

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO GIÃN TĨNH MẠCH PHÌNH VỊ BẰNG KỸ THUẬT PARTO

Nguyễn Công Long¹, Lê Hương Thảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu với mục đích đánh giá tính an toàn và hiệu quả lâm sàng của phương pháp phương pháp plug và spongel để làm tắc ngược dòng búi giãn tĩnh mạch phình vị qua đường tĩnh mạch vị thận (PARTO) để điều trị chảy máu do vỡ tĩnh mạch phình vị. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch phình vị, được tiến hành làm PARTO, đánh giá hiệu quả kỹ thuật trên lâm sàng và trên nội soi. **Kết quả:** Tổng số 32 bệnh nhân được tiến hành can thiệp PARTO. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 53 tuổi (33-79), trong đó 30 bệnh nhân (93,8%) là nam. Kết quả cho thấy rằng nguyên nhân chính của xơ gan là do rượu tới 29 bệnh nhân. Trong 32 bệnh nhân có giãn tĩnh mạch phình vị thì 20 bệnh nhân đang chảy máu, 11 bệnh nhân có tiền sử chảy máu gần đây, 1 bệnh nhân dọa vỡ. Tất cả các bệnh nhân được theo dõi sau 3 tháng làm can thiệp, tỷ lệ thành công trên lâm sàng 90.6% (29 bệnh nhân) chảy máu tái phát gặp 3 bệnh nhân (9.4%). Biến chứng sốt gặp ở 4 bệnh nhân (12.5%), đau bụng gặp ở 3 bệnh nhân. **Kết luận:** PARTO là phương pháp hiệu quả, an toàn trong điều trị giãn vỡ tĩnh mạch phình vị dạ dày.

Từ khóa: PARTO; chảy máu búi giãn phình vị; tăng áp lực tĩnh mạch cửa

SUMMARY

PLUG-ASSISTED RETROGRADE TRANSVENOUS OBLITERATION FOR THE TREATMENT OF GASTRIC VARICEAL HEMORRHAGE

Objective: The aim of this study was the evaluation of the safety and clinical outcome with the vascular plug-assisted retrograde transvenous obliteration (PARTO) for the treatment of gastric varices bleeding. **Subjects and methods:** The patients diagnosed of bleeding of gastric varices (GVs), who had undergone PARTO, were evaluated technical and clinical efficiency and improved the endoscopic. **Results:** A total of 32 patients were enrolled and then performed by PARTO procedure. The average age of patients was 53 years in the range from 33 to 79 years and the 30 patients (93.8%) were men. The obtained results pointed out that the mainly cause of cirrhosis came from alcohol observed in 29 patients (90.7%). Among 32 patients with GV, 20

patients were observed with active variceal bleeding, 11 patient were observed with experienced recent bleeding, and one patient was in danger rupture. All of patients were followed up for more than 3 months and showed complete obliteration of the GV and the portosystemic shunts. The clinical success rate was 90.6% (29 patients) and rebleeding rate was observed in 9.4% (3 patients) during follow up. The complications including the fever was seen in 4 patients (12.5%), abdominal pain was observed in 3 patients. **Conclusion:** PARTO is technically feasible, safe, and effective for gastric variceal hemorrhage in patients with portal hypertension.

Key words: PARTO; Variceal bleeding; Portal hypertension

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguy cơ xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do giãn tĩnh mạch dạ dày chiếm tỷ lệ 10-36% các trường hợp, tuy nhiên khi có XHTH thì tỷ lệ tử vong cao (14-45% các trường hợp)[1]. Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân xơ gan[2]. Mặc dù có những tiến bộ trong điều trị trong vài thập kỷ qua, tỷ lệ tử vong vẫn cao với tỷ lệ sống sau 5 năm được báo cáo là 53,2%. Các phương pháp điều trị XHTH do giãn tĩnh mạch phình vị bao gồm: điều trị nội khoa, nội soi can thiệp tiêu xơ, TIPS, can thiệp nội mạch (BRTO, PARTO, CARTO, PTO).

Các nghiên cứu trước đây đã báo cáo các biến chứng liên quan đến việc sử dụng bóng và sclerosant[3]. Ngoài ra, vỡ bóng trong quá trình thực hiện ktx thuật BRTO có thể dẫn đến phù phổi, thất bại điều trị, và cuối cùng tái phát xuất huyết giãn tĩnh mạch. Do đó, sự thay thế bóng và chất gây xơ cứng có thể làm giảm thiểu thời gian can thiệp, hạn chế được các biến chứng có thể xảy ra, rút ngắn được thời gian làm kỹ thuật cũng như thời gian điều trị. Gần đây, một quy trình BRTO được sửa đổi đã được đề xuất và báo cáo trong đó việc sử dụng bóng và sclerosant đã được thay thế bằng plug và spongel để giảm thiểu một số biến chứng và các vấn đề hậu cần liên quan đến việc sử dụng bóng. Một nghiên cứu của Gwon et al[4] báo cáo rằng PARTO gây ra huyết khối thành công của shunt dạ dày và GV không có biến chứng và xóa sổ sau đó. Tuy nhiên, nghiên cứu này có những hạn chế riêng (hồi cứu tự nhiên với một số ít bệnh nhân nghiên cứu). Do đó, mục đích của nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá tính khả thi và an toàn của phương pháp PARTO để điều trị xuất huyết giãn

¹Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

²Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2022

Ngày duyệt bài: 20.01.2022

tĩnh mạch dạ dày ở bệnh nhân tăng áp lực tĩnh mạch cửa và kết quả lâm sàng, cận lâm sàng và nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng:

• Tất cả đều bị xơ gan và tiền sử xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch dạ dày hoặc hiện tại khi nội soi.

• Những người shunt vị thận (GRS) được xác nhận khi chụp CT trước thủ thuật mới được đưa vào.

• Loại trừ những bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết giãn tĩnh mạch thực quản (dạng nốt / khối u hoặc tiền sử có chảy máu trước đó) hoặc cổ trướng khó chữa.

- **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu và tiến cứu

Một nghiên cứu được tiến hành để đánh giá sự an toàn và hiệu quả của PARTO trong 32 bệnh nhân liên tiếp (30 nam, 2 nữ; tuổi trung bình 53 tuổi; phạm vi từ 33 đến 79 tuổi) với GV từ tháng 2 năm 2018 đến tháng 3 năm 2019

Địa điểm tham gia nghiên cứu: khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch mai.

Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi hội đồng nghiên cứu của bệnh viện, và đã có sự đồng ý từ mỗi bệnh nhân. Ở mỗi bệnh nhân, shunt vị thận và giãn tĩnh mạch phình vị được đánh giá bằng chụp cắt lớp vi tính có sử dụng chất tương phản (CT) và GV đã được xác nhận bằng nội soi và CT.

Đánh giá trước can thiệp

- Đánh giá tình trạng XHTH: lâm sàng, CLS
- Các xét nghiệm đông máu cơ bản
- Chức năng gan, thận
- Kháng sinh dự phòng
- Dùng thuốc chống đông, chống kết tập tiểu cầu (nếu có)
- Chụp MSCT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang

◦ Đánh giá, phân loại búi giãn TM, vòng nối bàng hệ

◦ Lập kế hoạch can thiệp: kích thước bóng, ống thông, vật liệu gây tắc mạch...

Bộ dụng cụ can thiệp

- Bộ dụng cụ can thiệp mạch:
- Long-sheath 6-12F/44-90cm
- Guide wire: 0.035", 0.018"
- Catheter: Cobra, Vetebral 5F
- Vật Liệu gây tắc mạch
- Amplatz Plug I, II: 6-22mm
- Vòng xoắn kim loại (coil)
- Gelfoam.

Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, với giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tóm tắt các đặc điểm bệnh nhân của dân số nghiên cứu.

Đặc điểm bệnh nhân		n = 32
Giới	Nam	30(93,75%)
	Nữ	2(6,25%)
Tuổi trung bình		53(33 -79)
Nguyên nhân xơ gan	Viêm gan B	1 (3.1%)
	Viêm gan C	1(3.1%)
	Rượu	29(90,7%)
	Nguyên nhân khác	1 (3.1%)
Child – pugh	A	10(31,25%)
	B	18(56,25%)
	C	4 (12,5%)
U gan		6 (18.75%)

Bệnh nhân chiếm chủ yếu là nam

Bảng 2: Mục đích can thiệp

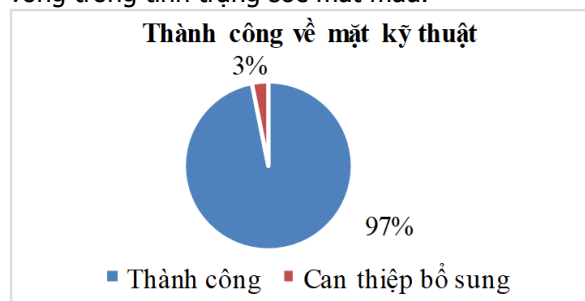
Mục đích	n = 32
Dự phòng chảy máu (nguy cơ vỡ)	1(3.12%)
Đã có chảy máu gần đây	11(34,38%)
Đang chảy máu	20 (52,5%)
Thất bại sau tiêm xơ	4 (12,5%)

Đa số trường hợp là bệnh nhân có chảy máu búi giãn tĩnh mạch phình vị

Bảng 3: Phân loại giãn tĩnh mạch phình vị theo Sarin

Phân loại giãn TMPV	n = 32
GOV1	6 (18,75%)
GOV2	23(71,88%)
IGV1	3(9,37%)
Có giãn TMTQ kèm theo độ III	10(31,25%)

Trong số 32 bệnh nhân được can thiệp, có 30 bệnh nhân thành công ngay từ lần can thiệp đầu tiên, 1 bệnh nhân được tiến hành bổ sung bằng kỹ thuật PTO sau đó 1 tuần, 1 bệnh nhân ngay sau đó XHTH do giãn vỡ TMPV đã được tiến hành tiêm xơ ngay sau đó, nhưng kết quả không khả quan, được phẫu thuật cắt dạ dày, và tử vong trong tình trạng sốc mất máu.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật

Trong số 32 bệnh nhân can thiệp, có 20 bệnh nhân được soi dạ dày lại.

Trong số những bệnh nhân soi lại, có 4 bệnh nhân có giãn TMTQ độ III, được tiến hành thắt TMTQ. Xuất huyết tiêu hóa tái lại sau can thiệp thấy ở 3 bệnh nhân, trong đó có 1 bệnh nhân xuất huyết do giãn vỡ TMPV ngay sau khi can thiệp và tử vong sau đó 1 ngày, còn 2 bệnh nhân xuất huyết sau can thiệp 2-3 tháng và nguyên nhân do giãn TMTQ độ III, và đã được can thiệp thắt TMTQ.

Bảng 4: Đánh giá chức năng gan trước và sau can thiệp

Chức năng gan		Trước can thiệp n = 32	Sau can thiệp n = 20
Child pugh	A	10(31,25%)	9 (45%)
	B	18 (56,25%)	11(55%)
	C	4 (12,5%)	0

Bảng 5: Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, nội soi ghi nhận được sau khi can thiệp.

Dấu hiệu	Bệnh nhân
Sốt	4/32
Đau bụng	3/32
Tụ máu tại vị trí can thiệp	1/32
XHTH sau khi can thiệp	3/32
Tắc mạch hệ thống	0
Giãn TMTQ mới xuất hiện	0
Giãn TMTQ nặng lên	5/20
Thắt TMTQ dự phòng trước can thiệp	9/32
Thắt TMTQ sau can thiệp	4/20
Tử vong sau can thiệp	1/32 (3,12%)

Sự khác biệt về các thông số chức năng gan sau khi can thiệp PARTO

Chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp	p
Bilirubin mcmol/l	25,68 ± 3,34	19,38 ± 1,56	.661
Protein g/l	18,5 ± 1,21	26,47± 1,075	.623

Sự thay đổi xét nghiệm bilirubin và albumin trước và sau can thiệp cho thấy có sự cải thiện đáng kể được xử lý số liệu bằng test Wilcoxon với p = 0,05 và 0,05, tương ứng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu hiện tại, chúng tôi đã tìm thấy một tỷ lệ thành công kỹ thuật là 96,87% của PARTO phù hợp với kết quả của các nghiên cứu BRTO với việc sử dụng các tác nhân xơ cứng khác nhau[5]. Trong những Nghiên cứu BRTO, tỷ lệ thành công lâm sàng dao động từ 79,6% đến 100% và tỷ lệ tái phát dao động từ 0% đến 10%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên

cứu của PARTO. Trong số 32 bệnh nhân này, chúng tôi quan sát thấy có 3 bệnh nhân bị XHTH sau can thiệp trong đó có 2 bệnh nhân XHTH do giãn TMTQ sau can thiệp 2,3 tháng và 1 bệnh nhân XHTH do vỡ giãn TMPV ngay sau khi can thiệp và được giải thích do mức độ tăng áp lực tĩnh mạch cửa quá lớn và không thấy xuất hiện HE ở 31 bệnh nhân. Do đó, chúng tôi tin rằng PARTO có thể gây ra hiệu quả xóa sổ GV và shunt dạ dày do sự chấm dứt của dòng máu chảy vào GV huyết khối hoàn toàn và shunt dạ dày bằng phương pháp tắc ngược vĩnh viễn. Tuy nhiên, do điều kiện không cho phép, nên số bệnh nhân được chụp CT theo dõi lại sau khi can thiệp kỹ thuật chưa được nhiều, vì vậy, việc đánh giá kết quả gây xóa sổ GV chưa được đánh giá trực tiếp.

Một thành phần quan trọng trong việc đánh giá kết quả của kỹ thuật này là cải thiện chức năng gan. Trên thực tế, dự trữ chức năng gan và tăng mức độ albumin huyết thanh đã được báo cáo 1 tuần đến 12 tháng sau BRTO. Tuy nhiên, việc cải thiện chức năng gan chỉ là tạm thời và dường như phụ thuộc vào các điều kiện cơ bản như sự tồn tại đồng thời của ung thư biểu mô tế bào gan hoặc xơ gan mật nguyên phát, hay tình trạng lạm dụng rượu vẫn còn tiếp diễn, hoặc bệnh nhân sau đó không tuân thủ điều trị[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự cải thiện về điểm số Child-Pugh đã được quan sát thấy ở 4 trong số 20 bệnh nhân (25,48%) trong vòng 1 tháng sau khi can thiệp PARTO. Hơn nữa, trong số các thông số khác nhau, chỉ số bilirubin và protein cũng thay đổi đáng kể và có ý nghĩa thống kê với p = 0.005.

Trong quá trình tiêm spongel vào hệ thống GV, tất cả các tĩnh mạch giãn bị tắc nghẽn tự phát. Do đó, nguy cơ gây thuyên tắc phổi, hay tắc mạch hệ thống được giảm thiểu ít hơn khi sử dụng phương pháp BRTO. Một lượng nhỏ spongel có thể được lưu thông qua các kết nối tĩnh mạch hệ thống này, tuy nhiên, không có bệnh nhân nào có triệu chứng hoặc dấu hiệu của thuyên tắc phổi hoặc thuyên tắc động mạch hệ thống. Nghiên cứu sâu hơn là cần thiết để đánh giá xem liệu PARTO sử dụng các spongel có liên quan đến việc tăng tỷ lệ vỡ của các tĩnh mạch nhỏ hay không, tuy nhiên, các bài báo trước đó, đều không thấy có bệnh nhân nào xuất hiện các triệu chứng do vỡ các tĩnh mạch nhỏ.

Hiệu quả của BRTO để điều trị GV bị vỡ đã được báo cáo trước đây, nhưng các can thiệp lặp lại được yêu cầu ở một số bệnh nhân. Can thiệp PARTO chỉ cần 1 buổi là đủ để điều trị cả cầm

máu và xóa sạch GV ở 31 bệnh nhân của chúng tôi. Một nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng 25% bệnh nhân bị chảy máu sau khi điều trị xơ cứng histoacryl của xuất huyết giãn tĩnh mạch dạ dày hoạt động. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân XHTH do giãn TMPV đã được tiến hành tiêm xơ, nhưng không mang lại hiệu quả cầm máu, nên đã được tiến hành thêm can thiệp PARTO và cho kết quả cầm máu tương đối tốt. Do đó, PARTO có thể là một phương pháp thay thế để ngăn ngừa xuất huyết tái phát ở bệnh nhân chảy máu giãn tĩnh mạch chủ dạ dày.

Sự gia tăng của EV là một trong những nhược điểm của BRTO và cũng là của PARTO. Một số biến chứng sau PARTO bao gồm làm nặng thêm EV và cổ trướng, được giải thích là do sau nút GV, thì lưu lượng tĩnh mạch cửa tăng lên ở những vị trí khác. Tác dụng bảo vệ chống lại giãn tĩnh mạch thực quản không được đánh giá trong nghiên cứu này, tuy nhiên, theo nghiên cứu lại thấy tình trạng nặng lên của EV xuất hiện ở 5/20 bệnh nhân sau PARTO và trong đó có 2 bệnh nhân XHTH do giãn vỡ tĩnh mạch.

V. KẾT LUẬN

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI ĐIỀU TRỊ BỆNH LỒNG RUỘT TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Trần Minh Long*, Tăng Xuân Hải*, Dương Minh Đức*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm gây lồng ruột, phân tích giá trị của siêu âm đối với lâm sàng và điều trị lồng ruột ở trẻ em. **Đối tượng - phương pháp:** Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định là lồng ruột trên lâm sàng và siêu âm. Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, mô tả phân tích, có so sánh 208 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 2,14±1,0 tuổi, hay gặp nhất là dưới 2 tuổi chiếm 71,6%. Nam giới chiếm 62%, nữ 38% tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1. Đau bụng cơn chiếm chủ yếu 96,2%, ỉa máu chỉ chiếm 8,0%. Tất cả BN trong nhóm nghiên cứu đều có hình ảnh điển hình của lồng ruột trên siêu âm. Vị trí lồng HSP chiếm 95,8%. Có 98,9% BN tháo lồng thành công, có 5,4 % bệnh nhân tháo lồng trên 2 lần mới thành công. Có 1,1% tháo lồng thất bại phải chuyển mổ. **Kết luận:** Các triệu chứng siêu âm như đường kính khối lồng, chiều dày thành ruột cho thấy

PARTO là phương pháp điều trị khả thi, an toàn và hiệu quả về mặt kỹ thuật đối với xuất huyết giãn tĩnh mạch dạ dày ở bệnh nhân tăng áp lực tĩnh mạch cửa

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saad, W.E. and S.S. Sabri, Balloon-occluded Retrograde Transvenous Obliteration (BRTO): Technical Results and Outcomes. Semin Intervent Radiol, 2011. **28**(3): p. 333-8.
2. de Franchis, R. and M. Primignani, Natural history of portal hypertension in patients with cirrhosis. Clin Liver Dis, 2001. **5**(3): p. 645-63.
3. Chikamori, F., et al., Eight years of experience with transjugular retrograde obliteration for gastric varices with gastrosplenic shunts. Surgery, 2001. **129**(4): p. 414-20.
4. Chang, M.-Y., et al., Plug-Assisted Retrograde Transvenous Obliteration for the Treatment of Gastric Variceal Hemorrhage. Korean journal of radiology, 2016. **17**(2): p. 230-238.
5. Akahane, T., et al., Changes in liver function parameters after occlusion of gastrosplenic shunts with balloon-occluded retrograde transvenous obliteration. Am J Gastroenterol, 1997. **92**(6): p. 1026-30.
6. Bellary, S.V. and P. Isaacs, Disseminated intravascular coagulation (DIC) after endoscopic injection sclerotherapy with ethanolamine oleate. Endoscopy, 1990. **22**(3): p. 151.

có sự tương quan với kết quả tháo lồng. Siêu âm là một cận lâm sàng đầu tay đơn giản rẻ tiền an toàn và đem tới độ chính xác khá cao trong chẩn đoán lồng ruột.

Từ khóa: Siêu âm, lồng ruột, bơm hơi tháo lồng, phẫu thuật

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE ULTRASOUND ROLE IN THE INTUSSUSCEPTION DIAGNOSIS AND TREATMENT IN INFANTS AND CHILDREN IN NGHỆ AN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: Describe ultrasound imaging characteristics of intussusception, analyze the value of ultrasound for the clinical and treatment intussusception in children. **Subjects-methods:** Definitive diagnostic criteria are clinical and ultrasonographic intussusception. Retrospective study design, descriptive analysis, comparison of 208 patients who were eligible for the study. **Result:** The average age: 2.14±1.0 years old, the most common is under 2 years old (71.6%). Male/female ratio is 1.6/1. Abdominal pain accounted for 96.2%, bloody diarrhea only 8.0%. All patients in the study had typical images of intussusception from ultrasound. Right lower rib

*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Long

Email: longdr115@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.01.2022

Ngày duyệt bài: 18.01.2022