

ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT DO VỠ DẪN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN DẠ DÀY CẤP

Bs Lý Văn Sáng
Khoa Thăm Dò Chức Năng

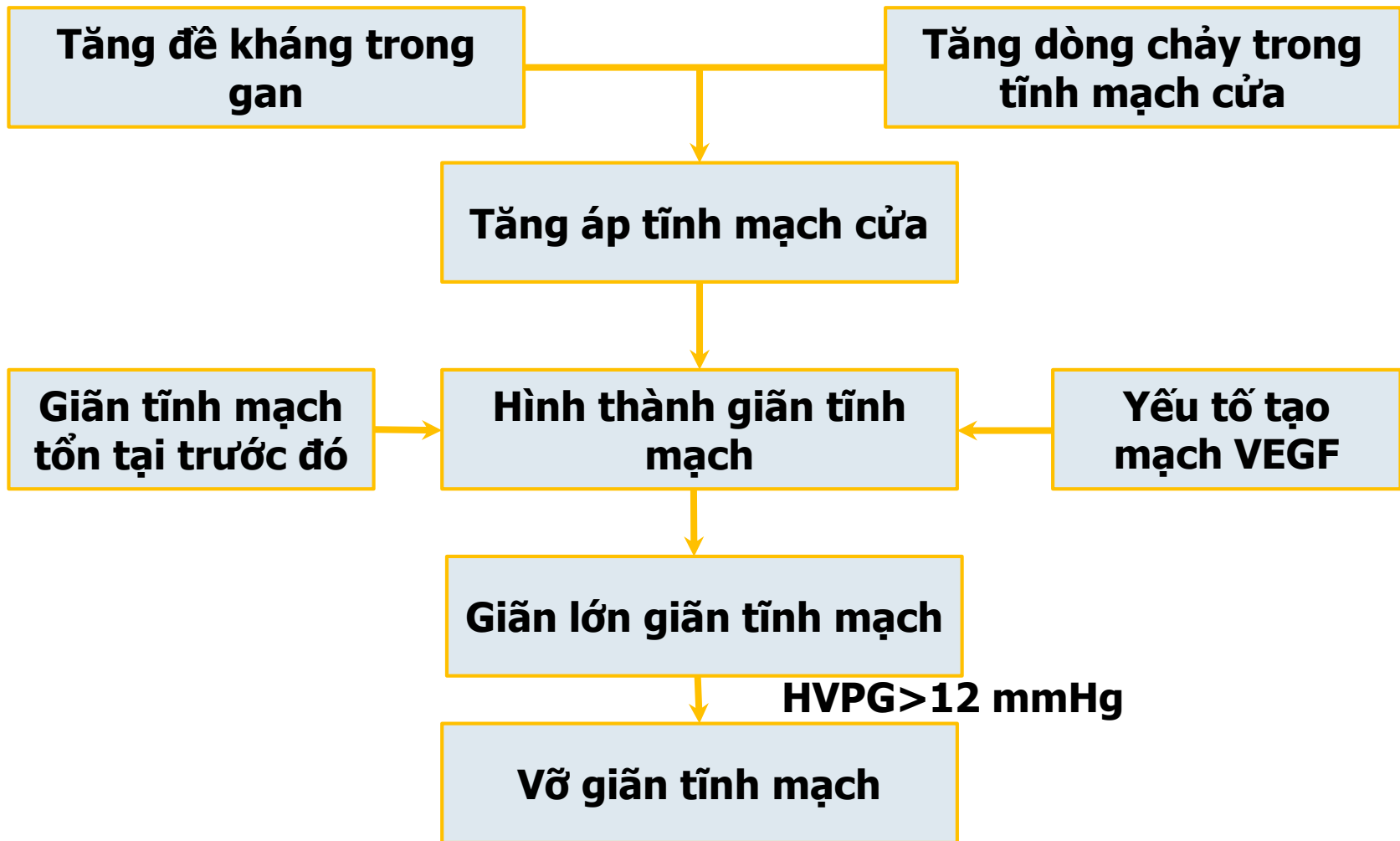
NỘI DUNG

- TỔNG QUAN.
- SINH BỆNH HỌC TĂNG ÁP CỬA.
- PHÂN ĐỘ DẪN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN VÀ DẠ DÀY TRÊN NỘI SOI.
- QUẢN LÝ XUẤT HUYẾT:
 - *Điều trị chung.*
 - *Kiểm soát XHTH do vỡ dẫn TM thực quản.*
 - *Kiểm soát XHTH do vỡ dẫn TM dạ dày.*
 - *Điều trị mới.*
- TỔNG KẾT

TỔNG QUAN

- Dẫn tĩnh mạch thực quản dạ dày xuất huyết là một biến chứng đáng sợ ở bệnh nhân xơ gan.
- Mục tiêu điều trị chảy máu cấp tính cần hồi sức huyết động, ngăn ngừa chảy máu sớm và các biến chứng liên quan đến mất máu.
- Nội soi cầm máu kịp thời và ngăn ngừa tái phát là quan trọng nhất.
- Nhờ sự tiến bộ trong điều trị tỷ lệ tử vong liên quan đến chảy máu đã cải thiện đáng kể(từ khoảng 50% xuống 15-20% trong ba thập kỉ gần đây)

SINH BỆNH HỌC



PHÂN ĐỘ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

- ❖ Phân độ của Hội Nội Soi Nhật Bản
 - **ĐỘ I:** Giãn tĩnh mạch có kích thước nhỏ, thẳng, xẹp khi bơm hơi.
 - **ĐỘ II:** Giãn tĩnh mạch có kích thước khá lớn, dạng râu chuối, chiếm $> 1/3$ lòng thực quản, không xẹp khi bơm hơi.
 - **ĐỘ III:** Giãn tĩnh mạch lớn, giống khối u, chiếm $> 1/3$ lòng thực quản.
- ❖ Một số phân loại khác: Phân loại **Paquet sửa đổi; JRSPH; NIEC; DAGRADI**



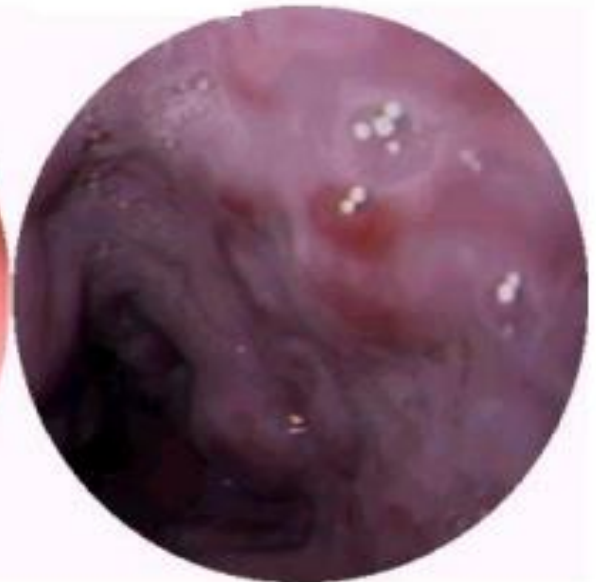
Độ I



Độ II

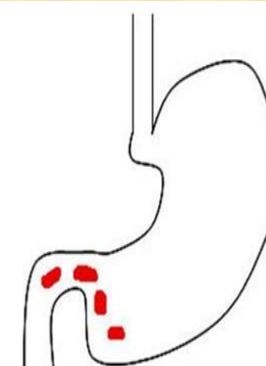
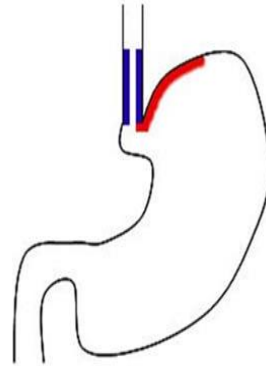
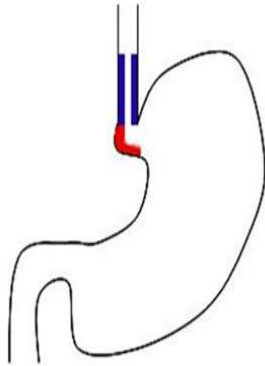


Độ III



PHÂN ĐỘ GIÃN TĨNH MẠCH DẠ DÀY (SARIN)

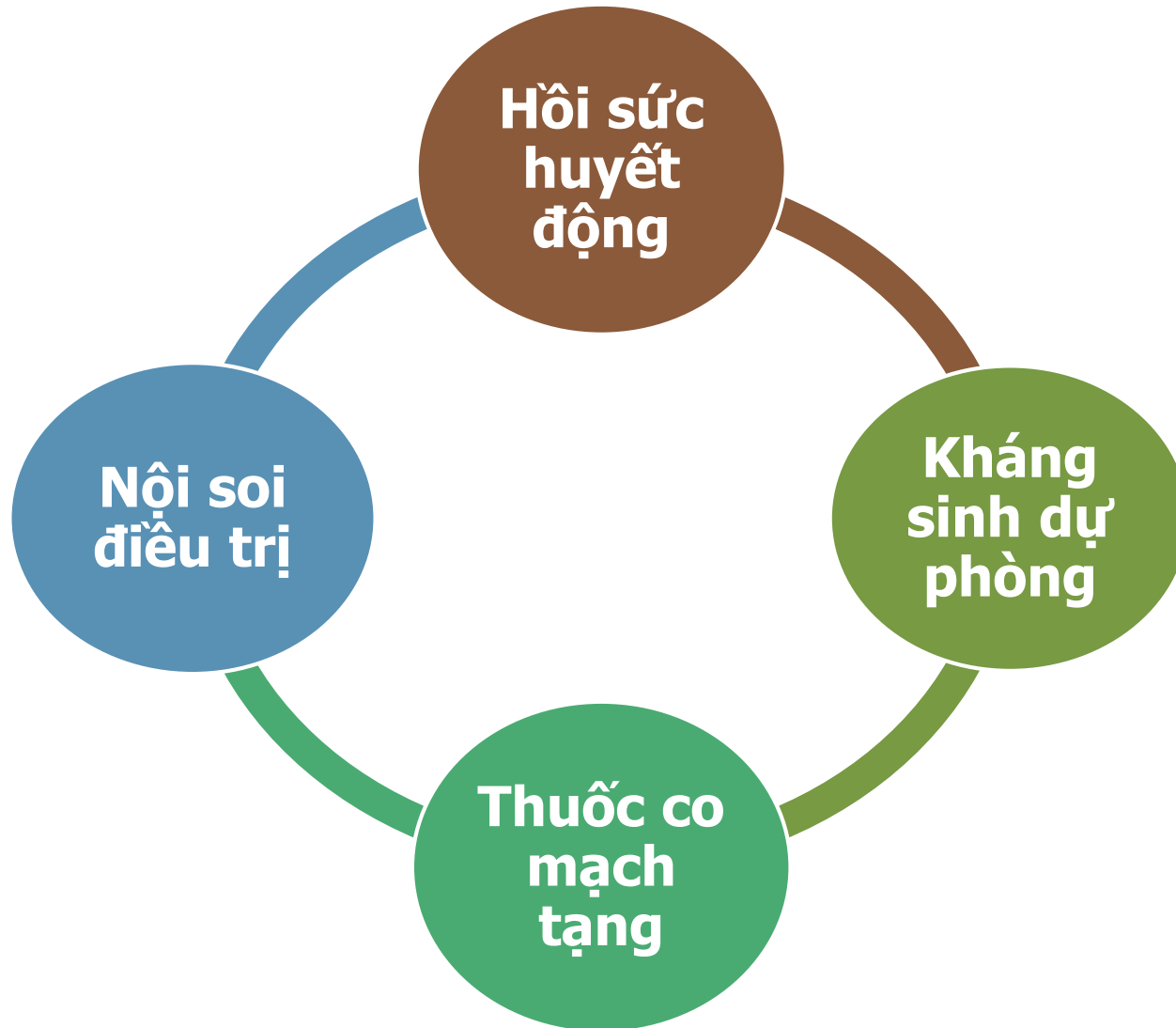
	ĐẶC ĐIỂM
GOV1	Dẫn tĩnh mạch thực quản lan xuống dạ dày phía bờ cong vị nhỏ.
GOV2	Dẫn tĩnh mạch thực quản lan xuống dạ dày phía bờ cong vị lớn, đến phình vị.
IGV1	Dẫn tĩnh mạch dạ dày đơn độc ở phình vị.
IGV2	Dẫn tĩnh mạch dạ dày đơn độc ở các vị trí khác.



ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN TĂNG ÁP CỬA

- Dự phòng cấp 1(Ngăn ngừa hình thành varices).
- Ngăn ngừa đợt xuất huyết đầu tiên.
- Điều trị xuất huyết cấp do varices.
- Ngăn ngừa tái xuất huyết.

ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT CẤP DO VARICES



HỒI SỨC HUYẾT ĐỘNG

- Bước đầu tiên của điều trị là đánh giá tình trạng chảy máu và hồi sức.
- Mục tiêu:
 - Hb nên duy trì 8-10g/dL.
 - FFP hoặc tiểu cầu khối nếu TC < 50000 nên được cân nhắc.
 - Huyết áp tâm thu: 90-100mmHg.
 - Nhịp tim < 100 lần/phút.
 - Áp lực tĩnh mạch trung tâm 1-5 mmHg.
 - Ít nhất 02 đường truyền ngoại vi.

HỒI SỨC HUYẾT ĐỘNG

- Mục đích là bảo tồn tưới máu tổ chức.
- Truyền HCK nên được thực hiện nhằm đảm bảo Hb 7-8 g/dL, cần xem xét các yếu tố khác(1b;A).
- PT/INR không phải là chỉ điểm đáng tin cậy của tình trạng đông máu ở bệnh nhân xơ gan(1b;A).
- Đặt NKQ khuyến cáo khi bệnh nhân có rối loạn tri giác hoặc nôn ra máu cấp(**Mới**).
- Rút NKQ nên được thực hiện sớm nhất có thể sau nội soi(**Mới**)

THUỐC CO MẠCH TẠNG

- Trường hợp nghi ngờ chảy máu do varices, nhóm thuốc co mạch(terlipressin, somatostatin, octreotide) cần sử dụng **càng sớm càng tốt** trước khi nội soi(1b;A)
- Các thuốc co mạch nên dùng phối hợp với nội soi điều trị và tiếp tục **trong 2 đến 5 ngày**.
- Hạ Natri máu đã được mô tả ở những bn dùng terlipressin, đặc biệt ở bn suy chức năng gan. Do đó phải theo dõi Na(1b;A).

KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

- Nên được cho **ngay từ lúc nhập viện(1a;A)**.
- Nguy cơ nhiễm khuẩn và tử vong là rất thấp ở bn Child-Pugh A(2b;B).
- Đặc điểm nguy cơ của bệnh nhân và mô hình kháng sinh địa phương cần xem xét khi điều trị kháng sinh dự phòng(5;D).
- Ceftriaxone tĩnh mạch 1g/24h cần xem xét ở bệnh nhân xơ gan tiến triển(1b;A), môi trường bv tần suất cao kháng quinolone và ở bn trước đó dùng quinolone dự phòng và nên luôn phù hợp với tình trạng đề kháng kháng sinh ở địa phương.

- Suy dinh dưỡng làm tăng kết cục bất lợi ở những bệnh nhân xơ gan và chảy máu cấp; cho ăn đường miệng nên bắt đầu sớm nhất có thể.(Mới)
- Đặt ống thông nên thận trọng kể kể sonde dạ dày vì nguy cơ viêm phổi.(Mới)

THỜI GIAN NỘI SOI

“ Perhaps not the sooner the better, but delay not justified”

- Khuyến cáo nội soi nên được tiến hành **trong 12h** ở bệnh nhân xơ gan và có XHTH cao cấp tính.(1)
- Tuy nhiên, quyết định điều trị cấp cứu cần phụ thuộc vào tình trạng người bệnh, điều kiện bệnh viện, kĩ năng bác sĩ.(2)

**BAVENO
VII**

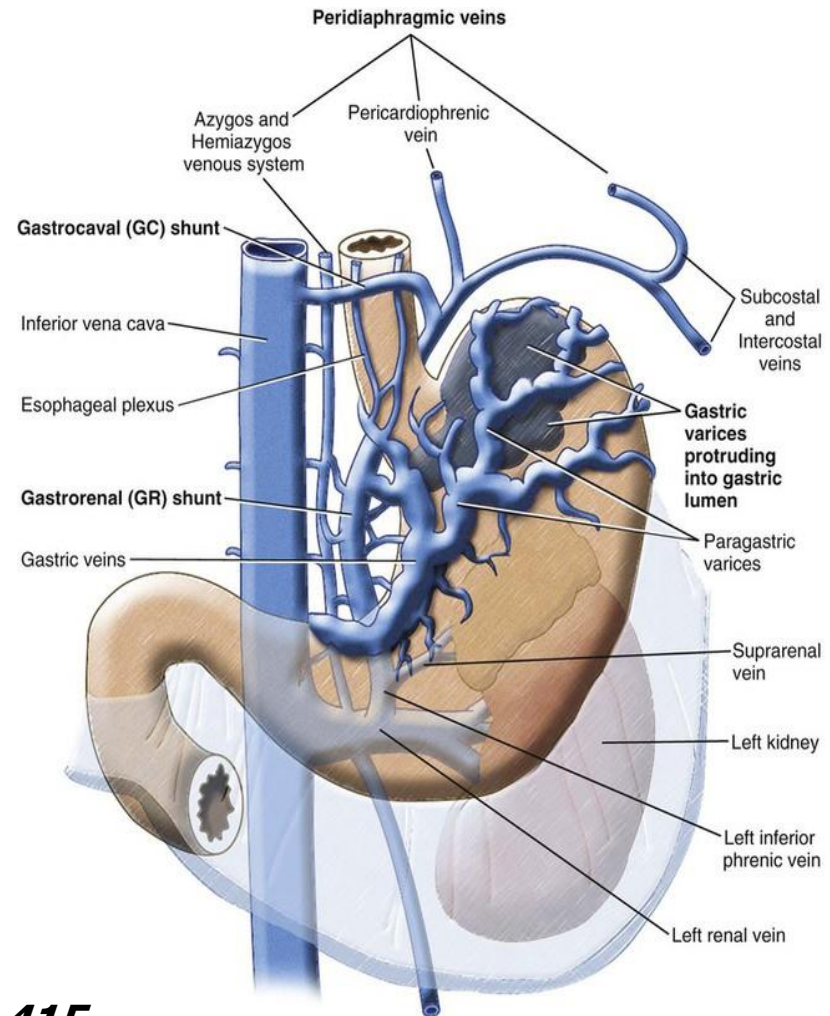
Following haemodynamic resuscitation, patients with suspected AVB should undergo upper endoscopy within 12 h of presentation (B.1). If the patient is unstable, endoscopy should be performed as soon as safely possible. **(D.1) (Changed)**

Clin Endosc 2019; 52(5): 407-415.(1)

Clin Endoscopy 2014; 47(4): 308-314.(2)

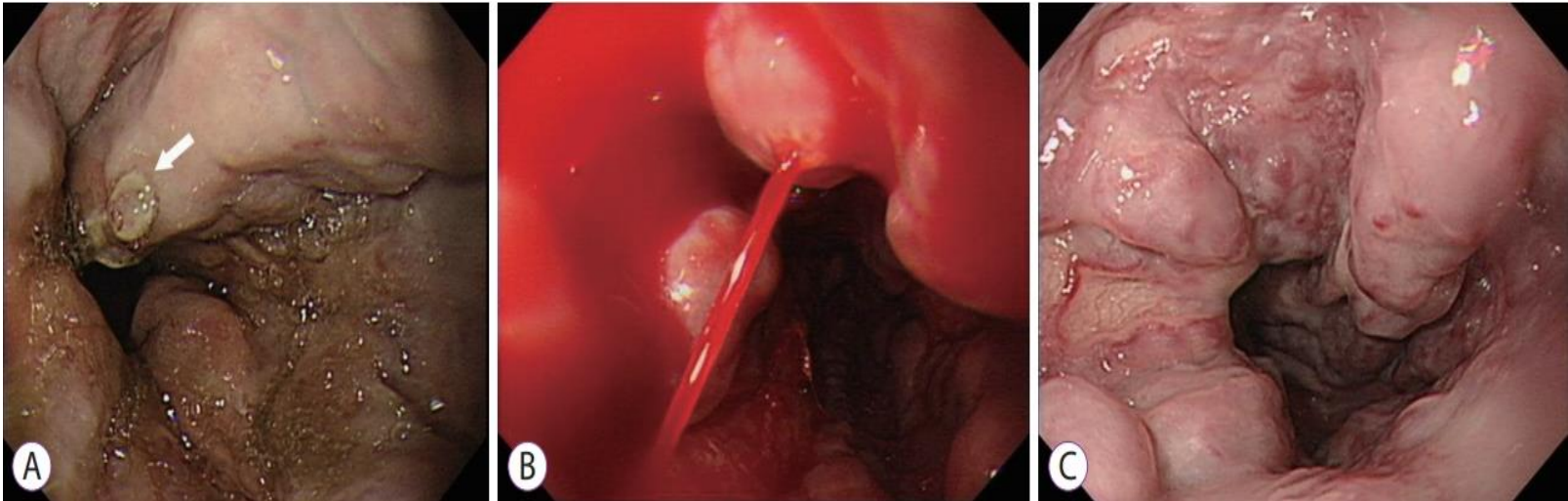
XUẤT HUYẾT DẪN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

- Khoảng 30-40% bn xơ gan còn bù có EVs trong khi xấp xỉ 85% bn xơ gan mất bù có Evs.
- Xuất huyết lần đầu trong năm đầu khoảng 10-15% và khoảng 60% tái xuất huyết trong năm đầu nếu không điều trị thích hợp.



QUẢN LÝ NỘI SOI

- Chẩn đoán: (1) dẫn tĩnh mạch kèm dấu núm trắng(white nipple sign),(2) đang chảy máu,(3) tĩnh mạch dẫn lớn có chấm đỏ kèm máu trong dạ dày và không có tiêu điểm khác.
- Các phương pháp điều trị:
 - **Thắt vòng chun(EVL).**
 - **Tiêm xơ(EIS).**

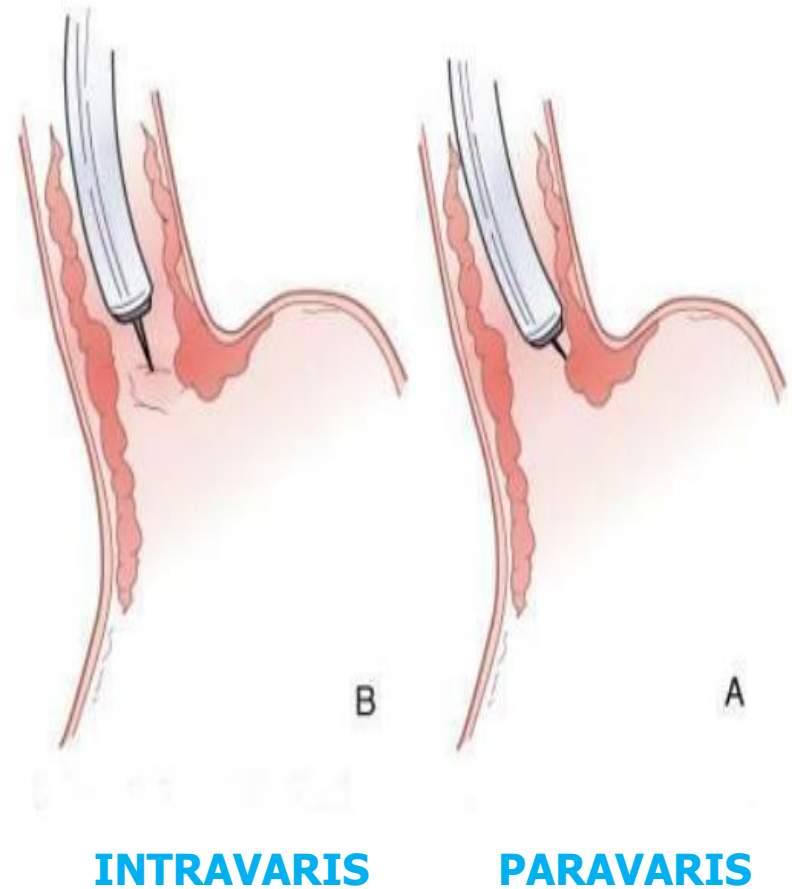


TIÊM XƠ ĐIỀU TRỊ

- Là pp điều trị đầu tay dẫn tĩnh mạch thực quản trước đây khi EVL chưa có. Rẻ và dễ thực hiện.
- Về mặt kiểm soát chảy máu vượt trội hơn dùng bóng chèn hoặc thuốc co mạch.
- Các thuốc: Cồn tuyệt đối, sodium tetradecyl sulfate, ethanolamine oleate.
- Cơ chế: Gây tổn thương tế bào nội mô, phá vỡ hồng cầu dẫn đến hình thành huyết khối tĩnh mạch.
- **Tỉ lệ thất bại và biến chứng cao hơn EVL.**

- Biến chứng sớm:
Đau ngực, nuốt khó thoáng qua, sốt, loét bề mặt.
- Biến chứng muộn:
Chích hẹp, loét sâu hoặc thủng thực quản, tử vong

❖ **Không khuyến cáo là điều trị đầu tay, có thể thử khi EVL thất bại hoặc không thể thực hiện EVL**



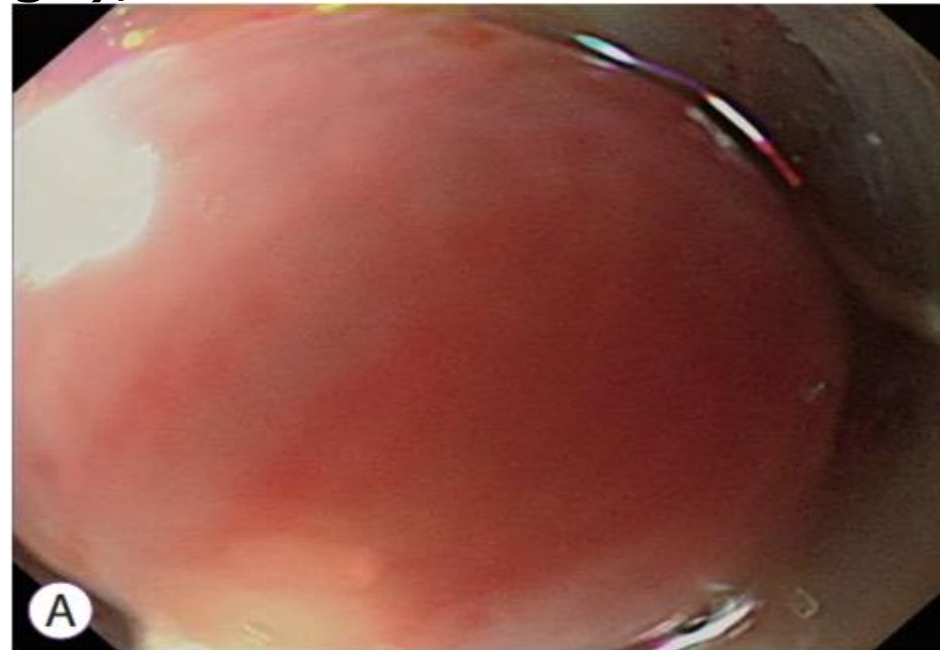
Endoscopic sclerotherapy for hemostasis of acute esophageal variceal bleeding. G. Chir., 2014, 35 : 61-4.

THẮT VÒNG CHUN

- Được sử dụng trong kiểm soát chảy máu tĩnh mạch thực quản lần đầu năm 1988 và hiện nay là pp **điều trị cơ bản** trong kiểm soát chảy máu.
- Hiện nay các đồng thuận khuyến cáo khi nghi ngờ xuất huyết do vỡ tĩnh mạch thực quản nên điều trị kết hợp EVL và thuốc co mạch

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gắn dụng cụ thắt vào đầu ống soi.
 2. Bắt đầu thắt tại GEJ và hướng lên theo hình xoắn ốc.
 3. Xác định búi dẫn tĩnh mạch, hướng ống soi về phía búi dẫn và hút liên tục
 4. Khi thấy đỏ ra(red-out sign), tiến hành thắt.
- ❖ Trường hợp chảy máu nhiều hạn chế tầm nhìn: Nếu có thể thắt tại vị trí chảy, nếu không có thể thắt nhiều băng mù tại GEJ để cải thiện tầm nhìn



Study		Number of patients	Initial hemostasis (%)	Variceal eradication (%)	Rebleeding (%)	Variceal recurrence (%)	Complications (%)	Mortality (%)	Number of sessions (mean±SD)	Follow-up period (mean±SD)
Sarin <i>et al</i> (37)	EIS	48	86	---	20.8	7.5	---	6.25	5.2±1.8	8.5±4.4mo
	EVL	47	80	---	6.4	28.7	---	6.38	4.1±1.2	8.5±4.4mo
Lo <i>et al</i> (39)	EIS	34	76	---	33	---	29	35	---	1 mo
	EVL	37	97	---	17	---	5	19	---	1 mo
Baroncini <i>et al</i> (40)	EIS	54	---	92.5	---	13	31	---	4.0 ± 0.1	534 ± 42 d
	EVL	57	---	93	---	30	11	---	3.5 ± 0.1	496 ± 40 d
Masci <i>et al</i> (41)	EIS	50	---	82	42	22	36	---	5.29	3 mo
	EVL	50	---	88	12	28	10	---	3.41	3 mo
Zargar <i>et al</i> (42)	EIS	24	(2/2*) 100	91.7	25	10	25	---	6.1 ± 1.7	3 mo
	EVL	25	(2/2*) 100	96	4	17.4	4	---	3.9 ± 1.1	3 mo
Ferrari <i>et al</i> (43)	EIS	23	---	78.3	34.8	26.7	100	21.7	4.7 ± 3.0	1 yr
	EVL	23	---	73.9	8.7	42.9	82.6	13.9	2.9 ± 2.0	1 yr
Kuran <i>et al</i> (44)	EIS	47	---	93.6	16.3	44.7	---	---	6.6 ± 4.0	35±26 mo
	EVL	72	---	90.3	6.1	47.2	---	---	2.5 ± 1.6	35±26 mo
Luz <i>et al</i> (45)	EIS	50	86	---	14	---	---	20	---	6 wk
	EVL	50	78	---	22	---	---	23	---	6 wk

Kết luận: EIS so với EVL tỷ lệ tái phát thấp hơn, tuy nhiên tỉ lệ chảy máu và các biến chứng cao hơn và phải mất nhiều lần can thiệp để loại bỏ dẫn tĩnh mạch.

ĐIỀU TRỊ CỨU VẤN

Thất bại cầm máu khi bệnh nhân tử vong hoặc cần thay đổi điều trị được xác định khi có 1 trong các tiêu chí sau xuất hiện trong vòng 05 ngày từ khi có đợt chảy máu cấp tính:

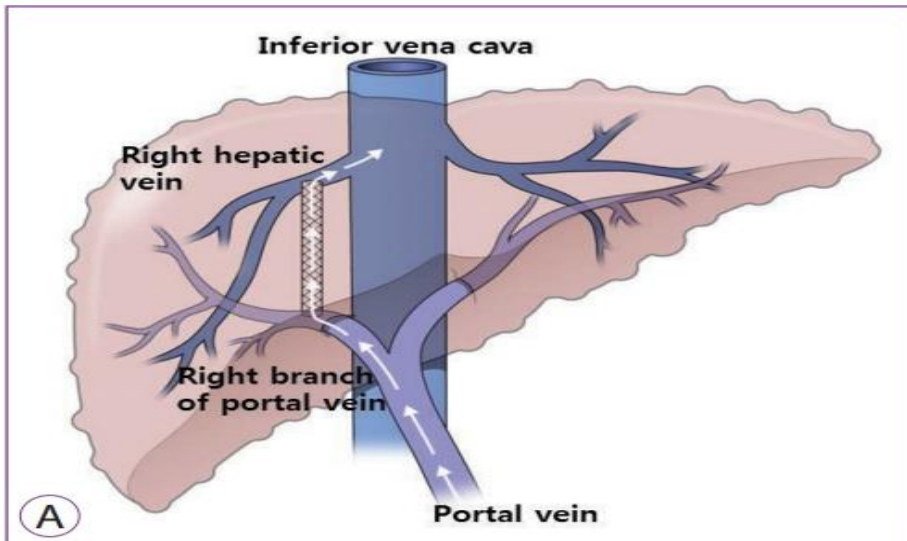
- 1) Nôn ra máu tươi, hút dịch dạ dày $\geq 100\text{ml}$ sau $\geq 2\text{h}$ bắt đầu điều trị thuốc đặc hiệu hoặc nội soi.
- 2) Xuất hiện sốc giảm thể tích.
- 3) Hb giảm $\geq 3\text{g/dL}$ (giảm $9\%\text{Hct}$) trong khoảng 24h bất kì.

PHƯƠNG PHÁP

1. Bóng chèn.
2. Stent bọc kim loại (SEMS)
3. Đặt TIPS (Transjugular intrahepatic portosystemic shunt).
4. Phẫu thuật.

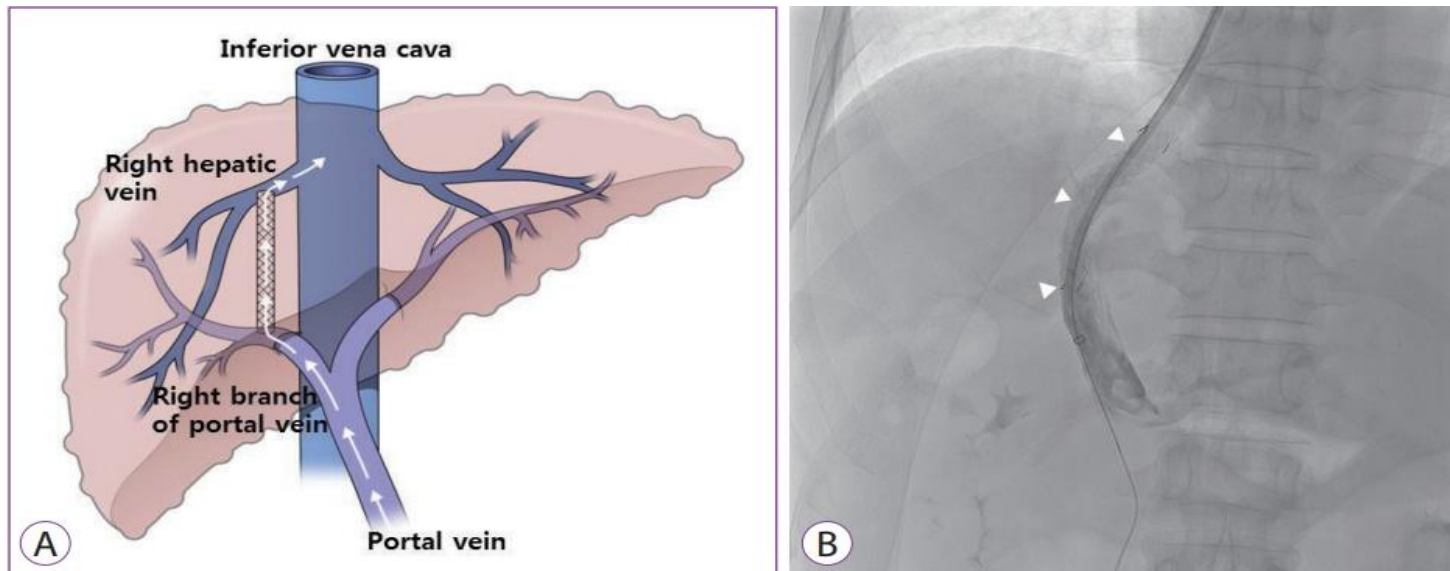
TIPS

- Được xem là phương pháp **điều trị cứu vãn tốt nhất**.
- Đặt TIPS với stent phủ PTFE (polytetrafluoroethylene) sớm trong **72h** (lí tưởng trong 24h) được xem xét ở bệnh nhân EV, GOV1, GOV2 có bất kỳ tiêu chí sau: Child-pugh C < 14 điểm hoặc Child-pugh B > 7 với đang chảy máu cấp sau khi dùng thuốc và nội soi điều trị hoặc HPV > 20mmHg tại thời điểm xuất huyết.



TIPS

- TIPS có thể vô ích ở bn Child-Pugh ≥ 14 hoặc MELD score > 30 hoặc lactate > 12 mmol/L trừ khi ghép gan trong thời gian ngắn hạn. Quyết định nên tùy trường hợp cụ thể.



SỬ DỤNG BÓNG CHÈN

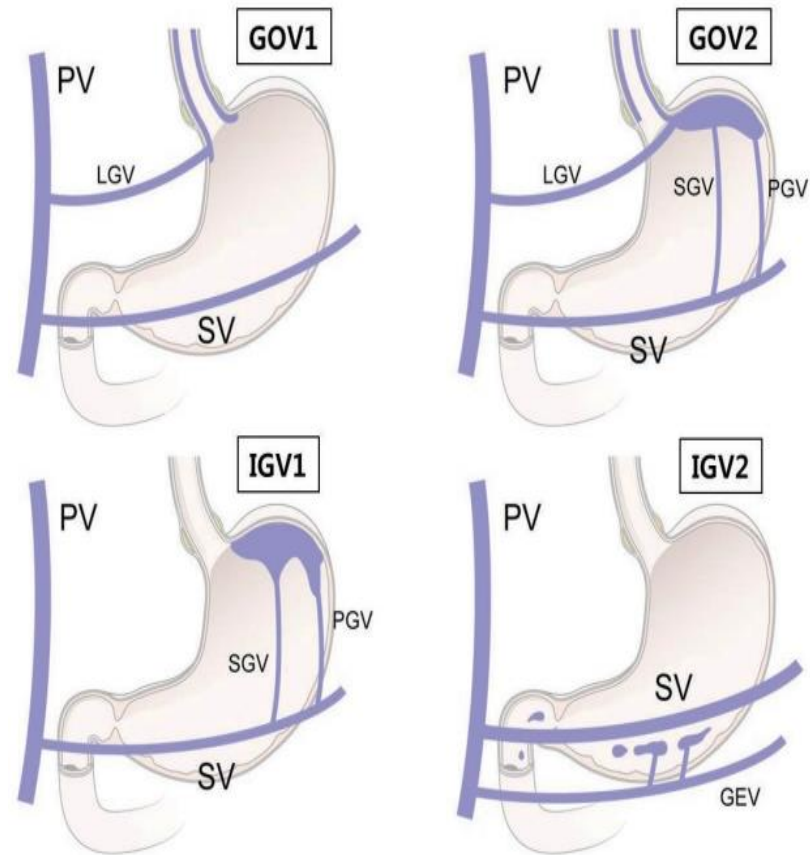
- Hiệu quả cao(80%) ở bệnh nhân chảy máu do vỡ tĩnh mạch thực quản nhưng $\geq 50\%$ chảy máu lại sau tháo hơi bóng chèn.
- Có nhiều biến chứng nghiêm trọng: Viêm phổi do trào ngược, hoại tử, thủng thực quản.
- Chỉ cần nhắc khi xuất huyết ồ ạt, như là cầu nối tạm thời khi điều trị cuối cùng được đưa ra như TIPS(tối đa 24h tại khoa HSTC).

STENT KIM LOẠI TỰ BUNG(SEMS)

- Là cầu nối tạm thời khi điều trị cuối cùng được đưa ra như TIPS.
- SEMS hiệu quả tương tự bóng chèn nhưng an toàn hơn.

QUẢN LÝ CHẢY MÁU TĨNH MẠCH DẠ DÀY

- So với EVs, tỉ lệ mắc và chảy máu thấp hơn.
- Tuy nhiên, búi dẫn thường lớn hơn, yêu cầu truyền máu nhiều hơn, tái xuất huyết và tử vong cao hơn.
- Nguy cơ chảy máu ở phình vị cao hơn GOV1 và IGV2.



Sarin classification of gastric varices

ĐIỀU TRỊ NỘI SOI GOV2 VÀ IGV1 CHẢY MÁU

- GOV2 và IGV1 gọi chung là dẫn tĩnh mạch phình vị.
- Đặc điểm: Thường búi dẫn lớn và máu chảy nhanh □ khó kiểm soát chảy máu, chảy máu tái phát cao.
- Nội soi tắc tĩnh mạch(EVO) là pp đưa lựa chọn trong chảy máu cấp tính do GOV2 và IGV1.
- Cơ chế: Chất kết dính(vd: Cyanoacrylate) đông đặc và hình thành huyết khối trong búi tĩnh mạch.

TIỀN HÀNH

- ✓ Hòa cyoanacrylate và lipiodol tỉ lệ 1:1.
 - ✓ Tiêm trực tiếp hỗn hợp vào GVs với lượng 1-2ml mỗi lần tiêm.
 - ✓ Rút kim ngay lập tức sau khi tiêm.
 - ✓ Tiêm nước cất để rửa ống tốc độ 15-20s.
- ❖ **Biến chứng sau tiêm:** Sốt, nhiễm trùng, thủng, loét dạ dày và viêm phúc mạc, tắc mạch.

Study	Lo <i>et al</i> (102)		Tan <i>et al</i> (101)		Tantau <i>et al</i> (103)		Hong <i>et al</i> (118)	
	EVO	GVL	EVO	GVL	EVO	GVL	EVO	GVL
Type of technique								
Number of patients	31	29	49	48	19	18	64	20
Control of active bleeding (%)	(13/15*) 87	(5/11*) 45	(14/15*) 93	(14/15*) 93	100	89	97	90
Rebleeding (%)	31	54	22.4	43.8	31.6	72.2	27.4(6wk)	16.7(6wk)
Variceal eradication (%)	51	45	63.3	66.7	84.2	66.7	---	---
Variceal recurrence (%)	---	---	22.6	59.4	57.9	77.7	---	---
Complications (%)	19	38	22.4	22.9	26.3	27.8	---	---
Mortality (%)	29	48	14.6(30d)	16.3(30d)	10.5	11.1	19.4(1yr)	5.6(1yr)

--- : Insufficient or no data available ; * : number of patients with active variceal bleeding ; d : days ; wk : weeks ; yr : years.

ĐIỀU TRỊ NỘI SOI GOV1 CHẢY MÁU

- GOV1s giống EVs về kích thước và dòng máu qua hệ tĩnh mạch cửa.
- GOV1s thường được điều trị bằng EVL, tương tự EVs.
- So với thắt tĩnh mạch thực quản thắt tĩnh mạch tâm vị có thể thắt không hoàn toàn(niêm mạc dd dày hơn), xuất huyết và loét sau thắt nhiều hơn.

ĐIỀU TRỊ NỘI SOI GOV1 CHẢY MÁU

Study	Lo <i>et al</i> (102)		Tan <i>et al</i> (101)		Tantau <i>et al</i> (103)		Hong <i>et al</i> (118)	
	EVO	GVL	EVO	GVL	EVO	GVL	EVO	GVL
Type of technique	EVO	GVL	EVO	GVL	EVO	GVL	EVO	GVL
Number of patients	31	29	49	48	19	18	64	20
Control of active bleeding (%)	(13/15*) 87	(5/11*) 45	(14/15*) 93	(14/15*) 93	100	89	97	90
Rebleeding (%)	31	54	22.4	43.8	31.6	72.2	27.4(6wk)	16.7(6wk)
Variceal eradication (%)	51	45	63.3	66.7	84.2	66.7	---	---
Variceal recurrence (%)	---	---	22.6	59.4	57.9	77.7	---	---
Complications (%)	19	38	22.4	22.9	26.3	27.8	---	---
Mortality (%)	29	48	14.6(30d)	16.3(30d)	10.5	11.1	19.4(1yr)	5.6(1yr)

--- : Insufficient or no data available ; * : number of patients with active variceal bleeding ; d : days ; wk : weeks ; yr : years.

- ❖ EVO và EVL đều là những lựa chọn điều trị khả thi; tuy nhiên, EVO được ưu tiên hơn EVL.

ĐIỆN QUANG CAN THIỆP

- Theo quan điểm của bác sĩ điện quang can thiệp, phương thức chính điều trị GV là TIPS và BRTO(nút dẫn tĩnh mạch ngược dòng bằng bóng chèn.
- TIPS có thể là một lựa chọn tối ưu ở bệnh nhân GV không thể kiểm soát bằng điều trị chuẩn.
- BRTO là pp xâm lấn tối thiểu, an toàn và hiệu quả cầm máu cao, ngăn ngừa chảy máu tái phát trong điều trị giãn tĩnh mạch dạ dày.
- Hiện nay, kỹ thuật BRTO đã được cải tiến thay thế bằng kỹ thuật PARTO

HIỆU QUẢ B-RTO TRONG KIỂM SOÁT DẪN TÌNH MẠCH DẠ DÀY XUẤT HUYẾT

Study	Number of patients	Success of procedure after 1 or 2 sessions (%)	Rebleeding rate (%)	Variceal eradication (%)	Variceal recurrence (%)	Development or worsening of esophageal varices (%)	Survival rate (%)
Kitamoto <i>et al</i> (122)	24	88	9 (1wk)	100	0	33.3	---
Arai <i>et al</i> (123)	11	100	0	90.9	0	54.5	91 (1yr)
Ninomiya <i>et al</i> (124)	78	---	1.5 (5yr)	---	2.6	37.1	93 (1yr)
Park <i>et al</i> (125)	28	89.3	0	78.3	4.3	30.4	55 (2yr)
Akahoshi <i>et al</i> (126)	68	92.6	3.2	96.6	---	17	---
Sabri <i>et al</i> (127)	22	91	0	89	---	---	---
Sonomura <i>et al</i> (128)	17	94.1	0	94.1	0	29.4	---

CÁC PHƯƠNG THỨC ĐIỀU TRỊ MỚI

1. Bột cầm máu.(Bài trước)
2. Stent kim loại tự bung.
3. Thuyên tắc mạch bằng cyanoacrylate và coil dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi

STENT KIM LOẠI TỰ BUNG

- Dữ liệu nghiên cứu cứu cho rằng stent có màng đặt ở thực quản có hiệu quả và an toàn hơn bóng chèn trong dẫn tĩnh mạch thực quản xuất huyết dai dẳng(4;C).
- Có thể đặt và lấy ra qua ống nội soi mà không cần soi huỳnh quang.(thời gian đặt tối đa 02 tuần).
- Có thể xem là một liệu pháp bắc cầu với TIPS.



- SEMS comes over a guiding catheter
- SEMS comes inside a tube to prevent its expansion
- Guiding catheter is kept in place
- Tube is removed to allow stent to expand
- Inner catheter is removed

THUYỀN TẮC MẠCH DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA EUS

- Lợi thế của EUS: Cung cấp thời gian thực, hình ảnh chất lượng cao của thành GI và hệ mạch máu, phát hiện mạch máu, không bị hạn chế khi đang chảy máu, đánh giá điều trị thông qua doppler.
- Quy trình:
 1. Chọc GV có hướng dẫn EUS bằng kim hút nhỏ(FNA).
 2. Đưa coil vào búi dẫn thông qua kim FNA.
 3. Tiêm cyanoacrylate qua kim FNA.

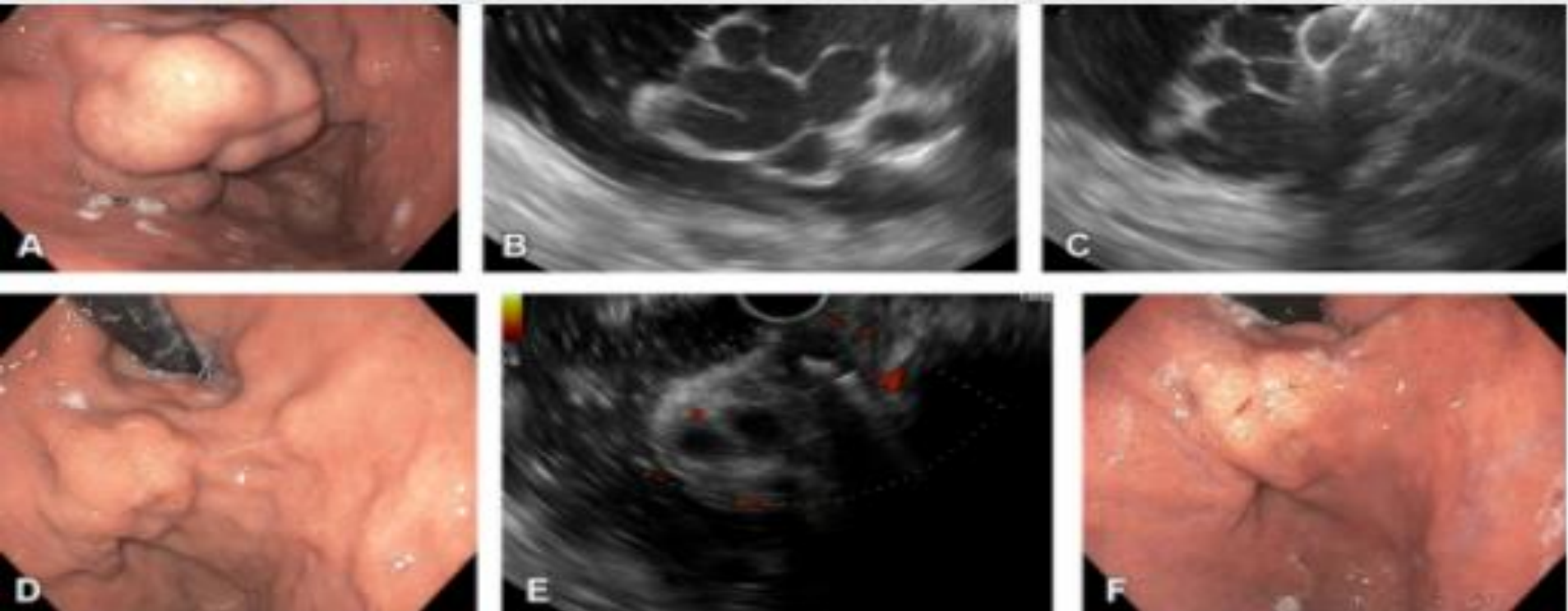
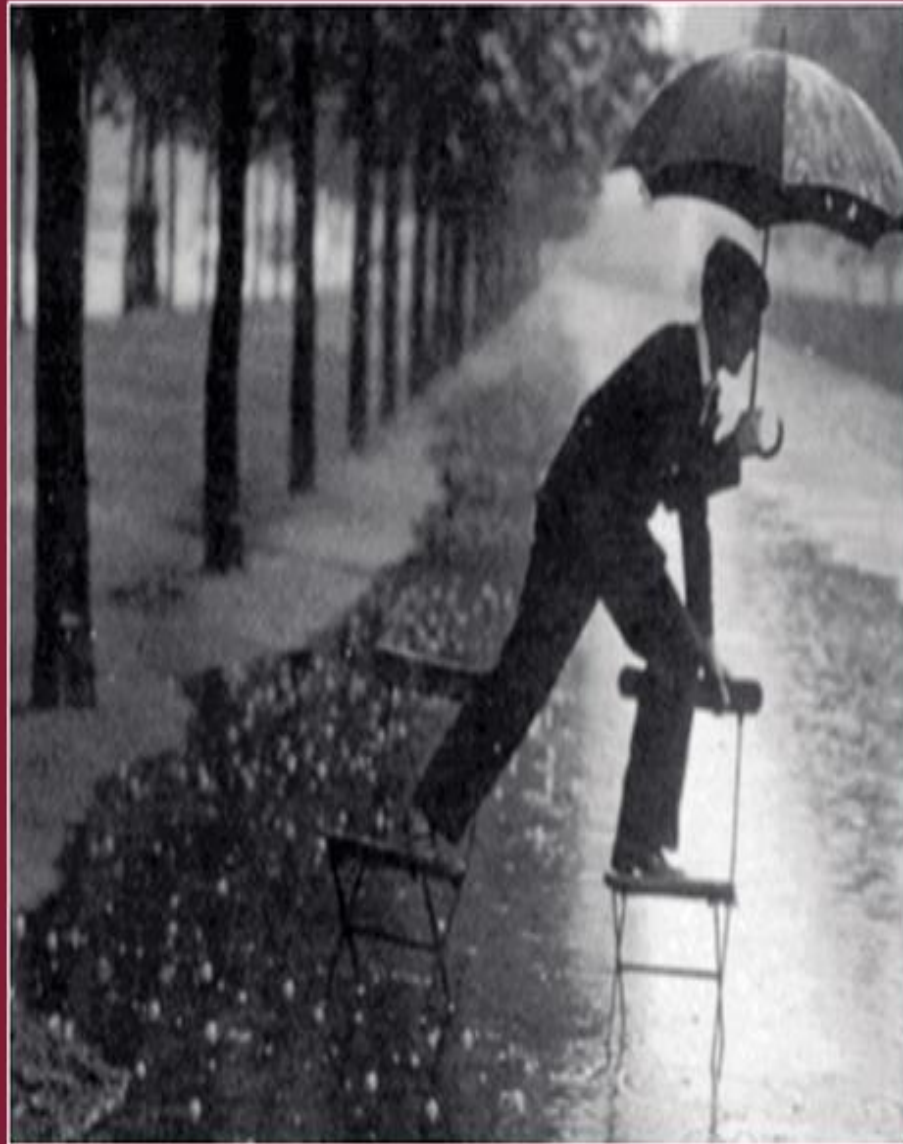


Figure 1 A, Large, type 1 isolated gastric variceal conglomerate in a patient with a history of bleeding. B, EUS showing same 4-cm varices conglomerate. C, Transesophageal deployment of coil through a 19-gauge needle. D, 1-month follow-up endoscopy showing markedly smaller variceal complex with cracked earth pattern suggesting obliteration. E, EUS showing variceal conglomerate at 1-month follow-up. Absent flow on color Doppler. F, 9-month follow-up showing eradicated varices.

KẾT LUẬN

- Điều trị XHTH do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản dạ dày đòi hỏi một phương pháp tiếp cận đa mô thức.
- Nội soi điều trị là một phương pháp quan trọng.
- Hai phương pháp điều trị nội soi chính là EVL và EVO, sự lựa chọn tùy theo biến thể.
- TIPS và BRTO là những lựa chọn cứu cánh tốt khi thất bại cầm máu qua nội soi.
- Tắc mạch dưới hướng dẫn EUS là một điều trị đầy hứa hẹn trong tương lai.



Baveno VII

CONSENSUS WORKSHOP
PERSONALIZED CARE
IN PORTAL HYPERTENSION

VIRTUAL

October 27-30, 2021

PEDIATRIC RESEARCH MEETING

Primary Prophylaxis of Variceal
Hemorrhage, Complexities
in the Development of Evidence-Based
Approaches in Pediatrics

October 31, 2021

Chuyên đề tiếp theo:

" CẬP NHẬT QUẢN LÝ NỘI SOI MALLORY-WEIS TEARING"

Thank you!

