

KẾT QUẢ TRONG 6 THÁNG SAU THẮT TĨNH MẠCH THỰC QUẢN DỰ PHÒNG Ở NGƯỜI BỆNH XƠ GAN

Bùi Ngọc Hải^{1,✉}, Phan Quốc Hưng¹, Lê Quang Hưng¹
Phạm Huy Lam¹, Đặng Đình Thắng¹, Lê Thu Loan¹
Nguyễn Phạm Tuấn Thành¹, Lê Tuấn Anh^{1,2}, Đào Việt Hằng^{1,2}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu tiền cứu mô tả kèm theo dõi dọc nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả theo dõi trong 6 tháng của 179 người bệnh xơ gan có giãn tĩnh mạch thực quản được thắt tĩnh mạch thực quản dự phòng tại Trung tâm Nội soi, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (1/2024 - 8/2025). Tuổi trung bình của người bệnh là $61,21 \pm 9,93$. Nam giới chiếm đa số (88,3%). Phần lớn người bệnh có mức độ xơ gan Child Pugh A (52%); giãn tĩnh mạch thực quản độ III (98,3%). Giãn toàn bộ thực quản chiếm 57%, búi giãn có kích thước ≥ 5 mm; 91,1% và có dấu đỏ 92,2%. Đau ngực nhẹ và vừa sau thắt chiếm 20,1%. Sau 6 tháng theo dõi, người bệnh có xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản là 2,8%; 40,8% người bệnh phải thắt lại tĩnh mạch thực quản ít nhất 1 lần. Việc sử dụng thuốc chẹn beta giao cảm không chọn lọc giúp giảm tỷ lệ phải thắt lại xuống còn 0,54 lần so với nhóm không dùng thuốc (95% CI không chứa 1). Thắt tĩnh mạch thực quản dự phòng là phương pháp an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp. Tỷ lệ tái phát liên quan chặt chẽ đến mức độ tuân thủ điều trị thuốc chẹn beta giao cảm không chọn lọc của người bệnh.

Từ khoá: Thắt tĩnh mạch thực quản dự phòng, xơ gan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh lý thường gặp ở Việt Nam cũng như thế giới, nguyên nhân phổ biến là do rượu, virus viêm gan B, viêm gan C và bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu.¹ Khi chẩn đoán lần đầu, khoảng 30 - 40% người bệnh xơ gan còn bù và 60% người bệnh xơ gan cổ trướng có giãn tĩnh mạch thực quản.² Xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản là một biến chứng nghiêm trọng thường gặp. Theo thời gian, búi giãn có xu hướng tăng kích thước và có nguy cơ vỡ, với tỷ lệ xuất huyết khoảng 5 - 26% và tỷ lệ tử vong lên tới 7 - 15%.² Việc xác định mức độ giãn tĩnh mạch thực quản và

phân tầng nguy cơ là một trong những mục tiêu điều trị quan trọng ở người bệnh xơ gan. Những người bệnh có nguy cơ chảy máu cao là người bệnh có búi giãn ≥ 5 mm, có dấu đỏ hoặc Child Pugh C.² Theo Baveno VII, thuốc chẹn beta giao cảm không chọn lọc và thắt tĩnh mạch thực quản là những phương pháp điều trị dự phòng xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.³ Sau khi vòng cao su được thắt vào tĩnh mạch, phần mô được thắt sẽ bong ra sau khoảng 3 - 7 ngày, tạo thành các vết loét và sẹo làm giảm kích thước búi giãn.⁴ Các nghiên cứu gần đây cho thấy việc thắt tĩnh mạch thực quản, đặc biệt trong vòng 6 tháng, có vai trò quan trọng trong việc giảm tái xuất huyết và cải thiện tiên lượng ở người bệnh xơ gan.⁵ Tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị xuất huyết tiêu hoá do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản khá nhiều, tuy nhiên các dữ liệu theo dõi

Tác giả liên hệ: Bùi Ngọc Hải

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: haibuingoc08071997@gmail.com

Ngày nhận: 09/04/2026

Ngày được chấp nhận: 18/05/2026

dọc cho nhóm thất tĩnh mạch thực quản dự phòng còn chưa phong phú. Xuất phát từ thực tiễn nói trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Kết quả trong 6 tháng sau thất tĩnh mạch thực quản dự phòng ở người bệnh xơ gan” với hai mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh thất tĩnh mạch thực quản dự phòng trong 6 tháng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2024 - tháng 8/2025; 2) Đánh giá kết quả theo dõi sau 6 tháng ở người bệnh xơ gan được thất tĩnh mạch thực quản dự phòng nêu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh xơ gan được thất tĩnh mạch thực quản dự phòng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2024 - tháng 8/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh có chỉ định thất tĩnh mạch thực quản dự phòng (búi giãn ≥ 5 mm hoặc có dấu đỏ, xơ gan Child Pugh C, không dung nạp với thuốc chẹn beta giao cảm không chọn lọc).³

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có tiền sử đặt shunt cửa chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh (TIPS) hoặc phẫu thuật phân lưu cửa chủ, người bệnh có tình trạng xuất huyết tiêu hoá cấp tính, người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết bị: Hệ thống máy nội soi dạ dày Fujifilm và bộ thất tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su 06 vòng của hãng Micro-Tech (Nanjing).

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả dọc.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có.

p: Tỷ lệ % người bệnh bị xuất huyết tiêu hoá sau thất tĩnh mạch dự phòng trong 6 tháng, $p = 1,8\%$.⁵

$(1-p)$: Tỷ lệ người bệnh không bị xuất huyết tiêu hoá sau thất.

d: Sai số tuyệt đối, chọn $d = 0,02$.

Thay số vào công thức cỡ mẫu tối thiểu = 170. Thực tế, chúng tôi thu tuyển được 179 người bệnh.

Kỹ thuật thất: người bệnh được gây mê, bác sĩ nội soi thực quản để kiểm tra các búi giãn tĩnh mạch thực quản cần thất. Sau đó lắp bộ vòng thất vào đầu ống soi, tiếp cận búi giãn tĩnh mạch, hút búi tĩnh mạch giãn vào vòng nhựa rồi thất vòng cao su quanh búi. Nhân lực: 01 bác sĩ và 02 điều dưỡng được đào tạo về nội soi can thiệp.

Công cụ thu thập số liệu và biến số nghiên cứu: Bộ câu hỏi gồm 2 phần: Thông tin cơ bản của người bệnh gồm tuổi, giới và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (nguyên nhân, mức độ xơ gan, tiền sử xuất huyết tiêu hoá, thất tĩnh mạch thực quản, sử dụng thuốc chẹn beta giao cảm không chọn lọc);⁶ kết quả nội soi (theo phân loại giãn tĩnh mạch của hiệp hội tăng áp lực tĩnh mạch cửa Nhật Bản)⁷ và theo dõi người bệnh sau 24 giờ (triệu chứng đau ngực, sốt, nuốt vướng, nôn máu, đại tiện phân đen), trong 6 tháng sau thất tĩnh mạch thực quản (tình trạng xuất huyết tiêu hoá, chỉ định thất lại tĩnh mạch thực quản, sử dụng thuốc chẹn beta giao cảm không chọn lọc. Người bệnh được nội soi lại sau lần thất đầu tiên cách nhau mỗi lần một tháng cho đến khi không còn chỉ định thất tĩnh mạch thực quản).

Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm EpiData, làm sạch và xử lý bằng các thuật toán thống kê y học phần mềm SPSS 26.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin về danh tính của người bệnh

được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 1/2024 đến tháng 8/2025 nghiên cứu thu tuyển được 179 người bệnh. 56,4% số

người bệnh trong nghiên cứu có độ tuổi ≥ 60 , với tuổi trung bình là $61,21 \pm 9,93$ (34 - 89). Nam giới chiếm tỷ lệ đa số 88,3%.

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhóm người bệnh nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm người bệnh nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng (n = 179)	Tỷ lệ (%)
<i>Nguyên nhân xơ gan</i>	Rượu	88	49,2
	Viêm gan B	38	21,2
	Viêm gan C	12	6,7
	Rượu + Viêm gan B/C	28	15,6
	Tự miễn	2	1,1
	Không rõ nguyên nhân	11	6,2
<i>Tiền sử xuất huyết tiêu hoá</i>	Chưa	94	52,5
	1 lần	51	28,5
	2 lần	17	9,5
	≥ 3 lần	17	9,5
<i>Số lần thất tĩnh mạch thực quản trước đó</i>	Chưa	93	52,0
	1 lần	47	26,3
	2 lần	14	7,8
	≥ 3 lần	25	14,0
<i>Tiền sử điều trị chẹn beta giao cảm không chọn lọc trong vòng 1 tháng trước</i>	Có	70	39,1
	Không	109	60,9
<i>Mức độ xơ gan</i>	Child Pugh A	93	52,0
	Child Pugh B	72	40,2
	Child Pugh C	14	7,8

Rượu là nguyên nhân gây xơ gan phổ biến nhất (49,2%). Người bệnh có tiền sử xuất huyết tiêu hoá 1 lần chiếm 28,5%, chưa có tiền sử thất tĩnh mạch thực quản chiếm 52,0%. Có 39,1%

người bệnh có tiền sử dùng thuốc chẹn beta 1 tháng trước đó. Đa số người bệnh trong nhóm nghiên cứu có mức độ xơ gan Child Pugh A (52,0%).

Bảng 2. Đặc điểm nội soi của nhóm người bệnh nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n = 179)	Tỷ lệ (%)
<i>Mức độ giãn tĩnh mạch thực quản</i>	Độ I	0	0,0
	Độ II	3	1,7
	Độ III	176	98,3
<i>Phạm vi giãn tĩnh mạch thực quản</i>	1/3 dưới	10	5,6
	2/3 dưới	67	37,4
	Toàn bộ	102	57,0
<i>Kích thước búi giãn</i>	< 5 mm	16	8,9
	≥ 5 mm	163	91,1
<i>Dấu đỏ</i>	Có	165	92,2
	Không	14	7,8
<i>Giãn tĩnh mạch phình vị</i>	Không	119	66,5
	Độ I	24	13,4
	Độ II	36	20,1
	Độ III	0	0,0

Hầu hết người bệnh có giãn tĩnh mạch thực quản độ III (98,3%). Giãn toàn bộ thực quản chiếm tỷ lệ cao nhất 57%; búi giãn có kích thước ≥ 5 mm chiếm 91,1%; có dấu đỏ 92,2%. Người bệnh có giãn tĩnh mạch phình vị độ I hoặc độ II kèm theo chiếm 33,5%.

Đa số người bệnh được thắt tĩnh mạch thực quản bằng 4, 5 hoặc 6 vòng thắt với tỷ lệ lần lượt là 29,6%; 28,5%; 21,2%. Số vòng thắt trung bình là $4,61 \pm 1,17$ (1 - 8).

Theo dõi trong vòng 24 giờ sau thắt tĩnh mạch thực quản; 20,7% người bệnh xuất hiện đau ngực nhẹ và vừa sau thắt tĩnh mạch thực quản. 1,1% người bệnh xuất hiện nuốt vướng; 2,2% có tình trạng sốt; các triệu chứng này không kéo dài, đều thuyên giảm và biến mất sau 24 - 48 giờ. Không có người bệnh nào xuất huyết tiêu hoá hay phải nội soi lại sau khi thắt tĩnh mạch thực quản.

Bảng 3. Theo dõi trong vòng 1 tháng và 6 tháng sau thắt tĩnh mạch thực quản

Đặc điểm		Theo dõi trong 1 tháng		Theo dõi trong 6 tháng	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Dùng thuốc chẹn beta</i>	Không dùng	8	4,5	11	6,1
	Có dùng nhưng không thường xuyên (< 80%)	33	18,4	39	21,8
	Dùng thường xuyên (> 80%)	138	77,1	129	72,1

Đặc điểm		Theo dõi trong 1 tháng		Theo dõi trong 6 tháng	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thất lại tĩnh mạch thực quản	Có	9	5,0	73	40,8
	Không	170	95,0	106	59,2
Xuất huyết tiêu hoá	Có	1	0,6	5	2,8
	Không	178	99,4	174	97,2
Nguyên nhân xuất huyết tiêu hoá	Loét sau thất	0	0,0	0	0,0
	Vỡ giãn tĩnh mạch thực quản	1	100,0	5	100,0

Một tháng sau thất tĩnh mạch thực quản, đa số người bệnh dùng thuốc chẹn beta thường xuyên (77,1%); 5,0% người bệnh phải thất lại tĩnh mạch thực quản. Một người bệnh xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

Trong 6 tháng: đa số người bệnh dùng thuốc thường xuyên (72,1%); 40,8% người bệnh phải thất lại tĩnh mạch thực quản; Năm người bệnh có xuất huyết tiêu hoá do nguyên nhân vỡ giãn tĩnh mạch.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm người bệnh với việc thất lại tĩnh mạch thực quản trong vòng 6 tháng

Đặc điểm		Thất lại tĩnh mạch thực quản		OR	95% CI
		Có (n = 73)	Không (n = 106)		
Nhóm tuổi	< 60	36	42	1	0,37 – 1,24
	≥ 60	37	64	0,67	
Giới	Nam	68	90	1	0,14 – 1,20
	Nữ	5	16	0,41	
Mức độ xơ gan (Child Pugh)	A	39	54	1	0,50 – 1,65
	B + C	34	52	0,91	
Kích thước búi giãn	< 5 mm	5	11	1	0,52 – 4,76
	≥ 5 mm	68	95	1,57	
Đầu đỏ	Có	70	95	1	0,10 – 1,39
	Không	3	11	0,37	
Dùng thuốc chẹn beta	Có	35	35	1	0,29 – 0,99
	Không	38	71	0,54	

Đặc điểm		Thất lại tĩnh mạch thực quản		OR	95% CI
		Có (n = 73)	Không (n = 106)		
Tiền sử xuất huyết tiêu hoá	Có	40	45	1	0,90 – 3,01
	Không	33	61	1,64	
Tiền sử thất tĩnh mạch thực quản	Có	41	45	1	0,94 – 3 19
	Không	32	61	1,74	

Tỷ lệ người bệnh có dùng thuốc chẹn beta thất lại TMTQ bằng 0,54 lần so với nhóm không dùng thuốc chẹn beta, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI không chứa 1. Không tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố khác như tuổi, giới, mức độ xơ gan, kích thước búi giãn, dấu đỏ và tiền sử xuất huyết tiêu hóa do 95% CI chứa 1.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 56,4% số người bệnh có độ tuổi ≥ 60 , với tuổi trung bình là $61,21 \pm 9,93$, dao động từ 34 đến 89 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ đa số 88,3%. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của, Trần Thị Mai Cúc với tỷ lệ 94,4% là nam giới.⁸

Người bệnh xơ gan do rượu chiếm tỷ lệ cao nhất 49,2%; khi kết hợp nguyên nhân do cả rượu và virus lên đến 64,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của Trần Thị Mai Cúc 72,2%.⁸ Điều này cho thấy rượu và virus là một trong các yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh xơ gan.¹¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn người bệnh chưa có tiền sử xuất huyết tiêu hoá và thất tĩnh mạch thực quản (52,5% và 52%). 39,1% người bệnh có tiền sử dùng thuốc chẹn beta 1 tháng trước đó.

Đa số người bệnh trong nhóm nghiên cứu có mức độ xơ gan Child Pugh A (52%) và Child Pugh B (40,2%). Trên kết quả nội soi, 98,3% người bệnh trong nhóm nghiên cứu có giãn tĩnh mạch thực quản độ III. Kết quả tương tự

nghiên cứu của Razafindrazoto và cộng sự với 96,49% người bệnh có giãn tĩnh mạch thực quản độ III.⁹ Giãn toàn bộ thực quản chiếm tỷ lệ cao nhất 57%. 91,1% búi giãn có kích thước ≥ 5 mm; 92,2% búi giãn có dấu đỏ. Tỷ lệ người bệnh có giãn tĩnh mạch phình vị là 33,5%. Theo dõi trong vòng 24 giờ sau thất tĩnh mạch thực quản, đau ngực sau xương ức là triệu chứng chính chiếm tỷ lệ 20,7%; kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyễn Quốc Việt và cộng sự tại Bệnh viện nhiệt đới Trung ương (18,9%), triệu chứng này không kéo dài, thường chỉ 2 - 3 ngày sau thất và sẽ giảm đi nhanh chóng.¹¹ Các triệu chứng khác bao gồm: người bệnh xuất hiện nuốt vướng (1,1%); có tình trạng sốt 2,2% và không có người bệnh nào xuất huyết tiêu hoá hay phải nội soi lại sau khi thất tĩnh mạch thực quản.

Theo dõi người bệnh trong vòng 1 tháng sau thất tĩnh mạch thực quản, đa số người bệnh dùng thuốc chẹn beta thường xuyên (77,1%). Có 5% người bệnh phải thất lại tĩnh mạch thực quản, một người bệnh (0,6%) xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Theo dõi người bệnh trong vòng 6 tháng sau thất tĩnh mạch thực quản, đa số người bệnh dùng thuốc thường xuyên (72,1%). Năm người bệnh (2,8%) có xuất huyết tiêu hoá trong đó 2 người bệnh loét sau thất và 3 người bệnh vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Kết quả tương tự nghiên cứu của Mahmoud và cộng sự với tỷ lệ xuất huyết

tiêu hoá là 2,8% trong 14 tháng theo dõi.¹⁰ Theo nghiên cứu của Sonam Vadera và cộng sự, thất tĩnh mạch thực quản dự phòng làm giảm nguy cơ xuất huyết tiêu hoá do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản (RR = 0,43; 95% CI: 0,27 – 0,69) và giảm các biến cố bất lợi nghiêm trọng của xơ gan (RR = 0,55; 95% CI: 0,43 – 0,7).¹² Trong nghiên cứu của chúng tôi có 40,8% người bệnh phải thất lại tĩnh mạch thực quản trong 6 tháng.

Tỷ lệ thất lại tĩnh mạch thực quản ở người bệnh dùng thuốc chẹn beta giao cảm không chọn lọc bằng 0,54 lần so với nhóm không dùng thuốc, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI không chứa 1. Thuốc chẹn beta giao cảm không chọn lọc là liệu pháp điều trị nền tảng trong dự phòng xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. Một phân tích tổng hợp của 11 nghiên cứu so sánh thuốc chẹn beta và giả dược cho thấy giảm 10% nguy cơ chảy máu và tỷ lệ tử vong cũng giảm từ 28,4% xuống 23,9% trong vòng 2 năm.¹³ Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trần Phạm Chí ghi nhận nhóm điều trị phối hợp thất giãn tĩnh mạch thực quản với propranolol có tỷ lệ xuất huyết tái phát do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm điều trị propranolol đơn thuần, với tỷ lệ lần lượt là 5,6% và 22,6%, $p < 0,05$.¹⁴ Không tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố khác như tuổi, giới, mức độ xơ gan, kích thước búi giãn, dấu đỏ và tiền sử xuất huyết tiêu hóa do 95% CI chứa 1.

V. KẾT LUẬN

Đa số người bệnh trong nghiên cứu là nam giới và có độ tuổi ≥ 60 , xơ gan do rượu, Child Pugh A, giãn tĩnh mạch thực quản độ III và có dấu đỏ. Sau 6 tháng theo dõi, người bệnh có xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản là 2,8%; 40,8% người bệnh phải thất lại tĩnh mạch thực quản ít nhất 1 lần. Thất tĩnh mạch thực quản dự phòng là phương pháp an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp. Tỷ lệ thất lại tĩnh

mạch thực quản ở người bệnh dùng thuốc chẹn beta giao cảm không chọn lọc thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không dùng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huang DQ, Terrault NA, Tacke F, et al. Global epidemiology of cirrhosis - aetiology, trends and predictions. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2023;20(6):388-398. doi:10.1038/s41575-023-00759-2
2. Biecker E. Gastrointestinal Bleeding in Cirrhotic Patients with Portal Hypertension. *ISRN Hepatol*. 2013;2013:541836. doi:10.1155/2013/541836
3. De Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. *J Hepatol*. 2022;76(4):959-974. doi:10.1016/j.jhep.2021.12.022
4. Shaheen NJ, Stuart E, Schmitz SM, et al. Pantoprazole reduces the size of postbanding ulcers after variceal band ligation: A randomized, controlled trial. *Hepatology*. 2005;41(3):588-594. doi:10.1002/hep.20593
5. Wang X, Luo J, Liu C, et al. Impact of variceal eradication on rebleeding and prognosis in cirrhotic patients undergoing secondary prophylaxis. *Annals of Translational Medicine*. 2021;9(7):540-540. doi:10.21037/atm-20-3401
6. An Y, Xu X, Ren T, et al. Adherence to Non-Selective Beta Blockers for Prevention of Variceal Bleeding in Cirrhotic Patients. *IJGM*. 2021;14:6713-6724. doi:10.2147/IJGM.S326192
7. Hashizume M, Kitano S, Yamaga H, Koyanagi N, Sugimachi K. Endoscopic classification of gastric varices. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1990;36(3):276-280. doi:10.1016/S0016-5107(90)71023-1
8. Trần Thị Mai Cúc. Đánh giá hiệu quả của nội soi thất tĩnh mạch thực quản trong dự phòng

chảy máu tiêu hoá ở người bệnh xơ gan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2019; tập 483, số đặc biệt

9. Razafindrazoto CI, Randriamifidy NH, Rakotomalala JA, et al. Endoscopic variceal ligation in primary and secondary prevention of variceal bleeding: a retrospective study in Digestive Endoscopy Unit, University Hospital Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar. *Egypt Liver Journal*. 2023;13(1):60. doi:10.1186/s43066-023-00295-3

10. Omar MM, Attia MH, Mostafa IM. 3545 Prophylactic band ligation to prevent first bleeding from large esophageal varices. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2000;51(4):AB122. doi:10.1016/S0016-5107(00)14245-2

11. Nguyễn Quốc Việt, Nguyễn Thị Thảo, Hà Văn Kim, Trần Thanh Hà. Đánh giá kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa bằng kỹ thuật thắt vòng cao su

tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương. *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*. Số 03(47) - 2024.

12. Vadera S, Yong CWK, Gluud LL, Morgan MY. Band ligation versus no intervention for primary prevention of upper gastrointestinal bleeding in adults with cirrhosis and oesophageal varices. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jun 20;2019(6):CD012673. doi:10.1002/14651858.CD012673.pub2

13. Simonetto DA, Shah VH. Primary prophylaxis of esophageal variceal bleeding. *Clin Liver Dis (Hoboken)*. 2012;1(5):147-150. doi:10.1002/cld.92

14. Trần Phạm Chí, Hoàng Trọng Thăng. Nghiên cứu điều trị hiệu quả dự phòng chảy máu tái phát bằng Propranolol và Propranolol phối hợp thắt giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế* - 2013; Số 15

Summary

RESULTS OF PROPHYLACTIC ENDOSCOPIC VARICEAL LIGATION (EVL) IN CIRRHOTIC PATIENTS SIX MONTHS POST SURGERY

A prospective, longitudinal descriptive study was conducted to evaluate the clinical and paraclinical characteristics and 6-month follow-up outcomes of 179 cirrhotic patients with esophageal varices (EV) who underwent prophylactic endoscopic variceal ligation (EVL) at the Endoscopy Center of Hanoi Medical University Hospital (January 2024 – August 2025). The mean age of the patients was 61.21 ± 9.93 years old, with a male predominance (88.3%). The majority of patients had Child-Pugh A cirrhosis (52%) and grade III esophageal varices (98.3%). 57% had total esophageal involvement 91.1% had variceal size ≥ 5 mm and 92.2% had red color signs. Mild to moderate post-ligation chest pain occurred in 20.1%. The use of non-selective beta-blockers (NSBBs) reduced the re-ligation rate to 0.54 times compared to the non-user group (95% CI excluded 1). Prophylactic esophageal variceal ligation is a safe procedure with a low complication rate. The recurrence rate is closely associated with patients' adherence to non-selective beta-blocker therapy.

Keywords: Prophylactic esophageal variceal ligation, cirrhosis.