

## CAN THIỆP NGƯỢC DÒNG QUA SHUNT VỊ THẬN (PARTO) TRONG ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH DẠ DÀY TRÊN BỆNH NHÂN XƠ GAN

### Plug-assisted retrograde transvenous obliteration for the treatment of gastric variceal hemorrhage in patients with liver cirrhosis

*Trịnh Hà Châu\**, *Ngô Lê Lâm\*\**, *Vũ Đăng Lưu\**,  
*Phạm Minh Thông\**

#### SUMMARY

**Objective:** To evaluate the feasibility, safety, and clinical outcomes of plug-assisted retrograde transvenous obliteration (PARTO) to treat gastric variceal hemorrhage in patients with portal hypertension.

**Methods:** From 2/2017 to 3/2019, 37 patients (8, with history of gastric variceal hemorrhage; 6, active bleeding; 28, risk rupture; 5, ineffective endoscopic interventions) who underwent PARTO using a vascular plug and a gelfoam pledget were retrospectively analyzed.

**Conclusion:** Plug-assisted retrograde transvenous obliteration is technically and clinically effective for the treatment of gastric varices.

**Results:** Plug-assisted retrograde transvenous obliteration procedures were technically successful in all 37 patients. There are two cases of combining PARTO with downstream intervention through the portal vein. There are 2 cases of drug release outside the blood vessels during the intervention. 100% of cases use only 1 plug, 3 patients use additional coil (due to large shunt diameter). There were no cases of variceal bleeding during the follow-up.

**Keywords:** *cirrhosis, gastric varices, Plug-assisted retrograde transvenous obliteration.*

\* Trung tâm điện quang  
Bệnh viện Bạch Mai

\*\* Trung tâm CDHA Bệnh viện  
K3

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Xơ gan là một bệnh lý thường gặp trong các bệnh lý đường tiêu hóa ở nước ta cũng như trên thế giới, ảnh hưởng đến hàng trăm triệu người trên thế giới và có xu hướng ngày càng gia tăng. Ở Mỹ, xơ gan là nguyên nhân không ác tính gây tử vong hàng đầu trong các bệnh lý gan mật- tiêu hóa với tỷ lệ tử vong khoảng 30.000 người mỗi năm [1].

Giãn tĩnh mạch thực quản - dạ dày là nguyên nhân chính gây xuất huyết tiêu hóa cao, một trong những biến chứng nặng của xơ gan. Mặc dù biến chứng xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TM dạ dày là thấp hơn so với vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ), nhưng khi XHTH đã xảy ra thì rất nặng, đòi hỏi phải truyền máu với số lượng nhiều hơn, có tỷ lệ tử vong cao hơn và mức độ kiểm soát phức tạp hơn [2], [4].

Đã có nhiều phương pháp được đề xuất để điều trị giãn tĩnh mạch dạ dày như phẫu thuật, tiêm xơ qua nội soi. Can thiệp mạch qua da: tạo luồng thông cửa chủ, nút tắc búi giãn tĩnh mạch xuôi dòng qua gan, nút tắc tĩnh mạch ngược dòng qua shunt với tĩnh mạch thận: kỹ thuật Nút tĩnh mạch ngược dòng bằng bóng chèn (BRTO - Balloon-occluded retrograde transvenous obliteration) được giới thiệu lần đầu tiên vào năm 1996 bởi Kanagawa và cộng sự [1]. Đến nay, kỹ thuật này đã được ứng dụng rộng rãi ở Nhật Bản, Hàn Quốc, nhiều nước châu Á và một số nước châu Âu, Mỹ do là kỹ thuật xâm nhập tối thiểu, an toàn và hiệu quả cầm máu, ngăn ngừa tái phát cao trong bệnh lý giãn tĩnh mạch dạ dày. Gần đây, kỹ thuật BRTO đã được cải tiến thành kỹ thuật PARTO, với ưu điểm là tỷ lệ thành công cao, thời gian can thiệp ngắn, vì thế có thể triển khai rộng rãi, ngay cả trường hợp đang chảy máu. Kỹ thuật này đã được triển khai ở nhiều nước như Nhật bản và Hàn quốc.

Bệnh viện Bạch Mai là cơ sở đầu ngành trong cả nước với nguồn bệnh nhân xơ gan tương đối nhiều và có đầy đủ các trang thiết bị và vật chất để chẩn đoán và điều trị biến chứng giãn tĩnh mạch dạ dày ở những bệnh nhân này. Kỹ thuật PARTO được triển khai ở Trung tâm điện quang – Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2017, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích: **“Đánh giá kết quả bước đầu của phương pháp can thiệp ngược**

**dòng qua shunt vị thận trong điều trị giãn tĩnh mạch dạ dày trên bệnh nhân xơ gan”**

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP**

### **1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu**

Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, bao gồm: 37 Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan có búi giãn tĩnh mạch dạ dày, có chỉ định thực hiện PARTO, tại bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 2 năm 2017 đến tháng 3 năm 2019.

### **2. Chỉ định và chống chỉ định**

#### **Chỉ định**

- BN giãn tĩnh mạch phình vị có shunt vị-thận thấy được trên phim cắt lớp vi tính đa dãy có tiêm thuốc cản quang.

- Có xuất huyết tiêu hóa cấp, tái phát nhiều lần, không kiểm soát được bằng điều trị nội khoa, nội soi can thiệp

- Có nguy cơ vỡ trên nội soi: búi tĩnh mạch giãn lớn, có điểm xung huyết hoặc loét khu trú/tiến triển nhanh

#### **Chống chỉ định**

- Dị ứng thuốc cản quang, suy thận

- Hẹp, tắc tĩnh mạch cửa

- Cổ chướng mức độ nhiều, tái diễn do tăng áp lực tĩnh mạch cửa

- Đang có giãn tĩnh mạch thực quản nặng, tiến triển (Độ III)

### **3. Kỹ thuật thực hiện**

#### **Phương tiện thực hiện kỹ thuật**

- Máy chụp cắt lớp vi tính đa dãy

- Hệ thống máy chụp mạch DSA

- Bộ dụng cụ can thiệp mạch:

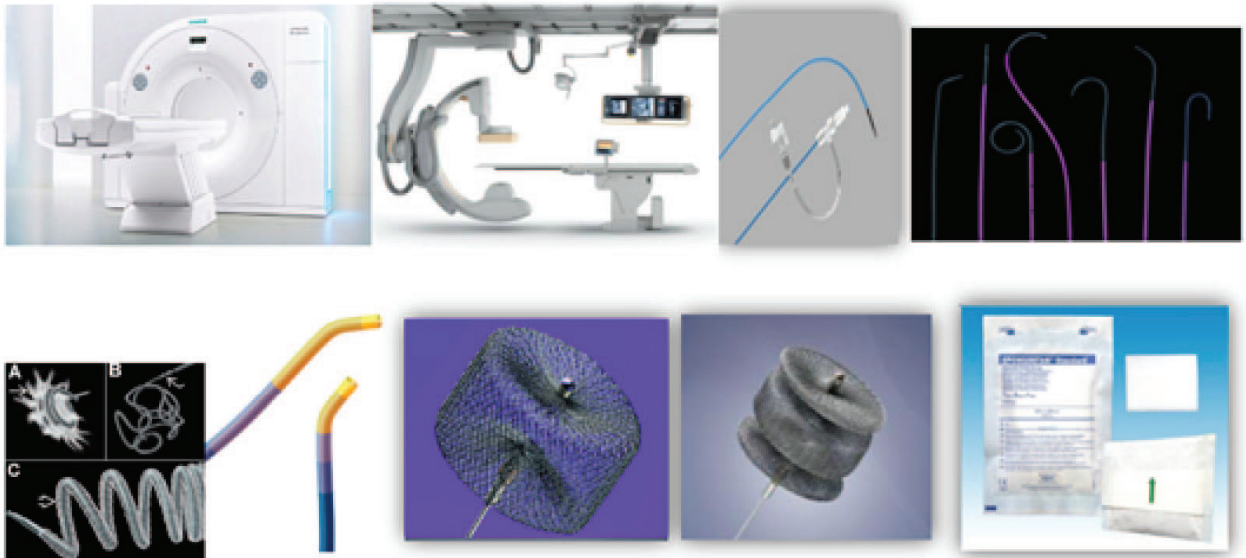
▪ Long-sheath 8-9F/55-75cm

▪ Guide wire: 0.035"/110, 200cm,

▪ Catheter: Cobra, Vetebral 4-5F

- Vật Liệu gây tắc mạch

- Amplatzer Plug I, II: 8-22mm
- Gelfoam
- Coil
- Spogel: Cắt thành miếng nhỏ kt 1x1mm, Trộn đều với 20-30ml thuốc cản quang, Bơm bằng xi lanh 1ml



Hình 1. Dụng cụ thực hiện (nguồn: mạng internet)

- Chuẩn bị bệnh nhân

Bệnh nhân được chọn thỏa mãn tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân được chẩn đoán và phân độ xơ gan theo Child Pugh
- Bệnh nhân được nội soi dạ dày thực quản và có hình ảnh búi giãn dạ dày tĩnh mạch
- Trên hình ảnh cắt lớp vi tính đa dây (MSCT) có tiêm thuốc dựa vào các đặc điểm: các tĩnh mạch dạ dày giãn đường kính >2mm, giãn ngoằn ngoèo, tăng tỷ trọng thì tĩnh mạch, có shunt vị thận.
- Có hồ sơ bệnh án lưu trữ và có đầy đủ thông tin và xét nghiệm trong giới hạn cho phép (xét nghiệm về đông cầm máu, công thức máu, bilirubin, albumin máu)
- Bệnh nhân được chụp phim MSCT ổ bụng có tiêm thuốc, lên kế hoạch can thiệp gồm

1. Xác định đường vào: qua tĩnh mạch đùi phải

hay trái, có thể thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm

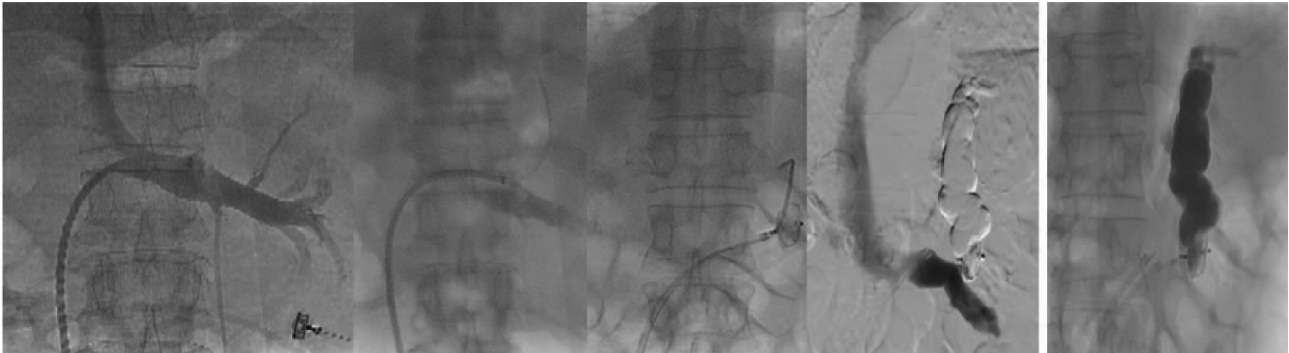
2. Lựa chọn dụng cụ can thiệp: Long sheath: type, size

3. Lựa chọn vật liệu tắc mạch:

- Plug: loại I hay loại II. Lựa chọn Plug có đường kính > 15-20% đường kính shunt vị thận
- Có dùng Coil hỗ trợ không?
- Spongel: số lượng bao nhiêu?

- Các bước thực hiện kỹ thuật

1. Đường vào: tĩnh mạch đùi phải
2. Chọn lọc tĩnh mạch thận trái và shunt vị-thận
3. Chọn lọc trung tâm búi giãn bằng catheter và guidewire
4. Đặt dù tắc mạch vào cổ shunt vị-thận qua long-sheath
5. Bơm spongel qua catheter làm tắc búi giãn tĩnh mạch dạ dày



**Hình 2. Các bước thực hiện kỹ thuật**

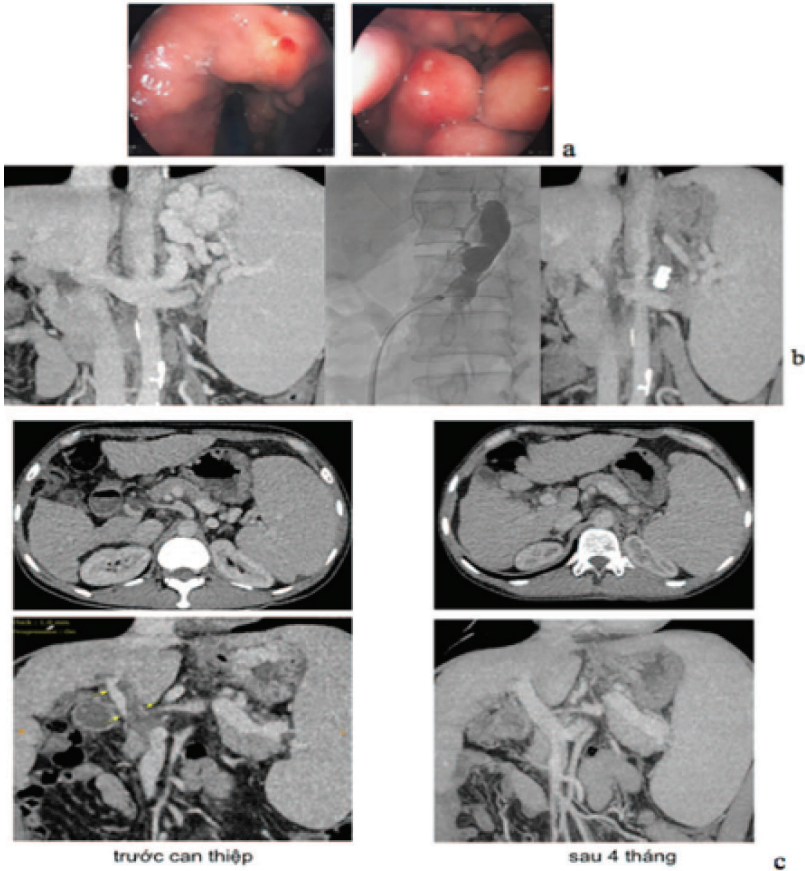
*Chụp TM thận trái - Chụp Shunt vị - thận bụng dưới bơm Spongel - chụp kiểm tra (nguồn: từ ảnh bệnh nhân can thiệp tại trung tâm điện quang bệnh viện Bạch Mai).*

- Theo dõi sau làm PARTO
  - Theo dõi sau 24 giờ
  - Tình trạng XHTH
  - Vị trí đường vào tĩnh mạch bẹn: bất động 2-4 tiếng
  - Toàn trạng, các thông số sinh tồn.
  - **Đánh giá hiệu quả điều trị:** sau 1 tháng, sau đó định kỳ cách 3 tháng
    - Cải thiện trên lâm sàng, xét nghiệm máu (chức năng gan, công thức máu), nội soi thực quản, dạ dày về tình trạng giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch dạ dày.
    - Chụp MSCT ổ bụng đánh giá tình trạng xơ gan, búi giãn tĩnh mạch dạ dày và bệnh lý đi kèm.
- Về mặt kỹ thuật:
  - 37 BN chỉ dùng 1 plug và spongel vào trung tâm búi giãn (100%), có 3 trường hợp kết hợp dùng coil can thiệp xuôi dòng: tắc hoàn toàn búi giãn.
  - 2 trường hợp có thoát thuốc xung quanh búi giãn.
- Trong 5 BN cấp cứu
  - Thời gian can thiệp: trung bình 33.5 phút (từ 22 đến 50 phút).
  - Không có trường hợp nào xuất huyết tiêu hoá cấp trong vòng 3 ngày sau can thiệp
  - Không có trường hợp nào có dấu hiệu xuất huyết tiêu hoá trên nội soi trong vòng 7 ngày
- Trong bệnh nhân PARTO:
  - Có 1 trường hợp xuất huyết tiêu hoá tái phát trong vòng 3 tháng: do giãn tĩnh mạch thực quản
  - Có 24 bệnh nhân nội soi lại trong vòng 3 tháng: có 21 bệnh nhân giảm mức độ giãn tĩnh mạch dạ dày trên nội soi.
  - Có 12 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính sau can thiệp trong vòng 1 tháng sau can thiệp: tắc hoàn toàn búi giãn tĩnh mạch dạ dày.

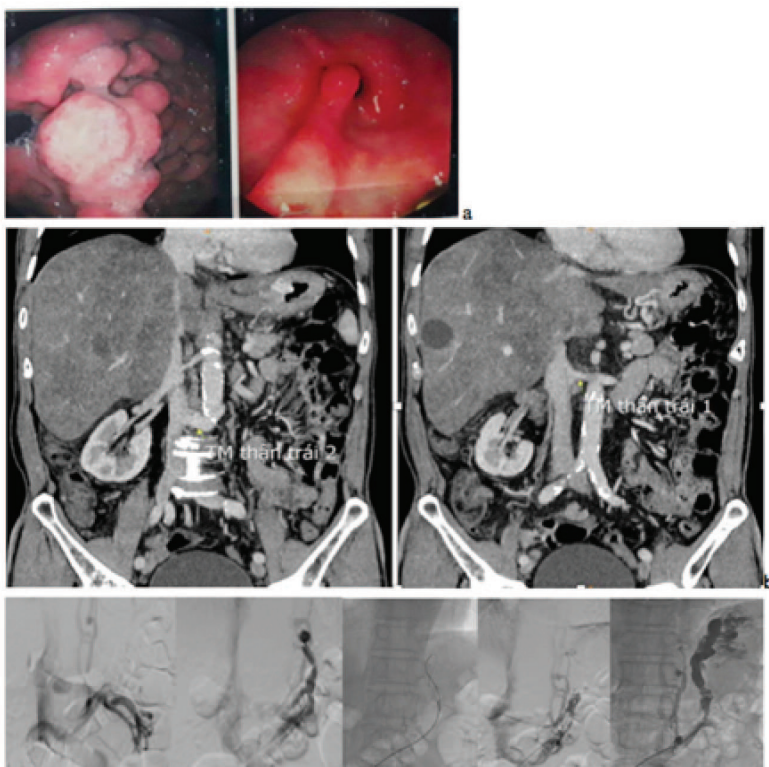
### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 2 năm 2017 đến tháng 3 năm 2019, chúng tôi đã thực hiện kỹ thuật PARTO tại trung tâm điện quang Bệnh viện Bạch Mai, với kết quả đạt được:

Tổng số ca 37 (từ 2/2017): Trong số 37 bệnh nhân giãn tĩnh mạch dạ dày có 6 trường hợp có ổ chảy máu đang hoạt động, 28 trường hợp dọa vỡ, 8 bệnh nhân có tiền sử xuất huyết, 5 trường hợp can thiệp qua nội soi không hiệu quả:



Hình 3. a,b,c: Bệnh nhân nam 48 tuổi, tiền sử xơ gan rượu, đã xuất huyết tiêu hoá nhiều đợt, thất tĩnh mạch thực quản qua nội soi 7 lần, vào viện vì nôn máu. a, Hình ảnh giãn tĩnh mạch dạ dày trên nội soi; b, bệnh nhân được tiến hành làm PARTO, chụp kiểm tra sau đó 1 tháng, tắc hoàn toàn búi giãn tĩnh mạch dạ dày; c, chụp kiểm tra sau 4 tháng, tắc hoàn toàn búi giãn tĩnh mạch dạ dày, huyết khối tĩnh mạch cửa bán phần trước can thiệp được tái thông hoàn toàn.



Hình 4. a,b,c Bệnh nhân nam 73 tuổi, xơ gan rượu, vào viện vì xuất huyết tiêu hoá cấp. a, nội soi có búi giãn lớn tĩnh mạch dạ dày; b, 2 tĩnh mạch thận (trên và dưới) với 2 shunt vị - thận; c, chụp mạch: thả plug nằm ngay trên vị trí chia đôi của shunt vị thận, bơm spongel nút tắc búi giãn tĩnh mạch dạ dày.

#### **IV. BÀN LUẬN**

Giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch dạ dày là một biến chứng thường gặp nhất trong xơ gan, có thể gặp ở 50% các bệnh nhân xơ gan. Tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch dạ dày tăng lên hàng năm khoảng từ 5% đến 20% ở các bệnh nhân xơ gan và tỷ lệ phát triển từ các búi giãn tĩnh mạch nhỏ thành các búi giãn tĩnh mạch lớn khoảng từ 5% đến 15%. Tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch dạ dày phụ thuộc vào mức độ xơ gan của bệnh nhân, thường gặp khoảng 40% các bệnh nhân mức độ xơ gan Child-Pugh A và 85% ở các bệnh nhân có mức độ xơ gan Child-Pugh C [5]

Sự hình thành các búi giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch dạ dày được giải thích là do xơ gan làm tăng áp lực xoang gan dẫn lên tăng chênh áp cửa – chủ. Khi chênh áp cửa – chủ tăng sẽ dẫn đến dòng máu trong tĩnh mạch cửa bị cản trở và sẽ xuất hiện các vòng nổi tĩnh mạch qua các nhánh tĩnh mạch vị ngắn trong thực quản và gần dạ dày từ đó hình thành các búi giãn TM.

Các yếu tố nguy cơ xuất huyết tiêu hoá do vỡ các búi giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch dạ dày là các búi giãn tĩnh mạch kích thước lớn, mức độ xơ gan nặng theo phân độ Child-Pugh, dấu đỏ trên thành các búi giãn tĩnh mạch, mức độ tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Khi chênh áp cửa – chủ <12 mmHg thì nguy cơ gây xuất huyết tiêu hoá gần như không có. Khi chênh áp cửa – chủ > 12 mmHg, tỷ lệ xuất huyết tiêu hoá trong 2 năm đối với búi giãn kích thước lớn và trung bình gần 30% và búi giãn kích thước nhỏ khoảng 10% [2]

Khi xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch dạ dày xảy ra, khoảng một nửa số bệnh nhân tự cầm máu và khoảng 40% số bệnh nhân xuất hiện xuất huyết tiêu hoá tái phát trong 6 tuần đầu. Tỷ lệ tử vong trong nhóm các bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch dạ dày có thể tới 30% [2], [6].

Mặc dù biến chứng xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày là thấp hơn so với vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, nhưng khi xuất huyết tiêu hoá đã xảy ra thì rất nặng, đòi hỏi phải truyền máu với số lượng nhiều hơn, có tỷ lệ tử vong cao hơn và mức độ kiểm soát phức tạp hơn [4]. Giãn tĩnh mạch dạ dày có tỷ lệ xuất huyết tiêu hoá tái phát cao (38%- 89%) [3], [4]

Các phương pháp điều trị xuất huyết tiêu hoá do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch dạ dày nhằm mục tiêu giảm chênh áp cửa – chủ, cầm máu và đồng thời phải dự phòng các biến chứng có thể xảy ra sau xuất huyết tiêu hoá như hội chứng não gan, viêm phúc mạc nhiễm khuẩn tiên phát và cổ trướng. Cho đến hiện nay, rất nhiều các phương pháp điều trị xuất huyết tiêu hoá do giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch dạ dày đã được áp dụng như điều trị nội khoa bằng các thuốc hạ áp lực tĩnh mạch cửa, các phương pháp điều trị qua đường nội soi, các phương pháp can thiệp nội mạch và các phương pháp phẫu thuật ngoại khoa. Mỗi nhóm phương pháp đều có các ưu, nhược điểm riêng và hỗ trợ nhau trong điều trị biến chứng xuất huyết tiêu hoá do giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch dạ dày. Trong đó, tiêm xơ qua nội soi và can thiệp nội mạch là hai phương pháp được dùng phổ biến nhất.

Tiêm xơ qua nội soi có một số ưu điểm như: có thể tiến hành nhanh chóng can thiệp ngay vị trí đang chảy máu, hiệu quả cao trên giãn tm thực quản đơn thuần, có thể làm lại: sau can thiệp thất bại, tái phát sau can thiệp. Tuy nhiên, nhược điểm của phương pháp này đó là: Chảy máu tái phát trên búi giãn lan tỏa, vị trí khó (giãn tĩnh mạch thực quản lan xuống dạ dày phía bờ cong nhỏ - IGV1), di chuyển vật liệu tiêm xơ,...

Các phương pháp can thiệp nội mạch điều trị xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, tĩnh mạch dạ dày ở bệnh nhân xơ gan thường áp dụng là:

Tạo shunt cửa-chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt – TIPS) là kỹ thuật can thiệp nội mạch do các bác sỹ Xquang can thiệp thực hiện, nhằm tạo ra một dòng chảy tắt (shunt) với sức cản thấp từ nhánh tĩnh mạch cửa trong gan về thẳng tĩnh mạch gan mà không phải đi qua xoang gan, nhờ đó làm giảm áp lực của hệ thống tĩnh mạch cửa.

Nút tĩnh mạch phình vị ngược dòng qua catheter có bóng chèn (BRTO): Nguyên lý của phương pháp BRTO là đưa ống thông có gắn bóng chèn ngược dòng từ tĩnh mạch thận trái lên búi giãn tĩnh mạch dạ dày. Bơm bóng ngăn đường dẫn lưu về TM thận và qua ống thông gắn bóng bơm chất gây xơ vào búi giãn tĩnh mạch dạ dày.

Nguyên lý của kỹ thuật PARTO cũng tương tự như BRTO, tuy nhiên thay vì sử dụng bóng chèn, các

tác giả đã ứng dụng dụng cụ đóng mạch máu (vascular plug) và sử dụng gelatin sponges thay cho chất gây xơ. PARTO so với các phương pháp can thiệp khác có một số ưu điểm: Ưu điểm so với TIPS: Cải thiện lưu lượng tĩnh mạch cửa do đó cải thiện chức năng gan, giảm xuất hiện hội chứng não gan. Hơn nữa, PARTO là kỹ thuật đơn giản, ít tai biến hơn so với TIPS. Ưu điểm so với BRTO: Không dùng bóng tắc mạch nên không có nguy cơ vỡ bóng dẫn đến tắc động mạch phổi. Không cần dùng coil để tắc các nhánh bàng hệ nhỏ, mà sử dụng spongel thay thế cho thuốc gây xơ nên không cần giới hạn về liều lượng, giảm chi phí cho bệnh nhân. Kỹ thuật PARTO chỉ cần làm một thì, do vậy yêu cầu thời gian ngắn hơn, giảm số ngày nằm viện, có thể làm trong trường hợp cấp cứu.

PARTO là kỹ thuật mới trong điều trị và kiểm soát búi giãn tĩnh mạch phình vị trên cơ sở cải tiến kỹ thuật BRTO, có nhiều ưu điểm vượt trội, được áp dụng lần đầu tiên từ năm 2012. Tác giả Gwon DI và cộng sự cũng đưa ra các kết quả tương đồng: Kỹ thuật PARTO đã thành công về mặt kỹ thuật ở tất cả 73 bệnh nhân (được tiến hành từ tháng 5 năm 2012 đến tháng 6 năm 2016, chụp cắt lớp vi tính trong vòng 1 tuần sau làm PARTO cho thấy tắc hoàn toàn búi giãn tĩnh mạch dạ dày ở 72 trên 73 bệnh nhân (98,6%). Sáu mươi bệnh nhân theo dõi sau 3 tháng cho thấy mất hoàn toàn búi giãn tĩnh mạch dạ dày và shunt. Không có trường hợp xuất huyết tiêu hoá cho đến khi kết thúc theo dõi (trung bình 544 ngày). Cải thiện điểm số Child-Pugh được quan sát thấy ở 24 bệnh nhân (40%) sau 1 tháng theo dõi. Cổ trướng và giãn tĩnh mạch thực quản được quan sát thấy ở 14 bệnh nhân (23,3%) và 16 bệnh nhân (26,7%) khi theo dõi 3 tháng sau làm PARTO [7], [8].

Từ năm 2017, Trung tâm điện quang bệnh viện Bạch Mai đầu tiên áp dụng kỹ thuật PARTO trong điều trị búi giãn tĩnh mạch dạ dày, việc thực hiện sáng tạo kỹ thuật mang lại nhiều hiệu quả tích cực. Trước can thiệp, chúng tôi đánh giá chi tiết hình ảnh búi giãn tĩnh mạch dạ dày và shunt vị thận trên phim cắt lớp vi tính đa dãy,

từ đó lập kế hoạch can thiệp, mục đích tăng cao tính an toàn. Đối với từng bệnh nhân, dụng cụ được sử dụng linh hoạt: chọn plug, sử dụng spongel, có hay không dùng coil hỗ trợ,... Plug vừa có tác dụng chặn dòng chảy qua shunt vị - thận, vừa chặn spongel trào ngược vào tuần hoàn hệ thống, tránh nguy cơ nhồi máu phổi. Trong quá trình tiến làm PARTO, chúng tôi đánh giá kỹ lưỡng hình ảnh: tĩnh mạch đến, tĩnh mạch dẫn lưu, đánh giá chi tiết đường vào từ tĩnh mạch đùi, cũng như đường kính shunt vị - thận, từ đó chọn plug với kích thước phù hợp (plug I hoặc II, đường kính 8-22mm) cũng như lên chiến lược điều trị với từng ca. Trên búi giãn tĩnh mạch dạ dày, nhiều trường hợp có các luồng shunt nhỏ đi về, lợi ích của spongel trong trường hợp này đó là các hạt spongel lớn đi vào những nhánh nhỏ và gây tắc mạch, thay vì dùng coil để tắc các nhánh nhỏ, do vậy chúng tôi thấy rằng PARTO là kỹ thuật an toàn, hiệu quả và tiết kiệm chi phí. Thời gian can thiệp của chúng tôi giảm dần theo thời gian ( trung bình khoảng 20 phút), từ đó đưa PARTO trở thành kỹ thuật áp dụng được ngay trong trường hợp cấp cứu khẩn cấp, đồng thời giảm liều tia chiếu, bảo vệ bác sỹ, kỹ thuật viên can thiệp nội mạch và bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Giãn tĩnh mạch dạ dày là biến chứng nặng, hay gặp trong xơ gan có tăng áp lực tĩnh mạch cửa với nguy cơ tử vong cao và khó khăn trong điều trị. 37 bệnh nhân xơ gan, giãn tĩnh mạch dạ dày có shunt vị - thận, đã được điều trị bằng phương pháp can thiệp ngược dòng sử dụng dù (PARTO) trong khoảng thời gian từ tháng 2/2017 đến tháng 3/2019. Trong số 37 bệnh nhân giãn tĩnh mạch dạ dày có 6 trường hợp có ổ chảy máu đang hoạt động, 28 trường hợp dọa vỡ, 8 bệnh nhân có tiền sử xuất huyết, 5 trường hợp can thiệp qua nội soi không hiệu quả. Với các ưu điểm: an toàn, hiệu quả làm tắc búi giãn tĩnh mạch dạ dày, dụng cụ đơn giản với chi phí hợp lý, thời gian can thiệp ngắn, PARTO là sự lựa chọn tốt, cần được chuyển giao kỹ thuật, thực hiện thường quy hơn nữa để đảm bảo lợi ích cho những BN xơ gan.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Boyer T.D., Manns M.P., Sanyal A.J. et al. (2012), *Zakim and Boyer's Hepatology: A Textbook of Liver Disease*, Elsevier Health Sciences.

2. Ryan B.M., Stockbrugger R.W., Ryan J.M. (2004). A pathophysiologic, gastroenterologic, and radiologic approach to the management of gastric varices. *Gastroenterology*, **126**(4), 1175–1189.
3. Trudeau W., Prindiville T. (1986). Endoscopic injection sclerosis in bleeding gastric varices. *Gastrointest Endosc*, **32**(4), 264–268.
4. Sarin S.K. (1997). Long-term follow-up of gastric variceal sclerotherapy: an eleven-year experience. *Gastrointest Endosc*, **46**(1), 8–14.
5. Sumon S.M., Sutradhar S.R., Chowdhury M. et al. (2013). Relation of different grades of esophageal varices with Child-Pugh classes in cirrhosis of liver. *Mymensingh Med J MMJ*, **22**(1), 37–41.
6. Kim T., Shijo H., Kokawa H. et al. (1997). Risk factors for hemorrhage from gastric fundal varices. *Hepatol Baltim Md*, **25**(2), 307–312.
7. Gwon D.I., Ko G.-Y., Kwon Y.B. et al. (2018). Plug-Assisted Retrograde Transvenous Obliteration for the Treatment of Gastric Varices: The Role of Intra-Procedural Cone-Beam Computed Tomography. *Korean J Radiol*, **19**(2), 223–229.
8. Gwon D.I., Kim Y.H., Ko G.-Y. et al. (2015). Vascular Plug-Assisted Retrograde Transvenous Obliteration for the Treatment of Gastric Varices and Hepatic Encephalopathy: A Prospective Multicenter Study. *J Vasc Interv Radiol JVIR*, **26**(11), 1589–1595.

---

## **TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá kỹ thuật và hiệu quả điều trị giãn tĩnh mạch dạ dày bằng can thiệp ngược dòng qua shunt vị thận bằng dù (Plug-Assisted retrograde Transvenous obliteration - PARTO)

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 2/2017 đến tháng 3/2019 trên 37 bệnh nhân xơ gan, giãn tĩnh mạch dạ dày có shunt vị - thận, đã được điều trị bằng phương pháp can thiệp ngược dòng sử dụng dù (PARTO). Trong số 37 bệnh nhân giãn tĩnh mạch dạ dày có 6 trường hợp có ổ chảy máu đang hoạt động, 28 trường hợp dọa vỡ, 8 bệnh nhân có tiền sử xuất huyết, 5 trường hợp can thiệp qua nội soi không hiệu quả

**Kết quả:** Tiến hành gây tắc shunt tĩnh mạch vị thận bằng dù và sau đó nút tắc búi giãn tĩnh mạch dạ dày bằng spongel được thực hiện thành công trên tất cả 37 bệnh nhân. Có hai trường hợp kết hợp PARTO với can thiệp xuôi dòng qua tĩnh mạch cửa. Có 2 trường hợp có thoát thuốc ra ngoài mạch máu trong quá trình can thiệp. 100% các trường hợp chỉ dùng với 1 dù, 3 bệnh nhân dùng thêm coil (do đường kính shunt lớn). Không có trường hợp nào xuất huyết tiêu hóa tái phát trong 3 tháng theo dõi sau can thiệp

**Kết luận:** PARTO là sự lựa chọn tốt, cần được chuyển giao kỹ thuật, thực hiện thường quy hơn nữa để đảm bảo lợi ích cho những BN xơ gan

**Từ khóa:** xơ gan, giãn vỡ tĩnh mạch dạ dày, can thiệp ngược dòng qua shunt vị thận bằng dù

---

Người liên hệ: Ngô Lê Lâm, Email: lamntxq28@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.6.2019. Ngày chấp nhận đăng: 15.8.2019