

ĐIỀU TRỊ THẮT GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN QUA NỘI SOI

Trần Phạm Chí¹, Trần Như Nguyễn Phương¹,
Lâm Thị Vinh¹, Hồ Ngọc Sang²

TÓM TẮT

Chảy máu thực quản là một biến chứng chủ yếu và thường gặp của bệnh nhân xơ gan. Từ tháng 10/2006 đến 10/2008, tại BVTW Huế, chúng tôi đã thực hiện 390 lần thắt vòng xơ tĩnh mạch trưởng thực quản (ELV) cho 176 bệnh nhân xơ gan. Mặc dù tỉ lệ thành công không cao như những nghiên cứu khác, chúng tôi nhận thấy ELV là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong ngăn ngừa chảy máu do giãn tĩnh mạch trưởng thực quản và có thể áp dụng tại các bệnh viện có trang bị máy nội soi. Tuy nhiên, việc theo dõi bằng nội soi là cần thiết để phát hiện và điều trị những trường hợp giãn tĩnh mạch trưởng thực quản tái phát hoặc giãn tĩnh mạch phình vị mới.

SUMMARY

ESOPHAGEAL VARICEAL LIGATION BY ENDOSCOPY

Tran Pham Chi¹, Tran Nhu Nguyen Phuong², Lam Thi Vinh¹, Ho Ngoc Sang²

Esophageal variceal bleeding is a major and common complication in cirrhotic patients. From 10/2006 to 10/2008, at Hue Central Hospital, we implemented 390 sessions of esophageal variceal ligation (EVL) for 176 cirrhotic patients. Although the rate of variceal eradication is not as high as the other researches because of the incompletion in a group of patients, we recognize EVL as an effective and safe method in preventing variceal hemorrhage and can be applied in the hospitals equipped with gastroscopes. However, follow up by endoscopy is necessary to find out esophageal varices recurrence or the appearance of fundal varices for proper treatments.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan là một biến chứng nặng và rất hay gặp. Nó chiếm tỉ lệ 10-30% các trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên. Sự xuất hiện giãn tĩnh mạch thực quản có thể gặp ở 60-90% bệnh nhân xơ gan, trong đó có 30% vỡ xuất huyết[17]. Biến chứng này chiếm đến 25-

50% tỉ lệ tử vong và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai của xơ gan[19].

Đã có nhiều phương pháp điều trị vỡ giãn tĩnh mạch thực quản: đặt sonde chèn ép, tiêm xơ cầm máu, đặt shunt nối tắc tĩnh mạch cửa chủ (TIPS), phẫu thuật tạo shunt nối tắc tĩnh mạch lách thận, dùng thuốc... Các biện pháp điều trị này phần lớn khá tốn kém,

1. Nội Tiêu hóa, BVTW Huế

2. TDCN-NS, BVTW Huế

có nhiều biến chứng mà hiệu quả không cao[3],[9],[10],[12].

Năm 1986, Stiegmann đã tiến hành thắt giãn tĩnh mạch thực quản trên bệnh nhân xơ gan, hiệu quả đạt được bằng hoặc hơn các phương pháp điều trị trước đó mà tỉ lệ tai biến thấp hơn hẳn [13], [14]. Phương pháp này dần dần được phổ biến nhiều nơi trên thế giới. Ở bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi bắt đầu thực hiện kỹ thuật này từ tháng 10/2006 cho đến 10/2008 và đã tiến hành thắt giãn tĩnh mạch thực quản cho 176 bệnh nhân xơ gan. Kết quả bước đầu rất khả quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân xơ gan trên lâm sàng và cận lâm sàng có chỉ định thắt giãn tĩnh mạch thực quản theo AASLD (Hiệp hội nghiên cứu bệnh lý gan mật Hoa Kỳ)[2].

- Có tiền sử xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản đã được điều trị nội khoa ổn định.

- Giãn tĩnh mạch thực quản lớn (độ III, IV), có nguy cơ xuất huyết nhưng có chống chỉ định dùng thuốc ức chế beta hoặc ngưng do tác dụng phụ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản lớn (độ III, IV) chưa có tiền sử xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản đang dùng ức chế beta đơn thuần.

- Có giãn tĩnh mạch phình vị được xác định qua nội soi.

- Xác định có u gan hoặc K gan qua siêu âm hoặc CT Scanner.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân được tiến hành soi dạ dày kiểm tra.

- Phân loại giãn tĩnh mạch thực quản (Nhật)[5]:

1. Độ I: giãn tĩnh mạch thực quản nhỏ, bị xếp đi khi bơm hơi.

2. Độ II: Giãn tĩnh mạch thực quản vừa phải, che lấp 1 phần nhỏ đường nối tâm vị thực quản.

3. Độ III: giãn tĩnh mạch thực quản lớn che lấp phần lớn đường nối tâm vị thực quản.

Độ IV : giãn tĩnh mạch thực quản rất lớn, che lấp hoàn toàn đường nối tâm vị thực quản, không xếp khi bơm hơi.

2.2.2. Dụng cụ thắt giãn tĩnh mạch thực quản

- Ống nội soi dạ dày Olympus GIF XQ30
- Bộ vòng thắt Wilson Cook : có 6 vòng cao su và các dụng cụ đi kèm

2.2.3. Kỹ thuật thắt giãn tĩnh mạch thực quản

- Tiến hành lắp bộ vòng thắt vào ống nội soi.

- Đưa máy nội soi vào thực quản sau khi gây tê họng bệnh nhân và bôi trơn đầu ống soi

- Quan sát các búi giãn tĩnh mạch cần thắt và hút vào trong bộ vòng thắt

- Tiếp tục hút và bắn vòng thắt bằng cách xoay tay quay theo chiều kim đồng hồ cho đến khi có cảm giác là vòng thắt rơi ra.

- Thả nút hơi của máy soi, bơm hơi sau đó rút nhẹ ống soi ra và rời búi giãn tĩnh mạch được thắt.

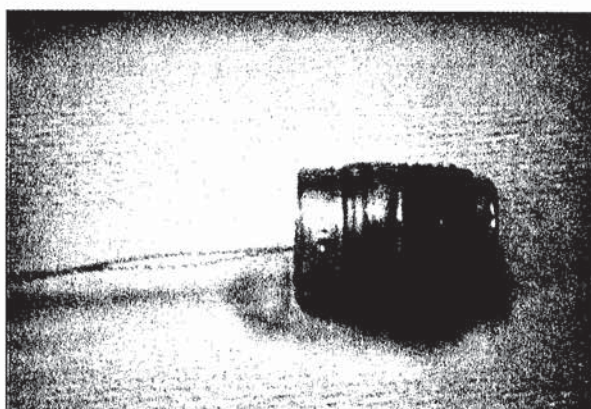
- Thực hiện thắt các búi đầu tiên ở gần vị trí đường nối dạ dày thực quản, và tiếp các búi sau theo chiều xoắn ốc đi lên.

Bệnh nhân được hẹn soi kiểm tra sau 2 tuần và thắt tiếp nếu vẫn còn giãn tĩnh mạch.

2.2.4. Tiêu chuẩn thành công (theo AASLD[2])

- Giãn tĩnh mạch thực quản được xem là triệt tiêu nếu hết giãn tĩnh mạch hoặc giãn tĩnh mạch chỉ còn độ I.

- Bệnh nhân được hẹn nội soi kiểm tra mỗi 3 tháng và thắt tiếp nếu giãn tĩnh mạch tái xuất hiện.



Hình 1 : Bộ vòng thắt 6 vòng cao su



Hình 2: Bộ vòng thắt được gắn vào ống NS

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 10 /2006 đến 10/2008, chúng tôi đã tiến hành thắt giãn tĩnh mạch thực quản cho 176 bệnh nhân xơ gan với các đặc điểm như sau

3.1. Phân bố giới tính, tuổi

Tỉ lệ Nam/ Nữ : 102/74= 1,3/1

Độ tuổi trung bình : 56 ± 11 (phân bố từ 25- 82)

3.2. Phân bố theo nguyên nhân

NN	Rượu	VG B	VG C	B&C	Ko rõ	Tổng số
N	88	57	7	4	20	176
%	50%	32,4%	4%	2,2%	11,4%	100%

3.3. Phân độ Child-Pugh

Phân độ Child	Child A	Child B	Child C	Tổng số
N	0	57	119	176
%	0%	32,4%	67,6%	100%

3.4. Phân độ giãn tĩnh mạch thực quản trên nội soi

Phân độ	I	II	III	IV	Tổng số
N	0	55	111	10	176
%	0%	31,25 %	63,07 %	5,68 %	100 %

3.5. Số lần thắt giãn tĩnh mạch thực quản:

Số lần	1	2	3	4	5	Tổng số
N	43	67	55	7	4	390

Số vòng thắt trung bình một lần: 4,3 vòng/ lần

3.6. Số bệnh nhân được thắt triệt tiêu tạm thời giãn tĩnh mạch thực quản:

Số lần	2 lần	3 lần	4 lần	Tổng số
	13	36	3	52

Tỉ lệ đạt thành công thắt giãn tĩnh mạch thực quản : $52/176 = 29,45\%$

3.7. Biến chứng

- Đau vùng hạ sườn : 52(29,54%).
- Đau vùng sau xương ức, khó nuốt : 47(26,71%).
- Chảy máu sớm sau thắt trong vòng ngày đầu sau thắt: 2(1,13%)
- Chảy máu muộn sau thắt : 7(4%)
- Nhiễm trùng: 1(0,05%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Dịch tễ học

Việt Nam trước đây là vùng dịch tễ của viêm gan B và đó cũng là nguyên nhân hàng đầu gây xơ gan [1]. Trong báo cáo của chúng tôi rượu chiếm đến 50% nguyên nhân gây xơ gan (88/176), lớn hơn khá nhiều nguyên nhân do virus viêm gan B: 32,4% (57/176). Dường như đã có một sự chuyển biến về dịch tễ nguyên nhân xơ gan. Sự chuyển biến này theo chúng tôi là do đã có sự thay đổi trong lối sống của một số tầng lớp trong xã hội. Lối sống bị Âu Mỹ hóa kèm theo sự sử dụng bia rượu ngày càng gia tăng có thể là nguyên nhân chính gây nên sự biến đổi này. Điều này cũng phần nào giải thích tỉ lệ đàn ông bị xơ gan cao hơn phụ nữ, tỉ lệ nam/ nữ trong báo cáo của chúng tôi là 1,3/1. Tuy nhiên để có một kết luận chính xác về dịch tễ học nguyên nhân bệnh xơ gan ở Việt Nam, chúng tôi nhận thấy phải có các nghiên cứu sâu rộng hơn nữa.

4.2. Phân độ

Trong báo cáo của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân xơ gan ở phân loại Child C (119/176) so với Child B (57/176), không có bệnh nhân Child A. Điều này có thể được giải thích phần lớn bệnh nhân bị xuất huyết vỡ giãn tĩnh mạch thực quản thường ở giai đoạn suy gan nặng. Nhận định này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác[4],[6],[14].

Một tỉ lệ lớn bệnh nhân nội soi có giãn tĩnh mạch thực quản độ III và độ IV: 68,75%(121/176) so với độ II: 31,25% (55/176). Cũng như các nghiên cứu khác, chúng tôi nhận thấy khi phân độ giãn tĩnh mạch thực quản càng cao nguy cơ xuất huyết càng lớn[2],[3],[17]

4.3. Kỹ thuật

Số bệnh nhân được triệt tiêu tạm thời giãn tĩnh mạch thực quản: 49 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 29,45%. Kết quả này không cao như các nghiên cứu khác trên thế giới, tỉ lệ triệt tiêu giãn tĩnh mạch thực quản từ 75-90%[7],[8],[18]. Kết quả này, theo chúng tôi không phải do nguyên nhân kỹ thuật thắt giãn tĩnh mạch thực quản mà do một số lớn bệnh nhân không tuân thủ khuyến cáo của bác sĩ. Điều này được minh họa rõ theo bảng 3.5, số lần thắt giãn tĩnh mạch thực quản 1 lần và 2 lần chiếm đa số : 110 bệnh nhân(62,5%).

Với số lần thắt quá ít, giãn tĩnh mạch thực quản không thể được triệt tiêu. Hơn nữa khoảng cách giữa hai lần thắt ở một số bệnh nhân là khá xa, bệnh nhân chỉ đến thắt tiếp khi xảy ra xuất huyết trở lại. Nguyên nhân chính theo chúng tôi là do ý thức của bệnh nhân còn kém, phần lớn bệnh nhân xơ gan có trình độ học vấn thấp. Ngoài ra, chi phí một lần thắt khá lớn so với phần lớn bệnh nhân cũng gây khó khăn không nhỏ cho việc thực hiện tiếp các lần thắt sau.

4.4. Biến chứng

Tỉ lệ biến chứng của thắt giãn tĩnh mạch thực quản không nhiều. Chỉ có 2 bệnh nhân chảy máu sớm sau thắt, chiếm tỉ lệ 1,13%. Trên cả hai bệnh nhân, không có dấu xuất huyết trực tiếp của chảy máu giãn tĩnh mạch thực quản. Bệnh nhân đi cầu phân đen sau thắt, hồng cầu và Hemoglobine giảm. Tiếp tục thắt lần 2, cả hai bệnh nhân hết đi cầu

phân đen, hồng cầu và Hemoglobine tăng trở lại.

Có 7 bệnh nhân chảy máu muộn sau thất. Các bệnh nhân này đều chảy máu đường tiêu hóa trên sau khi tiến hành thủ thuật trên một tháng. 5 bệnh nhân qua nội soi phát hiện giãn tĩnh mạch thực quản chảy máu. Các bệnh nhân này đều không tuân thủ chế độ điều trị, 2 bệnh nhân chỉ thất 1 lần và 3 bệnh nhân thất 2 lần. Khoảng cách giữa các lần thất cách xa nhau, trên 2 tháng. Có 2 bệnh nhân chúng tôi phát hiện chảy máu từ giãn tĩnh mạch phình vị sau khi đã tạm thời triệt tiêu giãn tĩnh mạch thực quản. 2 bệnh nhân này đều xuất huyết ổ loét, trong đó 1 bệnh nhân không khống chế được tình trạng xuất huyết và đã tử vong. Xuất hiện giãn tĩnh mạch phình vị sau khi đã triệt tiêu được giãn tĩnh mạch thực quản đã được nêu lên ở một số nghiên cứu. Sự liên thông giữa vòng nối tuần hoàn thực quản và dạ dày trên bệnh nhân xơ gan sẽ làm dễ cho sự xuất hiện giãn tĩnh mạch phình vị khi đã triệt tiêu giãn tĩnh mạch thực quản[9],[11].

Tuy nhiên, tỉ lệ này xuất huyết muộn theo chúng tôi là chưa chính xác vì có thể có một số bệnh nhân không vào viện hoặc đã tử vong tại nhà.

Một bệnh nhân xuất hiện sốt cao 1 ngày sau thất, công thức máu có bạch cầu tăng cao. Chọc dịch ổ bụng không có dấu hiệu nhiễm trùng. Mặc dù cấy máu âm tính nhưng bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị kháng sinh. Chúng tôi nghĩ bệnh nhân này có biến chứng nhiễm trùng sau thất. Cũng như một số nghiên cứu khác, biến chứng này chiếm tỉ lệ rất thấp 0,05%[12].

Một số biến chứng thường gặp như đau họng, nuốt vướng, đau sau xương ức sau thất thường hay gặp nhưng các biểu hiện này thoáng qua, chỉ tồn tại trong 1-2 ngày và biến mất. Chúng tôi không gặp các biến

chứng khác như một số nghiên cứu khác đề cập đến như loét, rách thực quản, hẹp thực quản sau thất.

Nói chung, tỉ lệ biến chứng trong báo cáo của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu khác được tham khảo[15],[16].

V. KẾT LUẬN

1. Đường như đã có sự thay đổi trọng dịch tễ học nguyên nhân bệnh xơ gan ở Việt Nam, tỉ lệ xơ gan do rượu chiếm đa số trong báo cáo của chúng tôi. Tuy nhiên, cần có nhiều nghiên cứu dịch tễ học để có kết luận chính xác hơn.

2. Tỉ lệ thất triệt tiêu giãn tĩnh mạch thực quản trong báo cáo của chúng tôi không cao như các nghiên cứu khác. Nguyên nhân phần lớn là do yếu tố khách quan.

3. Thất giãn tĩnh mạch thực quản là một kỹ thuật khá an toàn, các tai biến thường nhẹ và thoáng qua, không có nhiều tai biến nặng. Kỹ thuật này có thể áp dụng cho các cơ sở y tế có trang bị máy nội soi tiêu hóa.

4. Cần có theo dõi định kỳ qua nội soi nhằm phát hiện sự tái xuất hiện của giãn tĩnh mạch thực quản hay sự xuất hiện của giãn tĩnh mạch phình vị để có can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Trọng Thắng "Xơ gan, dịch tễ học" Bệnh lý tiêu hóa gan mật, Nhà xuất bản Y học, 2006, Tr 315.
2. AASLD practice guidelines "Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis" Hepatology, Vol 46, No 3, 2007.
3. ASGE guideline: "The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage" Updated July 2005.
4. Hiroyuki Kishimoto, "Clinical trial of prophylactic of endoscopic variceal ligation

for esophageal varices" J Gastroenterol 1997; 32: 6-11.

5. Jenny Limquiaco, "Clinical predictors of bleeding from esophagel varices: a retrospective study" Phil J of Gastroenterology 2006; 2: 103-111.

6. Linda L Manning, "Diagnosis of Gastrointestinal Bleeding in Adults" American Family Physician, Vol 71, No 7, April 2005 1339-1346.

7. Masci E "Prospective multicenter randomized trial comparing banding ligation with sclerotherapy of esophageal varices" Hepato - Gastroenterology, 1999, vol. 46, n°2, pp. 1769-1773

8. Michael V Sivak, "Endoscopic Ligation of Esophageal Varices" Annals of Internal Medicine, 1993, Volume 119 Issue 1: pages 87-88.

9. R. Jalan, P C Hayes, "UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients" June 2000.

10. Satavasinghe K.L, "Management of bleeding varices – Gastroenterologist perspective" Journal of Ceylon College of Physicians 2000; 33, 50-54.

11. Shahid Sarwar, "Effect of band ligation on portal hypertensive gastropathy and development of fundal varices" J Ajub Med Coll Abbottabad 2006; 18(1).

12. Svoboda P "A prospective randomized controle trial of sclerotherapy vs ligation in the

prophylatic treatment of high risk esophageal varices" Surg Endosc(1999) 13: 580-584.

13. Stiegmann G.V "Endoscopic Variceal ligation, an alternative to sclerotherapy, Gastrointest Endosc", 35: 431, 1989.

14. Stiegmann G.V "Technique and early clinical results of endoscopic variceal ligation" Sugr Endosc(1989) 3: 73-78

15. Toyoda Hichiuri "Fatal Bleeding from residual vein at the esophageal ulcer bass after successful endoscopic variceal ligation" Journal of clinical Gastroenterology, 32(2): 158-60.

16. Van Vlierberghe, "Severe bleeding following endoscopic variceal ligation: should EVL be avoid in Child C patients?" Knokke Symposium: Polype of the GI tract, Belgique, Vol. 62, pp 187-190.

17. Young Woon Chang, "Indication of treatment for esophageal varices: Who and When" Digestive Endoscopy (2006) 18, 10-15.

18. Young Y.B "Efficacy and longterm follow up of endoscopic variceal ligation on esophageal varix ligation" Korean J Gastrointest Endosc: 1996, Oct; 16(5): 707-714. 17. 18.

19. Silvain Christine, "Prévention primaire delarupture varicesoesogastrique-Prophylaxie promaire de hémorragies digestives chez le malade cirrhotique", 19^e Journée nationale de Formation Continue en Hépatogastro-Entérologie, 24-25/3/2001.