

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỨC ĐỘ CHẢY MÁU DO GIÃN VỠ TĨNH MẠCH PHÌNH VỊ Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

NGUYỄN MẠNH HÙNG, VŨ VĂN KHIÊN

TÓM TẮT

Nghiên cứu 43 bệnh nhân xơ gan có CMTH do giãn vỡ tĩnh mạch dạ dày cho biết: * Nam giới bị xơ gan nhiều hơn so với nữ (2,58). Nhiễm virus viêm gan B (72%) là yếu tố nguy cơ hay gặp ở bệnh nhân xơ gan. * Tỷ lệ CMTH mức độ nặng và vừa tương ứng: 48,8% và 39,6%. Tỷ lệ CMTH tái phát (65,2%) gặp nhiều hơn so với CMTH lần đầu (34,8%). Số bệnh nhân xơ gan giai đoạn Child C chiếm 53%. * Tỷ lệ giãn tĩnh mạch dạ dày dạng F2 và F3 tương ứng: 67,4% và 27,9%

Từ khóa: xơ gan, giãn vỡ tĩnh mạch.

SUMMARY

A study on 43 patients with liver cirrhosis who have complication of digestive bleeding due to gastric varices in 24 months (June 2008 – 2010) shows that: rate of men with liver cirrhosis is higher than women (men/women = 2.58). Hepatitis virus B infection (72%) is the main risk often found in patients with liver cirrhosis. * Rate of severe and moderate digestive bleeding are respectively 48.8% and 39.6%. Rate of rebleeding (65.2%) is higher than that of primary bleeding (34.8%). Number of patients with liver cirrhosis in Child C amount up to 53%. * Rate of F2 and F3 gastric varices are respectively 67.4% and 27.9%.

Keywords: liver cirrhosis, gastric varices.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu tiêu hóa (CMTH) ở bệnh nhân xơ gan phần lớn do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản (TMTQ) và/hoặc tĩnh mạch dạ dày (TMDD) và tỷ lệ này chiếm

khoảng 14-17% trong tổng số bệnh nhân có chảy máu đường tiêu hóa trên (2-4). Tuy nhiên, tỷ lệ giãn tĩnh mạch dạ dày (gastric varices) chủ yếu do giãn tĩnh mạch phình vị chỉ chiếm khoảng 20% trong tổng số bệnh nhân xơ gan có tăng áp lực tĩnh mạch cửa và trong số bệnh nhân có giãn TMDD thì nguy cơ chảy máu chiếm khoảng 25% trong tổng số bệnh nhân này (2,4). Chảy máu tiêu hóa do giãn vỡ TMDD thường hay tái phát và có mức độ nặng hơn so với giãn TMTQ (3). Cho đến nay, điều trị chảy máu tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch mạch phình vị chủ yếu bằng nội khoa, kết hợp với can thiệp qua nội soi (tiêm xơ tĩnh mạch phình vị bằng keo sinh học Hystoacryl) (5-8). Tại Việt Nam, trong các năm gần đây, nhờ có nhiều phương tiện nội soi nên đã phát hiện nhiều bệnh nhân xơ gan có giãn tĩnh mạch thực quản và tĩnh mạch phình vị dạ dày. Việc tìm hiểu về đặc điểm búi giãn tĩnh mạch dạ dày, tĩnh mạch phình vị dạ dày ở bệnh nhân xơ gan còn chưa được nhiều. Chính vì vậy, trong nhiều năm qua khoa Cấp cứu ban đầu (C1-3) và khoa Nội tiêu hóa – Bệnh viện TQUĐ 108 đã nghiên cứu đề tài này nhằm tìm hiểu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh nội soi giãn phình vị ở bệnh nhân xơ gan.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

* **Đối tượng:**

43 bệnh nhân xơ gan, có biến chứng chảy máu tiêu hóa đã được chẩn đoán là do giãn vỡ tĩnh mạch phình

vị được đưa vào trong nghiên cứu này. Tất cả các bệnh nhân đều được khám xét tại khoa Cấp cứu ban đầu (C1-3) và sau đó được điều trị nội trú tại khoa Nội tiêu hóa (A3) – Bệnh viện TƯQĐ 108 từ 06/2008 đến 06/2010 (24 tháng).

*** Phương pháp:**

Tất cả bệnh nhân đều được khám lâm sàng (cơ năng, thực thể) và xét nghiệm cận lâm sàng (hóa nghiệm, sinh hóa, miễn dịch và siêu âm gan mật...) và được nội soi dạ dày-thực quản để đánh giá mức độ giãn TMTQ và tĩnh mạch dạ dày. Đánh giá mức độ xơ gan theo bảng phân loại của Child-Pugh (9). Đánh giá mức độ mất máu dựa theo bảng phân loại năm 1982 và được chia thành 3 mức: Nhẹ, vừa và nặng (1)

*** Phân loại giãn tĩnh mạch phình vị dựa theo phân loại của Sarin và cs (năm 1992):**

Dựa trên vị trí của các búi giãn tĩnh mạch phát hiện qua nội soi, được chia thành bốn mức: F1: Giãn TMTQ có giãn tĩnh mạch dạ dày lan xuống bờ cong nhỏ; F2: giãn TMTQ lan xuống vùng phình vị; F3: không có giãn TMTQ, chỉ có giãn tĩnh mạch vùng phình vị; F4: không có giãn TMTQ, chỉ có giãn tĩnh mạch vùng thân vị, hoặc tá tràng (2).

KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm chung và các yếu tố nguy cơ.

Đặc điểm lâm sàng	n (%)
Tổng số bệnh nhân nghiên cứu	43
Tỷ lệ: Nam/nữ	31/12 (2,58)
Tuổi trung bình	45 ± 12,5 (29-78)
Các yếu tố nguy cơ gây xơ gan	
Có nhiễm virus viêm gan B	31/43 (72%)
Có nhiễm virus viêm gan C	3/43 (7%)
Do uống nhiều rượu	7/43 (16,2%)
Nhiễm rượu - Viêm gan B/hoặc C	2/43 (4,6%)

Nhận xét: Nam giới bị xơ gan nhiều hơn so với nữ (2,58). Nhiễm virus viêm gan B (72%) là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất trong nhóm nghiên cứu.

Bảng 2: Mức độ mất máu và số lần CMTH

Mức độ mất máu trên lâm sàng	n (%)
Nhẹ	5/43 (11,6%)
Vừa	17/43(39,6%)
Nặng	21/43 (48,8%)
Số lần chảy máu tiêu hóa	
Chảy máu lần đầu	15/43 (34,8%)
Chảy máu tiêu hóa tái phát	28/43 (65,2%)
Mức độ xơ gan:	
Child A/B/C (%)	21/27/53 (%)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân CMTH mức độ vừa và nặng. Tỷ lệ CMTH tái phát (65,2%) gặp nhiều hơn so với CMTH lần đầu (34,8%). Số bệnh nhân xơ gan giai đoạn Child C chiếm 53%.

Bảng 3: Đặc điểm búi giãn tĩnh mạch trên nội soi

Mức độ giãn tĩnh mạch trên nội soi	n (%)
Loại F1	2/43 (4,6%)
Loại F2	29/43 (67,4%)
Loại F3	12/43 (27,9%)
Loại F4	0

Nhận xét: Số bệnh nhân có giãn tĩnh mạch gặp nhiều nhóm F2 và F3

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung về xơ gan và các yếu tố nguy cơ gây bệnh.

Trong quá trình thu thập số lượng nghiên cứu, chúng tôi đã thiết lập một bảng theo dõi riêng về những đối tượng này. Kết quả nghiên cứu trình bày trong bảng 1 đã cho thấy số bệnh nhân nam giới mắc nhiều hơn (gấp 2,58 lần) so với bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là: 45 ± 12,5 (29-78). Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả tại Bệnh viện Chualong Korn (Thái Lan) và các tác giả đều thấy rằng bệnh nhân nam giới mắc xơ gan nhiều hơn so với nữ giới, với tỷ lệ nam/nữ = 1,66. Tuy nhiên tác giả chỉ mới nghiên cứu ở 24 bệnh nhân có điều trị bằng hystoacryl.

Song hành với đặc điểm này, chúng tôi cũng thấy rằng các yếu tố nguy cơ gây xơ gan cũng có chiều hướng tăng lên ở bệnh nhân nam giới. Số liệu bảng 1 cho thấy: Số bệnh nhân xơ gan nhiễm virus viêm gan B và nghiện rượu chiếm tỷ lệ cao, tương ứng là: 72% và 16,2%. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu tại Thái Lan cho thấy số bệnh nhân xơ gan có CMTH do giãn vỡ tĩnh mạch phình vị bị nhiễm virus viêm gan B và có tiền sử nghiện rượu chiếm tỷ lệ tương ứng là: 83,3% và 37,5%. Kết quả này cũng minh chứng về mức độ nguy hiểm của virus viêm gan B, nghiện rượu...là những tác nhân dễ đưa đến hình thành xơ gan.

2. Mức độ mất máu và số lần chảy máu tiêu hóa.

Tất cả số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khi đến viện đều ở được coi là những bệnh nhân cấp cứu do chảy máu tiêu hóa. Kết quả nghiên cứu bảng 2 cho thấy: Số bệnh nhân CMTH tái phát chiếm tỷ lệ (65,2%) cao hơn so với bệnh nhân CMTH lần đầu. Điều này đã cho thấy CMTH do giãn vỡ tĩnh mạch dạ dày (chủ yếu tĩnh mạch phình vị) thì gặp nhiều hơn, dễ tái phát nhiều hơn so với CMTH do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản. Chúng tôi đã gặp 02 bệnh nhân có CMTH do giãn vỡ TM phình vị lần thứ 8. Như vậy, kết quả này rất phù hợp với các công bố trong y văn và các công bố trong-ngoài nước. Nghiên cứu của Noophun P và cs (8) cho biết tỷ lệ chảy máu tái phát trước khi được điều trị đặc hiệu chiếm tỷ lệ 62%.

Phân loại mức độ CMTH dựa theo 5 thông số (Mạch, huyết áp, hồng cầu, huyết sắc tố và hematocrite) (1). Kết quả nghiên cứu bảng 2 cho thấy số bệnh nhân CMTH do giãn vỡ tĩnh mạch dạ dày-thực quản mức độ vừa và mức độ nặng, chiếm tỷ lệ tương ứng: 39,6% và 48,8%. Số bệnh nhân có CMTH mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ rất thấp. Điều này đã cho thấy phần lớn CMTH do giãn vỡ tĩnh mạch dạ dày-thực quản đều ở mức nặng. Do vậy, đối với những bệnh nhân này cần có chiến lược điều trị phù hợp.

Chúng tôi cũng phân loại mức độ xơ gan theo phân loại của Child-Pugh theo 3 mức (A, B, C) và kết quả nghiên cứu bảng 2 cho thấy số bệnh nhân xơ gan giai đoạn Child C chiếm tỷ lệ cao nhất 53%. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp nghiên cứu của các tác

giả khác. Nghiên cứu của Noophun P và cs (8) cho biết mức độ xơ gan: Child (A/B/C) tương ứng là: 25%/48%/29%. Tác giả cũng thừa nhận rằng: Mức độ xơ gan càng nặng (Child C) thì tiên lượng bệnh cũng phức tạp và có liên quan chặt chẽ đến hiệu quả điều trị cầm máu ở những bệnh nhân này.

3. Đặc điểm búi giãn tĩnh mạch dạ dày trên nội soi.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, đều được nội soi dạ dày-thực quản ít nhất 01 lần. Cho đến nay, có nhiều cách phân loại về giãn tĩnh mạch dạ dày và mỗi cách phân loại cho những ưu nhược điểm khác nhau. Tuy nhiên, trên thế giới hay áp dụng cách phân loại của Sarin và cs dựa trên vị trí của búi giãn tĩnh mạch, giãn đơn độc hay giãn tĩnh mạch dạ dày kết hợp giãn tĩnh mạch thực quản. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy số bệnh nhân có giãn tĩnh mạch phình vị, có kết hợp với giãn TMTQ (F2) chiếm tỷ lệ cao nhất: 67,4% và tiếp đó giãn tĩnh mạch phình vị đơn độc (F3) chiếm 27,9%. Không có bệnh nhân nào có giãn tĩnh mạch ở hàng vị và hành tá tràng (F4).

Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Thái Lan và các tác giả thấy rằng trong 24 bệnh nhân nghiên cứu, số bệnh nhân có giãn tĩnh mạch loại F2 và F3 tương ứng: 70,8% và 25%

Việc phân loại của Sarin vừa đánh giá mức độ giãn tĩnh mạch, vừa chỉ rõ vị trí giúp định hướng điều trị (2). Các nghiên cứu cho thấy với bệnh nhân xơ gan giãn tĩnh mạch dạ dày loại F2, F3 thì có thể can thiệp tốt bằng nội soi (5-8). Trong thực hành lâm sàng, người ta hay sử dụng keo sinh học (Hystoacryl) để tiêm xơ búi giãn tĩnh mạch phình và cho hiệu quả cầm máu đạt 100%. Tuy nhiên, hạn chế của kỹ thuật này dễ gây bít tắc đường thông nội soi, nên không được ứng dụng ở những cơ sở mà máy nội soi tiêu hóa không nhiều. Ngày nay, để hỗ trợ cho kỹ thuật này thì can thiệp nội mạch được ứng dụng nhiều thông qua 2 kỹ thuật: Phân lưu cửa chủ trong gan qua đường tĩnh mạch cảnh (*Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt: TIPS*)

và kỹ thuật nút tĩnh mạch dạ dày qua đường tĩnh mạch ngược dòng có bóng chèn (*Balloon-occluded Retrograde Transvenous Obliteration: BRTO*) (10). Tại bệnh viện TUQĐ 108, từ năm 2009 đến nay đã triển khai kỹ thuật TIPS để thực hiện điều trị dự phòng chảy máu tiêu hóa tái phát cho bệnh nhân xơ gan đã có biến chứng CMTH nhiều lần do giãn vỡ tĩnh mạch phình vị có hiệu quả tốt trong điều trị, cụ thể: không để chảy máu tái phát, và có thể cầm máu cấp cứu tốt nếu như biện pháp điều trị nội soi thất bại.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 43 bệnh nhân xơ gan có CMTH do giãn vỡ tĩnh mạch dạ dày cho biết: * Nam giới bị xơ gan nhiều hơn so với nữ (2,58). Nhiễm virus viêm gan B (72%) là yếu tố nguy cơ hay gặp ở bệnh nhân xơ gan. * Tỷ lệ CMTH mức độ nặng và vừa tương ứng: 48,8% và 39,6%. Tỷ lệ CMTH tái phát (65,2%) gặp nhiều hơn so với CMTH lần đầu (34,8%). Số bệnh nhân xơ gan giai đoạn Child C chiếm 53%. * Tỷ lệ giãn tĩnh mạch dạ dày dạng F2 và F3 tương ứng: 67,4% và 27,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Gia Lợi. Xuất huyết tiêu hóa. *Bài giảng tiêu hóa- NXB Quân đội, năm 1995; trang 143-147*
2. Sarin SK, Lahoti D, Saxena SP, et al. Prevalance, classification and natural history of gastric varices: A long-term follow-up study in 568 portal hypertension patients. *Hepatology 1992; 16; 1243-1349.*
3. Merican I, Burroughs AK. Gastric varices. *Euro. H. Gastroentrol Hepatol. 1992; 4; 511-520.*
4. Sarin SK. Long-term follow-up of gastric variceal sclerotherapy: An eleven year experience. *Gastrointest. Endosco 1997; 46; 08-14.*
5. Trudeau W, Prindiville T. Endoscopic injection sclerosis in bleeding gastric varices. *Gastrointest. Endosco 1986; 32; 264-268.*
6. Gimson AFS, Ramage JK, Panos MZ, et al. Randomised trial of variceal banding ligation versus injection sclerotherapy for bleeding oesophageal varices. *Lancet 1993; 342; 391-394.*