

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU NÚT MẠCH XUYÊN GAN QUA DA TRONG ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH DẠ DÀY Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Trần Bùi Khoa^{1,2,✉}, Lê Quang Hòa²
Nguyễn Thành Nam¹

¹Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội tại tỉnh Thanh Hóa

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Xuất huyết đường tiêu hóa trên do vỡ các búi giãn tĩnh mạch thực quản, dạ dày là biến chứng hay gặp ở bệnh nhân xơ gan có tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Búi giãn tĩnh mạch dạ dày khó kiểm soát dưới nội soi, trong khi can thiệp nội mạch có hiệu quả. Can thiệp nút búi giãn tĩnh mạch dạ dày xuyên gan qua da là một trong các phương pháp được lựa chọn. Tại Việt Nam, dữ liệu nghiên cứu đánh giá kết quả kỹ thuật này còn hạn chế, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân có shunt vị - thận. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả bước đầu nút mạch xuyên gan qua da trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày ở bệnh nhân xơ gan. Nghiên cứu trên 34 bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024. Kết quả cho thấy, có 91,1% bệnh nhân sau can thiệp có kết quả tốt, kiểm soát được tình trạng xuất huyết trong thời gian nằm viện. Tác dụng phụ hay gặp là sốt (17,6%) và đau bụng vùng can thiệp (76,5%). Không có tai biến nặng liên quan đến can thiệp như chảy máu đường chọc không tự cầm hay tắc mạch hệ thống. Trong 17 bệnh nhân được nội soi trước và sau can thiệp, tỉ lệ bệnh nhân giãn tĩnh mạch dạ dày độ III trước can thiệp là 82,4%, sau can thiệp giảm còn 29,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy $p = 0,004$. Theo dõi sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, tỉ lệ tái xuất huyết lần lượt là 6,5%, 19,4% và 25,8%. Như vậy kỹ thuật PTO đơn thuần có kết quả tốt trong kiểm soát ban đầu tình trạng xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày ở bệnh nhân xơ gan, tuy nhiên tỉ lệ tái xuất huyết sau ra viện còn cao.

Từ khóa: Búi giãn tĩnh mạch dạ dày, can thiệp xuyên gan qua da, shunt vị thận.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết đường tiêu hóa trên do vỡ các búi giãn tĩnh mạch thực quản, dạ dày là biến chứng hay gặp ở bệnh nhân xơ gan có tăng áp lực tĩnh mạch cửa. So với tĩnh mạch thực quản, giãn tĩnh mạch dạ dày ít gặp hơn nhưng có xu hướng chảy máu nghiêm trọng hơn và tỉ lệ tử vong cao hơn.¹ Quản lý giãn tĩnh mạch dạ dày cần tiếp cận đa mô thức: nội khoa, can thiệp nội soi, điện

quang can thiệp, phẫu thuật, tùy thuộc vào đặc điểm mỗi bệnh nhân và thể mạnh từng cơ sở y tế.² Tiêm xơ qua nội soi là phương pháp điều trị đầu tay với xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày, khuyến cáo bởi đồng thuận Baveno VII, tuy nhiên tỉ lệ tái chảy máu còn cao và nguy cơ tắc mạch hệ thống trong trường hợp tồn tại shunt vị - thận.^{3,4} Can thiệp nội mạch thường được chỉ định khi điều trị nội khoa và nội soi can thiệp không hiệu quả. Hiện có hai nhóm phương pháp chính trong can thiệp nội mạch là tạo shunt cửa chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh (transjugular intrahepatic portosystemic shunt -TIPS) và nút tắc búi giãn tĩnh mạch dạ dày.

Tác giả liên hệ: Trần Bùi Khoa

Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội tại tỉnh Thanh Hóa

Email: tranbuihoa@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 27/02/2025

Ngày được chấp nhận: 02/04/2025

Kĩ thuật TIPS giúp giảm áp lực tĩnh mạch cửa bằng cách dẫn máu ra khỏi gan, kiểm soát tình trạng chảy máu. Tuy nhiên, việc dẫn máu ra khỏi gan có thể làm nặng thêm bệnh não gan và suy gan, đặc biệt ở những bệnh nhân có dự trữ gan thấp (điểm MELD >17 - 20). Hơn nữa, chảy máu tĩnh mạch dạ dày xảy ra ở áp lực thấp hơn tĩnh mạch thực quản và ở những bệnh nhân có áp lực tĩnh mạch cửa trước khi làm TIPS $\leq 12\text{mmHg}$, việc giảm thêm áp lực tĩnh mạch cửa sau khi làm TIPS không làm thay đổi nguy cơ tái chảy máu từ tĩnh mạch dạ dày.⁵

Kĩ thuật nút tắc tĩnh mạch dạ dày là phương pháp thay thế cho TIPS. Nút mạch được thực hiện ngược dòng với dù tắc mạch (PARTO - Plug assisted retrograde transvenous obliteration) hoặc bóng tắc mạch (BRTO - Balloon occluded retrograde transvenous obliteration), tuy nhiên điều kiện phải tồn tại shunt vị thận, nên cần chụp cắt lớp vi tính để khảo sát mạch máu trước. PARTO sử dụng vật liệu là dù và spongel, có tỉ lệ thành công cao về mặt kỹ thuật và hiệu quả lâm sàng lâu dài, được khuyến cáo nên lựa chọn đầu tay ở những bệnh nhân thích hợp.⁶ Các trường hợp không có shunt vị thận, shunt vị thận không phù hợp hoặc trong trường hợp cấp cứu, không có điều kiện chụp cắt lớp vi tính trước để khảo sát mạch máu, thì có thể sử dụng phương pháp nút mạch xuyên gan qua da (PTO - percutaneous transhepatic obliteration).

Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy PTO là phương pháp tốt trong phòng ngừa tái xuất huyết. không có sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ tái xuất huyết và tỉ lệ tử vong so với kĩ thuật TIPS.^{4,7,8} Hiện nay, tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, chưa triển khai kĩ thuật tiêm xơ tĩnh mạch dạ dày qua nội soi, không có vật tư can thiệp là bóng và dù để thực hiện kĩ thuật BRTO, PARTO, nên hầu hết bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày sẽ được thực hiện kĩ thuật PTO. Tại Việt Nam, dữ liệu nghiên cứu đánh giá kết quả kĩ thuật nút tĩnh mạch dạ

dày xuyên gan qua da còn hạn chế, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân có shunt vị - thận. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu nút mạch xuyên gan qua da trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày ở bệnh nhân xơ gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân xơ gan bị xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày được can thiệp nút mạch xuyên gan qua da tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa kết hợp với hình ảnh học gợi ý xơ gan.

- Bệnh nhân được nội soi dạ dày và chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày.

- Bệnh nhân không thực hiện được kĩ thuật tiêm xơ qua nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh nhân không đủ thông tin để thu thập theo bảng số liệu đã soạn sẵn.

- Xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa đã từng can thiệp nội mạch (TIPS, BRTO, PARTO, PTO).

- Bệnh nhân có ung thư dạ dày, loét dạ dày – tá tràng quan sát được qua nội soi.

- Bệnh nhân mất liên lạc.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Mẫu thuận tiện: tất cả bệnh nhân được can

thiệt nút tĩnh mạch dạ dày mạch xuyên gan qua da tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn.

Các biến số nghiên cứu

Bao gồm tuổi, giới, mức độ xơ gan Child – Pugh, mức độ mất máu (phân độ theo hiệp hội phẫu thuật Hoa Kỳ), mức độ giãn tĩnh mạch dạ dày trên nội soi trước can thiệp (phân độ theo các tác giả Nhật Bản), đặc điểm búi giãn tĩnh mạch dạ dày trên chụp mạch (số lượng tĩnh mạch đến, số lượng tĩnh mạch đi, shunt).^{9,10} Đánh giá kết quả can thiệp, các tác dụng phụ và biến chứng can thiệp. Theo dõi tái xuất huyết sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Mức độ giãn tĩnh mạch dạ dày sau can thiệp khi bệnh nhân tái khám hoặc tái nhập viện.

Đánh giá kết quả can thiệp:

Tốt: Xuất huyết tiêu hóa được kiểm soát, đi ngoài phân vàng, không có các tai biến can thiệp nặng (chảy máu đường chọc không tự cầm, tắc mạch hệ thống).

Không tốt: Kiểm soát xuất huyết tiêu hóa thất bại hoặc có các tai biến can thiệp nặng (chảy máu đường chọc không tự cầm, tắc mạch hệ thống).

Tiêu chuẩn kiểm soát xuất huyết thất bại: thời gian phát hiện chảy máu tái phát trong vòng 5 ngày, thất bại khi bệnh nhân tử vong hoặc có 1 trong 3 biểu hiện:

(1) nôn ra máu hoặc ống thông mũi dạ dày hút ra hơn 100ml máu tươi sau 2 giờ,

(2) sốc giảm thể tích tiến triển

(3) giảm 3g/dl Hemoglobin hoặc 9% Hematocrit trong vòng 24h nếu không truyền máu.¹¹

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng. Tính tỉ lệ cho

các biến định tính. Kiểm định Khi bình phương theo McNemar khi so sánh tỉ lệ ghép cặp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Kỹ thuật thực hiện nút tĩnh mạch dạ dày xuyên gan qua da

Phương tiện can thiệp: Hệ thống chụp mạch DSA Toshiba, bộ dụng cụ can thiệp: Sheath 5F, Guide wire 0.0035", Catheter: Cobra 5F, Progreat 2.7F, vật liệu tắc mạch: keo histoacryl và lipiodol, coil.

Nhân lực: 2 bác sĩ và 1 kỹ thuật viên can thiệp.

Kỹ thuật can thiệp:

Bệnh nhân tư thế nằm ngửa, sát khuẩn vùng da quanh vị trí đường vào. Gây tê tại chỗ bằng lidocain 2%, dùng kim Angiocath chọc vào nhánh tĩnh mạch cửa trong gan, tĩnh mạch rốn, tĩnh mạch lách dưới hướng dẫn siêu âm. Dùng ống thông Cobra 5Fr tiếp cận tĩnh mạch lách, chụp toàn bộ hệ thống tĩnh mạch cửa, chụp chọn lọc từng nhánh nuôi bằng ống thông 2.7Fr, sau đó nút tắc từng nhánh.

Đóng đường vào: sử dụng dụng dịch histoacryl và lipiodol.

Theo dõi sau can thiệp bao gồm tình trạng xuất huyết tiêu hóa, sốt, đau bụng, tụ máu vị trí can thiệp, tắc mạch hệ thống nếu có.

3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả dữ liệu về bệnh nhân, hồ sơ bệnh án được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi có 34 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia. Tuổi trung bình $59,18 \pm 11,07$ tuổi, với độ tuổi dao động từ 40 đến 84 tuổi. Độ tuổi thường gặp nhất từ 50 đến 69 tuổi, chiếm 67,7%. Hầu hết bệnh nhân xơ gan Child – Pugh B (64,7%), giãn tĩnh mạch dạ dày độ III (79,4%) và mất máu mức độ vừa (58,8%).

Trên chụp mạch số hóa xóa nền, búi giãn tĩnh mạch dạ dày hầu hết có nhiều nhánh tĩnh mạch đến (88,2%), 1 nhánh tĩnh mạch đi (58,8%), tồn tại shunt vị thận (88,2%).

Bảng 1. Đánh giá mối liên quan mức độ giãn tĩnh mạch dạ dày trước và sau can thiệp

Mức độ giãn tĩnh mạch dạ dày		Sau can thiệp (n, %)		Tổng (n, %)	p Kiểm định McNemar
		≤ Độ II	Độ III		
Trước can thiệp (n, %)	≤ Độ II	3 17,6%	0 0%	3 17,6%	0,004
	Độ III	9 52,9%	5 29,5%	14 82,4%	
Tổng (n, %)		12 70,5%	5 29,5%	17 100%	

Tỉ lệ bệnh nhân giãn tĩnh mạch dạ dày độ III trước can thiệp là 82,4%, sau can thiệp là 29,5%. So sánh tỉ lệ ghép cặp theo kiểm định McNemar, $p = 0,004$. Như vậy tỉ lệ bệnh nhân giãn tĩnh mạch dạ dày độ III có giảm sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99%.

Bảng 2. Đánh giá kết quả can thiệp và các tác dụng phụ, biến chứng can thiệp

Kết quả can thiệp		n (%)
Tốt		31 (91,2%)
Không tốt	Sốc mất máu	
	Hôn mê gan	3 (8,8%)
	Sốc mất máu + Hôn mê gan	
Sốt		6 (17,6%)
Đau bụng		26 (76,5%)
Chảy máu đường chọc không tự cầm		0 (0%)
Tắc mạch hệ thống		0 (0%)

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân sau can thiệp có kết quả tốt, kiểm soát được tình trạng xuất huyết tiêu hóa, ổn định ra viện.

Bảng 3. Theo dõi tái xuất huyết sau ra viện (31 bệnh nhân)

Thời gian theo dõi	Tái xuất huyết		Tử vong không rõ nguyên nhân	
	n	%	n	%
1 tháng	2	6,5%	0	0%
3 tháng	6	19,4%	0	0%

Thời gian theo dõi	Tái xuất huyết		Tử vong không rõ nguyên nhân	
	n	%	n	%
6 tháng	8	25,8%	1	3,2%
Tổng	16	51,7%	1	3,2%

Nhận xét: 31 bệnh nhân theo dõi sau ra viện. Trong tháng đầu tiên có 2 bệnh nhân tái xuất huyết sớm. 1 - 3 tháng có 6 bệnh nhân tái xuất huyết. 3 - 6 tháng có 8 bệnh nhân tái xuất huyết, trong đó có 2 bệnh nhân nhập viện trong tình trạng nặng, gia đình xin về.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nghiên cứu là $59,18 \pm 11,07$ tuổi. Ít tuổi nhất 40, nhiều tuổi nhất 84. Phần lớn bệnh nhân nằm trong độ tuổi là 50 - 69. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Dong Il Gwon và cộng sự (2013), tuổi trung bình là 59.¹² Nghiên cứu của Moon Young Kim, Soon Ho Um và cộng sự với 1308 bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch dạ dày, tuổi trung bình $55,0 \pm 11,0$.¹³ Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Việt Anh và cộng sự với nhóm bệnh nhân tương tự, tuổi trung bình $55,03 \pm 11,98$.¹⁴ Nhóm tuổi biểu hiện bệnh chiếm phần lớn từ 50 - 69 tuổi. Đây là giai đoạn cơ thể suy yếu và các bệnh mạn tính biểu hiện rõ hơn.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tất cả đều giới tính nam. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Việt Anh tỉ lệ nam / nữ là 96/4.¹⁴ Tỉ lệ này cao hơn hẳn so với nghiên cứu của các tác giả Hàn Quốc. Tỉ lệ nam / nữ trong nghiên cứu của Dong Il Gwon là 2/1, nghiên cứu của Moon Young Kim, Soon Ho Um và cộng sự là 81,2/18,8.^{12,13} Lý do nam giới chiếm tỉ lệ rất cao trong các nghiên cứu của Việt Nam, có lẽ liên quan nhiều đến nguyên nhân xơ gan, phản ánh tình trạng sử dụng rượu bia của người dân.

Số bệnh nhân có shunt vị thận là 30, chiếm 88,2%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Natsuhiko Kameda và cộng sự, trong 94 bệnh nhân xơ gan có giãn tĩnh mạch dạ dày, tỉ lệ shunt vị thận chiếm 84%.¹⁵ Nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh, trong 91 bệnh nhân giãn tĩnh mạch dạ dày được chụp cắt lớp vi tính có 74% tồn tại shunt vị thận.¹⁶ Đánh giá chi tiết bản đồ mạch máu, bao gồm tĩnh mạch đến, tĩnh mạch đi và shunt là rất quan trọng trong chiến lược can thiệp, tránh các tai biến có thể xảy ra, để hiệu quả kỹ thuật là cao nhất. Với các can thiệp ngược dòng qua shunt vị thận, việc tồn tại shunt là bắt buộc, nên cần phải chụp cắt lớp vi tính trước để khảo sát mạch máu. Trong khi can thiệp xuyên gan qua da, do tiếp cận từ tĩnh mạch đến qua hệ tĩnh mạch cửa, nên không cần phải chụp cắt lớp vi tính trước, giúp giảm thiểu thời gian phơi nhiễm tia X. Để tránh bỏ sót các tĩnh mạch đến do chụp tĩnh mạch không đầy đủ, vị trí ống thông đặt tại rốn lách sẽ giúp tối ưu khả năng hiện hình các nhánh tĩnh mạch đến.¹⁷

Hình ảnh nội soi sau can thiệp. Tĩnh mạch dạ dày sau can thiệp có giảm mức độ giãn so với trước can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99%. Trong nghiên cứu của Xiangguo Tian, các bệnh nhân được nội soi sau can thiệp xuyên gan qua da.⁷ Sau 1 - 2 tuần thấy tình trạng viêm cấp tính, các tĩnh mạch dạ dày cứng, sung huyết, phù nề và loét niêm mạc. Sau 3-4 tuần, sung huyết, phù niêm mạc giảm đi và thấy tình trạng viêm mạn tính. Từ 1-3 tháng, keo sẽ bong ra khỏi lớp dưới niêm mạc. Quá trình keo bong ra ngoài hoàn toàn sẽ

hoàn tất trong vòng 1 năm. Sau khi keo bong hết, các tĩnh mạch sẽ biến mất hoặc giảm đi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 17 bệnh nhân được nội soi lại trong thời gian theo dõi trong vòng 1 - 6 tháng, có 4 bệnh nhân không còn búi giãn, các bệnh nhân còn lại tĩnh mạch dạ dày vẫn giãn độ II hoặc độ III. Nguyên nhân một phần do keo chưa bong ra khỏi lòng mạch. Nguyên nhân thứ 2 do can thiệp chưa nút tắc được hoàn toàn búi giãn.

Đánh giá kết quả can thiệp và các tác dụng phụ, biến chứng can thiệp. 6 bệnh nhân (chiếm 17,6%) sốt nhẹ sau can thiệp. 26 bệnh nhân (chiếm 76,5%) có triệu chứng đau bụng vùng can thiệp ở các mức độ khác nhau, tất cả đều đáp ứng với điều trị nội khoa. Do có tính chất xâm lấn, phải chọc đường vào qua nhu mô gan, nên PTO thường không phải là lựa chọn đầu tiên, nhưng đối với những bệnh nhân không có shunt vị thận, hoặc shunt vị - thận không phù hợp để làm PARTO (kích thước shunt quá lớn, shunt nhỏ không phải là nguồn dẫn lưu chính của búi giãn...) thì PTO gần như là phương pháp duy nhất khi lựa chọn can thiệp điện quang.¹⁸ Toàn bộ quy trình kỹ thuật được thực hiện dưới hướng dẫn của hình ảnh (siêu âm và máy chụp mạch), nên đã giảm thiểu tối đa các tai biến không mong muốn. Không có trường hợp nào bị chảy máu đường chọc không tự cầm và tắc mạch hệ thống. 31/34 bệnh nhân sau can thiệp có kết quả tốt, kiểm soát được tình trạng xuất huyết, không có các tai biến can thiệp nặng, ổn định ra viện. Có 3 bệnh nhân kết quả không tốt, diễn biến nặng do sốc mất máu và hôn mê gan, gia đình xin về. Có được kết quả khả quan này là nhờ vào sự phối hợp chặt chẽ của cả điện quang can thiệp và hồi sức nội khoa của các bác sỹ lâm sàng. Với vật tư trang thiết bị sẵn có như keo sinh học, lipiodol và các vòng xoắn kim loại, kỹ thuật PTO hoàn toàn có thể triển khai được ở bất kỳ đơn vị nào có máy chụp mạch, đặc biệt

có thể can thiệp được ngay trong trường hợp cấp cứu. Trong khi với các kỹ thuật can thiệp ngược dòng khác, đòi hỏi phải có vật tư đặc thù là bóng và dù.

31 bệnh nhân theo dõi sau ra viện. Trong tháng đầu tiên có 2 bệnh nhân tái xuất huyết sớm (chiếm 6,5%) với biểu hiện đi ngoài phân đen mức độ ít, được điều trị nội khoa tại bệnh viện tuyến huyện. 1 - 3 tháng có 6 bệnh nhân tái xuất huyết (chiếm 19,4%), trong đó 1 bệnh nhân được can thiệp lại, kiểm soát tốt tình trạng xuất huyết, các bệnh nhân còn lại điều trị nội khoa ổn định. 3 - 6 tháng có 8 bệnh nhân tái xuất huyết (chiếm 25,8%), trong đó có 2 bệnh nhân được can thiệp lại thành công, 2 bệnh nhân nhập viện trong tình trạng nặng, gia đình xin về.

Nghiên cứu của Xiangguo Tian năm 2011, gồm 71 bệnh nhân, trong đó 53 bệnh nhân được can thiệp PTO và 18 bệnh nhân kết hợp PTO và BRTO. 12 bệnh nhân được can thiệp cấp cứu do giãn vỡ tĩnh mạch dạ dày, 100% bệnh nhân đạt được hiệu quả cầm máu ban đầu; nhóm còn lại can thiệp dự phòng tái xuất huyết. Chụp hệ thống tĩnh mạch cửa - lách sau can thiệp, 67/71 bệnh nhân (94,4%) nút tắc hoàn toàn tĩnh mạch đến và búi giãn tĩnh mạch dạ dày; 4/71 bệnh nhân (5,6%) chỉ nút tắc các tĩnh mạch đến. Trong thời gian theo dõi từ 6 - 62 tháng, tỉ lệ tái xuất huyết trong nhóm được nút tắc hoàn toàn cả tĩnh mạch đến và búi giãn tĩnh mạch dạ dày chỉ 3% (2/67 bệnh nhân), riêng với nhóm chỉ nút tắc các nhánh tĩnh mạch đến, tỉ lệ tái xuất huyết là 50% (2/4 bệnh nhân).⁷

Nghiên cứu của Jing Wang năm 2013, 32 bệnh nhân được can thiệp xuyên gan qua da, thời gian theo dõi trung bình $21,53 \pm 8,56$ tháng, tỉ lệ tái chảy máu gặp ở 4 bệnh nhân (12,5%), tỉ lệ không tái chảy máu tích lũy trong 1, 2, 3 năm lần lượt là 93%, 84%, 84%.⁴

Nghiên cứu của Phạm Quang Sơn tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2021, gồm 13 bệnh nhân,

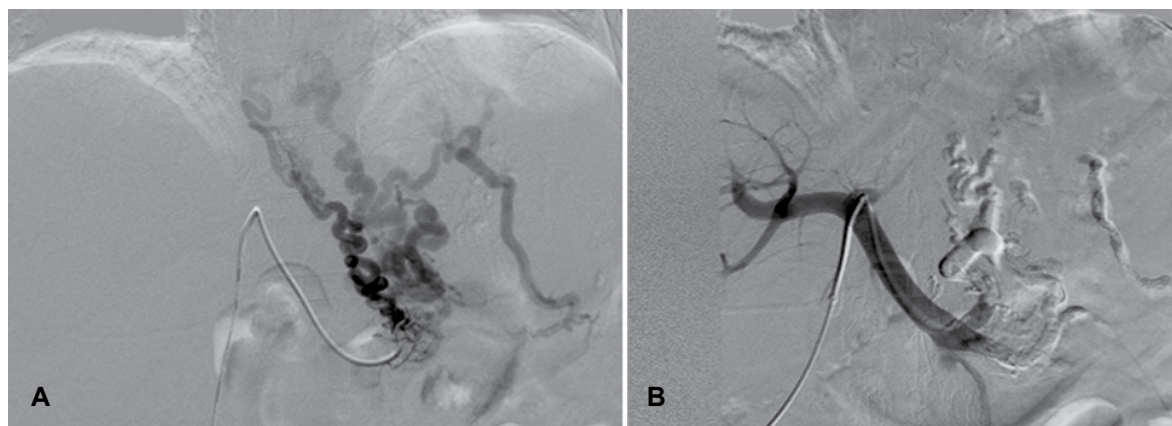
trong đó 10 bệnh nhân can thiệp PTO, 3 bệnh nhân phối hợp PTO và PARTO. Có 12 bệnh nhân được nút tắc hoàn toàn tĩnh mạch đến (92,3%), 1 bệnh nhân còn một nhánh nhỏ cấp máu cho búi giãn không tiếp cận được. Trong 12 bệnh nhân được nút tắc hoàn toàn các nhánh tĩnh mạch đến, có 11 bệnh nhân không có tình trạng xuất huyết tiêu hóa trong thời gian theo dõi > 3 tháng (91,67%).¹⁹

Đa số bệnh nhân nút búi giãn tĩnh mạch dạ dày bằng can thiệp PTO đều cải thiện triệu chứng lâm sàng rõ rệt, điều này cho thấy hiệu quả tắc mạch của kỹ thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 91,1% số bệnh nhân lâm sàng ổn định, không còn dấu hiệu xuất huyết trước khi xuất viện, tuy nhiên tình trạng tái chảy máu trong thời gian theo dõi còn cao so với các nghiên cứu khác. Tình trạng này có thể giải thích do một số nguyên nhân.

+ Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu có shunt vị thận, nhiều trường hợp trong nhóm này shunt vị thận lớn, dòng chảy về shunt nhanh,

trong khi chúng tôi chỉ thực hiện kỹ thuật PTO đơn thuần, không phối hợp với kỹ thuật BRTO, PARTO hoặc CARTO (Coil-assisted retrograde transvenous obliteration) để nút tắc luồng shunt trước. Để tránh keo sinh học trôi qua shunt về tĩnh mạch thận, tĩnh mạch chủ, chúng tôi chỉ nút tắc được các nhánh tĩnh mạch đến, keo không đi vào sâu được búi giãn. Trong khi có thể vẫn tồn tại những nhánh mạch nuôi vào búi giãn, nhưng khẩu kính bé, lưu lượng dòng chảy thấp, không hiện hình trên chụp mạch; theo thời gian các nhánh này giãn ra, tiếp tục cấp máu cho búi giãn tĩnh mạch dạ dày. Do đó, việc phối hợp các kỹ thuật can thiệp là cần thiết để đem lại hiệu quả tối đa cho người bệnh.

+ Kỹ thuật PTO, cũng như với các kỹ thuật khác BRTO, PARTO, CARTO, chỉ nút tắc được búi giãn tĩnh mạch dạ dày gây xuất huyết tiêu hóa, trong khi tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa vẫn tồn tại, trong tương lai có thể hình thành các bàng hệ mới đi về các búi giãn tĩnh mạch dạ dày – thực quản.



Hình 1. Bệnh nhân nam, 57 tuổi, xơ gan Child – Pugh B, mất máu mức độ vừa, nội soi giãn tĩnh mạch dạ dày độ III, bề mặt búi giãn có điểm tiểu cầu

Bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật PTO, chụp và nút búi giãn tĩnh mạch dạ dày bằng keo sinh học histoacryl. Sau can thiệp, tình trạng ổn định, được ra viện sau 11 ngày. Theo dõi trong vòng 6 tháng, chưa thấy tái xuất huyết. Hình A: búi giãn tĩnh mạch dạ dày trước can thiệp. Hình B: búi giãn tĩnh mạch dạ dày lắng đọng vật liệu nút mạch sau can thiệp

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Hầu hết bệnh nhân sau can thiệp PTO có kết quả tốt, kiểm soát được tình trạng xuất huyết, chiếm 91,1%. Tác dụng phụ hay gặp là sốt (17,6%) và đau bụng vùng can thiệp (76,5%). Không có tai biến nặng liên quan đến can thiệp như chảy máu đường chọc không tự cầm hay tắc mạch hệ thống. Tuy nhiên tỉ lệ tái xuất huyết sau ra viện còn cao. Theo dõi sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, tỉ lệ tái xuất huyết lần lượt là 6,5%, 19,4% và 25,8%.

Trong trường hợp có shunt vị thận, không đảm bảo nút tắc được hết búi giãn tĩnh mạch dạ dày, nên cân nhắc phối hợp PTO với các kỹ thuật can thiệp ngược dòng khác như PARTO, CARTO.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Khoa Tiêu hóa Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, cùng toàn thể bệnh nhân đã tạo điều kiện thuận lợi để chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Công trình này không có bất kỳ sự xung đột về lợi ích nào giữa các tác giả trong bài và với tác giả khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sarin SK, Lahoti D, Saxena SP, Murthy NS, Makwana UK. Prevalence, classification and natural history of gastric varices: a long-term follow-up study in 568 portal hypertension patients. *Hepatology*. 1992; 16(6): 1343-1349. doi:10.1002/hep.1840160607.
2. Calmet F, Mohan P, Jalaeian H, Martin P. Management of Patients With Gastric Varices. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2022; 18(10): 574-585.
3. Franchis R de, Bosch J, Garcia-Tsao G, et al. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. *Journal of Hepatology*. 2022;

76(4): 959-974. doi:10.1016/j.jhep.2021.12.022.

4. Wang J, Tian XG, Li Y, et al. Comparison of modified percutaneous transhepatic variceal embolization and endoscopic cyanoacrylate injection for gastric variceal rebleeding. *World J Gastroenterol*. 2013; 19(5): 706-714. doi:10.3748/wjg.v19.i5.706.

5. Masood I, Moshksar A, Wong B, Khan H, Saleem A. A comprehensive review of transvenous obliteration techniques in the management of gastric varices. *Diagn Interv Radiol*. 2023; 29(1): 146-154. doi:10.5152/dir.2022.21193.

6. Gwon DI, Kim YH, Ko GY, et al. Vascular Plug-Assisted Retrograde Transvenous Obliteration for the Treatment of Gastric Varices and Hepatic Encephalopathy: A Prospective Multicenter Study. *J Vasc Interv Radiol*. 2015; 26(11): 1589-1595. doi:10.1016/j.jvir.2015.07.011.

7. Tian X, Wang Q, Zhang C, et al. Modified percutaneous transhepatic variceal embolization with 2-octylcyanoacrylate for bleeding gastric varices: long-term follow-up outcomes. *AJR Am J Roentgenol*. 2011; 197(2): 502-509. doi:10.2214/AJR.10.6005.

8. Zhang K, Sun X, Wang G, et al. Treatment outcomes of percutaneous transhepatic variceal embolization versus transjugular intrahepatic portosystemic shunt for gastric variceal bleeding. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98(18): e15464. doi:10.1097/MD.00000000000015464.

9. Hooper N, Armstrong TJ. Hemorrhagic Shock. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2025. Accessed March 13, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470382/>.

10. Hashizume M, Kitano S, Yamaga H, Koyanagi N, Sugimachi K. Endoscopic classification of gastric varices. *Gastrointest Endosc*. 1990; 36(3): 276-280. doi:10.1016/s0016-5107(90)71023-1

11. Franchis R de. Revising consensus in portal hypertension: Report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *Journal of Hepatology*. 2010; 53(4): 762-768. doi:10.1016/j.jhep.2010.06.004.
12. Gwon DI, Ko GY, Yoon HK, et al. Gastric varices and hepatic encephalopathy: treatment with vascular plug and gelatin sponge-assisted retrograde transvenous obliteration--a primary report. *Radiology*. 2013; 268(1): 281-287. doi:10.1148/radiol.13122102.
13. Kim MY, Um SH, Baik SK, et al. Clinical features and outcomes of gastric variceal bleeding: retrospective Korean multicenter data. *Clin Mol Hepatol*. 2013; 19(1): 36-44. doi:10.3350/cmh.2013.19.1.36.
14. Nguyễn Hữu Việt Anh, Nguyễn Anh Tuấn. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch dạ dày tại bệnh viện Bạch Mai. *VMJ*. 2022; 520(1B). doi:10.51298/vmj.v520i1B.3901.
15. Kameda N, Higuchi K, Shiba M, et al. Management of gastric fundal varices without gastro-renal shunt in 15 patients. *World J Gastroenterol*. 2008; 14(3): 448-453. doi:10.3748/wjg.14.448.
16. Trần Thị Quỳnh, Trịnh Hà Châu, Lê Văn Khàng, Vũ Đăng Lưu. Nghiên cứu đặc điểm búi giãn tĩnh mạch dạ dày ở bệnh nhân xơ gan trên hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy để chỉ định can thiệp PARTO. *vjrm*. 2020; (39): 61-67. doi:10.55046/vjrm.39.207.2020.
17. Gaba RC, Couture PM, Lakhoo J. Gastroesophageal Variceal Filling and Drainage Pathways: An Angiographic Description of Afferent and Efferent Venous Anatomic Patterns. *J Clin Imaging Sci*. 2015; 5:61. doi:10.4103/2156-7514.170730.
18. Trịnh Hà Châu, Phạm Quang Sơn, Đỗ Đăng Tân, Lê Đức Thọ, Lê Văn Khàng, Vũ Đăng Lưu. Kết quả bước đầu can thiệp xuôi dòng qua da trong điều trị giãn tĩnh mạch dạ dày trên bệnh nhân xơ gan: 1. 2021; (121): 71-84.
19. Phạm Quang Sơn, Phạm Minh Thông, Trịnh Hà Châu, et al. Nút búi giãn tĩnh mạch dạ dày xuôi dòng qua da ở bệnh nhân tăng áp lực tĩnh mạch cửa do xơ gan. *Vjrm*. 2021; (42): 5-12. doi:10.55046/vjrm.42.19.2021.

Summary

EVALUATION OF THE INITIAL RESULTS OF PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC OBLITERATION IN THE TREATMENT OF GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO RUPTURED GASTRIC VARICES IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS

Upper gastrointestinal bleeding from gastroesophageal varices is a frequent complication in patients with liver cirrhosis and portal hypertension. Gastric varices are difficult to control under endoscopically while endovascular intervention is an effective method. Percutaneous transhepatic obliteration is one of the selected methods. In Vietnam, research data evaluating the results of this technique is limited, especially in patients with gastroduodenal shunt. Therefore, we conducted a study to evaluate the initial results of percutaneous transhepatic obliteration in the treatment of gastrointestinal bleeding due to gastric variceal rupture in patients with cirrhosis. The study was conducted on 34 patients with cirrhosis with gastrointestinal bleeding due to gastric variceal rupture from August 2023 to August 2024. The results showed that 91.1% of patients had good results after the intervention, with bleeding controlled during hospitalization. Common side effects were fever (17.6%) and abdominal pain in the intervention area (76.5%). There was no serious complication related to the intervention such as uncontrolled puncture bleeding or systemic embolism. Prior to intervention, 82.4% of 17 patients had grade III gastric varices; this number decreased to 29.5% after intervention, which was a statistically significant difference with a confidence level of $p=0.004$. After 1 month, 3 months, and 6 months of follow-up, the rates of recurrence of bleeding were 6.5%, 19.4%, and 25.8%, respectively. Thus, the simple PTO technique has good results in initial control of gastrointestinal bleeding due to gastric variceal rupture in patients with cirrhosis, however, the rate of rebleeding after hospital discharge is still elevated.

Keywords: Gastric varices, Percutaneous transhepatic obliteration, gastroduodenal shunt.