nghi ngờ tình trạng viêm túi thừa, cần thận trọng khi tiến hành các thăm dò nội soi do có thể đưa tới biến chứng thủng túi thừa và các biến chứng của tình trạng đó. Chụp cắt lớp có thể không thấy hay bỏ qua tổn thương viêm túi thừa trong một số trường hợp.
- Về xử trí và điều trị, cần lưu ý tới xử trí hồi sức ban đầu ngay cả khi chưa có chẩn đoán xác định về định khu và nguyên nhân. Hồi sức dịch sử dụng dung dịch tinh thể và dung dịch keo (ưu tiên hơn) để bù đắp nhanh chóng thể tích tuần hoàn mất qua chảy máu có ý nghĩa quan trọng, quyết định tiên lượng. Cần lưu ý tới chỉ định truyền máu, cách xác định mức độ mất máu và lượng máu cần truyền trong các tình huống khác nhau (không mô tả rõ và cụ thể trong các khuyến cáo) và các lưu ý khi cần truyền máu lượng lớn. Các hướng dẫn dựa trên chứng cứ khuyến cáo thái độ truyền máu hạn chế (truyền lượng máu tối thiểu cần thiết)
- Hầu hết các trường hợp chảy máu túi thừa có diễn biến tự cầm. Tuy nhiên, một số người bệnh cần các thăm dò xác định và can thiệp điều trị để cầm máu. Các thăm dò chẩn đoán và can thiệp chủ yếu gồm soi đại tràng, chụp mạch chẩn đoán và can thiệp, quét xác định điểm chảy máu (bleeding scan) bằng nhấp nháy phóng xạ hạt nhân, nội soi chẩn đoán và can thiệp (nội, ngoại khoa).
- Trong trường hợp nghi tới viêm túi thừa, cần xem xét điều trị nguyên nhân với kháng sinh phù hợp kết hợp với điều chỉnh thói quen ăn uống. Khoảng 85% trường hợp viêm túi thừa không biến chứng đáp ứng thuận lợi với điều trị nội khoa, trong khi 15% còn lại cần tới can thiệp ngoại khoa. Sau điều trị thành công lần đầu, khoảng 1/3 các trường hợp có diễn biến đưa tới tái phát.

### 1. Bối cảnh

Xuất huyết tiêu hoá là tình trạng máu chảy ra khỏi lòng mạch máu của đường tiêu hoá vào trong ống tiêu hoá. Trong một số tình trạng diễn biến nhanh và ở mức độ nặng, xuất huyết tiêu hoá cấp là một trong những tình huống cấp cứu thường gặp và nghiêm trọng,

đe dọa sinh mạng người bệnh nếu không được can thiệp cấp cứu và điều trị kịp thời. Xác định nguyên nhân và vị trí chảy máu rất quan trọng. Căn cứ vào vị trí xuất huyết vào đường tiêu hoá mà tình trạng này được chia thành xuất huyết tiêu hóa cao và xuất huyết tiêu hóa thấp. Xuất huyết tiêu hóa cao là các

trường hợp mà vị trí chảy máu tính từ thực quản kéo dài đến kết thúc của tá tràng với mốc ranh giới là vị trí dây chằng Treitz [1;2]. Xuất huyết tiêu hoá cao thường biểu hiện bằng các triệu chứng nôn máu, đại tiện phân đen. Trong các trường hợp xuất huyết tiêu hoá cao mức nặng, người bệnh có thể đi ngoài phân máu đỏ tươi. Xuất huyết tiêu hóa thấp tính từ vị trí bắt đầu của hồng tràng tương ứng với điểm bám dây chằng Treitz đến hậu môn. Chảy máu ở đại tràng xuống, đại tràng sigma, trực tràng, người bệnh thường đại tiện phân máu đỏ tươi trong khi chảy máu từ các phần phía trên của đại tràng, manh tràng hay từ các đoạn của ruột non người bệnh thường có triệu chứng đại tiện phân đen ngoại trừ các trường hợp chảy máu lớn và cấp tính. Trong xuất huyết tiêu hoá cao, viêm loét dạ dày tá tràng và giãn vỡ tĩnh mạch thực quản là các nguyên nhân thường gặp, thường được xác định thông qua qua nội soi tiêu hoá cao. Nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hoá thấp thay đổi theo các nhóm tuổi trong đó bệnh lý túi thừa (viêm, chảy máu) là nguyên nhân thường gặp. Kết hợp soi đại tràng, nội soi viên nang (capsule endoscopy) với một số kỹ thuật thăm dò chẩn đoán hình ảnh khác cho phép xác định nguyên nhân xuất huyết tiêu hoá thấp trong phần lớn các trường hợp xuất huyết tiêu hóa thấp [3;4]. Xử lý cấp cứu đúng và thỏa đáng các trường hợp xuất huyết tiêu hoá là có ý nghĩa đặc biệt quan trọng, quyết định tiên lượng, cần tiến hành nhanh chóng khi xác định có tình trạng xuất huyết tiêu hoá cấp, ngay cả khi chưa xác định rõ nguyên nhân và vị trí chảy máu trong đường tiêu hoá. Việc hiểu đúng các khuyến cáo liên quan tới xác định mức độ mất máu, chỉ định truyền máu, thể tích máu cầu truyền là một thách thức, cần sự hiểu biết tốt về sinh bệnh học. Không hiểu rõ sinh bệnh học các trường hợp mất máu cấp nặng sẽ đưa tới hiểu sai, áp dụng máy móc các chỉ báo trong các khuyến cáo đưa tới các chỉ định không phù hợp, nguy hiểm, đe dọa sinh mạng người bệnh trong các tình huống cấp cứu (tương đối thường gặp trên lâm sàng, và trong các tranh luận trên các diễn đàn chuyên môn). Trong trường hợp chảy máu

tiếp diễn, ở mức nặng, bên cạnh hồi sức tích cực (dịch, máu) cần tới các thăm dò xâm lấn cho phép xác định nguyên nhân và điểm chảy máu trong đường tiêu hoá để có các chỉ định can thiệp cầm máu phù hợp [5-7]. Chẩn đoán và điều trị nguyên nhân cần được quan tâm tiến hành và điều chỉnh thích ứng dựa trên các các thông tin dịch tễ và các chi tiết có ý nghĩa định hướng khai thác từ tiền/bệnh sử, các kết quả khám lâm sàng và các xét nghiệm, thăm dò (có thể tiến hành lặp lại) trên người bệnh.

## 2. Báo cáo ca bệnh

Người bệnh nam giới, 85 tuổi, vào viện trong tình trạng thiếu máu nặng. Khai thác tiền-bệnh sử thấy người bệnh thường xuyên bị táo bón, có thói quen và chế độ ăn ít rau, liên tục có những đợt đại tiện phân đen từ một tháng trước ngày vào viện, lần đầu người bệnh đại tiện máu đỏ thẫm (hematochezia). Bệnh nhân đi khám ngoài các đợt có đi ngoài phân đen tại hai bệnh viện được nội soi dạ dày, nội soi đại tràng và ruột non (capsule endoscopy) không phát hiện tổn thương; chụp cắt lớp bụng có ghi nhận dày thành (wall thickening) kết hợp dải mỡ thâm nhiễm nhẹ quanh đại tràng (pericolic fat stranding). Tại thời điểm vào viện, người bệnh có đại tiện phân đen sệt, mùi khắm liên tục từ 3 ngày trước khi vào viện. Người bệnh có chóng mặt nhiều, da xanh, niêm mạc nhợt rõ. Huyết động và sinh hiệu ghi nhận huyết áp 110/70 mmHg, mạch 70 lần/phút, nhiệt độ 36,5° C (người bệnh đã được truyền 500 ml dung dịch tinh thể). Khám lâm sàng tổng thể không ghi nhận các bất thường khác. Công thức máu cấp ghi nhận số lượng hồng cầu 1,5 T/L, hemoglobin 44g/L, hematocrit 0,132 L/L, MCV và các chỉ số khác của dòng hồng cầu trong giới hạn bình thường Huyết động và sinh hiệu ghi nhận huyết áp 110/70 mmHg, nhịp tim 70 nhịp/phút, nhiệt độ 36,5°C (người bệnh đã được truyền 500 ml dung dịch tinh thể). Chẩn đoán vào viện là xuất huyết tiêu hóa cấp chưa cầm trên nền xuất huyết mạn tính nghi từ đường tiêu hoá dưới do bệnh lý túi thừa đại tràng (viêm và chảy máu), thiếu máu mạn tính mức độ nặng. Người bệnh tiếp tục được điều trị hồi sức (dung dịch keo và tinh thể), truyền máu, nội soi dạ dày (không có máu trong

dạ dày, không có điễm chảy máu, không có mạch máu bất thường), chụp CT ổ bụng (ghi nhận hình ảnh thoát vị hoành). Bên cạnh hội sức bù thể tích tuần hoàn và lượng máu mất, người bệnh được theo dõi sát về lâm sàng kết hợp với điều trị kháng sinh metronidazole (1,5 g/ngày đường uống). Diễn biến lâm sàng thuận lợi sau 5 ngày điều trị, người bệnh đại tiện phân vàng, đỡ mệt, da, niêm mạc bớt nhợt; tình trạng thiếu máu cải thiện sau truyền máu 3 đơn vị máu (hồng cầu 2,97 T/l, hemoglobin 85 g/l, hematocrit 0,253 l/l). Sau 11 ngày điều trị, người bệnh được xuất viện, được tư vấn chế độ ăn tăng chất xơ, uống nhiều nước. Khám lại sau 8 tuần ghi nhận toàn trạng và tình trạng thiếu máu được cải thiện, không còn đại tiện phân đen, không táo bón, không có các bất thường khác.

### 3. Bàn luận

Có nhiều nguyên nhân đưa đến xuất huyết tiêu hóa từ trên xuống dưới có thể kể tới giãn vỡ tĩnh mạch, viêm thực quản, viêm dạ dày, loét dạ dày-tá tràng, bệnh túi thừa Meckel, loạn sản mạch, bệnh Crohn, polyps, bệnh túi thừa ruột non (không Meckel) và đại tràng, viêm đại tràng nhiễm trùng và tự miễn [2;4].

**Bảng 1. Nguyên nhân của xuất huyết tiêu hoá cao ở người lớn**

Nguyên nhân	Tỷ lệ (%) trên tổng số
Viêm thực quản	5-10
Giãn vỡ tĩnh mạch	15-20
Viêm dạ dày-tá tràng	20-30
Loét tá tràng	20-30
Loét dạ dày	10-20
Rách Mallory-Weiss	5-X10
U mạch máu	5-10
Dị dạng mạch máu	<5
U mô đệm tiêu hoá	Hiếm
Chảy máu đường mật	Hiếm
Tổn thương Dieulafoy	Hiếm

Xuất huyết tiêu hóa do chảy máu từ đường tiêu hóa dưới chiếm 30-40% các trường hợp. Trong các nguyên nhân gây chảy máu đường tiêu hóa dưới, nguyên nhân từ bệnh lý túi thừa

(cả ruột non và đại tràng) chiếm 30-65% các trường hợp [2;8;9].

**Bảng 2. Nguyên nhân của xuất huyết tiêu hoá thấp ở người lớn**

Nguyên nhân	Tỷ lệ (%)
Bệnh lý túi thừa	30-65
Viêm thiếu máu cục bộ đại tràng	5-20
Trĩ chảy máu	5-20
Polyp và khối u đại trực tràng	2-15
Giãn vỡ mạch	5-10
Chảy máu sau cắt polyp	2-7
Viêm ruột mạn tính (IBD)	3-5
Viêm nhiễm trùng đại tràng	2-5
Loét hậu môn trực tràng	0-5
Giãn tĩnh mạch đại trực tràng	0-3
Bệnh lý hậu môn do tia xạ	0-2
Bệnh đại tràng do NSAIDS	0-2
Tổn thương Dieulafoy	Hiếm

Kỹ thuật nội soi viên nang (capsule endoscopy) cho phép khảo sát chi tiết các bất thường ruột non đưa đến thuật ngữ mới là chảy máu đường tiêu hoá giữa bổ sung vào phân loại kinh điển của xuất huyết tiêu hóa theo đó xuất huyết tiêu hoá giữa là các trường hợp tổn thương chảy máu xác định trong khu vực từ dưới bóng Vater tới hết hồi tràng [3].

Túi thừa ống tiêu hóa là biến đổi giải phẫu thường gặp trên người cao tuổi (hầu hết người cao tuổi có túi thừa), gặp nhiều ở đại tràng đặc biệt là đại tràng sigma. Các túi thừa được hình thành có liên quan tới các bất thường về cấu trúc thành ống tiêu hóa, rối loạn vận động ruột hay do thiếu thành phần xơ trong khẩu phần ăn. Túi thừa được hình thành tại các vị trí xung yếu của thành ruột, tại các vị trí động mạch xuyên qua lớp cơ vòng của thành ruột, cũng vì thế mà luôn có các động mạch trong thành của các túi thừa. Bệnh lý túi thừa ống tiêu hóa là các trường hợp cấu trúc túi thừa hình thành và đưa tới các hậu quả hay biến chứng (như viêm, chảy máu) gặp trên một tỷ lệ nhỏ các trường hợp có túi thừa, gặp ở cả hai giới với tỷ lệ tương đương, gia tăng theo tuổi.

Việc phát hiện tình cờ các túi thừa trên nội soi tiêu hoá sàng lọc hay tiến hành cho các chỉ định khác được khuyến cáo ghi nhận như thông tin có ý nghĩa lâm sàng đối với người bệnh cũng như với nhà chuyên môn [8;10-12]. Khi nghi ngờ chẩn đoán viêm túi thừa, không nên tiến hành các thăm dò như soi đại tràng do nguy cơ có thể đưa tới biến chứng thủng túi thừa viêm [8].

Mặc dù có cách tiếp cận xem viêm túi thừa và chảy máu túi thừa là các tình trạng bệnh lý riêng biệt khi viêm túi thừa và chảy máu túi thừa hiếm khi cùng tồn tại, viêm túi thừa và chảy máu túi thừa ở người tiêu hoá có thể có liên quan về bệnh sinh, có thể được xem là các thể lâm sàng khác nhau của bệnh lý túi thừa, chảy máu túi thừa có thể là biến chứng của viêm túi thừa cùng với một phổ rộng các biến chứng khác (thủng, áp-xe, rò, tắc ruột, viêm tắc mạch, nhiễm trùng máu [13;14]. Tuy nhiên y văn cũng ghi nhận xu hướng gia tăng các trường hợp viêm túi thừa cấp cũng như các trường hợp viêm phúc mạc, áp-xe biến chứng từ viêm túi thừa cấp [15]. Một nghiên cứu phân tích hồi cứu cho thấy tình trạng chảy máu túi thừa gia tăng có liên quan tới việc dùng các thuốc ức chế ngưng tập tiểu cầu [16].

Bệnh lý viêm túi thừa Meckel là một nguyên nhân bụng cấp thường gặp ở trẻ em. Tuy nhiên viêm túi thừa Meckel ít gặp và khó chẩn đoán ở người lớn do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu. Để không bỏ sót các trường hợp trường hợp này, nội soi ngoại khoa thăm dò bụng trên được khuyến cáo tiến hành trong các trường hợp bụng cấp với chẩn đoán chưa chắc chắn [17].

Mặc dù được xác định khu trú chủ yếu tại đại tràng, sự hình thành túi thừa và bệnh lý viêm túi thừa khu vực ruột non không phải túi thừa Meckel cũng gặp trong chẩn đoán và xử trí ngoại khoa cấp cứu (ở các khu vực tá tràng, hồi tràng và hồi tràng, một số trường hợp dị dạng động tĩnh mạch kết hợp cùng trong bệnh lý chảy máu túi thừa) trong đó người bệnh ở trong tình trạng nặng với tỷ lệ tử vong cao, được khuyến cáo là tình trạng cần được nghĩ tới đặc biệt trên người cao tuổi có đau bụng. Để chẩn đoán các trường hợp này cần sự phối hợp của các nhà chuyên môn chẩn đoán hình ảnh, ngoại khoa và nội khoa tiêu hoá. Điều trị bảo tồn có thể được lựa chọn trong số ít ca đặc

biệt được lựa chọn kỹ lưỡng, trong phần lớn các trường hợp còn lại, tiếp cận ngoại khoa vừa thăm dò vừa xử trí điều trị là lựa chọn tối ưu [18-23]

Trên một nhóm đối tượng thuộc giới nữ, nguy cơ viêm túi thừa cấp có liên quan tới tình trạng béo phì và thay đổi cân nặng của người bệnh [24]. Trên đối tượng người rất cao tuổi (trên 80 tuổi), tỷ lệ tử vong và lũy tích các biến chứng lớn có liên quan tới tuổi của người bệnh [25]. Bên cạnh các thông tin về tình trạng bệnh, quyết định điều trị bệnh lý túi thừa dựa trên thông tin về các yếu tố nguy cơ tái phát [26]. Các trường hợp viêm túi thừa nhẹ và chảy máu túi thừa được điều trị bảo tồn, bên cạnh các điều trị hướng tới nguyên nhân và điều trị triệu chứng, các đánh giá về hoạt động thể lực về nguy cơ mất tự chủ trên người cao tuổi sau quá trình điều trị có vai trò và được nhấn mạnh [27].

Trong chẩn đoán và điều trị chảy máu túi thừa, bên cạnh các thăm dò bổ sung khác, việc có thể triển khai nội soi tiêu hoá cấp cứu và chụp cắt lớp bụng kết hợp tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch được xác định có thể mang lại sự cải thiện tỷ lệ phát hiện, chẩn đoán sớm, xử trí và điều trị kịp thời các trường hợp chảy máu túi thừa [28]

Trong các trường hợp có chỉ định can thiệp cầm máu nội soi, nghiên cứu tiến cứu dài hạn cho thấy thắt túi thừa (ligation) có kết quả tốt hơn kẹp clip (clipping) ở kết cục giảm nguy cơ chảy máu tái phát nói chung và chảy máu tái phát sớm trong tuần đầu sau can thiệp [29-31]

Riêng về kỹ thuật kẹp clip cầm máu, một nghiên cứu thuần tập đa trung tâm so sánh kẹp clip trực tiếp (kẹp trực tiếp mạch máu tổn thương) và kẹp clip gián tiếp (kéo khoá zip đóng miệng túi thừa) cho thấy kẹp clip trực tiếp giảm cả nguy cơ tái phát sớm chảy máu túi thừa đại tràng (trong vòng 30 ngày), nguy cơ tái phát chảy máu túi thừa đại tràng muộn (trong vòng 1 năm) và lượng máu truyền trong can thiệp điều trị. Chi tiết hơn, với nhóm túi thừa chảy máu bên đại tràng phải (đại tràng lên) và chảy máu túi thừa không còn hoạt động (chỉ còn dấu tích của xuất huyết trước đó) so sánh kẹp clip trực tiếp và kẹp clip gián tiếp trong phân nhóm cũng cho kết quả tương tự như trên xác định ưu thế của kỹ thuật kẹp clip trực tiếp.

Ưu thế này không thấy trên nhóm chảy máu túi thừa hoạt động (đang chảy máu tại thời điểm can thiệp) hoặc trên nhóm túi thừa đại tràng chảy máu ở bên trái (đại tràng xuống) [32].

Theo khuyến cáo của Hội tiêu hoá Hoa Kỳ (ACG), trong các trường hợp xuất huyết tiêu hoá thấp cấp tính ở mức đáng kể, các chỉ số huyết động lâm sàng cần đánh giá trước tiên và bắt đầu hồi sức phục hồi thể tích tuần hoàn ngay khi cần. Đánh giá xếp nhóm nguy cơ dựa trên các thông số lâm sàng nên được làm để phân biệt mức nguy cơ cao hay thấp về các kết cục xấu. Đi ngoài ra máu kết hợp cùng một tình trạng huyết động không ổn định có thể là chỉ báo nguồn gốc chảy máu từ đường tiêu hoá trên là cơ sở cho chỉ định nội soi tiêu hoá trên (thực quản, dạ dày, tá tràng). Trong hầu hết các trường hợp, nội soi đại tràng nên là thăm dò chẩn đoán bước đầu và nên được tiến hành trong vòng 24 giờ ngay khi chuẩn bị xong cho cuộc soi. Can thiệp cầm máu qua nội soi nên được tiến hành trên người bệnh với dấu tích nội soi nguy cơ cao chảy máu bao gồm các trường hợp chảy máu hoạt động, trường hợp nhìn rõ các mạch máu song không thấy chảy máu hoặc trường hợp có cục máu đông dính. Cách thức cầm máu (cơ học, nhiệt, tiêm, kết hợp) được sử dụng tùy theo nguyên nhân chảy máu, tiếp cận vị trí chảy máu, kinh nghiệm cá nhân với các kỹ thuật cầm máu khác nhau). Thăm dò chẩn đoán hình ảnh như cắt lớp mạch (CT angiography, angiography), nhấp nháy đánh dấu phóng xạ hồng cầu (tagged RBC scintigraphy) giúp phát hiện điểm chảy máu được xem xét trong các trường hợp nguy cơ cao với chảy máu đang diễn tiến không đáp ứng thuận lợi với điều trị hồi sức, không dung nạp với thực và chụp khung đại tràng. Cần xem xét tránh sử dụng các thuốc chống viêm không steroid trên các trường hợp có tiền sử chảy máu tiêu hoá dưới cấp tính. Bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao không nên ngừng điều trị aspirin sử dụng trong dự phòng thứ phát. Can thiệp ngoại khoa dự phòng chảy máu tái phát được xem xét trên từng ca bệnh cụ thể. Trường hợp có chỉ định, vị trí chảy máu cần được xác định trước can thiệp [7].

Tương tự, với các trường hợp xuất huyết tiêu hoá cao không do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản (NVUGIH), Hội nội soi tiêu

hoá châu Âu (ESGE) khuyến cáo cần đánh giá ngay tình trạng huyết động ở người bệnh và khi có bất ổn định về huyết động cần tiến hành ngay hồi sức bù thể tích tuần hoàn mất do chảy máu sử dụng các dung dịch tinh thể [6]. Đây là một khuyến cáo có ý nghĩa định hướng quan trọng cho xử trí cấp cứu các trường hợp chảy máu, mất máu cấp trên lâm sàng theo đó các bác sĩ không nên chỉ trông đợi vào việc bù lại thể tích tuần hoàn mất qua chảy máu bằng máu toàn phần (whole blood packages) hay khối hồng cầu (packed RBC) mà cần chú trọng hồi sức dịch bù lại nhanh chóng thể tích tuần hoàn bằng các dung dịch tinh thể (như NS, LR) và dung dịch keo (albumin người nồng độ 20% hay cao hơn), chấp nhận tình trạng máu bị pha loãng ở mức tương ứng với lượng máu mất hoặc thấp hơn. Thái độ này tránh được tình trạng suy sụp tuần hoàn huyết động đe dọa tính mạng người bệnh. Với thái độ xử trí này, việc xác định mức độ hay lượng máu mất cũng mới có nghĩa vì nếu không trong những giờ đầu sau chảy máu cấp, dù người bệnh có mất một lượng máu ở mức vừa hay nặng (1000 – 1500 ml) sẽ không thấy sự sụt giảm ở các chỉ số số lượng hồng cầu (RBC), hemoglobin (HGB) hay hematocrit (HCT). Trong trường hợp đó nếu Bác sĩ căn cứ vào kết quả xét nghiệm công thức máu cấp để quyết định truyền máu sẽ bị (hay tự) đánh lừa, đưa tới kết cục nguy hiểm. Các loại dung dịch tinh thể đẳng trương sử dụng trên lâm sàng có áp suất thẩm thấu gần với áp suất thẩm thấu của máu, khi truyền vào sẽ phân bố trong cả khu vực gian bào và lòng mạch trong đó sẽ chỉ có khoảng 25% thể tích ở lại khu vực lòng mạch. Ngược lại, dung dịch albumin người nồng độ 20% có áp suất thẩm thấu keo (hay áp lực keo) cao gấp 2 lần áp suất keo của huyết tương, làm tăng thể tích tuần hoàn gấp 2 lần thể tích được truyền vào đáp ứng rất tốt yêu cầu cần bù đắp nhanh thể tích tuần hoàn thiếu hụt với một thể tích dịch truyền vào nhỏ (hồi sức bù thể tích với thể tích dịch truyền vào nhỏ) đồng giảm nguy cơ quá tải tuần hoàn và nguy cơ tăng lượng chloride máu từ các dung dịch tinh thể truyền vào [33-37].

Về truyền máu trong trường hợp xuất huyết tiêu hoá cao cấp tính, căn cứ trên nhiều thử

nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng và các phân tích tổng gộp, cả ACG và ESGE đều khuyến cáo một chiến lược truyền máu hạn chế với HGB mục tiêu từ 7 g/dL tới 9 g/dL. Mục tiêu HGB cao hơn được xem xét trên người bệnh với một số bệnh đồng mắc cụ thể như bệnh tim thiếu máu [6;7;38;39]. Đây cũng là điểm có thể gây nhầm lẫn quan trọng trong thái độ xử trí cấp cứu trên lâm sàng khi áp dụng máy móc các khuyến cáo (đã bàn một phần trong khổ trên). Khuyến cáo này phải đặt giới hạn để phân tách ra các trường hợp cụ thể và các mức ngưỡng ở trên (7 hay 9 g/dl) chỉ tương ứng với một số trong các trường hợp cụ thể đó mà thôi (không đúng cho các trường hợp khác). Cụ thể, khuyến cáo này chỉ đúng trong hai trường hợp. Trường hợp thứ nhất là trường hợp người bệnh mất máu cấp song được hồi sức bù thể tích tuần hoàn mất qua chảy máu bằng một thể tích tương ứng (hay thấp hơn chút ít) dung dịch tinh thể đưa tới pha loãng ở mức tương ứng thể tích máu còn lại đưa tới sụt giảm các chỉ số HGB (hay RBC, HCT). Trường hợp thứ hai là trường hợp xuất huyết tiêu hoá “cấp” song thực tế mức độ chảy máu tương đối rỉ rả và người bệnh mất một lượng máu ở mức vừa hoặc nhiều (nặng) – tương đương với khoảng 1000 – 1500 ml trong vòng vài ngày. Trong trường hợp này, người bệnh có thể chịu đựng (chỉ là có thể thôi) dù không được hồi sức bù thể tích tuần hoàn ngay theo khuyến cáo, dù biểu hiện triệu chứng có thể rầm rộ, ồn ào, rõ nét (hay ngược lại lơ đãng); xét nghiệm công thức máu cấp mới thấy các chỉ số HGB, RBC, HCT tụt thấp (dù vẫn không tương xứng với lượng máu mất). Một số Bác sĩ, ngay cả các Bác sĩ hoạt động chuyên môn với thâm niên lâu năm tại các khu vực Tiếp nhận cấp cứu hay Hồi sức tích cực đôi khi vẫn chưa rõ về những thay đổi sinh bệnh lý cụ thể khi mất máu ở các mức độ ở những giờ, những ngày sau chảy máu đưa đến sự lúng túng hay tranh cãi về vấn đề này. Khuyến cáo trên của ESGE phải được hiểu rõ, cụ thể thì mới có thể áp dụng. Ngược lại việc áp dụng khuyến cáo này một cách máy móc gây nguy hiểm cho các xử trí theo khuyến cáo [1]. Tại Việt Nam, các tài liệu hướng dẫn trước đây liên quan tới xử lý

cấp cứu và điều trị các trường hợp mất máu nói chung, đặc biệt là các trường hợp mất máu cấp nặng chưa xác định được rõ thái độ xử trí phù hợp cho các tình huống lâm sàng cụ thể đưa đến nhiều trường hợp chỉ định truyền máu không hợp lý, đôi khi nguy hiểm trong các tình huống cấp cứu. Tài liệu ban hành theo Quyết định 1832 (2022) khắc phục được một phần hạn chế trên [40].

Trên lâm sàng, các thang điểm Forrest, Rockall và Glasgow-Blatchford (GBS) thường được sử dụng để mô tả tổn thương thấy qua nội soi đường tiêu hoá trên (thang Forrest) và để tiên lượng các trường hợp xuất huyết tiêu hoá cao (thang Rockall và thang Glasgow-Blatchford). Cả ACG và ESGE đều khuyến cáo sử dụng thang điểm Glasgow-Blatchford để đánh giá mức nguy cơ trong đó GBS 0-1 được xác định là mức nguy cơ thấp, người bệnh không đòi hỏi nội soi hay nhập viện [5-7].

Trong xuất huyết tiêu hoá thấp, nhiều thăm dò được sử dụng trong chẩn đoán và điều trị trong đó nội soi đại tràng là thăm dò được chỉ định ưu tiên như thăm dò ban đầu do tính an toàn và khả năng thực hiện đồng thời thăm dò chẩn đoán và can thiệp điều trị của kỹ thuật này. Nội soi đại tràng được khuyến cáo tiến hành trên hầu hết các trường hợp có hoặc nghi ngờ có xuất huyết tiêu hoá thấp trong vòng 24 giờ từ khi bắt đầu, sau hồi sức về huyết động và làm sạch đại tràng chuẩn bị cho cuộc soi [9;41].

Một số kỹ thuật hình ảnh có vai trò hỗ trợ quan trọng, có thể giúp xác định các tổn thương ống tiêu hoá là nguyên nhân đưa tới chảy máu hay xác định điểm chảy máu trong ống tiêu hoá trong trường hợp nội soi đại tràng (và cả kỹ thuật nội soi viên nang cho phép ghi hình ảnh ruột non) không xác định cụ thể điểm chảy máu như chụp cắt lớp đa đầu dò (MDCT), chụp mạch, nhấp nháy phóng xạ hạt nhân (còn gọi là quét xạ hình tìm điểm chảy máu trong ống tiêu hoá, GIBS). Tuy nhiên, do yêu cầu xác định và xử trí nhanh các trường hợp chảy máu hoạt động (đang diễn tiến) mà việc sử dụng các thăm dò hình ảnh này chỉ hạn chế trong một số trường hợp cụ thể [41]. Trường hợp đi ngoài máu tươi trong bệnh cảnh huyết động không ổn định có thể liên quan tới trường hợp xuất huyết tiêu hoá cao

nặng và cấp tính. Trong trường hợp này, cần xem xét tiên hành nội soi tiêu hoá cao. Trong trường hợp chảy máu hay bất ổn về huyết động tiếp diễn cho dù các nỗ lực hồi sức, cần xem xét các thăm dò có thể xác định điểm chảy máu và can thiệp nội mạch [9]

Cần lưu ý tới các tác động có tác động gia tăng chảy máu (như aspirin sử dụng trong dự phòng tiên phát hay dự phòng thứ phát các biến cố tim mạch, các thuốc sử dụng trong điều trị kháng tiểu cầu kép, các thuốc sử dụng trong điều trị và dự phòng các bệnh lý huyết khối khác) để vẫn duy trì, ngừng tạm thời hay vĩnh viễn theo các khuyến cáo và hướng dẫn thực chứng [5;6;9].

#### 4. Kết luận

Xuất huyết tiêu hoá cấp cần một tiếp cận hệ thống để xử trí cấp cứu đúng, điều trị triệu chứng và hướng tới nguyên nhân phù hợp, thích ứng với tình trạng người bệnh theo các bằng chứng y học thực chứng.

#### Tài liệu tham khảo

- 1 Evan M. Braunstein: Anemia Due to Excessive Bleeding, 2022. MDS Manual, Merck & Co., Inc.
- 2 Parswa Ansari: Overview of Gastrointestinal Bleeding, 2022. MDS Manual, Merck & Co., Inc.
- 3 Ell C, May A: Mid-gastrointestinal bleeding: capsule endoscopy and push-and-pull enteroscopy give rise to a new medical term. *Endoscopy* 2006;38:73-75.
- 4 Ahsan U. Khan, Pujyitha Mandiga: Gastrointestinal Bleeding Scan, 2022. StatPearls Publishing LLC, PMID: 31335037.
- 5 Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI: ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *Am J Gastroenterol* 2021;116:899-917.
- 6 Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, Lanas A, Sanders DS, Kurien M, Rotondano G, Hucl T, Dinis-Ribeiro M, Marmo R, Racz I, Arezzo A, Hoffmann RT, Lesur G, de FR, Aabakken L, Veitch A, Radaelli F, Salgueiro P, Cardoso R, Maia L, Zullo A, Cipolletta L, Hassan C: Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2015;47:a1-46.
- 7 Strate LL, Gralnek IM: ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *Am J Gastroenterol* 2016;111:459-474.
- 8 John H Pemberton: Diverticular disease (Beyond the Basics), 2022. UpToDate, Inc. PMID: 31335037.
- 9 Gralnek IM, Neeman Z, Strate LL: Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *N Engl J Med* 2017;376:1054-1063.
- 10 Matrana MR, Margolin DA: Epidemiology and pathophysiology of diverticular disease. *Clin Colon Rectal Surg* 2009;22:141-146.
- 11 Wan D, Krisko T: Diverticulosis, Diverticulitis, and Diverticular Bleeding. *Clin Geriatr Med* 2021;37:141-154.
- 12 Sharara AI, Ziade N, Shayto RH, Rustom LBO, Chehab H, Rimmani HH, Hanna K, Chalhoub JM, Sarkis FS, Rahal MA, Soweid A, Mourad FH, Barada K, Harb AH: The Natural History of Incidental Colonic Diverticulosis on Screening Colonoscopy. *Can J Gastroenterol Hepatol* 2018;2018:3690202.
- 13 Lock JF, Galata C, Reissfelder C, Ritz JP, Schiedeck T, Germer CT: The Indications for and Timing of Surgery for Diverticular Disease. *Dtsch Arztebl Int* 2020;117:591-596.
- 14 Onur MR, Akpınar E, Karaosmanoglu AD, Isayev C, Karcaaltincaba M: Diverticulitis: a comprehensive review with usual and unusual complications. *Insights Imaging* 2017;8:19-27.
- 15 Amato A, Mataloni F, Bruzzone M, Carabotti M, Cirocchi R, Nascimbeni R, Gambassi G, Vettoretto NP, Pinnarelli L, Cuomo R, Annibale B, Fontana V, Binda GA: Hospital admission for complicated diverticulitis is increasing in Italy, especially in younger patients: a national database study. *Tech Coloproctol* 2020;24:237-245.
- 16 Urabe M, Nishida T, Shimakoshi H, Shimoda A, Amano T, Sugimoto A, Takahashi K, Mukai K, Matsubara T, Yamamoto M, Hayashi S, Nakajima S, Fukui K, Tanida T, Komori T, Morita S, Inada M: Distinct Clinical Factors in Hospitalized Patients with Diverticular Bleeding and Diverticulitis. *Digestion* 2019;99:239-246.
- 17 Parvanescu A, Bruzzi M, Voron T, Tilly C, Zinzindohoue F, Chevallier JM, Gucci M, Wind P, Berger A, Douard R: Complicated Meckel's diverticulum: Presentation modes in adults. *Medicine (Baltimore)* 2018;97:e12457.
- 18 De SB, Alberici L, Ansaloni L, Sartelli M, Coccolini F, Catena F: Not all diverticulites are colonic: small bowel diverticulitis - A systematic review. *Minerva Chir* 2019;74:137-145.
- 19 Coelen RJS, de Brauw LM: [Complicated small intestine diverticulitis]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2019;163.
- 20 Bellio G, Kurihara H, Zago M, Tartaglia D, Chiarugi M, Coppola S, Biloslavo A, de MN: Jejunoileal diverticula: a broad spectrum of complications. *ANZ J Surg* 2020;90:1454-1458.

- 21 Mansour M, Abboud Y, Bilal R, Seilin N, Alsuliman T, Mohamed FK: Small bowel diverticula in elderly patients: a case report and review article. *BMC Surg* 2022;22:101.
- 22 Mazahreh TS, Aleshawi AJ, Alorjani MS, Elayyan R, Al-Zoubi NA: Arteriovenous malformations within jejunal diverticulosis: case report and literature review. *BMC Surg* 2019;19:70.
- 23 Aiyegbeni B, Jonnalagadda S, Creedon L, Teibe A: Rare Cause of Left Upper Abdominal Pain. *Prague Med Rep* 2021;122:106-111.
- 24 Ma W, Jovani M, Liu PH, Nguyen LH, Cao Y, Tam I, Wu K, Giovannucci EL, Strate LL, Chan AT: Association Between Obesity and Weight Change and Risk of Diverticulitis in Women. *Gastroenterology* 2018;155:58-66.
- 25 Covino M, Rosa F, Ojetti V, Quero G, Fiorillo C, Sganga G, Gasbarrini A, Franceschi F, Alfieri S: Acute Diverticulitis in Elderly Patients: Does Age Really Matter? *Dig Dis* 2021;39:33-41.
- 26 El-Sayed C, Radley S, Mytton J, Evison F, Ward ST: Risk of Recurrent Disease and Surgery Following an Admission for Acute Diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2018;61:382-389.
- 27 Rocca A, Brunese MC, Cappuccio M, Scacchi A, Martucci G, Buondonno A, Perrotta FM, Quarto G, Avella P, Amato B: Impact of Physical Activity on Disability Risk in Elderly Patients Hospitalized for Mild Acute Diverticulitis and Diverticular Bleeding Undergone Conservative Management. *Medicina (Kaunas)* 2021;57.
- 28 Kaise M, Nagata N, Ishii N, Omori J, Goto O, Iwakiri K: Epidemiology of colonic diverticula and recent advances in the management of colonic diverticular bleeding. *Dig Endosc* 2020;32:240-250.
- 29 Nagata N, Ishii N, Kaise M, Shimbo T, Sakurai T, Akiyama J, Uemura N: Long-term recurrent bleeding risk after endoscopic therapy for definitive colonic diverticular bleeding: band ligation versus clipping. *Gastrointest Endosc* 2018;88:841-853.
- 30 Honda H, Ishii N, Takasu A, Shiratori Y, Omata F: Risk factors of early rebleeding in the endoscopic management of colonic diverticular bleeding. *J Gastroenterol Hepatol* 2019;34:1784-1792.
- 31 Carvalho JR, Freitas C, Santos PM, Machado M, Baldaia C, Valente A, Carrilho-Ribeiro L, Marinho RT: Endoscopic band ligation - A valid option in colonic diverticular bleeding. *Gastroenterol Hepatol* 2019;42:552-554.
- 32 Kishino T, Nagata N, Kobayashi K, Yamauchi A, Yamada A, Omori J, Ikeya T, Aoyama T, Tominaga N, Sato Y, Ishii N, Sawada T, Murata M, Takao A, Mizukami K, Kinjo K, Fujimori S, Uotani T, Fujita M, Sato H, Suzuki S, Narasaka T, Hayasaka J, Funabiki T, Kinjo Y, Mizuki A, Kiyotoki S, Mikami T, Gushima R, Fujii H, Fuyuno Y, Gunji N, Toya Y, Narimatsu K, Manabe N, Nagaike K, Kinjo T, Sumida Y, Funakoshi S, Kawagishi K, Matsuhashi T, Komaki Y, Miki K, Watanabe K, Kaise M: Endoscopic direct clipping versus indirect clipping for colonic diverticular bleeding: A large multicenter cohort study. *United European Gastroenterol J* 2022;10:93-103.
- 33 Shaw AD, Raghunathan K, Peyerl FW, Munson SH, Paluszkiwicz SM, Schermer CR: Association between intravenous chloride load during resuscitation and in-hospital mortality among patients with SIRS. *Intensive Care Med* 2014;40:1897-1905.
- 34 Martensson J, Bihari S, Bannard-Smith J, Glassford NJ, Lloyd-Donald P, Cioccarl L, Luethi N, Tanaka A, Crisman M, Rey de CN, Ottochian M, Huang A, Cronhjort M, Bersten AD, Prakash S, Bailey M, Eastwood GM, Bellomo R: Small volume resuscitation with 20% albumin in intensive care: physiological effects : The SWIPE randomised clinical trial. *Intensive Care Med* 2018;44:1797-1806.
- 35 Haynes G: Growing Evidence for Hyperoncotic 20% Albumin Solution for Volume Resuscitation. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2020;34:1702-1703.
- 36 Melia D, Post B: Human albumin solutions in intensive care: A review. *J Intensive Care Soc* 2021;22:248-254.
- 37 Zdolsek M, Hahn RG: Kinetics of 5% and 20% albumin: A controlled crossover trial in volunteers. *Acta Anaesthesiol Scand* 2022;66:847-858.
- 38 Villanueva C, Colomo A, Bosch A: Transfusion for acute upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2013;368:1362-1363.
- 39 Wang J, Bao YX, Bai M, Zhang YG, Xu WD, Qi XS: Restrictive vs liberal transfusion for upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Gastroenterol* 2013;19:6919-6927.
- 40 Vietnam Ministry of Health: Decision 1832/QĐ-BYT on the Promulgation of Professional Document "Guidelines for Diagnosis and Treatment of some Hematologic Pathologies"; 2022.
- 41 Strate LL, Naumann CR: The role of colonoscopy and radiological procedures in the management of acute lower intestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010;8:333-343.