

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2
PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

I- ĐỊNH NGHĨA

Xuất huyết tiêu hoá là tình trạng chảy máu trong ống tiêu hoá, biểu hiện bằng ói máu, tiêu máu, hay tiêu phân đen. Đây là một hội chứng do có nhiều nguyên nhân, và là biến chứng nguy hiểm vì có thể gây tử vong nếu không được xử trí đúng, kịp thời

Xuất huyết tiêu hoá (XHTH) có nguyên nhân thay đổi theo tuổi. Đây là một tình huống cấp cứu, gây lo lắng và hoảng sợ cho cha mẹ. Do đó việc chẩn đoán và điều trị thích hợp càng sớm càng tốt

Điều trị cấp cứu chủ yếu vẫn là bồi hoàn thể tích tuần hoàn (truyền dịch hay truyền máu...) vì đa số các trường hợp (80%) sẽ tự ngưng chảy máu trong vòng 48 giờ. Có khoảng 20% trường hợp chảy máu tái phát và xuất huyết nặng.

XHTH trên nếu tổn thương gây xuất huyết từ phía trên góc Treitz. XHTH dưới nếu tổn thương gây xuất huyết từ góc Treitz trở xuống.

II- SINH BỆNH HỌC

❖ Rối loạn cơ chế cầm máu và đông máu

Các bệnh nhân Hemophilie A và B có 10-25% XHTH do loét và viêm dạ dày. Những bệnh nhân có giảm nặng hay trung bình các yếu tố đông máu làm tăng nguy cơ XHTH khi có sang thương đường tiêu hoá.

Ở bệnh gan mãn tính có tăng áp cửa gây dẫn tĩnh mạch thực quản, dạ dày và tá tràng. Đồng thời các bệnh nhân này cũng bị giảm nhiều yếu tố đông máu do khả năng tổng hợp của gan kém, ngoài ra do thiếu acid mật nên những bệnh nhân này cũng bị kém hấp thu Vitamin K.

Các bệnh nhân giảm số lượng hay chất lượng tiểu cầu có thể gây XHTH kèm theo các xuất huyết ở các cơ quan khác, như bệnh lý nhược tiểu cầu Glanzmann gây xuất huyết tiêu hóa tái phát và nặng

❖ Tăng áp tĩnh mạch cửa

Là tình trạng áp lực hệ tĩnh mạch cửa tăng bất thường và kéo dài. Nguyên nhân có thể là trước gan, tại gan hoặc sau gan. Hệ cửa không có van nên lưu lượng máu tăng cũng

làm tăng đồng thời áp lực hệ tạng. Hậu quả là sẽ hình thành các tuần hoàn bàng hệ làm cho máu hệ cửa bỏ qua gan mà về hệ chủ, thường ở các vị trí như thực quản (gây dẫn tĩnh mạch thực quản), dạ dày (đáy vị), trực tràng (gây trĩ).

Biểu hiện lâm sàng của vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản thường là xuất huyết ồ ạt, ói ra máu tươi từng đợt, phần lớn trường hợp tái phát

❖ Sang thương mạch máu

Các sang thương mạch máu như dẫn mao mạch xuất huyết di truyền (Osler-Weber-Rendu disease) có thể gây XHTH. Tiền căn gia đình thường có XHTH ẩn mãn tính, truyền máu lặp lại, bệnh nhân thường trẻ và có sang thương da đặc biệt.

Hội chứng Klippel-Trenaunay đặc trưng bởi bất thường ở các chi là một dạng bất thường mạch máu ở da khác có ảnh hưởng lên đường tiêu hoá. Những bệnh nhân này có thể phát triển các bướu máu ở ruột.

Các hội chứng khác như hội chứng Turner, hội chứng Ehlers-Danlos type VI có thể có sang thương đường tiêu hoá gây XHTH.

❖ Tổn thương niêm mạc

Ở ống tiêu hoá trên, bệnh loét là nguyên nhân thường gặp nhất. Tiền căn gia đình có bệnh loét thường là: 25-50% trường hợp

Aspirin là thuốc gây XHTH thường gặp, xuất huyết thường xảy ra sau một đợt nhiễm trùng cấp có sử dụng Aspirin. Aspirin gây tổn thương dạ dày do kích thích tại chỗ, gián tiếp thông qua ức chế tổng hợp cyclo-oxygenase và tổn thương hệ vi tuần hoàn. Các thuốc kháng viêm non-steroid cũng gây tổn thương những vùng khác của ống tiêu hoá, gây viêm thực quản, chảy máu từ ruột non. Aspirin có liên quan đến những đợt xuất huyết do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan

III- NGUYÊN NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN

❖ Những tổn thương cấp tính niêm mạc và loét dạ dày tá tràng

▪ Bệnh loét và viêm dạ dày xuất huyết

Là nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hoá trên thường gặp nhất. Theo Mougnot bệnh loét dạ dày tá tràng gây 40% trường hợp ói máu lượng vừa hoặc nhiều ở trẻ từ 1 tháng đến 15 tuổi. Loét dạ dày chiếm 1/3 trường hợp còn loét tá tràng chiếm 2/3 trường hợp còn lại.

▪ Viêm thực quản

Thường được chẩn đoán dựa vào mô học, thường gặp ở trẻ nữ nhi và ở trẻ em có biểu hiện lâm sàng trào ngược dạ dày thực quản bệnh lý. Loét và xói mòn thực quản đại thể hiếm gặp ở bệnh nhi có trào ngược dạ dày thực quản triệu chứng.

Viêm thực quản do trào ngược dịch acid từ dạ dày là nguyên nhân thường gặp nhất, gây đau khi nuốt, trẻ nữ nhi thường dễ kích thích, khóc cơn, rối loạn giấc ngủ, quay mặt khi cho bú. Ở trẻ lớn thường có ợ chua (cảm giác nóng rát sau xương ức), đau thượng vị, đau sau xương ức, nuốt đau, thường đi kèm các bệnh lý tại dạ dày tá tràng.

Một số ít trường hợp, bệnh nhân có viêm thực quản do trào ngược nặng nhưng không đau cũng như không có bất kỳ triệu chứng nào của viêm thực quản.

▪ Tăng áp tĩnh mạch cửa

Dãn tĩnh mạch thực quản ở trẻ em là biến chứng của hội chứng tăng áp cửa, các dấu hiệu chủ yếu gồm ói máu đỏ ô ạt, tiêu phân đen và dấu hiệu sốc giảm thể tích, bệnh thường hay tái phát.

XHTH ở bệnh nhân TATMC còn có thể do bệnh dạ dày do tăng áp cửa, bệnh viêm loét dạ dày-tá tràng hoặc vỡ dẫn tĩnh mạch trực tràng.

▪ Hội Chứng Mallory-Weiss(HC MW)

Sang thương gồm một vết rách niêm mạc ở phần nối ở chỗ thực quản-dạ dày và có thể lan đến thực quản

Xuất huyết do tổn thương này thường tự giới hạn, 80-90% trường hợp ngưng tự phát, phần lớn các vết loét lành trong vòng 48 giờ.

❖ Đặc điểm bệnh loét dạ dày – tá tràng ở trẻ em

Bệnh loét dạ dày tá tràng được phân thành 2 nhóm chính gồm tiên phát và thứ phát

Các nguyên nhân gây bệnh loét dạ dày tá tràng

Bệnh loét tiên phát

- Helicobacter pylori
- Nhiễm các tác nhân khác như CMV, Herpes simplex virus, Candida albicans
- Trào ngược acid mật

Bệnh loét thứ phát

-
- Stress
 - Thuốc và độc tố
 - Các chất ăn mòn
 - Bệnh Crohn
 - Viêm dạ dày ái toan
 - Viêm dạ dày tự miễn
 - Bệnh Zollinger-Ellison
-

IV- TRIỆU CHỨNG

- **Xuất huyết tiêu hoá trên:** nếu bệnh nhân có ói máu hoặc sonde dạ dày ra máu, Không có hai dấu hiệu trên cũng cần nghĩ đến nếu tiêu phân đen hoặc tiêu máu đỏ tươi ô ạt.
- **Xuất huyết tiêu hoá dưới:** khi bệnh nhân tiêu phân đen bầm (ruột non) hay máu đỏ (ruột già) dính vào phân hay chỉ có máu hoặc thăm trực tràng có máu.
- **Ói máu:** có thể là máu đỏ tươi, đỏ sậm, nâu, hay chỉ những chất như bã cà phê do máu bị biến đổi bởi dịch vị. Màu của máu ói ra tùy thuộc vào nồng độ acid trong dạ dày và thời gian máu tiếp xúc với dịch vị.
- **Tiêu phân đen:** Tiêu phân màu đen và dính. Màu đen của phân là do máu tiếp xúc với HCl tạo ra hematin
- **Tiêu máu:** là tiêu ra máu đỏ thực sự, tiêu máu bầm đen, tiêu máu lẫn trong phân, hay tiêu phân có máu, thường là chảy máu từ phần xa của dây chằng Treitz, tuy nhiên XHTH trên ô ạt cũng có thể gây tiêu máu đỏ tươi do thời gian di chuyển trong ống tiêu hoá ngắn

Nói chung khó ước tính thể tích máu mất dựa vào các đợt ói máu, lượng máu ói ra không phải là phần máu mất, lượng máu không được ói ra sẽ thải ra phân vài giờ hay vài ngày sau. XHTH trên có thể chỉ tiêu phân đen mà không ói máu. Mô tả phân và chất ói, ước tính lượng máu mất thường không chính xác

Đôi khi bệnh nhân XHTH chỉ có các dấu hiệu của tình trạng sốc giảm thể tích tuần hoàn như choáng váng, ngất, thở nhanh.

❖ *Các dấu hiệu của sốc*

- Nhịp tim nhanh
- Hạ huyết áp tư thế và hạ huyết áp động mạch
- Hạ huyết áp tư thế được định nghĩa khi HA tâm thu ở tư thế ngồi giảm hơn 20mmHg so với tư thế nằm, khi sốc diễn tiến, HA giảm nhiều hơn
- Giảm ý thức do giảm cung cấp oxy và năng lượng cho tế bào.
- Giảm tưới máu ngoại biên: Thời gian phục hồi mao mạch kéo dài hơn 3 giây, đây là dấu hiệu phản ánh tình trạng giảm thể tích (khi mất 25% thể tích tuần hoàn). Theo dõi lượng nước tiểu cũng là một cách đánh giá tốt tình trạng tưới máu mô. Thiểu niệu khi lượng nước tiểu < 1ml/kg/h, xảy ra khi mất > 30% thể tích tuần hoàn
- XHTH trên ở bệnh nhân có bệnh lý gan là yếu tố thúc đẩy vào hôn mê gan, do lượng máu trong ống tiêu hoá phân hủy làm tăng nồng độ NH₃ trong máu. Xuất huyết do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản có thể gây xuất huyết lồng ngực, tuy nhiên biến chứng này hiếm gặp.

V- Cận lâm sàng

CTM, thời gian chảy máu, đông máu toàn bộ , định nhóm máu.

Chức năng gan, siêu âm bụng giúp khảo sát bệnh lý gan trong trường hợp có tăng áp tĩnh mạch cửa, lâm sàng của xơ gan.

Toan chuyển hoá, tăng đường huyết, là những dấu hiệu gián tiếp của tình trạng sốc, giảm tưới máu ở mức tế bào. Chức năng thận giúp đánh giá tình trạng tưới máu thận

VI - ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

Gồm 4 mục tiêu

- 1) Hồi sức sốc mất máu
- 2) Chẩn đoán vị trí và nguyên nhân chảy máu
- 3) Xử trí cầm máu
- 4) Điều trị nguyên nhân và phòng ngừa xuất huyết tái phát

QUY TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN

I- CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG

- Giảm thể tích tuần hoàn do xuất huyết tiêu hóa
- Thân nhân bệnh nhân hạn chế kiến thức về chế độ dinh dưỡng

- TNBN hạn chế kiến thức về quản lý bệnh

II- CÁN THIỆP ĐIỀU DƯỠNG

1- Khôi phục khối lượng tuần hoàn

- **Mất máu nhẹ**

- Nghỉ ngơi tại giường
- Phục vụ sinh hoạt tại giường: ăn uống, vệ sinh cá nhân
- T/D tình trạng lâm sàng
- T/D xét nghiệm: Công thức máu, Hct , Hb

- **Mất máu vừa và nặng**

- Khẩn trương thiết lập đường truyền trong khi chờ kết quả XN. Sử dụng dung dịch Dextran, NaCl 0,9% , Glucose 5%. Không dùng Glucose 30% và các thuốc co mạch để nâng HA vì có thể gây hoại tử ống thận và làm sốc nặng hơn
- Đặt BN nằm đầu bằng, mặt nghiêng một bên
- Cho thở oxy qua mask hoặc canula
- Đặt ống thông mũi- dạ dày để giúp định vị nơi xuất huyết và rửa dạ dày.
 - Làm sạch dạ dày trước khi nội soi.
 - Phòng ngừa tăng NH₃/máu ở bệnh nhân bệnh gan.
 - Làm ngưng chảy máu.
 - Theo dõi diễn tiến XHTH
- Rửa dạ dày bằng dd NaCl 0,9% ở nhiệt độ phòng. Thể tích mỗi lần rửa 5ml/kg (Tối đa 300ml/lần). Thủ thuật cần phải rất cẩn thận, nhẹ nhàng nếu nghi ngờ dẫn tĩnh mạch thực quản
- Đánh giá mức độ giảm thể tích tuần hoàn
- T/D DHST, da niêm, tri giác cho đến khi BN ra khỏi tình trạng cấp cứu
- T/D các XN về máu, chuẩn bị thủ tục xin và truyền máu
- Trợ giúp BS xê tĩnh mạch hoặc đặt CVP (nếu cần)
- T/D màu sắc, số lượng, tính chất chất nôn và phân
- Đặt thông tiểu theo y lệnh. T/D số lượng nước tiểu
- Chuẩn bị BN đặt sonde Blackmore trường hợp XHTH do vỡ dẫn TM thực quản
- Chuẩn bị BN nội soi cấp cứu để biết được nguyên nhân chảy máu, mức độ chảy máu, tiến hành cầm máu tức thời
- Thực hiện các y lệnh về thuốc và dịch truyền
- Phục vụ vệ sinh tại giường

2- Bệnh nhân có chế độ ăn uống đúng

- Nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch trong giai đoạn đang xuất huyết
- Cho BN ăn bằng đường miệng khi không còn nôn ra máu

- Cho ăn từ loãng đến đặc, chia làm nhiều bữa nhỏ trong ngày
- Thức ăn dễ tiêu, hạn chế gia vị

3- TNBN có kiến thức về quản lý bệnh

- Hướng dẫn TNBN cách phát hiện sớm tình trạng XHTH và điều trị sớm
- Chế độ ăn uống thích hợp. Tránh thức ăn có nhiều gia vị, chất kích thích
- Thận trọng khi sử dụng thuốc Aspirine , Corticoide... khi BN có tiền sử loét dạ dày tá tràng
- Chế độ nghỉ ngơi thích hợp, tránh lo âu căng thẳng
- Tái khám đúng hẹn, kiểm tra sức khỏe định kỳ

DUYỆT BAN GIÁM ĐỐC

TRƯỞNG PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG

CNĐĐ. Nguyễn Thị Kim Liên