

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO GIÃN TĨNH MẠCH DẠ DÀY BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT MẠCH XUYÊN GAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

**Evaluation of treatment results for gastrointestinal bleeding due to varicose veins of the stomach by percutaneous transhepatic embolization at Thanh Hoa province general Hospital**

*Lê Văn Cường\*, Lê Quang Hòa\*, Quách Lương Thiện\*,  
Đương Quang Hiệp\*\**

### SUMMARY

**Purpose:** To evaluate the results of gastrointestinal bleeding due to varicose veins in the stomach by percutaneous transhepatic embolization at Thanh Hoa Province General Hospital

**Methods:** 31 cirrhotic patients with gastric varicose veins were treated by percutaneous transhepatic embolization at Thanh Hoa Province General Hospital from 04/2020 to 09/2020.

**Results:** Average age is  $55.37 \pm 8.95$ . The oldest patient is 78, the youngest being 36. 19 patients had symptoms of gastrointestinal bleeding (61.2%) while 12 patients had no symptoms (38.8%). 24 patients have symptoms of gastrointestinal bleeding (77.4%). During endoscope, most patients had grade 3 of varicose veins of the stomach (90.3%). The number of red blood cells and hemoglobin after the intervention increased compared to the count prior to the intervention. 24 patients had gastro renal shunt (77.4%). Most patients recover well after the intervention, accounting for 96.8% of patients.

**Conclusion:** Percutaneous transhepatic embolization for gastrointestinal bleeding due to varicose veins of the stomach is a safe and effective method in patients with cirrhosis.

**Keywords:** *varicose veins of the stomach, percutaneous transhepatic embolization, cirrhosis, gastrointestinal bleeding.*

\*Bệnh viện Đa khoa tỉnh  
Thanh Hóa

\*\* Phân hiệu Trường Đại học  
Y Hà Nội tại Thanh Hóa

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn tĩnh mạch dạ dày là một trong những biến chứng thường gặp ở người bệnh có hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, chiếm tỷ lệ khoảng 30%. Tỷ lệ xuất huyết của giãn tĩnh mạch dạ dày khoảng 10-36% và tỷ lệ tử vong khi đã xuất huyết có thể lên tới 14-45% [1]. Có nhiều phương pháp điều trị giãn tĩnh mạch dạ dày như: tiêm xơ dưới nội soi (ES), tạo lòng thông cửa chủ (TIPS), làm tắc ngược dòng qua đường tĩnh mạch bằng các chất xơ (BRTO), nút tĩnh mạch dạ dày xuyên gan (PTE). Tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa chúng tôi lựa chọn kỹ thuật nút tĩnh mạch dạ dày xuyên gan do ưu điểm có thể làm cấp cứu mà không cần chụp cắt lớp vi tính khảo sát tĩnh mạch dạ dày, hiệu quả cầm máu cao. Ở Việt Nam phương pháp nút tĩnh mạch dạ dày xuyên gan chưa được áp dụng rộng rãi và chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả cũng như biến chứng của phương pháp. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu **Đánh giá kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch dạ dày bằng phương pháp nút mạch xuyên gan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh hóa.**

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân cho nghiên cứu:**

Bệnh nhân xơ gan được nội soi có giãn tĩnh mạch dạ dày, có nguy cơ vỡ hoặc đang chảy máu

Chúng tôi lựa chọn được 31 bệnh nhân xơ gan có giãn tĩnh mạch dạ dày được nút mạch xuyên gan số hóa xóa nền tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 04/2020 đến tháng 09/2020.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu tiến cứu.

#### 2.2. Chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện

#### 2.3. Phương tiện nghiên cứu

- Máy chụp mạch số hóa xóa nền infinix, Toshiba; Nhật Bản.

- Dụng cụ can thiệp: Kim chọc tĩnh mạch cửa loại 18-21G, Sheath 6-7Fr, ống thông 5F (Cobra), dây dẫn 0.035", vi ống thông 2.0 – 2.6Fr.

- Máy bơm điện chuyên dụng

- Máy siêu âm có đầu dò Convex.

- Túi nylon vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm.

- Vật liệu nút mạch: Vòng xoắn kim loại (Coils), Keo sinh học, Lipiodol.

- Thuốc cản quang.

### 2.4. Kỹ thuật can thiệp

Mở đường vào tĩnh mạch cửa bằng phương pháp: gây tê tại chỗ, rạch da, sử dụng bộ kim chọc 18-21G chọc vào nhánh phải hoặc nhánh trái tĩnh mạch cửa trong gan, đặt Sheath 6-7Fr vào tĩnh mạch cửa. Sau đó chụp mạch đánh giá tổn thương bằng ống thông Cobra với dây dẫn vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên, ngay dưới vị trí hợp lưu với TM lách. Đánh giá hệ thống các nhánh bàng hệ và búi tĩnh mạch dạ dày giãn.

Dùng ống thông Cobra chọn lọc vào tĩnh mạch vị phải, vị trái và vị ngắn. Đưa vi ống thông vào các búi tĩnh mạch dạ dày giãn qua ống thông Cobra rồi chụp mạch siêu chọn lọc qua vi ống thông để xác nhận tình trạng búi tĩnh mạch giãn.

Cthiệp điều trị: Tiến hành nút mạch gây tắc búi tĩnh mạch dạ dày giãn bằng vật liệu coils hoặc keo sinh học

Sau can thiệp: đưa ống thông Cobra đến TM mạc treo tràng trên, ngay dưới vị trí hợp lưu với TM lách, tiến hành chụp hệ thống tĩnh mạch cửa ngoài và trong gan, đánh giá hệ thống các nhánh bàng hệ và búi tĩnh mạch dạ dày sau nút mạch.

Sau đó rút toàn bộ các ống thông, vi ống thông và dây dẫn khi đầu của ống vào lòng mạch cách thành bụng 3-4cm thì thực hiện nút tắc bằng Spongel để đề phòng chảy máu ổ bụng.

### 2.5. Biến số nghiên cứu

Biến số nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử, lâm sàng, số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, kết quả nội soi dạ dày, đặc điểm tĩnh mạch dạ dày trên DSA, kết quả sau can thiệp, biến chứng sau can thiệp.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

Tổng số bệnh nhân: 31 (30 nam, 01 nữ), độ tuổi trung bình:  $55,37 \pm 8,95$ . Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 78 tuổi, trẻ nhất là 36 tuổi.

**2. Đặc điểm lâm sàng**

Trong nghiên cứu này có 19 bệnh nhân nhập viện có triệu chứng xuất huyết tiêu hóa như nôn ra máu, đại tiện phân đen; chiếm 61,2%. 12 bệnh nhân nhập viện không có triệu chứng của xuất huyết tiêu hóa, chiếm 38,8%, trong đó có 5 bệnh nhân có tiền sử từng xuất huyết tiêu hóa ít nhất một lần. Đa phần bệnh nhân có giãn tĩnh mạch phình vị độ 3 khi nội soi, chiếm 90,3%. Số lượng hồng cầu và huyết sắc tố sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp.

**3. Tiền sử**

24 bệnh nhân đang bị hoặc từng có triệu chứng xuất huyết tiêu hóa, chiếm 77,4%.

**4. Kết quả nghiên cứu**

**Bảng 1. Kết quả nội soi dạ dày**

| Mức độ giãn TM dạ dày | Số lượng | Tỉ lệ |
|-----------------------|----------|-------|
| Độ 2                  | 3        | 9,7%  |
| Độ 3                  | 28       | 90,3% |
| Tổng                  | 31       | 100%  |

**Bảng 2. Đặc điểm số lượng hồng cầu trước và sau can thiệp**

| Thời gian | Số lượng Hồng cầu |            |           |
|-----------|-------------------|------------|-----------|
|           | Trung Bình        | Độ lệch    | Giá trị P |
| Trước nút | 2,289             | $\pm 0,38$ |           |
| Sau nút   | 2,684             | $\pm 0,33$ | <0,05     |

**Bảng 3. Đặc điểm lượng huyết sắc tố trước và sau can thiệp**

| Thời gian | Huyết sắc tố |           |           |
|-----------|--------------|-----------|-----------|
|           | Trung Bình   | Độ lệch   | Giá trị P |
| Trước nút | 67,9         | $\pm 9,9$ |           |
| Sau nút   | 79,8         | $\pm 9,8$ | <0,05     |

**Bảng 4. Đặc điểm tĩnh mạch dạ dày trên DSA**

| Shunt vị-thận | Số lượng | Tỉ lệ |
|---------------|----------|-------|
| Có            | 24       | 77,4  |
| Không có      | 7        | 22,6  |
| Tổng          | 31       | 100%  |

**Bảng 5. Kết quả sau can thiệp**

| Kết quả sau can thiệp | Số lượng | Tỉ lệ |
|-----------------------|----------|-------|
| Tiến triển tốt        | 30       | 96,8% |
| Tử vong               | 1        | 3,2%  |
| Tổng                  | 31       | 100%  |

**Hạn chế của nghiên cứu:**

Với số lượng bệnh nhân còn ít, chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu với số bệnh nhân nhiều hơn, đánh giá thêm về tỉ lệ tái phát theo thời gian, các tai biến và biến chứng.

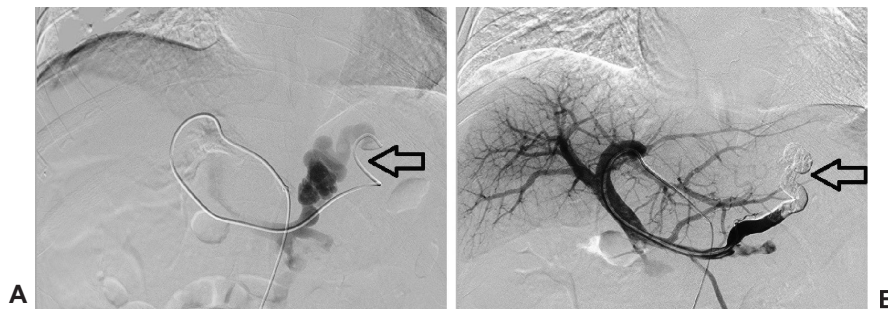
**IV. BÀN LUẬN**

Có nhiều phương pháp điều trị giãn tĩnh mạch dạ dày, ở Việt Nam phổ biến là tiêm xơ dưới nội soi, đây là phương pháp được thực hiện lần đầu vào năm 1986 và đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc cầm máu do giãn tĩnh mạch dạ dày [2]. Tuy nhiên, tỷ lệ chảy máu lại sau khi tiêm xơ qua nội soi vẫn còn cao [3]. Ngoài ra, khi tiêm xơ mà không kiểm soát được vật liệu nút mạch sẽ gây nhồi máu phổi, đây là một nguy cơ tiềm ẩn ở những bệnh nhân có shunt vị thận và các biến chứng nghiêm trọng khác như nhiễm trùng huyết, viêm màng ngoài tim đã được báo cáo [4]. Tạo luồng thông cửa chủ (TIPS) để điều trị giãn tĩnh mạch dạ dày không hiệu quả bằng điều trị giãn tĩnh mạch thực quản; hơn nữa, tắc stent và bệnh não gan cũng hạn chế ứng dụng của TIPS[5]. Phương pháp dùng bóng chẹn và làm tắc ngược dòng qua đường tĩnh mạch bằng các chất xơ (BRTO) là phương pháp phổ biến, được thực hiện qua đường tĩnh mạch đùi hoặc tĩnh mạch cảnh trong cho hiệu quả tốt trong điều trị giãn vỡ tĩnh mạch dạ dày với tỷ lệ tái phát thấp. Tuy nhiên, phương pháp này có chống chỉ định ở bệnh nhân đang có giãn tĩnh mạch thực quản nặng, tiến triển vì nếu áp dụng nguy cơ vỡ tĩnh mạch thực quản. BRTO cần khảo sát hệ thống tĩnh mạch cửa bằng chụp cắt lớp vi tính trước khi

can thiệp và những bệnh nhân không có Shunt vị thận không thể điều trị bằng phương pháp này[6]. Kỹ thuật nút tĩnh mạch dạ dày xuyên gan có ưu thế không cần chụp cắt lớp vi tính khảo sát mạch máu trước can thiệp, có thể chuyển thẳng bệnh nhân đang nôn ra máu xuống phòng can thiệp để nút mạch cấp cứu. Ngoài ra PTE còn có thể điều trị giãn tĩnh mạch thực quản vì vậy đây là phương pháp phù hợp với bệnh nhân giãn vỡ tĩnh mạch dạ dày có kèm giãn tĩnh mạch thực quản.

Trong nghiên cứu này 24 bệnh nhân có Shunt vị thận, chiếm 77,4%; kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Natsuhiko Kameda và cộng sự trên 94 bệnh nhân thì 79 bệnh nhân có shunt vị thận chiếm 84% [7]. Các Shunt của hệ thống tĩnh mạch cửa thường xuất hiện ở bệnh nhân xơ gan, trong đó dạ dày thường gặp

nhất (80–85%) [8]. Ở bệnh nhân có Shunt vị thận khi nút mạch xuyên gan cũng sẽ có nguy cơ gây nhồi máu phổi. Trong nghiên cứu này đa phần các bệnh nhân được nút bằng hỗn hợp keo sinh học (Histoacryl) trộn với Lipiodol. Giảm số lượng Lipiodol trong hỗn hợp giúp giảm thời gian đông cứng của hỗn hợp, hạn chế nguy cơ vật liệu nút mạch có thể trôi về tĩnh mạch chủ dưới gây tắc động mạch phổi trong trường hợp có Shunt vị thận. Với bệnh nhân có Shunt vị thận chúng tôi thường sử dụng các vòng xoắn kim loại nút ở sâu bên trong để làm giảm tốc độ dòng chảy trong búi giãn, sau đó đưa đầu vi ống thông về gần gốc búi giãn và nút tắc hoàn toàn gốc bằng keo sinh học trộn với Lipiodol theo tỉ lệ 3:1. Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp trường hợp nào có biến chứng nhồi máu phổi.



**Hình 1. Giãn tĩnh mạch dạ dày kèm Shunt vị thận (mũi tên) ở bệnh nhân Lê Văn H được nút bằng keo sinh học. A: Trước nút. B: Sau nút**

Đa phần ngay sau can thiệp các bệnh nhân trong nghiên cứu này tiến triển tốt, chiếm 96,8%, không có các biến chứng như nhồi máu phổi, viêm màng ngoài tim, nhiễm trùng huyết. Có 1 bệnh nhân tái phát nôn ra máu và tử vong sau can thiệp 6h. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của C L’Herminé và cộng sự trên 400 bệnh nhân với tỷ lệ sống sót sau 10 ngày là 76%, và 97 trường hợp tử vong xảy ra ngay sau thủ thuật do xuất huyết tái phát hoặc suy gan [9]. Trong một nghiên cứu của

Kameda tỉ lệ thành công là 100%; nghiên cứu XuHua Duan và cộng sự trên 31 bệnh nhân, tỷ lệ thành công là 100%; tỉ lệ sống sót sau 6, 12 và 24 tháng lần lượt là 100%, 96,8% và 96,8% [10], trong nghiên cứu của XuHua Duan bệnh nhân sau khi nút các tĩnh mạch dạ dày còn được tiếp tục nút bán phần tĩnh mạch lách, việc nút tĩnh mạch lách sẽ gây tắc các tĩnh mạch vị ngắn qua đó cắt đứt hoàn toàn các vòng nối giữa tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch dạ dày qua đó tăng tỉ lệ cầm máu thành công.



**Hình 2. Giãn tĩnh mạch vị phải và vị trái kèm shunt vị thận ở bệnh nhân Nguyễn Thị H. A: Tĩnh mạch vị phải trước nút, B: Tĩnh mạch vị trái trước nút, C: Sau nút.**

Có một ca tử vong trong trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Đây là một bệnh nhân nam 68 tuổi, có tiền sử viêm gan B mạn tính – xơ gan – giãn tĩnh mạch thực quản và phình vị. 3 lần vào viện vì xuất huyết tiêu hoá do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản. Bệnh nhân vào viện khoa tiêu hoá đã được nội soi thắt tĩnh mạch thực quản 3 lần. Đợt vào viện này vào viện cũng vì xuất huyết tiêu hoá cao. Bệnh nhân được nội soi thắt tĩnh mạch thực quản nhưng tình trạng chảy máu tiêu hoá không cải thiện, rơi vào tình trạng sốc mất máu. Soi dạ dày thấy giãn lớn các tĩnh mạch dạ dày. Sau khi hội chẩn liên khoa: tiêu hoá – nội soi – hồi sức tích cực – điện quang

can thiệp, bệnh nhân được gây mê, đặt nội khí quản, và chuyển vào phòng can thiệp cấp cứu. Kết quả nút mạch đã nút tắc các tĩnh mạch vị phải và tĩnh mạch vị trái. Tuy nhiên bệnh nhân sau đó rơi vào tình trạng suy đa tạng, và tử vong sau 3 ngày nằm hồi sức tích cực.

#### V. KẾT LUẬN

Nút mạch xuyên gan điều trị xuất huyết tiêu hoá do giãn tĩnh mạch dạ dày là phương pháp an toàn và hiệu quả ở bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hoá do giãn vỡ tĩnh mạch dạ dày.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sarin, S.K., et al. (1992). Prevalence, classification and natural history of gastric varices: a long-term follow-up study in 568 portal hypertension patients. *Hepatology*. 16, 1343-9.
2. Soehendra N, Nam VC, Grimm H, Kempeneers I. Endoscopic obliteration of large esophagogastric varices with bucrylate. *Endoscopy* 1986; 18:25–26
3. Huang YH, Yeh HZ, Chen GH, et al. Endoscopic treatment of bleeding gastric varices by n-butyl-2-cyanoacrylate (Histoacryl) injection: long-term efficacy and safety. *Gastrointest Endosc* 2000; 52:160–167
4. Greenwald BD, Caldwell SH, Hespenheide EE, et al. N-2-butyl-cyanoacrylate for bleeding gastric varices: a United States pilot study and cost analysis. *Am J Gastroenterol* 2003; 98:1982–1988
5. Sanyal AJ, Freedman AM, Luketic VA, et al. The natural history of portal hypertension after transjugular intrahepatic portosystemic shunts. *Gastroenterology* 1997; 112:889–89
6. Kwak HS, Han YM. Percutaneous transportal sclerotherapy with n-butyl-2-cyanoacrylate for gastric varices: technique and clinical efficacy. *Korean J Radiol* 2008; 9:526–533
7. Kameda, N., Higuchi, K., Shiba, M., Kadouchi, K., Machida, H., Okazaki, H., Tanigawa, T., Watanabe, T., Tominaga, K., Fujiwara, Y., Nakamura, K., & Arakawa, T. (2008). Management of gastric fundal varices without gastro-renal shunt in 15 patients. *World journal of gastroenterology*, 14(3), 448–453. <https://doi.org/10.3748/wjg.14.448>.
8. Sabri, S. S., & Saad, W. E. (2011). Anatomy and classification of gastrorenal and gastrocaval shunts. *Seminars in interventional radiology*, 28(3), 296–302. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1284456>
9. L'Herminé C, Chastanet P, Delemazure O, Bonnière PL, Durieu JP, Paris JC. Percutaneous transhepatic embolization of gastroesophageal varices: results in 400 patients. *AJR Am J Roentgenol*. 1989 Apr;152(4):755-60. doi: 10.2214/ajr.152.4.755. PMID: 2784259.
10. Duan X, Zhang K, Han X, Ren J, Xu M, Huang G, Zhang M. Comparison of percutaneous transhepatic variceal embolization (PTVE) followed by partial splenic embolization versus PTVE alone for the treatment of acute esophagogastric variceal massive hemorrhage. *J Vasc Interv Radiol*. 2014 Dec;25(12):1858-65. doi: 10.1016/j.jvir.2014.08.019. Epub 2014 Oct 11. PMID: 25311969

**TÓM TẮT**

**Mục đích:** Đánh giá kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch dạ dày bằng phương pháp nút mạch xuyên gan số hóa xóa nền trong tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh hóa

**Đối tượng:** 31 bệnh nhân xơ gan có giãn tĩnh mạch dạ dày được nút mạch xuyên gan tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ 04/2020 đến 09/2020.

**Kết quả:** Tuổi trung bình  $55,37 \pm 8,95$ . Bệnh nhân lớn tuổi nhất là 78 tuổi, trẻ nhất là 36 tuổi. 19 bệnh nhân có triệu chứng xuất huyết tiêu hóa (61,2%), 12 bệnh nhân không có triệu chứng (38,8%). 24 bệnh nhân đang từng có triệu chứng xuất huyết tiêu hóa (77,4%).

Đa số bệnh nhân có giãn tĩnh mạch phình vị độ 3 khi nội soi dạ dày (90,3%). Số lượng hồng cầu và huyết sắc tố sau can thiệp tăng lên so với trước can thiệp. 24 bệnh nhân có lồng thông (shunt) vị thận (77,4%). Đa phần sau can thiệp các bệnh nhân tiến triển tốt, chiếm 96,8%.

**Kết luận:** Nút mạch xuyên gan điều trị xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch dạ dày là phương pháp an toàn và hiệu quả ở bệnh nhân xơ gan.

**Từ khóa:** *Giãn tĩnh mạch dạ dày, nút mạch xuyên gan, xơ gan, xuất huyết tiêu hóa.*

---

Người liên hệ: Lê Văn Cường. Email: [Lenguyencuong280878@gmail.com](mailto:Lenguyencuong280878@gmail.com)

Ngày nhận bài: 25/11/2021. Ngày gửi phản biện: 03/12/2021. Ngày nhận phản biện: 07/12/2021

Ngày chấp nhận đăng: 10/12/2021