

NGHIÊN CỨU HÌNH ẢNH NỘI SOI GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN VÀ BIẾN CHỨNG CHẢY MÁU Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN MẮT BÙ

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Phan Thị Minh Hương¹,
Hoàng Thị Thanh Hiền¹, Trương Đình Vũ¹, Hoàng Trọng Thăng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát hình ảnh nội soi giãn tĩnh mạch thực quản và mức độ chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan mất bù. Xác định mối liên quan giữa mức độ chảy máu với số lượng tiểu cầu, kích thước giãn tĩnh mạch thực quản, dấu hiệu đỏ, độ xơ gan theo Child-Pugh và tình trạng chảy máu tái phát sớm trong 5 ngày đầu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 227 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan mất bù điều trị tại khoa Nội tiêu hóa, khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Trung ương Huế từ 3/2011 đến 4/2012. Tất cả các bệnh nhân được nội soi dạ dày. Các thông số lâm sàng, cận lâm sàng liên quan được đánh giá.

Kết quả: Tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản là 91,2%. Tỷ lệ chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản là 38,2%, chảy máu mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,1%. Số lượng tiểu cầu giảm thì mức độ chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản nặng. Giãn tĩnh mạch thực quản càng lớn thì tỷ lệ chảy máu càng cao và đa số chảy máu mức độ nặng. Chảy máu mức độ nặng liên quan với dấu đỏ, Child C và chảy máu tái phát sớm trong 5 ngày đầu.

Kết luận: Giãn tĩnh mạch thực quản xuất hiện ở hầu hết bệnh nhân xơ gan. Chảy máu mức độ nặng liên quan với giảm tiểu cầu, tĩnh mạch thực quản giãn lớn, dấu hiệu đỏ, Child C và chảy máu tái phát sớm trong 5 ngày đầu.

Từ khóa: Chảy máu, giãn tĩnh mạch thực quản, xơ gan mất bù.

ABSTRACT

ENDOSCOPIC ASSESSMENT OF ESOPHAGEAL VARICES AND VARICEAL BLEEDING COMPLICATION IN CIRROTIC PATIENTS

Nguyen Thi Thu Huong¹, Phan Thi Minh Huong¹,
Hoang Thi Thanh Hien¹, Truong Dinh Vu¹, Hoang Trong Thang²

Aims: To assess the endoscopic esophageal varices and its complications bleeding in cirrhotic patients. To evaluate the relation between the grade of esophageal variceal bleeding to platelet count, variceal size, red signs, Child-Pugh classification and early rebleeding in the first 5 day.

1. Khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện TW Huế

2. Trường Đại học Y Dược Huế

- Ngày nhận bài: (received): 11/9/2013, Ngày phản biện (revised): 04/12/2013

- Ngày đăng bài (accepted): 25/12/2013

- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp; TS Trần Thừa Nguyên

- Người phản hồi (corresponding author): Nguyễn Thị Thu Hương

- Email: bshuonghuc@yahoo.com

Patients and methods: A prospective, cross-sectional study was conducted in 227 cirrhotic patients in the Medical Gastroenterology Department and Intensive Care Unit of Hue Central Hospital from March 2011 to April 2012. All patients were undergone esophagealgastroendoscopy. Relevant clinical and laboratory from parameters were studied.

Results: The frequency of patients having esophageal varices is 91,2%. The percentage of patients with esophageal variceal bleeding is 38,2% and the severe grade is 48,1%. The severe grade of bleeding esophageal varices is related to low platelet count, large varices, red signs, Child C and rebleeding in the first 5 day.

Conclusion: In cirrhosis, esophageal varices are presenting in all most patients. The severe grade of bleeding esophageal varices is related to low platelet count, large varices, red signs, Child C and rebleeding in the first 5 day.

Key words: Bleeding, esophageal variceal, cirrhotic patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) là biến chứng nguy hiểm đe dọa tính mạng ở bệnh nhân xơ gan có tăng áp cửa. Giãn tĩnh mạch thực quản chiếm tỷ lệ tương đối cao từ 30-90%, trong đó 25-50% các bệnh nhân này sẽ bị chảy máu tiêu hóa trong vòng 2 năm. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị, tuy nhiên tỷ lệ tử vong sau đợt chảy máu vẫn còn cao 15-24%. Hơn 60% bệnh nhân sống sót sau đợt chảy máu đầu tiên có nguy cơ tái phát trong 1 năm. Chảy máu tái phát sớm xảy ra trong 6 tuần đầu và đặc biệt cao trong 5 ngày đầu, chiếm 40% các trường hợp chảy máu tái phát [8].

Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu:

1. Khảo sát hình ảnh nội soi giãn tĩnh mạch thực quản và mức độ chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan mất bù.

2. Xác định mối liên quan giữa mức độ chảy máu với số lượng tiểu cầu, kích thước giãn tĩnh mạch thực quản, dấu hiệu đỏ, độ xơ gan theo Child - Pugh và tình trạng chảy máu tái phát sớm trong 5 ngày đầu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 227 bệnh nhân (BN) từ 16 tuổi trở lên được

chẩn đoán xơ gan mất bù điều trị tại khoa Nội Tiêu hóa, khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Trung ương Huế từ 3/2011 đến 4/2012.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Chẩn đoán xơ gan mất bù dựa vào lâm sàng, sinh học, siêu âm của hai hội chứng: tăng áp tĩnh mạch cửa và suy tế bào gan.

Tiêu chuẩn loại trừ: Giãn TMTQ bẩm sinh: nằm dọc theo cả chiều dài thực quản, không có hội chứng suy tế bào gan và tăng áp cửa. Chảy máu từ dạ dày, tá tràng hay từ giãn tĩnh mạch tâm phình vị. Ung thư gan. BN tăng áp cửa không do xơ gan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả BN được theo dõi chặt chẽ trong phiếu nghiên cứu gồm khám lâm sàng, cận lâm sàng và siêu âm gan mật. Đánh giá mức độ nặng của xơ gan theo thang điểm Child-Pugh. Nội soi dạ dày bằng ống soi mềm hiệu PENTAX EG - 271C. Hình ảnh giãn TMTQ được mô tả theo Hiệp hội nội soi tiêu hóa Nhật Bản gồm 3 mức độ: độ 1, độ 2, độ 3. BN có biến chứng chảy máu do vỡ giãn TMTQ được điều trị và theo dõi chảy máu tái phát sớm trong 5 ngày đầu.

Số liệu thu thập qua phiếu nghiên cứu được nhập, xử lý, phân tích theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình SPSS 19.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi và giới

Tuổi trung bình là $52,4 \pm 13,1$. Độ tuổi thường gặp nhất là 40-59, chiếm 61,2% ($p < 0,05$).

Nam giới mắc bệnh cao hơn nữ giới (83,3% so với 16,7%), tỷ lệ nam/nữ là 4,9/1.

3.2. Hình ảnh nội soi giãn tĩnh mạch thực quản

- Tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản: 91,2% chiếm tỷ lệ cao do nghiên cứu ở nhóm xơ gan mất bù.

- Kích thước giãn tĩnh mạch thực quản:

Độ 1: 13,0%. Độ 2: 21,3%. Độ 3: 65,7%.

Theo Nguyễn Mạnh Hùng, tỷ lệ giãn độ 1: độ 2: độ 3 là 11,2%: 26,8%: 64,3% [4].

- Vị trí giãn tĩnh mạch thực quản:

1/3 dưới: 64,7%. 1/3 giữa: 31,4%. 1/3 trên: 3,9%.

- Màu sắc giãn tĩnh mạch thực quản:

Màu trắng: 15,0%. Màu xanh: 33,3%. Màu xanh tím: 51,7%.

- Dấu hiệu đỏ:

Có dấu hiệu đỏ: 58,0%. Không có dấu hiệu đỏ: 42,0%.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hiền, tỷ lệ có dấu hiệu đỏ là 63,6% [3].

3.3. Đặc điểm chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản

- Tỷ lệ chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản là 38,2%.

Theo Phạm Quang Cừ, tỷ lệ chảy máu do vỡ giãn TMTQ là 25,1% [2].

- Mức độ chảy máu: Nặng: 48,1%. Vừa 35,4%. Nhẹ: 16,5%. Theo Vũ Văn Khiên, mức độ nặng chiếm 52,4%, mức độ vừa là 34,2%, mức độ nhẹ là 13,4% [5].

- Tỷ lệ chảy máu tái phát sớm trong 5 ngày đầu là 13,9%.

Theo Bambha, tỷ lệ chảy máu tái phát sớm trong 5 ngày đầu là 15% [7].

Theo Majid, tỷ lệ chảy máu tái phát sớm trong 5 ngày đầu là 12,8% [9].

3.4. Mối liên quan

3.4.1. Liên quan giữa mức độ chảy máu và số lượng tiểu cầu

Bảng 3.1. Liên quan giữa mức độ chảy máu và số lượng tiểu cầu

Số lượng tiểu cầu 1000/mm ³	Mức độ chảy máu						Tổng		p
	Nhẹ		Vừa		Nặng				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
< 50	4	28,6	2	14,3	8	57,1	14	17,7	> 0,05
50 - 99	3	6,7	17	37,8	25	55,5	45	57,0	< 0,01
100 - 149	3	23,0	5	38,5	5	38,5	13	16,4	> 0,05
≥ 150	3	42,9	4	57,1	0	0,0	7	8,9	
Tổng	13	16,5	28	35,4	38	48,1	79	100,0	

Tiểu cầu từ 50.000-99.000/mm³: chảy máu nặng chiếm tỷ lệ cao nhất là 55,5% ($p < 0,01$).

Ở bệnh nhân xơ gan giảm tiểu cầu thường là chỉ điểm đầu tiên của tăng áp cửa. Khi có tăng áp cửa thì 90% tiểu cầu trong máu đến ứ đọng ở lách dẫn đến giảm đáng kể tiểu cầu trong máu. Trong xơ gan,

giảm tiểu cầu phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó quan trọng nhất là do hiện tượng tăng phá hủy và tập trung tiểu cầu trong lách do cường lách gây ra do hậu quả của tăng áp cửa [10].

3.4.2. Liên quan giữa mức độ chảy máu và kích thước giãn TMTQ

Bảng 3.2. Liên quan giữa mức độ chảy máu và kích thước giãn tĩnh mạch thực quản

Mức độ chảy máu	Giãn TMTQ				Tổng	
	Độ 2		Độ 3			
	n	%	n	%	n	%
Nhẹ	8	100,0	5	7,0	13	16,5
Vừa	0	0,0	28	39,5	28	35,4
Nặng	0	0,0	38	53,5	38	48,1
Tổng	8	100,0	71	100,0	79	100,0
p	< 0,01					

Bệnh viện Trung ương Huế

79 BN chảy máu đều là độ 2 và độ 3, không có độ 1. Độ 2 đều là chảy máu nhẹ. Độ 3 phần lớn là chảy máu mức độ nặng (53,5%) và vừa (39,5%) ($p < 0,01$). Theo Mai Hồng Bằng: Giãn độ 1 không chảy máu, giãn độ 2 có 18,6% chảy máu, giãn độ 3 có 40,9% chảy máu [1]. Theo Phạm Quang Cừ: Giãn TMTQ càng lớn thì tỷ lệ chảy máu càng cao và đa số chảy máu ở mức độ nặng [6]. Theo Garcia-Pagan kích thước giãn TMTQ là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất cho chảy máu: kích thước búi giãn lớn làm tăng sức căng thành búi giãn, làm tăng nguy cơ chảy máu [8].

3.4.3. Liên quan giữa mức độ chảy máu và dấu hiệu đỏ

Bảng 3.3. Liên quan giữa mức độ chảy máu và dấu hiệu đỏ

Mức độ chảy máu	Dấu hiệu đỏ				Tổng	
	Có		Không			
	n	%	n	%	n	%
Nhẹ	3	4,8	10	62,5	13	16,5
Vừa	22	34,9	6	37,5	28	35,4
Nặng	38	60,3	0	0,0	38	48,1
Tổng	63	100,0	16	100,0	79	100,0
p	< 0,01					

Có dấu hiệu đỏ: chảy máu nặng là chủ yếu (60,3%) ($p < 0,01$). Không có dấu hiệu đỏ: chảy máu nhẹ là chủ yếu (62,5%), không có chảy máu nặng.

Theo Mai Hồng Bằng: trong số những BN có biến chứng chảy máu thì 82,4% có dấu hiệu đỏ, chỉ có 17,6% không có dấu hiệu đỏ [1]. Theo Nguyễn Xuân Hiền, chảy máu do vỡ giãn TMTQ có liên quan rõ rệt đến mức độ dấu hiệu đỏ trên thành búi giãn, các dấu hiệu đỏ càng nhiều thì nguy cơ vỡ búi giãn càng cao [3]. Dấu hiệu đỏ làm tăng sức căng thành búi giãn do làm giảm độ dày của thành búi giãn.

3.4.4. Liên quan giữa mức độ chảy máu và Child - Pugh

Bảng 3.4. Liên quan giữa mức độ chảy máu và Child - Pugh

Mức độ chảy máu	Child - Pugh				Tổng		p
	Child B		Child C				
	n	%	n	%	n	%	
Nhẹ	12	92,3	1	7,7	13	16,5	< 0,01
Vừa	20	71,4	8	28,6	28	35,4	< 0,01
Nặng	9	23,7	29	76,3	38	48,1	< 0,01
Tổng	41	51,9	38	48,1	79	100,0	

Chảy máu mức độ nhẹ và vừa thường gặp ở Child B (92,3% và 71,4%). Chảy máu mức độ nặng thường gặp ở Child C (76,3%) ($p < 0,01$).

Theo Phạm Quang Cừ: xơ gan càng nặng thì chảy máu càng nặng: Child A có 12,9% chảy máu, Child B có 25% chảy máu, Child C có 37,9% chảy máu [2].

Theo Garcia-Pagan mức độ nặng của xơ gan liên quan với tăng áp TMC: ở bệnh nhân chảy máu do vỡ giãn TMTQ, Child C liên quan với HVPG > 20 mmHg nên chảy máu ở Child C thường nặng [8].

3.4.5. Liên quan giữa mức độ chảy máu và chảy máu tái phát sớm

Bảng 3.5. Liên quan giữa mức độ chảy máu và chảy máu tái phát sớm

Mức độ chảy máu	Chảy máu tái phát sớm				Tổng		P
	Có		Không				
	n	%	n	%	n	%	
Nhẹ	0	0,0	13	100,0	13	16,5	
Vừa	0	0,0	28	100,0	28	35,4	
Nặng	11	28,9	27	71,1	38	48,1	< 0,05
Tổng	11	13,9	68	86,1	79	100	

Chảy máu nhẹ và vừa không có chảy máu tái phát sớm. Chảy máu nặng có 28,9% chảy máu tái phát sớm ($p < 0,05$). Theo Bambha chảy máu mức độ nặng là yếu tố tiên lượng cho chảy máu tái phát sớm [7]. Theo Abraldes, do HVPG trong 48 giờ đầu nhập viện ở bệnh nhân chảy máu do vỡ giãn TMTQ,

HVPG > 20 mmHg là yếu tố tiên lượng cho chảy máu không kiểm soát được, chảy máu tái phát sớm trong 5 ngày đầu. Ngoài ra các thông số lâm sàng đơn giản là: Child C, chảy máu nặng lúc nhập viện, nguyên nhân xơ gan là yếu tố tiên lượng cho chảy máu không kiểm soát được, chảy máu tái phát sớm trong 5 ngày đầu có giá trị tương tự như HVPG [6].

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản là 91,2%, trong đó độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất 65,7%, độ 2 chiếm 21,3% và độ 1 chiếm tỷ lệ thấp nhất 13,0%.

- Tỷ lệ chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản là 38,2%.

- Mức độ chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản: mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất 48,1%, mức

độ vừa 35,4%, mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ thấp nhất 16,5% ($p < 0,01$).

- Tỷ lệ chảy máu tái phát sớm trong 5 ngày đầu là 13,9%.

- Số lượng tiểu cầu giảm thì mức độ chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản nặng: tiểu cầu từ 50.000 - 99.000/mm³: chảy máu nặng chiếm tỷ lệ cao nhất là 55,5% ($p < 0,01$).

- Giãn tĩnh mạch thực quản càng lớn thì tỷ lệ chảy máu càng cao và đa số chảy máu mức độ nặng ($p < 0,01$).

- Dấu hiệu đỏ liên quan với chảy máu và đa số chảy máu mức độ nặng ($p < 0,01$).

- Chảy máu mức độ nặng thường gặp ở Child C (76,3%) ($p < 0,01$).

- Chảy máu mức độ nặng liên quan với chảy máu tái phát sớm trong 5 ngày đầu ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Hồng Bằng (2006), "Nghiên cứu mối liên quan giữa giãn tĩnh mạch thực quản với mức độ xơ gan và biến chứng xuất huyết tiêu hóa", *Tạp chí Y học thực hành*, 2, tr. 29-31.
2. Phạm Quang Cử (2003), "Nhận xét một số yếu tố tiên lượng biến chứng xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan", *Tạp chí Y học thực hành*, 8, tr. 14-16.
3. Nguyễn Xuân Hiền (2009), "Nghiên cứu hình ảnh nội soi của niêm mạc thực quản ở bệnh nhân xơ gan", *Tạp chí khoa học Tiêu hóa Việt Nam*, 4(16), tr. 1075 -1079.
4. Nguyễn Mạnh Hùng, Vũ Văn Khiên (2009), "Nghiên cứu mức độ giãn tĩnh mạch thực quản, các yếu tố dự báo và điều trị bằng propranolol", *Tạp chí khoa học Tiêu hóa Việt Nam*, 4(16), tr. 1080-1085.
5. Vũ Văn Khiên, Vũ Trường Khanh, Nguyễn Mạnh Hùng và cs (2012), "Hiệu quả cầm máu cấp cứu và làm mất búi giãn ở bệnh nhân xơ gan có chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản", *Tạp chí Gan Mật Việt Nam*, 20, tr. 40-46.
6. Abrahades J.G., Villanueva C., Banares R. et al (2008), Hepatic venous pressure gradient and prognosis in patients with acute variceal bleeding treated with pharmacologic and endoscopic therapy, *J Hepatol*, 48, pp. 229-236.
7. Bambha K., Kim W.R., Pedersen R. et al (2008), Predictors of early rebleeding and mortality after acute variceal haemorrhage in patients with cirrhosis, *Gut*, 57, pp. 814-820.
8. Garcia - Pagan J.C., Reverter E., Abrahades J.G. et al (2012), Acute Variceal Bleeding, *Semin Respir Crit Care Med*, 33, pp. 46-54.
9. Majid S., Azam Z., Shah H.A. et al (2009), Factors determining the clinical outcome of acute variceal bleed in cirrhotic patients, *Indian J Gastroenterol*, 28(3), pp. 93-95.
10. Panasiuk A., Zak J., Kasprzycka E. et al (2005), Blood platelet, monocyte activations and relation to stages of liver cirrhosis, *World J Gastroenterol*, 11(8), pp. 2754-2758.