

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CAN THIỆP XUÔI DÒNG QUA DA TRONG ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH DẠ DÀY TRÊN BỆNH NHÂN XƠ GAN

Trịnh Hà Châu¹

Phạm Quang Sơn²

Đỗ Đăng Tân¹

Lê Đức Thọ¹

Lê Văn Kháng¹

Vũ Đăng Lưu^{1,2}

¹ Trung tâm Điện quang, Bệnh viện Bạch Mai

² Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm:

Vũ Đăng Lưu

Trung tâm Điện quang,

Bệnh viện Bạch Mai

Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: vudangluu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/03/2021

Ngày phản biện: 28/04/2021

Ngày đồng ý đăng: 29/04/2021

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu trong nút tắc búi giãn TMPV qua đường xuôi dòng trên bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa.

Đối tượng và phương pháp: 7 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ búi giãn TMPV từ tháng 06/2020 đến tháng 03/2021 được can thiệp nút tắc búi giãn xuôi dòng. Bệnh nhân được đánh giá tình trạng búi giãn trên nội soi, cắt lớp vi tính đa dãy (CLVT /MSCT) trước can thiệp, đánh giá hiệu quả ngay sau can thiệp trên hình ảnh chụp mạch số hoá xoá nền DSA (Digital Subtraction Angiography) và cải thiện trên lâm sàng.

Kết quả: 7 BN với chẩn đoán xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ búi giãn TMPV được can thiệp xuôi dòng qua da, trong đó có 02 BN được can thiệp kết hợp cả 2 phương pháp nút tắc ngược dòng với hỗ trợ của dù nút mạch - PARTO (Plug-assisted Retrograde Transvenous Obliteration) và xuôi dòng ATO (Antegrade Transvenous Obliteration). Kết quả tất cả các nhánh nuôi đều được nút tắc trên hình ảnh DSA, không có trường hợp nào xuất huyết tiêu hóa cấp trong vòng 3 ngày sau can thiệp. Không có trường hợp nào xuất huyết tiêu hóa tái phát, đều xuất viện sau 7 ngày. Có 3 BN đi khám lại sau 1 tháng, 3 tháng được nội soi và chụp MSCT cho thấy giảm tình trạng giãn TMPV, không còn xuất huyết tiêu hóa.

Kết luận: Can thiệp xuôi dòng là phương pháp hiệu quả ở những bệnh nhân có giãn vỡ TMPV nhưng không có shunt vị thận hoặc shunt vị thận biến đổi không thể thực hiện đơn thuần kỹ thuật ngược dòng.

Từ khóa: Búi giãn tĩnh mạch phình vị, nút tắc xuôi dòng, nút tắc ngược dòng, shunt vị thận.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một bệnh lý thường gặp trong các bệnh lý đường tiêu hóa ở tất cả các nước trên thế giới. Bệnh xơ gan ảnh hưởng đến hàng trăm triệu người trên thế giới và có xu hướng ngày

càng gia tăng, là gánh nặng cho nền kinh tế và xã hội. Xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTM) là xuất huyết do vỡ búi giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ), dạ dày hoặc hành tá tràng mà trong đó phần lớn là do vỡ giãn TMTQ.

Đây là một trong những biến chứng chính của xơ gan, thường nặng và có tỷ lệ tử vong cao. Giãn TM dạ dày thực quản xuất hiện ở gần 50% bệnh nhân xơ gan. Giãn TM dạ dày ít phổ biến hơn giãn TM thực quản, xuất huyết do giãn TM dạ dày chiếm 10-30% các trường hợp xuất huyết. Tuy nhiên có 35 đến 90% bệnh nhân xuất huyết dạ dày xuất huyết lại với bệnh nặng hơn và nguy cơ tử vong cao hơn [1].

Có nhiều phương pháp được sử dụng điều trị giãn TM dạ dày như sử dụng bóng chèn, tiêm xơ qua nội soi, phẫu thuật và điện quang can thiệp. Can thiệp điện quang bao gồm: tạo luồng thông cửa chủ (TIPS - Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt), nút tắc TM ngược dòng qua shunt vị thận và nút tắc búi giãn TM xuôi dòng (ATO). Mặc dù ATO không phải là lựa chọn đầu tiên vì sự xâm lấn qua gan, qua lách, nhưng đối với những BN không có shunt thận-dạ dày hoặc shunt thận-dạ dày không phù hợp để làm PARTO (kích thước shunt quá lớn, shunt nhỏ không phải là nguồn dẫn lưu chính của búi giãn...) thì ATO là phương pháp gần như duy nhất. ATO cải thiện được dòng máu qua gan, và được chứng minh cải thiện được chức năng gan bảo tồn [2]. Bệnh viện Bạch Mai là cơ sở đầu ngành trong cả nước với nguồn BN xơ gan nhiều và có đầy đủ các trang thiết bị và vật chất để chẩn đoán và điều trị biến chứng giãn TM dạ dày. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích nhằm đánh giá hiệu quả bước đầu của phương pháp can thiệp xuôi dòng qua da trong điều trị giãn tĩnh mạch dạ dày trên bệnh nhân xơ gan.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu chọn mẫu thuận tiện. Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan TALTMC có xuất huyết do búi giãn TM dạ dày được chụp MSCT và can thiệp nút búi giãn TM bằng phương pháp xuôi dòng tại Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 6/2020 đến tháng 3/2021.

2.2. Chỉ định và chống chỉ định

- **Chỉ định:** Giãn TM dạ dày có nguy cơ vỡ: trên hình ảnh nội soi thấy các búi giãn lớn, có các điểm xung huyết hoặc loét khu trú và tiến triển nhanh hoặc giãn TM dạ dày đã vỡ: tái diễn nhiều lần hoặc không kiểm soát được bằng điều trị nội khoa, nội soi can thiệp

- **Chống chỉ định** khi có một trong các tình trạng sau: dị ứng thuốc cản quang; suy thận: creatinin huyết thanh > 1.5 mg/dl; cổ chướng mức độ nhiều, tái diễn do TALTMC; đang có giãn TM thực quản nặng, tiến triển.

2.3. Kỹ thuật thực hiện

- **Phương tiện can thiệp:** Máy chụp cắt lớp vi tính đa dãy; hệ thống chụp mạch DSA; bộ dụng cụ can thiệp: Sheath 5F-6F, Guide wire: 0.035", Catheter: Cobra 4-5F, Progreat 2.7F, vật liệu tắc mạch :dung dịch keo histoacryl và lipiodol, Spogel, Amplatzer Plug, Coil



Hình 1. Phương tiện và dụng cụ can thiệp

- Quy trình kỹ thuật

a) Trước can thiệp:

BN được chụp CLVT đa dãy: phân tích bản đồ mạch máu, đánh giá búi giãn, các nhánh đến từ hệ cửa (TM vị trái, TM vị ngấn, TM vị sau), các TM dẫn lưu, các luồng shunt cửa chủ (nếu có) và được phân loại theo Kiyosue [3]

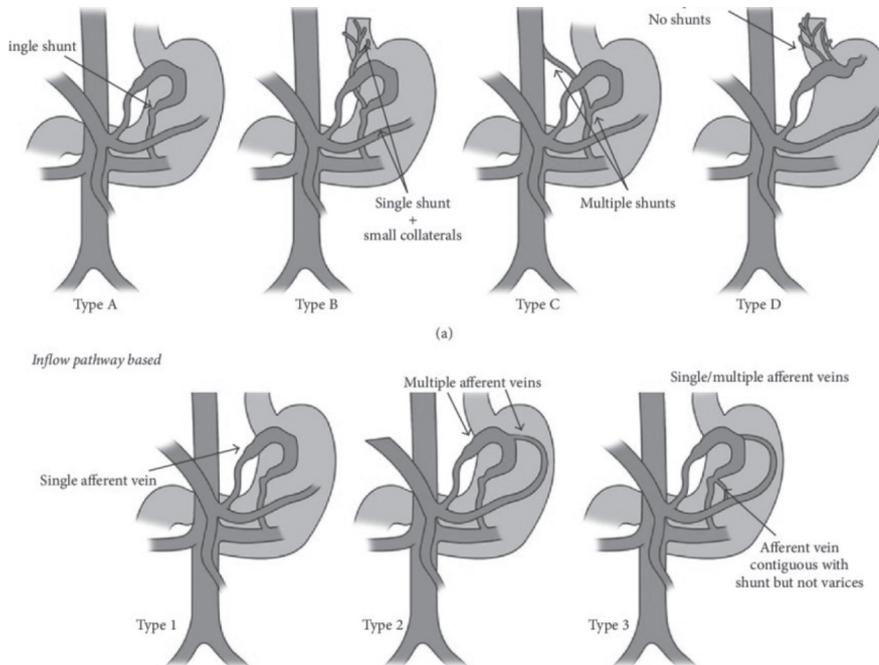
Phân loại theo TM đến:

- Type 1: một TM đến duy nhất
- Type 2: nhiều TM đến

- Type 3: giống loại 2 nhưng có thêm nhiều TM đến nhỏ nối với TM đi

Phân loại theo TM đi:

- Type A: có một shunt duy nhất
- Type B: có một luồng shunt và nhiều TM nhỏ
- Type C: có nhiều shunt: vị thận và shunt vị chủ
- Type D: có nhiều TM đi mà không quan sát thấy luồng Shunt



Hình 2. Phân loại Kiyosue

BN được làm xét nghiệm chức năng gan: Billirubin trực tiếp / toàn phần; Albumin; Tình trạng dịch ổ bụng: nếu có phải điều trị dịch. Đông máu: PT%, INR, APTT, tiểu cầu

b) Kỹ thuật can thiệp

BN tư thế nằm ngửa, sát khuẩn vùng da quanh vị trí đường vào. Gây tê tại chỗ bằng lidocain 2%, dùng kim Angiocath chọc vào nhánh TM cửa vị trí phân thùy / TM rốn / TM lách dưới hướng dẫn siêu âm. Dùng dây dẫn 0.035 inches tiếp cận và đặt sheath 5-6Fr vào nhánh

TM đường vào. Dùng ống thông Cobra/vetebral 5Fr tiếp cận đến tĩnh mạch lách, chụp toàn bộ hệ thống TM cửa, chọn lọc gốc các nhánh nuôi, chọn lọc từng nhánh nuôi bằng vi ống thông 2.6Fr (2.7Fr), chụp sau đó nút tắc từng nhánh bằng keo sinh học. Sau khi tắc mỗi cuống nuôi đều chụp kiểm tra lại, chú ý vị trí búi giãn TM dạ dày và các TM dẫn lưu trực tiếp ra khỏi búi giãn.

Đóng đường vào: Sử dụng spongel/ dung dịch histoacryl: lipiodol tùy từng trường hợp cụ thể

Siêu âm kiểm tra tại vị trí chọc: xem có dịch quanh gan hay không. Bắn tại vị trí chọc.

c) Theo dõi sau can thiệp

Theo dõi tình trạng nôn máu và đi ngoài phân đen, mạch, huyết áp, tình trạng đau bụng, sốt nếu có. Nội soi đánh giá tình trạng niêm mạc, tình trạng chảy máu trên những BN có nguy cơ.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 6/2020 đến tháng 3/2021, chúng tôi đã thực hiện kỹ thuật ATO tại trung tâm điện quang Bệnh viện Bạch Mai trên 7 BN với 4 BN xơ gan do viêm gan B (VGB), 3 BN xơ gan do rượu; 3/7 BN có ung thư gan; 6 BN Child A và 1 BN Child B; 5/7 BN giãn TM dạ dày độ 3 và 2/7 BN giãn TM dạ dày độ 2 trên nội soi.

Bảng 1. Danh sách bệnh nhân can thiệp từ tháng 6/2020 đến tháng 3/2021

STT	Giới	Tuổi	VGB	Uống rượu	Ung thư gan	Child Pugh	Giãn TM dạ dày	Phân loại Kiyosue trên MSCT
1	Nam	63	Có	Không	Có	A	Độ 3	2A
2	Nữ	60	Không	Có	Không	A	Độ 3	1D
3	Nam	67	Có	Không	Có	A	Độ 3	2D
4	Nam	58	Không	Có	Không	B	Độ 3	2D
5	Nam	57	Có	Không	Có	A	Độ 2	2D
6	Nam	45	Có	Không	Không	A	Độ 3	2A
7	Nam	50	Không	Có	Không	A	Độ 2	2D

Trong tổng 7 BN thì có 4/7 BN được phân loại typ 2D theo Kiyosue, hình ảnh không khác biệt so với phim chụp CLVT; 2 BN thực hiện kết hợp kỹ thuật ATO và PARTO đều có shunt vị thận và được phân loại typ 2A theo Kiyosue, 5 ca chỉ thực hiện kỹ thuật ATO đều được phân loại typ D.

1 BN có đường vào từ TM rốn do TM cửa nhánh hạ phân thùy nhỏ và nhu mô gan quá xơ khó tiếp cận

6/7 BN sử dụng dụng cụ tắc mạch là

Histoacryl: lipiodol (tỷ lệ 1:4 hoặc 1:5)

6/7 BN thời gian can thiệp 1h30 phút và 1h45 phút đều dưới 2 tiếng

7/7 BN đều không có xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trong vòng 3 ngày và đều được ra viện trong vòng 7 ngày sau can thiệp.

Có 3/7 BN tái khám trong vòng 1-3 tháng đều là các bệnh nhân ung thư gan và đều không có tình trạng XHTH tái diễn, hình ảnh búi giãn TM trên MSCT giảm

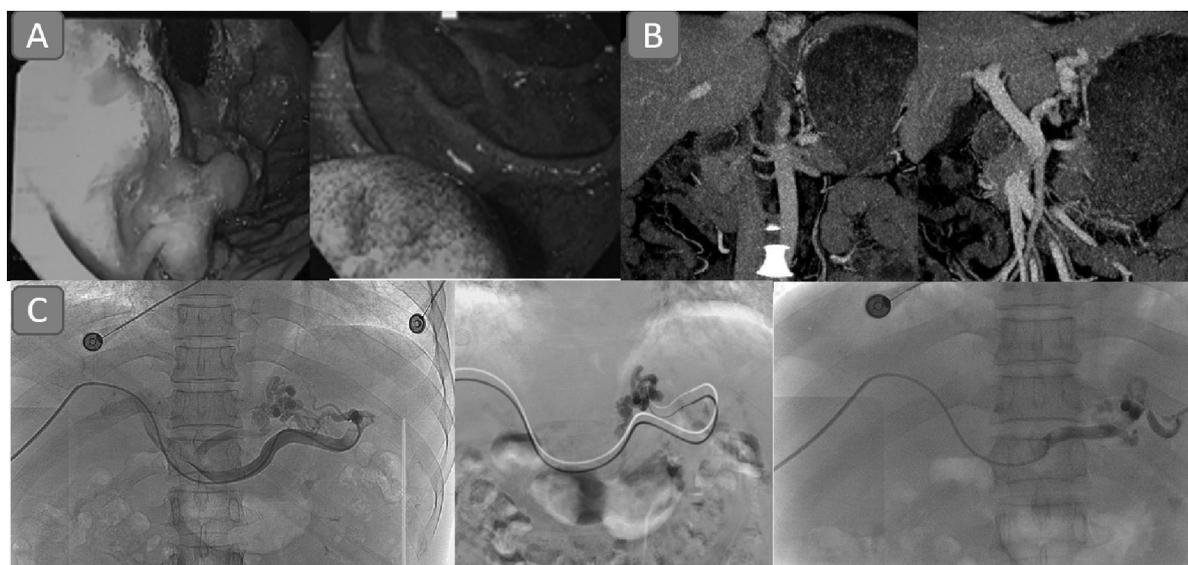
Bảng 2. Kỹ thuật và hiệu quả can thiệp bước đầu

STT	Phân loại Kiyosue trên DSA	Đường vào	Kỹ thuật kết hợp	Vật liệu	Thời gian can thiệp	XHTH cấp trong 3 ngày	Ra viện trong vòng 7 ngày	Tái khám	Tình trạng XHTH	Hình ảnh MSCT búi giãn TM
1	2A	TM cửa + TM đùi	PARTO	Histoacryl: lipiodol (tỷ lệ 1:5)	1h45 phút	Không	Có	Có	Không	Giảm

2	1D	TM cửa		Histoacryl: lipiodol (tỷ lệ 1:5)	2h30 phút	Không	Có	Không		
3	2D	TM rốn		Histoacryl: lipiodol (tỷ lệ 1:4)	1h45 phút	Không	Có	Có	Không	Giám
4	2D	TM cửa		Histoacryl: lipiodol (tỷ lệ 1:4)	1h30 phút	Không	Có	Không		
5	2D	TM cửa		Histoacryl: lipiodol (tỷ lệ 1:4)	1h30 phút	Không	Có	Có	Không	Giám
6	1A	TM cửa + TM đùi	PARTO	Coil + Spogel	1h45 phút	Không	Có	Không		
7	2D	TM cửa		Histoacryl: lipiodol (tỷ lệ 1:4)	1h30 phút	Không	Có	Không		

3.1. Ca bệnh 01

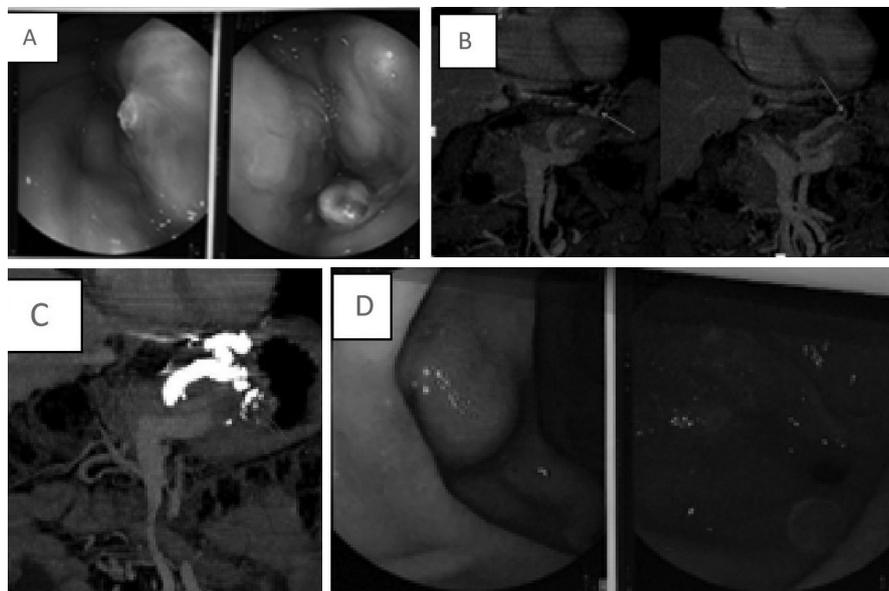
Bệnh nhân nam 50 tuổi vào viện vì nôn máu, đi ngoài phân đen với tiền sử xơ gan rượu được chẩn đoán Giãn TMTQ độ III – Giãn TMPV độ II – Xơ gan Child Pugh A do rượu.



Hình 3. (A): Hình ảnh nội soi giãn TMTQ độ III – Giãn TMPV độ II. (B): MSCT trước can thiệp, bệnh nhân có shunt vị thận đường kính nhỏ 5mm không thông với búi giãn, búi giãn được cấp máu từ TM vị trái và TM vị ngắn. Phân loại typ 2D theo Kiyosue. (C): Can thiệp xuôi dòng, đường vào TM cửa phải, chụp TM cửa dưới DSA thấy nhánh nuôi gồm TM vị trái và TM vị ngắn, không có shunt vị thận. Nút tắc lần lượt TM vị ngắn và TM vị trái bằng dung dịch histoacryl: lipiodol tỷ lệ 1:5.

3.2. Ca bệnh 02

Bệnh nhân nam 58 tuổi vào viện vì nôn máu, đi ngoài phân đen với tiền sử xơ gan viêm gan B được chẩn đoán Giãn TMTQ độ III – Giãn TMPV độ II – Xơ gan Child Pugh A do rượu.

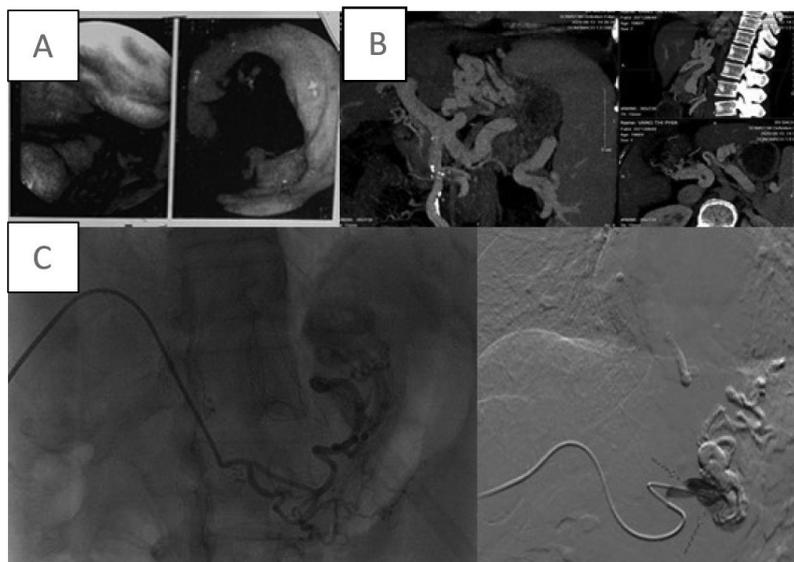


Hình 4. (A): Hình ảnh nội soi giãn TMTQ độ III – Giãn TMPV độ II. (B): MSCT trước can thiệp, BN không có shunt vị thận, búi giãn được cấp máu từ TM vị sau, TM vị ngắn. Phân loại typ 2D theo Kiyosue. (C): Hình ảnh MSCT sau can thiệp 1 tháng vật liệu can thiệp đặt tại TM vị sau và vị ngắn. (D): Hình ảnh nội soi giãn TMTQ độ II – Giãn TMPV độ I sau 1 tháng can thiệp.

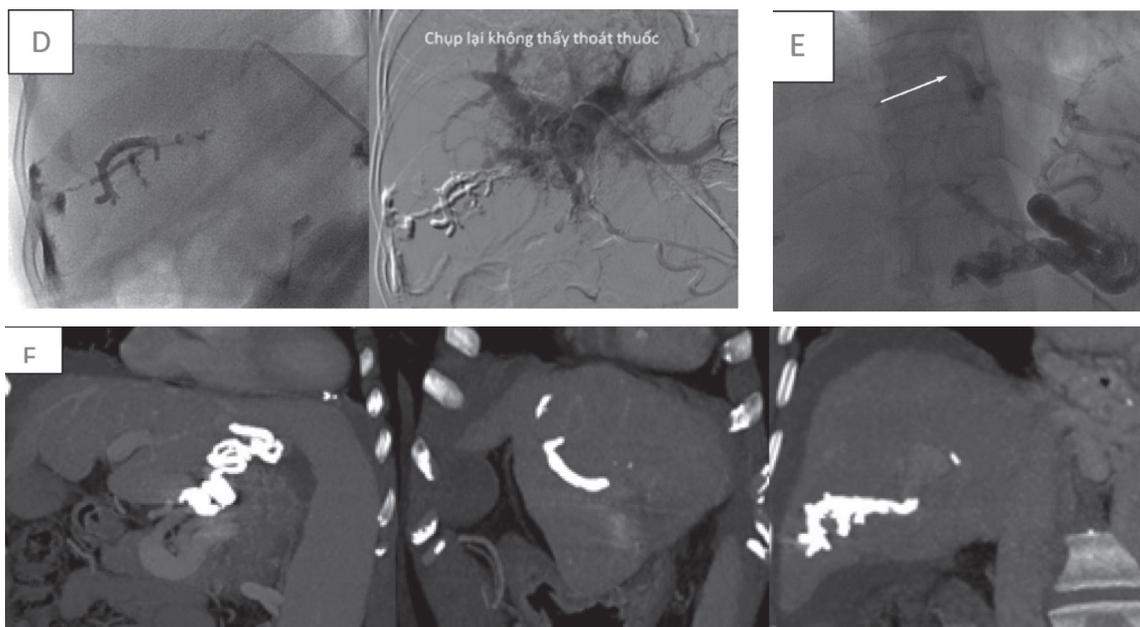
Can thiệp xuôi dòng ATO là một biện pháp can thiệp nút búi giãn có hiệu quả trong những trường hợp BN không có shunt vị thận.

3.3. Ca bệnh 03

BN nữ 60 tuổi vào viện vì nôn máu, đi ngoài phân đen với tiền sử xơ gan rượu được chẩn đoán Giãn TMTQ độ III – Giãn TMPV độ III – Xơ gan Child Pugh A do rượu.



Hình 5. (A): Hình ảnh nội soi giãn TMTQ độ III – Giãn TMPV độ III. (B): MSCT trước can thiệp, BN không có shunt vị thận, búi giãn được cấp máu từ TM vị trái. Phân loại typ 1D theo Kiyosue. (C): Can thiệp xuôi dòng, đường vào TM cửa phải. Nút tắc TM vị trái bằng dung dịch histoacryl: lipiodol tỷ lệ 1:5.



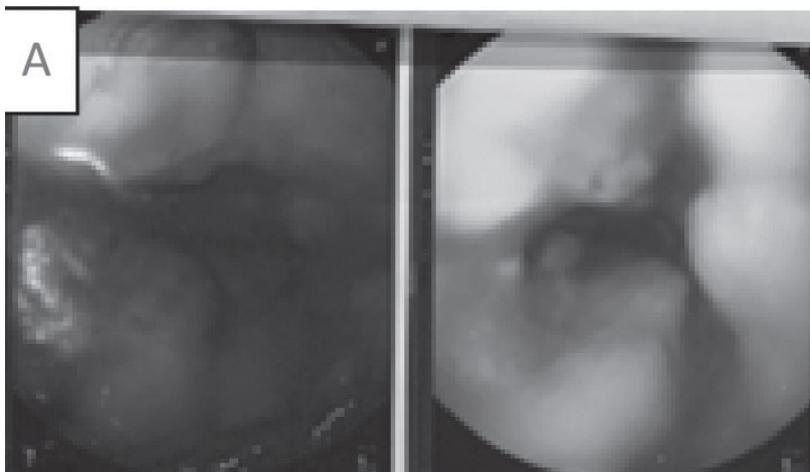
Hình 5 (tiếp theo). (D): Kết thúc thủ thuật tiến hành đóng đường vào bằng 1 dải spogel đưa qua sheath, tuy nhiên khi rút sheath thấy còn dải spogel trong lòng sheath. BN tụt huyết áp, siêu âm thấy dịch máu quanh gan. Tiến hành chọc TM cửa trái, tiếp cận nhánh phải cầm máu bằng keo. (E): Sau đó tiến hành đóng đường ra bằng hỗn dịch keo. (F): MSCT sau can thiệp động hóa chất nút mạch tại búi giãn và nhánh TMC phải và trái.

Ban đầu chúng tôi tiến hành đóng đường ra bằng phương pháp thường dùng (sử dụng 1 dải spongel), tuy nhiên ngay sau đó BN có biểu hiện khó chịu, nhịp tim tăng, huyết áp tụt, kiểm tra lại trên siêu âm màu phát hiện có dòng chảy từ vị trí chọc tĩnh mạch cửa, cho thấy BN đang có tình trạng

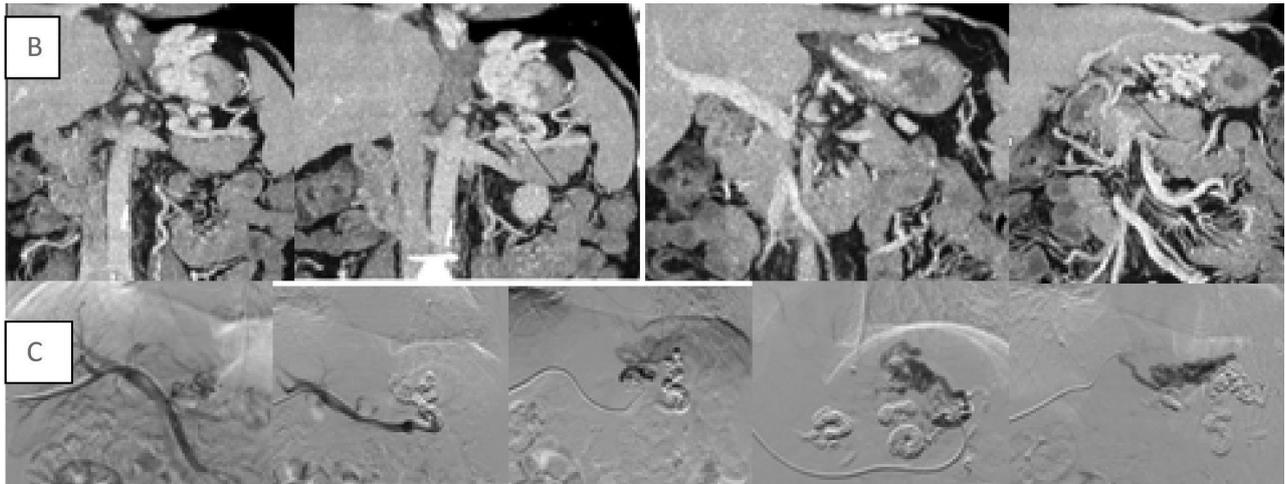
mất máu cấp, cần xử lý đường vào bằng hỗn dịch keo sinh học và lipiodol. Đối với những bệnh nhân xơ gan, nhu mô đàn hồi kém, PT thấp, tắc đường vào bằng spongel vẫn có nguy cơ rất cao chảy máu lại, khi đó sử dụng hỗn dịch keo sinh học histoacryl và lipiodol đem lại an toàn hơn cho can thiệp.

3.4. Ca bệnh 04

Bệnh nhân nam 58 tuổi vào viện vì nôn máu, đi ngoài phân đen với tiền sử xơ gan rượu được chẩn đoán Giãn TMTQ độ III – Giãn TMPV độ II – Xơ gan Child Pugh B do rượu.



Hình 6. (A): Hình ảnh nội soi giãn TMTQ độ III – Giãn TMPV độ III.



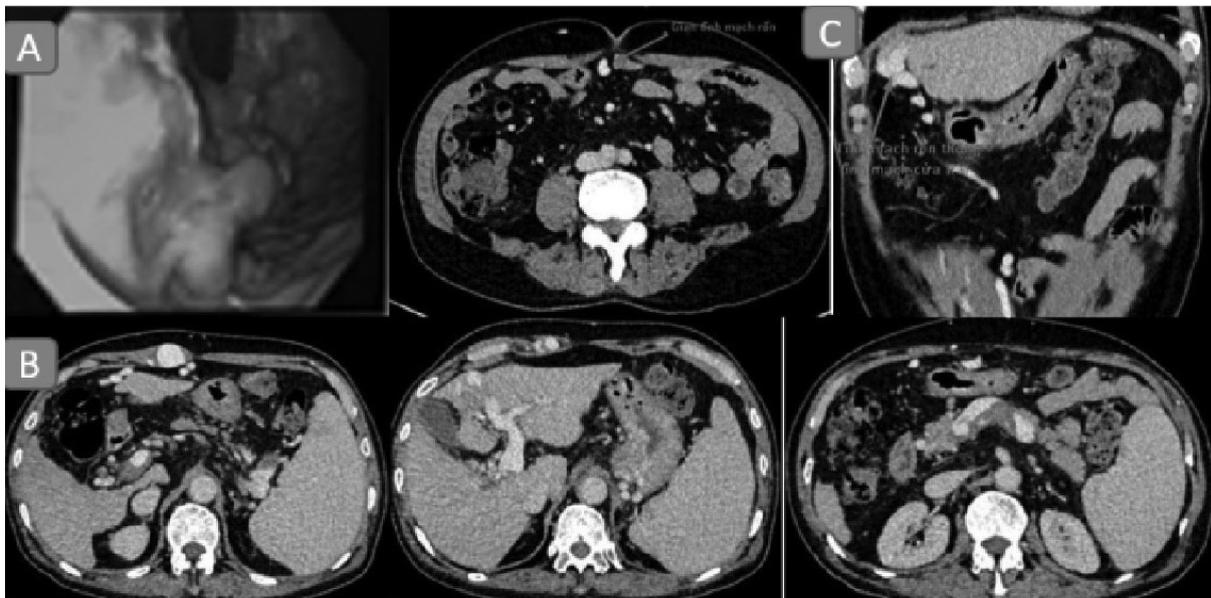
Hình 6 (tiếp theo). (B): MSCT trước can thiệp, BN không có shunt vị thận, búi giãn được cấp máu từ 4 TM gồm TM vị trái, TM vị sau, TM vị ngắn và 1 TM nằm về phía TM cửa so với các nhánh TM còn lại. Phân loại typ 2D theo Kiyosue. C): Can thiệp xuôi dòng, đường vào TM cửa phải, chụp TM cửa dưới DSA thấy nhánh nuôi từ 4 TM gồm TM vị trái, TM vị sau, TM vị ngắn và 1 TM nằm về phía TM cửa so với các nhánh TM còn lại không có shunt vị thận. Nút tắc lần lượt các nhánh bằng dung dịch histoacryl: lipiodol tỷ lệ 1:4.

Các nhánh mạch đến búi giãn ngoài 3 nhánh mạch chính là TM vị trái, TM vị sau, TM vị ngắn trong đa số các trường hợp thì có thể

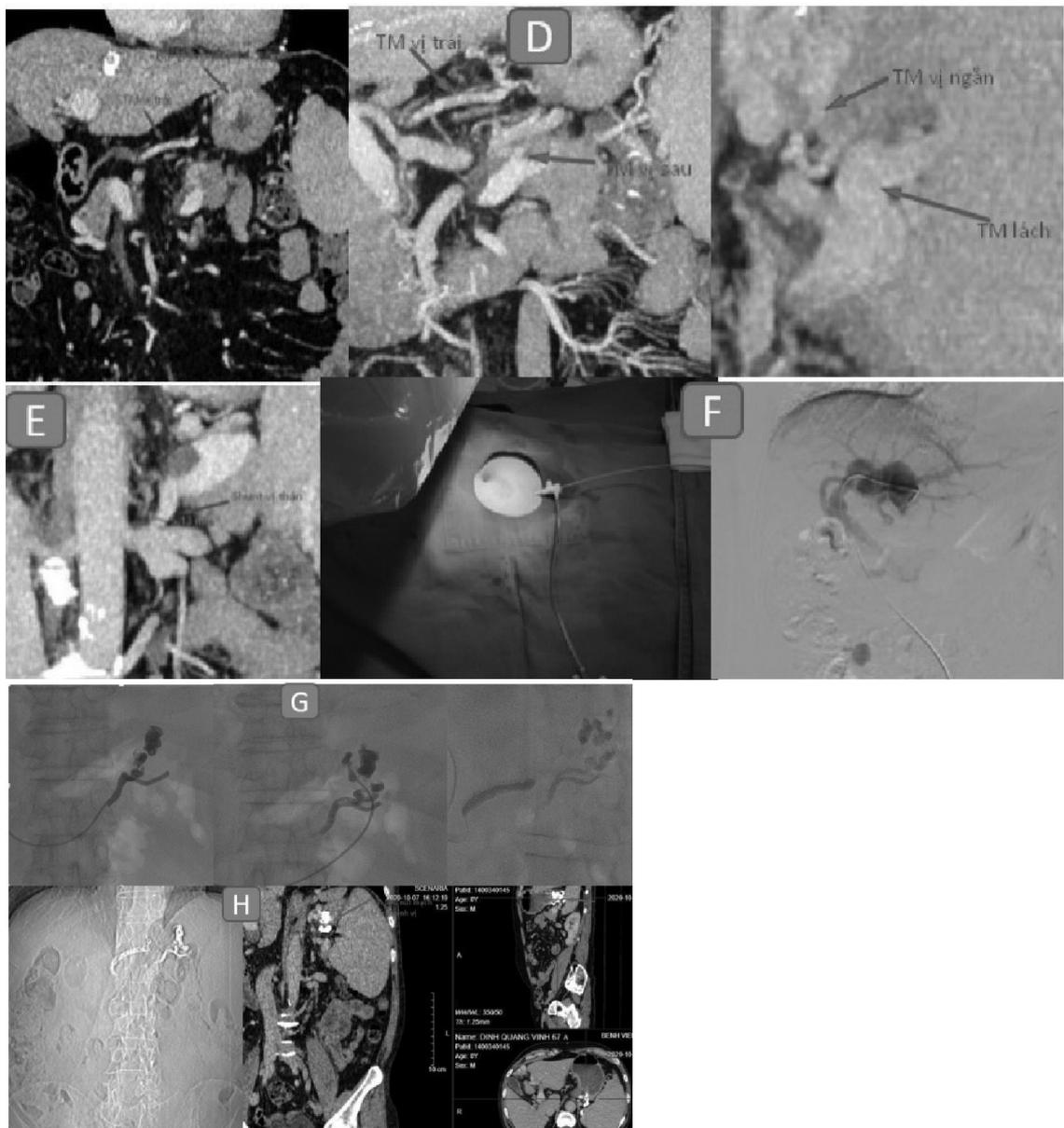
có tăng sinh các nhánh mạch khác, và vai trò đánh giá trước các nhánh mạch trên MSCT là rất quan trọng.

3.5. Ca bệnh 05

Bệnh nhân nam 67 tuổi vào viện vì nôn máu, đi ngoài phân đen, tiền sử : K gan do VGB đã TACE 2 lần- Xơ gan được chẩn đoán : Giãn TMPV độ III – Giãn TMTQ độ II – Xơ gan Child Pugh A.



Hình 7. (A): Giãn TM phình vị độ III – Giãn TMTQ độ II. (B): Huyết khối hoàn toàn TM cửa phải, lan vào thân chung TM cửa và TM lách. (C): Giãn TM rốn nối thông với TM cửa trái. (D): Giãn TM phình vị được cấp máu từ TM vị trái, TM vị sau và TM vị ngắn.



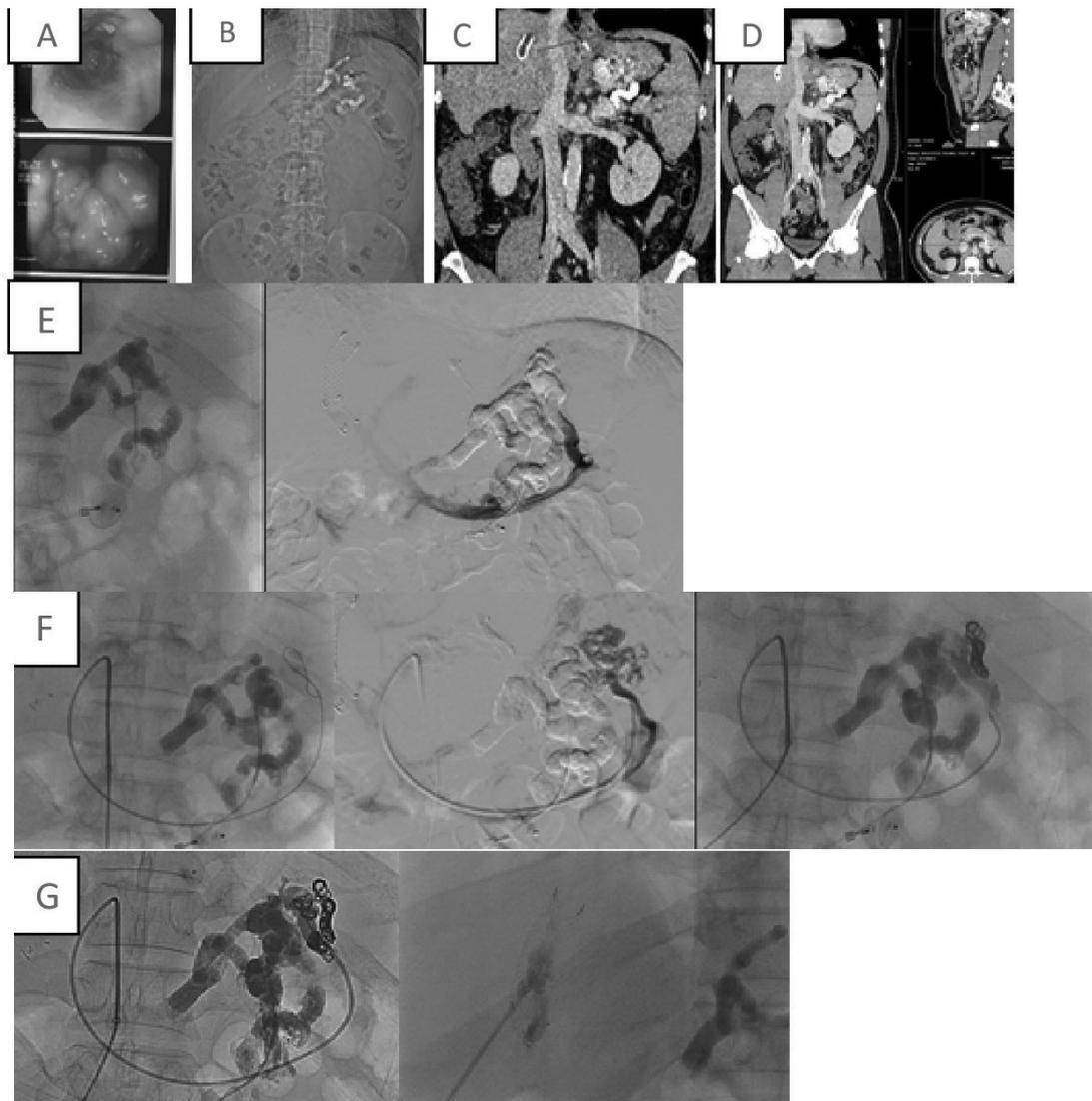
Hình 7 (tiếp theo). (D): Giãn TM phình vị được cấp máu từ TM vị trái, TM vị sau và TM vị ngắn. (E): Shunt vị thận nhỏ đường kính 5mm không thông với búi giãn. Phân loại typ 2D theo Kiyosue. (F): Đường vào TM rốn. (G): Nút tắc lần lượt TM vị sau, TM vị ngắn và TM vị trái bằng dung dịch histoacryl: lipiodol tỷ lệ 1:4. (H): CLVT chụp lại sau 1 tháng. Búi giãn TM dạ dày trên phim giảm, vị trí vật liệu tắc mạch tương ứng với các nhánh TM vị trái, vị sau, vị ngắn đã can thiệp.

Trong các trường hợp khó tiếp cận TM cửa trái hoặc phải do: vị trí chọc kim, huyết khối tĩnh mạch, nhu mô gan xơ... thì có thể tiếp cận TMC

bằng các TM bàng hệ, mà cụ thể trong trường hợp BN này, chúng tôi tiến hành tiếp cận qua đường TM rốn.

3.6. Ca bệnh 06

Bệnh nhân nam 45 tuổi vào viện vì nôn máu, đi ngoài phân đen, tiền sử xơ gan viêm gan B, chẩn đoán : Giãn TM PV độ III – Giãn TMTQ độ III – Xơ gan Child Pugh A.



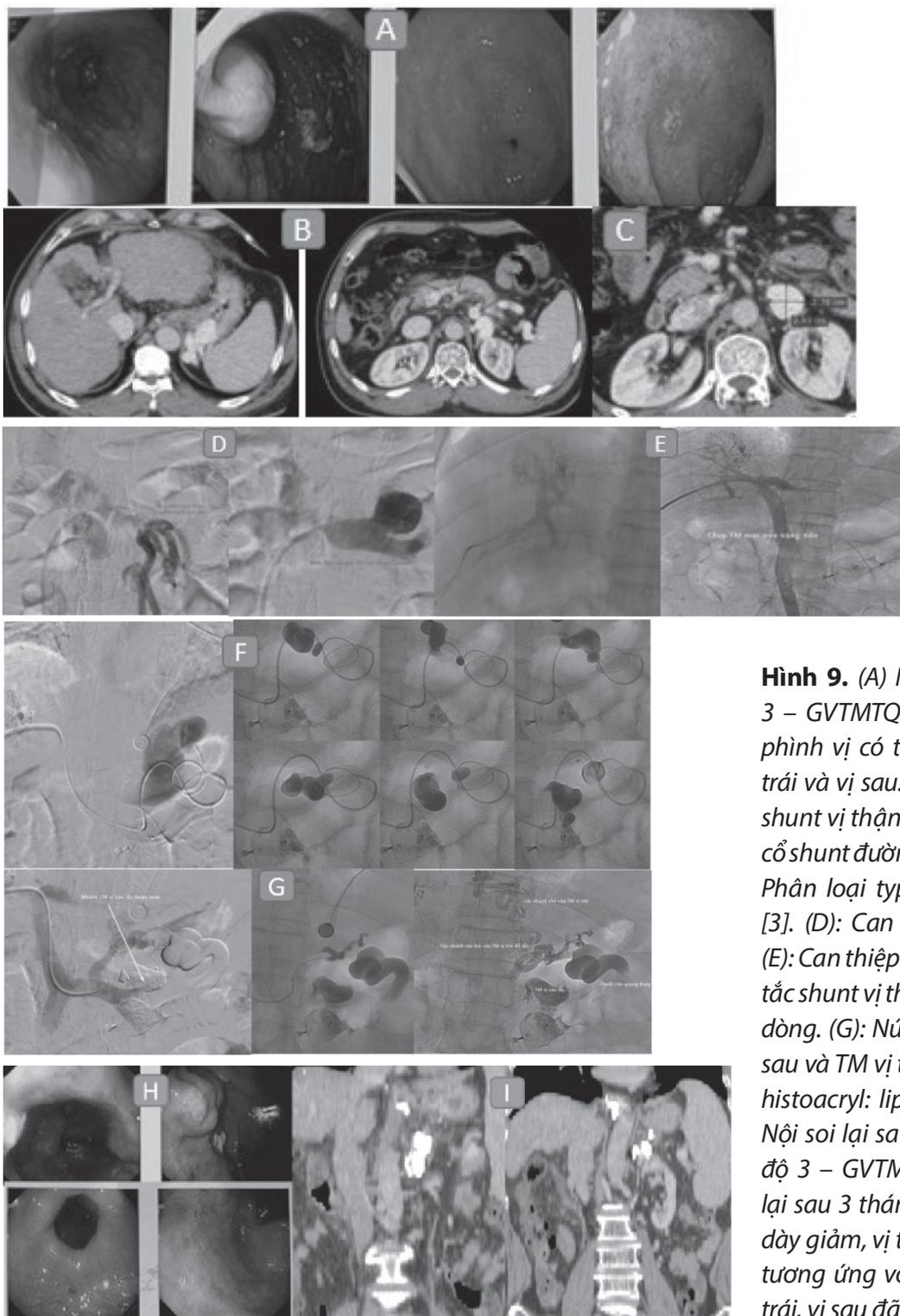
Hình 8. (A): Hình ảnh nội soi giãn TMTQ độ III – Giãn TMPV độ III. (B): BN đã TIPS và can thiệp xuôi dòng tại BV 108 cách 8 tháng. (C): BN tắc TIPS. (D), (E): BN có shunt vị thận đường kính shunt 14mm và tiến hành can thiệp ngược dòng. Có nhánh nhỏ TM vị gần đảo chiều dòng chảy từ shunt vị thận đổ về TM cửa. (F): Tiến hành can thiệp xuôi dòng tắc luồng đảo chiều song chảy bằng 2 coil. (G): Tắc shunt vị thận bằng Spogel và tắc đường vào TMC bằng dung dịch keo.

Trong các trường hợp BN có giãn TMPV có shunt vị thận không phù hợp để thực hiện PARTO đơn thuần khi có luồng TM đảo chiều từ shunt về TM cửa. Trong trường hợp này can thiệp ngược dòng vẫn mang vai trò chính, việc

tắc nhánh mạch đảo chiều qua đường xuôi dòng bằng coil tránh nguy cơ trào ngược vật liệu tắc mạch về TM cửa (Tắc nhánh mạch bằng coil sẽ an toàn hơn cho bệnh nhân, nếu tắc bằng keo sẽ có nguy cơ trào ngược keo về hệ cửa).

3.7. Ca bệnh 07

Bệnh nhân nam 63 tuổi vào viện vì nôn máu đi ngoài phân đen có tiền sử: K gan. Chẩn đoán: XHTH do GVTMPV độ 3 – GVTTMTQ độ 2 – Xơ gan.



Hình 9. (A) Nội soi GVTMPV độ 3 – GVTMTQ độ 2. (B) Giãn TM phình vị có thông nhánh TM vị trái và vị sau. (C) Đường kính cổ shunt vị thận ~ 9mm. Phình trên cổ shunt đường kính ~ 28-29mm. Phân loại typ 2A theo Kiyosue [3]. (D): Can thiệp ngược dòng. (E): Can thiệp xuôi dòng. (F): Bơm tắc shunt vị thận qua đường xuôi dòng. (G): Nút tắc lần lượt TM vị sau và TM vị trái bằng dung dịch histoacryl: lipiodol tỷ lệ 1:5. (H): Nội soi lại sau 1 tháng GVTMPV độ 3 – GVTMTQ độ 1. (I): MSCT lại sau 3 tháng. Búi giãn TM dạ dày giảm, vị trí vật liệu tắc mạch tương ứng với các nhánh TM vị trái, vị sau đã can thiệp.

Trong các trường hợp BN có giãn TMPV có shunt vị thận không phù hợp để thực hiện PARTO đơn thuần (đường kính shunt lớn, nút tắc có nguy cơ trào ngược về TM thận và TM chủ) thì

cần can thiệp kết hợp phương pháp xuôi dòng và ngược dòng, trong trường hợp này can thiệp xuôi dòng vẫn mang vai trò chính (nút tắc các nhánh đến), việc thả plug qua đường ngược

dòng chỉ nhằm mục đích chặn dòng chảy của vật liệu tắc mạch (keo sinh học) trở về hệ chủ nhằm đảm bảo tính an toàn cho BN.

4. BÀN LUẬN

Giãn TM dạ dày thực quản xuất hiện ở gần 50% bệnh nhân xơ gan. Các yếu tố nguy cơ xuất huyết tiêu hoá do vỡ các búi giãn TM thực quản, TM dạ dày là các búi giãn TM kích thước lớn, mức độ xơ gan nặng theo phân độ Child-Pugh, dấu đỏ trên thành các búi giãn TM, mức độ tăng áp lực TM cửa. Khi chênh áp cửa – chủ 12 mmHg, tỉ 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%. Khi xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn TM thực quản, TM 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. Tỉ lệ tử vong trong nhóm các bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn TM thực quản - dạ dày có thể tới 30%. Giãn TM dạ dày là một trong những vấn đề lâm sàng đầy thách thức ở gần một phần ba số bệnh nhân bị TALTCM. Mặc dù giãn TM dạ dày chảy máu ít thường xuyên hơn giãn TM thực quản, nó có thể nghiêm trọng hơn hoặc thậm chí gây tử vong vì kích thước lớn và lưu lượng máu nhanh chóng bên trong giãn TM. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân chảy máu do giãn TM dạ dày dao động từ 25% đến 55%. Nguy cơ tái phát là 35% đến 90% sau khi thuyên giảm tự phát, và có thể đạt tới 89% ngay cả sau khi điều trị nội soi thành công.

Có nhiều phương pháp được sử dụng điều trị giãn tĩnh mạch dạ dày như sử dụng bóng chèn, tiêm xơ qua nội soi, phẫu thuật và điện quang can thiệp. Can thiệp điện quang bao gồm: tạo luồng thông cửa chủ (TIPS), nút tắc TM ngược dòng qua shunt vị thận (BARTO, PARTO) và nút tắc búi giãn TM xuôi dòng (ATO). 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 TM 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 TM thực quản - dạ dày ở bệnh nhân xơ gan thường áp dụng là tạo shunt cửa-chủ trong gan (Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt – TIPS). Đây là kỹ thuật can thiệp nội mạch nhằm tạo ra một dòng chảy tắt (shunt) với sức cản thấp từ nhánh TM cửa trong gan về thẳng TM gan mà không phải đi qua xoang gan, nhờ đó làm giảm áp lực của hệ thống TM cửa. Kỹ thuật PARTO (hay BRTO) được phát triển và thực hiện đầu tiên bởi Kanagawa. Trong quy trình, ống thông có gắn bóng chèn được tiến vào GV thông qua shunt dạ dày-thận (GRS), và chất xơ cứng được tiêm vào GV cùng với sự tắc nghẽn của GRS. Bơm bóng ngăn đường dẫn lưu về TM thận và qua ống thông gắn bóng bơm chất gây xơ vào búi giãn TM dạ dày [4]. ATO là phương pháp lần đầu bởi Lunderquist và Vang năm 1974 [5]. Nguyên lý của kỹ thuật: dưới hướng dẫn của siêu âm, chọc kim qua da vào TM cửa phải hoặc TM cửa trái. Qua đó có thể đưa các ống thông vào các nhánh TM giãn và bơm tắc búi giãn TM. Vật liệu tắc mạch thường được sử dụng là hỗn hợp với nồng độ 25% của N-butyl-2-cyanoacrylate (NBCA) và Lipiodol. Mặc dù ATO không phải là lựa chọn đầu tiên vì sự xâm lấn qua gan, qua lách... nhưng đối với những bệnh nhân có shunt thận-dạ dày thay đổi hoặc bệnh lý não gan khó chữa với PARTO và những bệnh nhân không có shunt thận-dạ dày, ATO cải thiện được dòng máu qua gan, và được chứng minh cải thiện được chức năng gan bảo tồn

Nghiên cứu của Toru Ishikawa và cộng sự tháng 1/2017 [2] ATO đã thành công 37/37 BN. Không có biến chứng nặng do ATO được quan sát. Tuy nhiên, một BN giãn TM dạ dày tái phát sau ATO. Điểm số Child-Pugh được cải thiện từ $8,48 \pm 2,01$ (phạm vi, 5,0 -13.0) trước khi trị liệu lên $7,70 \pm 1,84$ (phạm vi, 5,0 -12.0) và $7,22 \pm 2,01$ (phạm vi, 5,0 -11.0) sau 3 và 6 tháng sau trị liệu

Nghiên cứu của Jing Wang và cộng sự tháng 2/2013 [6] : “So sánh điều trị nút giãn TM qua da và tiêm cyanoacrylate qua nội soi trong điều trị giãn TM dạ dày”; 77 BN : 45 BN đã điều trị nội soi và 32 BN đã nhận được nút giãn TM qua da. Trong thời gian theo dõi ($19,78 \pm 7,70$ tháng trong nhóm nội soi, so với $21,53 \pm 8,56$ tháng trong nhóm nút giãn TM qua da) xảy ra tái phát ở 17 BN trong nhóm nội soi và 4 BN trong nhóm nút giãn TM qua da ($37,78\%$ so với $12,5\%$, $p = 0,028$). Nghiên cứu trên cho thấy Nút giãn TM qua da vượt trội hơn so với nội soi để ngăn ngừa giãn TM dạ dày.

Tác giả Hyo Sung Kwak tháng 11/2008 [7] với Nghiên cứu: “Nút giãn TM dạ dày qua da với N-Butyl-2-Cyanoacrylate”. Kết quả: Tỷ lệ thành công kỹ thuật của kỹ thuật là 88%. Trong 6 BN, giãn TM dạ dày đã được xóa sạch thành công với 1 - 8 ml (trung bình 5,4 ml) hỗn hợp NBCA-Lipiodol. Theo dõi nội soi và hình ảnh CT sau 6 tháng, không thấy sự hiện diện của giãn TM dạ dày ở bất kỳ BN nào sau khi điều trị. Nồng độ albumin huyết thanh tăng, nồng độ amoniac giảm và thời gian prothrombin tăng lên sau 6 tháng ($p < 0,05$). *Kết luận: Nút búi giãn TM dạ dày qua da với NBCA rất hữu ích để điều trị giãn TM dạ dày nếu không thể thực hiện xóa bỏ bằng phương pháp ngược dòng.*

Trung tâm điện quang bệnh viện Bạch Mai áp dụng kỹ thuật ATO trong điều trị búi giãn TM 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 TM dạ dày trên phim MSCT, BN có hay không có shunt vị thận từ đó lập kế hoạch can thiệp. Đối với từng BN, dụng cụ được sử dụng linh hoạt, chúng tôi đánh giá kỹ lưỡng hình ảnh: TM đến, TM dẫn lưu, đánh giá chi tiết đường vào từ TM cửa/ TM bàng hệ, làm đơn thuần kỹ thuật ATO hay kết hợp ATO và PARTO.

5. KẾT LUẬN

Với các ưu điểm: an toàn, hiệu quả làm tắc búi giãn TM dạ dày, dụng cụ đơn giản với chi phí hợp lý, ATO là sự lựa chọn tốt cho những bệnh nhân không có chỉ định PARTO hoặc không thực hiện được PARTO đơn thuần đảm bảo lợi ích cho những BN xơ gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goral V., Yilmaz N. Current Approaches to the Treatment of Gastric Varices: Glue, Coil Application, TIPS, and BRTO. *Medicina (Mex)*, 2019; 55 (7).
2. Ishikawa T., Imai M., Ko M., et al. Percutaneous transhepatic obliteration and percutaneous transhepatic sclerotherapy for intractable hepatic encephalopathy and gastric varices improves the hepatic function reserve. *Biomed Rep*, 2017; 6(1):99-102.
3. Arora A, Rajesh S, Meenakshi YS, et al. Spectrum of hepatofugal collateral pathways in portal hypertension: an illustrated radiological review. *Insights Imaging*, 2015; 6(5):559-72.
4. Liu J., Yang C., Huang S., et al. The combination of balloon-assisted antegrade transvenous obliteration and transjugular intrahepatic portosystemic shunt for the management of cardiofundal varices hemorrhage. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2020; 32(5):656-662.

5. Benner K.G., Keeffe E.B., Keller F.S., et al. Clinical Outcome After Percutaneous Transhepatic Obliteration of Esophageal Varices. *Gastroenterology*, 1983; 85(1):146-153.
6. Wang J., Tian X.-G., Li Y., et al. Comparison of modified percutaneous transhepatic variceal embolization and endoscopic cyanoacrylate injection for gastric variceal rebleeding. *World J Gastroenterol WJG*, 2013; 19(5):706-714.
7. Kwak H.S. and Han Y.M. Percutaneous Transportal Sclerotherapy with N-Butyl-2-Cyanoacrylate for Gastric Varices: Technique and Clinical Efficacy. *Korean J Radiol*, 2008; 9(6):526-533.

ABSTRACT

THE INITIAL RESULT OF ANTEGRADE TRANSVENOUS OBLITERATION GASTRIC VARICE IN CIRRHOSIS PATIENTS

Objectives: To evaluate the initial results in antegrade transvenous obliteration method in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding.

Material and Methods: 7 patients diagnosed with cirrhosis of the liver with gastrointestinal bleeding due to rupture of a gastric varices from June 2020 to March 2021 received an antegrade transvenous obliteration intervention. Patients were assessed for endoscopy and MSCT before treatment, immediate effect after intervention on DSA imaging and clinical improvement.

Results: 7 cirrhosis patients with gastrointestinal hemorrhage due to rupture of gastric varices were performed antegrade transvenous obliteration, of which 2 patients were treated with a combination of both PARTO and ATO. On the DSA image all the feeding veins are achieved absolute occlusion, no cases of acute gastrointestinal bleeding within 3 days after the intervention. There was no recurrent gastrointestinal bleeding, and were discharged after 7 days. There were 3 patients who went to the examination again after 1 month, 3 months, endoscopy and MSCT scan showed reduction of phlegmon dilated, no gastrointestinal bleeding.

Conclusion: Antegrade transvenous obliteration intervention is an effective method in patients with gastric varice rupture but without gastorenal shunt or modified gastorenal shunt cannot performed simple PARTO method.

Keywords: *Gastric varice, antegrade transvenous obliteration, retrograde transvenous obliteration, gastorenal shunt*