

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP TẮC MẠCH NGƯỢC DÒNG Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN DO TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

Nguyễn Ngọc Tường Vy¹, Trần Minh Hiền¹,
Võ Hồng Minh Công¹, Nguyễn Đình Luân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Trình bày đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị, bao gồm hiệu quả và tính an toàn, của các phương pháp tắc mạch ngược dòng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu, mô tả có kèm phân tích.

Kết quả nghiên cứu: Từ năm 2015 đến 2023, có tổng số 70 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa được can thiệp bằng các phương pháp tắc mạch ngược dòng. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $62,2 \pm 11,9$ tuổi. Tỷ lệ nam : nữ trong nghiên cứu là 1:1. Nguyên nhân gây tăng áp lực tĩnh mạch cửa hầu hết do xơ gan và ung thư tế bào gan nguyên phát. Phân độ Child-Pugh B là chủ yếu (58,6%). Những bệnh nhân được can thiệp tắc mạch ngược dòng bằng các kỹ thuật PARTO, CARTO, BRTO hoặc phối hợp với tỷ lệ lần lượt là 77,1%, 17,1%, 2,9% và 2,9%. Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 94,3%. Theo dõi trong vòng 3 tháng cho thấy tỷ lệ thành công trên lâm sàng thể hiện qua sự lấp đầy hoàn toàn hoặc một phần vật liệu tắc mạch trên CT-scan kiểm tra

(94,3%), sự giảm độ dẫn tĩnh mạch dạ dày (65,7%), cải thiện điểm Child-Pugh có ý nghĩa thống kê. Các biến cố bất lợi xảy ra sau can thiệp được ghi nhận bao gồm: tăng độ dẫn tĩnh mạch thực quản (40%), xuất huyết tiêu hóa tái phát từ tĩnh mạch dạ dày (7,1%) hoặc thứ phát từ tĩnh mạch thực quản (8,6%), tràn dịch màng phổi mới xuất hiện (8,6%), báng bụng mới xuất hiện hoặc tăng độ (25,7%), bệnh não gan (5,7%). Không ghi nhận tổn thương gan cấp hoặc tổn thương thận cấp do thủ thuật.

Kết luận: Kỹ thuật tắc mạch ngược dòng (bao gồm PARTO, CARTO và BRTO) là phương pháp điều trị khả thi, hiệu quả và an toàn về mặt kỹ thuật đối với bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Từ khóa: tăng áp lực tĩnh mạch cửa, tắc mạch ngược dòng, PARTO, CARTO, BRTO.

SUMMARY

RESULTS OF RETROGRADE TRANSVENOUS OBLITERATION FOR THE TREATMENT OF PORTAL HYPERTENSIVE GASTROINTESTINAL BLEEDING

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics, and to evaluate the results including the safety and efficacy of retrograde transvenous obliteration for the treatment of portal hypertensive gastrointestinal bleeding patients.

Methods: Descriptive and analytical retrospective cross-sectional study.

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: ThS.BS. Nguyễn Ngọc Tường Vy

Email: nguyenngoctuongvy93@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/3/2024

Ngày phản biện khoa học: 31/5/2024

Ngày duyệt bài: 08/7/2024

Results: A total of 70 patients participated in this study from 2015 to 2023. The mean age was 62.2 ± 11.9 . The male:female ratio was 1:1. The underlying causes of portal hypertension were mainly cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Child-Pugh class B made up the majority (58.6%). The proportion of PARTO, CARTO, BRTO and mixed was 77.1%, 17.1%, 2.9% and 2.86%, respectively. The technical success rate was high (94.3%). Clinical success was defined as 3-month post-procedure completely or partially sclerosant obliteration of gastric varices on follow-up CT-scan (94.3%), gastric varice degradation on endoscopy (65.7%) and statistically significant improvement of Child-Pugh score in follow-up period. Post-procedure adverse events included esophageal varices deterioration (40%), recurrent bleeding from primary (gastric: 7.1%) and secondary varices (esophageal: 8.6%), newly developed pleural effusion (8.6%), newly developed or progressed ascites (25.7%), hepatic encephalopathy (5.7%) were at acceptable rate. There weren't either procedure-related acute renal injury or acute liver injury.

Conclusions: The retrograde transvenous obliteration (included PARTO, CARTO and BRTO) is considered as a technically feasible, safe and effective treatment for portal hypertensive gastrointestinal bleeding patients.

Keywords: portal hypertension, retrograde transvenous obliteration, PARTO, CARTO, BRTO.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTMC) là hậu quả của các bệnh gan giai đoạn cuối. Một trong những biểu hiện nặng nề của tình trạng này xuất huyết tiêu hóa do TALTMC, trong đó thường gặp nhất là vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản – dạ dày. Mặc dù xuất huyết tiêu hóa do vỡ dẫn tĩnh mạch dạ dày

(TMDD) có tần suất gặp thấp hơn so với vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) (chỉ 10 – 30% trường hợp) nhưng khi đã xảy ra thì rất nặng: tỷ lệ tái xuất huyết cao hơn (khoảng 35 – 90%) và tử vong cao hơn, mức độ kiểm soát cũng phức tạp hơn^[6].

Có nhiều phương pháp điều trị dẫn TMDD như chích keo búi dẫn, dùng bóng chèn, can thiệp nội mạch: tạo thông nối cửa-chủ hoặc tắc mạch ngược dòng. Trong đó, chích keo búi dẫn qua nội soi là phương pháp thường được sử dụng. Tuy nhiên, biện pháp điều trị này mang tính xâm lấn, chưa mang lại hiệu quả điều trị triệt để, cần phải thực hiện lặp lại nhiều lần nên giảm khả năng tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Trong khi đó, với xu hướng điều trị xâm lấn tối thiểu ngày càng phát triển mạnh mẽ, can thiệp nội mạch nói chung và phương pháp tắc mạch ngược dòng nói riêng đã trở thành một thành phần trong kế hoạch điều trị đa mô thức cho bệnh nhân TALTMC. Kỹ thuật này đã được triển khai rộng rãi ở nhiều nước như Nhật Bản, Hàn Quốc... Phương pháp tắc mạch ngược dòng bao gồm tắc mạch ngược dòng bằng dù kim loại (PARTO), bằng vòng xoắn kim loại (CARTO) và bằng bóng (BRTO) đều là các kỹ thuật điều trị dẫn TMDD có tính xâm lấn tối thiểu, tương đối an toàn và hiệu quả cầm máu cao, ngăn ngừa chảy máu tái phát.

Từ năm 2015 đến nay, bệnh viện Nhân dân Gia Định đã ứng dụng và triển khai các phương pháp can thiệp nội mạch. Nghiên cứu này nhằm đánh giá bước đầu hiệu quả điều trị của phương pháp tắc mạch ngược dòng trên nhóm bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang có kèm phân tích.

Cỡ mẫu: 70 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa được tắc mạch ngược dòng từ năm 2015 đến năm 2023 tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa được can thiệp nội mạch theo kế hoạch bán khẩn hoặc chương trình, bằng một hoặc nhiều kỹ thuật thuộc phương pháp tắc mạch ngược dòng gồm PARTO, CARTO hoặc BRTO.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa được can thiệp nội mạch cấp cứu hoặc cứu vãn do huyết động không ổn định, bằng một hoặc nhiều kỹ thuật thuộc phương pháp tắc mạch ngược dòng gồm PARTO, CARTO hoặc BRTO.

Biến số nghiên cứu chính: Biến số kết quả điều trị bao gồm:

1: Chức năng gan trước và sau điều trị: điểm Child-Pugh, điểm MELD-Na, tiểu cầu.

2: Tình trạng TALTMC trước và sau điều trị: phân độ dẫn tĩnh mạch thực quản – dạ dày trên nội soi (theo Hiệp hội Nghiên cứu Bệnh Gan Hoa Kỳ (AASLD)), kích thước lách, phân độ bàng bụng (theo Câu lạc bộ Bàng bụng Quốc tế (ICA)), phân độ tràn dịch màng phổi.

3: Biến chứng sau điều trị: bệnh não gan, xuất huyết tiêu hóa tái phát, tổn thương gan cấp, tổn thương thận cấp.

4: Kết quả:

- Thành công về mặt kỹ thuật: Tiếp cận thành công theo giải phẫu mạch máu và đưa được vật liệu tắc mạch đến vị trí tĩnh mạch cần can thiệp.

- Thành công trên lâm sàng: Thay đổi đặc điểm TALTMC trên hình ảnh học (độ

dẫn TMDD, phân độ bàng bụng, phân độ tràn dịch màng phổi) và chức năng gan (điểm Child-Pugh, điểm MELD-Na, tiểu cầu) trước và sau can thiệp.

Các biến số nghiên cứu phụ:

1: Hành chính: tuổi, giới, địa chỉ

2: Tiền căn và bệnh đồng mắc: xơ gan, viêm gan siêu vi B, viêm gan siêu vi C, viêm gan do rượu, viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH), bệnh gan mạn khác, ung thư tế bào gan nguyên phát (HCC).

3: Đặc điểm kỹ thuật: loại thông nối, lượng thuốc cản quang

Tiến hành nghiên cứu:

Thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, tường trình thủ thuật và phần mềm eHos của bệnh viện, ghi nhận vào bảng câu hỏi theo mẫu.

Thông tin được thu thập chỉ bởi một nghiên cứu viên (nghiên cứu viên thứ nhất) và được một nghiên cứu viên (nghiên cứu viên thứ hai) kiểm tra đối chiếu.

Các biến số đánh giá tình trạng TALTMC và chức năng gan trước và sau điều trị, biến chứng sau điều trị được thu thập trước và sau ngày can thiệp không quá 3 tháng.

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm R 3.5.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn) hoặc trung vị (phân phối không chuẩn). Sự khác biệt của các biến số trước và sau can thiệp được kiểm tra bằng kiểm định t-test cặp (phân phối chuẩn) và kiểm định Wilcoxon signed-rank (phân phối không chuẩn). Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Y đức: Đề tài đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nhân dân Gia Định chấp thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ năm 2015 đến năm 2023, tại bệnh viện Nhân dân Gia Định có 70 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do TALTMC được can thiệp bán khẩn hoặc chương trình bằng phương pháp tắc mạch ngược dòng. Đặc điểm hành chính, tiền căn và bệnh đồng mắc, chức năng gan và kỹ thuật can thiệp của những bệnh nhân này được trình bày trong **Bảng 1**. Bệnh nhân thuộc nhóm cao tuổi (≥ 65 tuổi) chiếm tỷ lệ đáng kể trong nhóm nghiên cứu. Trong đó, người nhỏ nhất là 35 tuổi và người lớn nhất là 81 tuổi. Tỷ lệ nam:nữ trong nghiên cứu là tương đương nhau.

Nguyên nhân gây tăng áp lực tĩnh mạch cửa chủ yếu là xơ gan do nhiều nguyên nhân phối hợp và ung thư tế bào gan nguyên phát. Huyết khối tĩnh mạch cửa, biến chứng thường gặp do ung thư xâm lấn, là nguyên nhân chính gây TALTMC. Trong nhóm nguyên nhân khác gây TALTMC, các nguyên nhân được ghi nhận gồm: 2 ca hẹp/teo tĩnh mạch cửa bẩm sinh/nguyên phát, 1 ca rò động mạch gan – tĩnh mạch cửa nguyên phát, 1 ca TALTMC nguyên phát, 1 ca xơ gan ứ mật nguyên phát và 2 ca xơ gan do viêm gan tự miễn. Phân độ Child-Pugh B chiếm đa số.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân của dân số nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân		n = 70	%
Tuổi	≥ 65 tuổi	32	45,7
	< 65 tuổi	38	54,3
Tuổi trung bình		62,2 \pm 11,9 tuổi Nhỏ nhất: 39 tuổi, Lớn nhất: 81 tuổi	
Giới	Nam	34	48,6
	Nữ	36	51,4
Nguyên nhân tăng áp lực tĩnh mạch cửa	Xơ gan do viêm gan siêu vi B	25	35,7
	Xơ gan do viêm gan siêu vi C	21	30
	Xơ gan do rượu	15	21,4
	Xơ gan do NASH	1	1,4
	Ung thư tế bào gan nguyên phát	30	42,9
	Khác	7	10
Phân độ Child-Pugh	Độ A	18	25,7
	Độ B	41	58,6
	Độ C	11	15,7

Tùy vào đặc điểm thông nối trên CT-scan và dụng cụ sẵn có tại đơn vị can thiệp, bệnh nhân sẽ được lựa chọn kỹ thuật can thiệp khác nhau. Đặc điểm kỹ thuật của những lần can thiệp được trình bày trong **Bảng 2**. Những lý do can thiệp không thành công về

mặt kỹ thuật bao gồm: (1) giải phẫu không thuận lợi: thông nối đường kính nhỏ, không thông với búi dẫn; có thông nối động mạch gan – tĩnh mạch cửa, (2) không có dụng cụ phù hợp.

Bảng 2. Đặc điểm về mặt kỹ thuật can thiệp

Đặc điểm kỹ thuật		n = 70	%
Loại hình can thiệp	PARTO	54	77,1
	CARTO	12	17,1
	BRTO	2	2,9
	PARTO + CARTO	2	2,9
Lượng thuốc cản quang trung bình		181,43ml Ít nhất: 100ml, Nhiều nhất: 300ml	
Kết quả can thiệp	Thành công	66	94,3
	Không thành công	4	5,7

Sự thay đổi các đặc điểm TALTMC trên hình ảnh học trước và sau can thiệp được trình bày trong **Bảng 3**. Đối với TMDD, có 46 ca giảm độ dẫn (65,7%), 1 ca tăng độ dẫn (1,4%) và 23 ca không thay đổi so với trước can thiệp (32,9%). Sự thay đổi này là khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đối với TMTQ, có 28 ca tăng độ dẫn (40%), 32 ca không thay đổi (45,7%) và 10 ca giảm độ dẫn so với trước can thiệp (14,3%). Sự thay

đổi này cũng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Về sự thay đổi mức độ báng bụng, có 18 ca giảm độ (25,7%), 18 ca tăng độ (25,7%) và 34 ca không thay đổi (48,6%). Về tràn dịch màng phổi, có 11 ca giảm độ (15,7%), 6 ca tăng độ (8,6%) và 53 ca không thay đổi (75,7%). Hai đặc điểm này thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Tình trạng TALTMC trên hình ảnh học trước và sau can thiệp

Hình ảnh nội soi		Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	p
Phân độ dẫn tĩnh mạch dạ dày	Không	6 (8,6%)	31 (44,3%)	< 0.001 ($< 0,05$)
	Độ I	2 (2,9%)	11 (15,7%)	
	Độ II	16 (22,9%)	14 (20%)	
	Độ III	46 (65,7%)	14 (20%)	
Phân độ dẫn tĩnh mạch thực quản	Không	8 (11,4%)	4 (5,7%)	0.009 ($< 0,05$)
	Độ I	18 (25,7%)	14 (20%)	
	Độ II	35 (50%)	35 (50%)	
	Độ III	9 (12,9%)	17 (24,3%)	
Phân độ báng bụng	Không	36 (51,4%)	36 (51,4%)	0,918 ($> 0,05$)
	Độ I	20 (28,6%)	19 (27,1%)	
	Độ II	7 (10%)	8 (11,4%)	
	Độ III	7 (10%)	7 (10%)	
Phân độ tràn dịch màng phổi	Không	55 (78,6%)	61 (87,1%)	0,108 ($> 0,05$)
	Độ I	14 (20%)	9 (12,9%)	
	Độ II	1 (1,4%)	0 (0%)	
	Độ III	0 (0%)	0 (0%)	

Sự thay đổi các đặc điểm chức năng gan trên xét nghiệm trước và sau can thiệp được trình bày trong **Bảng 4**. Điểm Child-Pugh trung bình sau can thiệp thay đổi có ý nghĩa thống kê, giảm từ 8 còn 7 điểm ($p < 0,05$). Sự thay đổi điểm MELD-Na trung bình, số lượng tiểu cầu và men gan sau can thiệp không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Bảng 4. Chức năng gan trước và sau can thiệp

Chức năng gan		Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	p
Điểm Child-Pugh	A	18 (25,7%)	23 (32,9%)	0,016 (< 0,05)
	B	41 (58,6%)	37 (52,9%)	
	C	11 (15,7%)	10 (14,3%)	
	Điểm trung bình**	8 (6 – 9)	7 (6 – 9)	
Điểm MELD-Na trung bình*		15,9 ± 5,2	15,9 ± 5,0	0,857 (> 0,05)
Tiểu cầu trung bình**		85 (64,8 – 121,3)	92,5 (64,8 – 133,8)	0,311(> 0,05)
AST trung bình**		44,4 (35 – 87,5)	54,3 (39,53 – 72,6)	0,605 (> 0,05)
ALT trung bình**		27,9 (20,9 – 47,9)	29,2 (20,1 – 46)	0,895 (> 0,05)

*Trung bình ± độ lệch chuẩn, **Trung vị (khoảng tứ phân vị)

Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều tái khám trong vòng ít nhất 3 tháng sau can thiệp. Các biến cố bất lợi xảy ra sau can thiệp được ghi nhận trong **Bảng 5**. Trong đó, các biến chứng xuất huyết tiêu hóa tái phát hoặc thứ phát sau can thiệp, bệnh não gan đều < 10%. Không ghi nhận tổn thương gan – thận cấp sau thực hiện thủ thuật.

Bảng 5. Biến cố bất lợi sau can thiệp

Biến chứng		n = 70	%
Xuất huyết tiêu hóa	Tái phát (từ TMDD)	4	5,7
	Thứ phát (từ TMTQ)	5	7,1
	Hỗn hợp (từ cả TMTQ và TMDD)	1	1,4
Bệnh não gan		4	5,7
Tổn thương gan cấp		0	0
Tổn thương thận cấp		0	0

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 94,3%. Kết quả này cao tương đương với tỷ lệ 94,7%, 96,87%, 98,6% và 100% lần lượt của các tác giả Chang (2016), Nguyễn Công Long (2022), Gwon (2015) và Park (2020)^{[1],[2],[3],[5]}.

Thành công của thủ thuật trên lâm sàng được đánh giá bằng ba yếu tố: sự lấp đầy hoàn toàn hoặc một phần vật liệu tắc mạch trên CT-scan kiểm tra, sự giảm độ dẫn

TMDD và sự cải thiện các điểm chức năng gan gồm Child-Pugh và MELD-Na.

Trên CT-scan kiểm tra trong vòng 3 tháng, chúng tôi ghi nhận tất cả những ca can thiệp thành công về mặt kỹ thuật đều hình thành huyết khối và lấp đầy vật liệu tắc mạch tại vị trí TMDD (94,29%), tương đương với Gwon (2015) (98,6%)^[3].

Tỷ lệ giảm độ dẫn TMDD trên nội soi là 65,7%, thấp hơn tỷ lệ tiết trừ búi dẫn thành công 92,6% của Park (2020)^[5]. Nghiên cứu

của Chang (2016) chỉ có 52,63% bệnh nhân được soi dạ dày kiểm tra sau can thiệp và 80% số đó giảm độ dẫn TMDD^[2]. Nguyên nhân thấp hơn có thể do nghiên cứu của chúng tôi có 23 ca (32,9%) không thay đổi độ dẫn TMDD và chỉ 1 ca (1,4%) tăng độ dẫn sau can thiệp. Tuy nhiên, tỷ lệ tái xuất huyết sau đó không cao hơn. Chúng tôi cho rằng do thường nội soi kiểm tra sớm trước xuất viện (trong vòng 1 – 7 ngày) nên búi dẫn TMDD chưa kịp thoái triển, có thể cần nội soi kiểm tra lại trong thời gian 1 – 3 tháng sẽ chính xác hơn.

Chức năng gan trong vòng 3 tháng sau can thiệp dường như cũng được cải thiện. Có 47,1% bệnh nhân cải thiện điểm Child – Pugh sau can thiệp, cao hơn kết quả của Nguyễn Công Long (2022) (25,48%) và tương đương Gwon (2015) (40%)^{[1],[3]}. Điểm Child – Pugh trước và sau can thiệp thay đổi có ý nghĩa thống kê, tương tự với kết quả của Gwon (2015). Trong đó, sự khác biệt này có được chủ yếu nhờ sự cải thiện albumin đáng kể sau can thiệp. Ngược lại, điểm MELD-Na thay đổi không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, do chỉ đánh giá trong vòng 3 tháng đầu nên chúng tôi cho rằng sự cải thiện này chỉ mang tính tạm thời do sự cải thiện tức thời huyết động học của gan. Chức năng gan còn phụ thuộc vào diễn tiến bệnh và sự xuất hiện các biến chứng khác của xơ gan, ung thư gan...

Sự tăng độ dẫn TMTQ sau can thiệp, một hạn chế xảy ra sau thủ thuật, cũng được ghi nhận. Tỷ lệ tăng độ dẫn là 40%, nằm trong khoảng dự kiến cùng với kết quả của các tác giả Park (2020) (53,1%), Jang (2012) (39,7%) và Gwon (2015) (26,7%)^{[3],[4],[5]}. Park (2020) sau phân tích đa biến cho rằng áp lực tĩnh mạch cửa sau can thiệp là yếu tố nguy cơ dự báo dẫn TMTQ thứ phát^[6]. Biến

chứng này đã được dự đoán trước vì máu từ vị trí tắc sẽ dồn về các vị trí TALTCM khác. Vì vậy có thể khắc phục bằng cách nội soi thực quản – dạ dày kiểm tra và thắt TMTQ dự phòng sau đó. Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận trong vòng 3 tháng sau can thiệp có 4 ca xuất huyết tái phát từ TMDD, 5 ca xuất huyết thứ phát từ TMTQ và 1 ca xuất huyết hỗn hợp từ cả hai vị trí trên. Tỷ lệ xuất huyết thứ phát do vỡ dẫn TMTQ là 8,6% trong vòng 3 tháng của chúng tôi không khác biệt đáng kể với các nghiên cứu trước đó của Nguyễn Công Long (6,25%), Park (2020) (4%) và Chang (2016) (10,53%)^{[1],[2],[5]}.

Các biến cố bất lợi xảy ra sau can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi xảy ra với tỷ lệ thấp, chẳng hạn như bệnh não gan mới khởi phát hoặc nặng hơn (5,7%). Các biến chứng như tràn dịch màng phổi mới xuất hiện (8,6%), báng bụng mới xuất hiện hoặc tăng độ (25,7%) có tỷ lệ thấp hơn hoặc tương đương các nghiên cứu trước đó, chủ yếu là tràn dịch mức độ ít và không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Gwon (2015) và Chang (2016) báo cáo không có bệnh não gan sau can thiệp nhưng ghi nhận báng bụng mới thành lập hoặc tăng độ lần lượt là 23,3% và 58%^{[2],[3]}. Ngược lại, Park (2020) ghi nhận tỷ lệ phát sinh bệnh não gan là 7,41% và chỉ 16,7% có báng bụng tăng độ^[5]. Các hạn chế phát sinh này được quy kết do sự thay đổi lưu lượng máu từ vị trí tắc đến các vị trí khác trong cơ thể. Chúng tôi cũng không ghi nhận có trường hợp tổn thương thận cấp sau can thiệp. Điều này minh chứng rằng tắc mạch ngược dòng là một kỹ thuật tương đối an toàn và hiệu quả.

Nghiên cứu còn tồn tại một số hạn chế nhất định do thiết kế nghiên cứu là hồi cứu với cỡ mẫu nhỏ, các biến số thu thập trước và sau nghiên cứu chưa đồng nhất về mặt

thời gian (trong vòng 3 tháng) cũng như bị ảnh hưởng bởi bệnh nền của bệnh nhân nên chưa thể đánh giá toàn diện về các kết cục sống còn liên quan đến thủ thuật.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật tắc mạch ngược dòng (bao gồm PARTO, CARTO và BRTO) là phương pháp điều trị khả thi, hiệu quả và an toàn về mặt kỹ thuật đối với bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Công Long, Lê Hương Thảo**, “Kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch phình vị bằng kỹ thuật PARTO”, Tạp chí Y học Việt Nam (2022), 551, 2, số 1, 46 – 49.
2. **Chang MY, Kim MD, Kim T, et al.** “Plug-Assisted Retrograde Transvenous Obliteration for the Treatment of Gastric Variceal Hemorrhage”. Korean J Radiol. (2016) Mar-Apr;17(2):230-238.
3. **Gwon DI, Kim YH, Ko GY, et al.** “Vascular Plug-Assisted Retrograde Transvenous Obliteration for the Treatment of Gastric Varices and Hepatic Encephalopathy: A Prospective Multicenter Study”. J Vasc Interv Radiol. (2015); 26(11):1589-1595.
4. **Jang SY, Kim GH, Park SY, et al.** “Clinical outcomes of balloon-occluded retrograde transvenous obliteration for the treatment of gastric variceal hemorrhage in Korean patients with liver cirrhosis: a retrospective multicenter study”. Clin Mol Hepatol. (2012);18(4):368-374.
5. **Park JW, Yoo JJ, Kim SG, et al.** “Change in Portal Pressure and Clinical Outcome in Cirrhotic Patients with Gastric Varices after Plug-Assisted Retrograde Transvenous Obliteration”. Gut Liver. 2020;14(6):783-791.
6. **Sarin SK, Lahoti D, Saxena SP, Murthy NS, Makwana UK.** “Prevalence, classification and natural history of gastric varices: a long-term follow-up study in 568 portal hypertension patients”. Hepatology. (1992);16(6):1343-1349