

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU TIÊU HÓA DO VỠ GIẼN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN BẰNG NỘI SOI THẮT VÒNG CAO SU TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 4, QUÂN KHU 4

Trần Thị Giang^{1*}, Nguyễn An Giang¹
Trương Quang Thắng¹, Nguyễn Ngọc Nam¹, Lê Thị Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản bằng nội soi thắt vòng cao su.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu kết hợp hồi cứu trên 96 người bệnh xơ gan chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, điều trị bằng thắt vòng cao su qua nội soi, tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4, từ tháng 01/2023 đến tháng 4/2026.

Kết quả: Nhóm người bệnh có tuổi trung bình là $54,8 \pm 11,2$ tuổi; 81,3% là nam giới. Đa số người bệnh có phân loại xơ gan Child-Pugh B (62,5%), chảy máu tiêu hóa mức độ vừa (42,7%), búi giãn tĩnh mạch ở 1/3 dưới thực quản (77,1%), giãn tĩnh mạch thực quản độ III (57,3%) và tĩnh mạch thực quản giãn có dấu đỏ (85,4%). Về điều trị, số vòng cao su thắt trung bình $4,6 \pm 1,3$ vòng; cầm máu thành công 86,5% và thất bại ban đầu 4,2%; tái chảy máu 9,4%; tử vong 2,1%. Biến chứng nhẹ hay gặp là đau ngực (17,7%) và khó nuốt (8,3%). Không ghi nhận biến chứng nặng. Xơ gan Child-Pugh C là yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ thất bại điều trị (với OR = 5,18; KTC 95%: 1,54-17,39; p = 0,008).

Kết luận: Thắt tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su qua nội soi là phương pháp cấp cứu hiệu quả và an toàn trong điều trị chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

Từ khóa: Chảy máu tiêu hóa, tĩnh mạch thực quản, thắt vòng cao su, xơ gan.

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO RUPTURED ESOPHAGEAL VARICES BY ENDOSCOPIC RUBBER BAND LIGATION

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the treatment outcomes of acute esophageal variceal bleeding managed with endoscopic variceal ligation (EVL).

Subjects and methods: A prospective and retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 96 patients with liver cirrhosis diagnosed with acute esophageal variceal bleeding who underwent endoscopic variceal ligation at Military Hospital 4 between January 2023 and April 2026. Data collected included clinical characteristics, severity of gastrointestinal bleeding, Child-Pugh classification, endoscopic features of esophageal varices, number of ligation bands, initial hemostatic success, in-hospital rebleeding, in-hospital mortality, and post-procedural complications.

Results: The mean age was 54.8 ± 11.2 years, and 81.3% of the patients were male. Most patients were Child-Pugh class B (62.5%), and 42.7% presented with moderate gastrointestinal bleeding. Endoscopy showed that 77.1% of the varices were located in the lower third of the esophagus, 57.3% were grade III, and 85.4% exhibited red wale signs. The mean number of ligation bands was 4.6 ± 1.3 . Initial hemostatic success was 86.5%; initial hemostasis failure: 4.2%; in-hospital rebleeding and mortality were 9.3% and 2.1%, respectively. The most common minor complications were chest pain (17.7%) and dysphagia (8.3%); no aspiration pneumonia, mediastinitis, or bloodstream infection were observed. Child-Pugh class C was an independent predictor of treatment failure (OR = 5.18; 95% CI: 1.54-17.39; p = 0.008).

Conclusions: Endoscopic variceal ligation is an effective and safe emergency treatment for acute esophageal variceal bleeding in cirrhotic patients.

Keywords: Gastrointestinal bleeding, esophageal varices, rubber band ligation, cirrhosis.

Chịu trách nhiệm nội dung: Trần Thị Giang, Email: trangiangkttb2910@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/6/2026; mời phản biện khoa học: 7/2026; chấp nhận đăng: 14/9/2026.

¹Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa là hậu quả chủ yếu của xơ gan, dẫn đến nhiều biến chứng nặng nề, trong đó chảy máu tiêu hóa (CMTH) do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ), gây nguy hiểm đến tính mạng [1]. CMTH do vỡ giãn TMTQ là biến chứng thường gặp nhất ở người bệnh (NB) xơ gan, có tỉ lệ tử vong mỗi đợt chảy máu dao động từ 15-20%; tỉ lệ tái chảy máu trong 6 tuần đầu từ 30-50% nếu không được can thiệp dự phòng [2].

Thắt TMTQ bằng vòng cao su qua nội soi là phương pháp cầm máu cơ học trực tiếp, được Hội nghị đồng thuận quốc tế Baveno VII (2022) khuyến cáo là lựa chọn ưu tiên hàng đầu trong điều trị cấp cứu CMTH do vỡ giãn TMTQ [1]. Phương pháp này có hiệu quả cầm máu cao, tỉ lệ biến chứng thấp và có thể thực hiện ngay trong lần nội soi chẩn đoán ban đầu. Kết quả điều trị không chỉ phụ thuộc vào kĩ thuật can thiệp mà còn vào mức độ suy chức năng gan, mức độ chảy máu và đặc điểm búi giãn [3].

Tại Khoa Nội tiêu hóa - Huyết học lâm sàng, Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4 (BVQY4/QK4), kĩ thuật thắt TMTQ bằng vòng cao su đã được triển khai từ năm 2016 và ghi nhận nhiều kết quả tích cực trong thực tiễn lâm sàng. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đánh giá đầy đủ đặc điểm NB, hiệu quả điều trị và các yếu tố tiên lượng tại bệnh viện. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị CMTH do vỡ giãn TMTQ bằng nội soi thắt vòng cao su.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

96 NB xơ gan, có biến chứng CMTH do vỡ giãn TMTQ, điều trị bằng nội soi thắt vòng cao su tại Khoa Nội tiêu hóa - Huyết học lâm sàng, BVQY4/QK4, từ tháng 01/2023 đến tháng 4/2026.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB từ 18 tuổi trở lên, có chẩn đoán xác định CMTH do vỡ giãn TMTQ trên nền xơ gan [4]; có hồ sơ đầy đủ thông tin và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: CMTH không do nguyên nhân vỡ giãn TMTQ trên nền xơ gan; NB tái CMTH sớm (trong 5 ngày sau khi đã thắt TMTQ ở đợt điều trị trước); NB xơ gan giai đoạn cuối kèm suy đa tạng, hôn mê gan độ III-IV; NB có chống chỉ định tuyệt đối với nội soi thực quản - dạ dày (suy hô hấp nặng, suy tim mất bù...); NB có hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu kết hợp hồi cứu; theo dõi nội viện

để đánh giá tái chảy máu và tử vong. Khai thác và ghi nhận thông tin nghiên cứu vào mẫu phiếu thống nhất qua hồ sơ bệnh án với NB hồi cứu và qua khai thác trực tiếp với NB tiến cứu.

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện (toàn bộ NB thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu). Thực tế, chúng tôi đã lựa chọn vào nghiên cứu 96 NB đủ tiêu chuẩn.

- Các bước cơ bản kĩ thuật cấp cứu điều trị CMTH do vỡ giãn TMTQ tại BVQY4/QK4:

+ Quy trình kĩ thuật (xây dựng theo đồng thuận Baveno VII năm 2022 [1]), gồm 4 bước: (1) Hồi sức ban đầu bằng dịch tinh thể, truyền hồng cầu khối duy trì Hemoglobin 70-80 g/L, đặt sonde dạ dày theo dõi; (2) Điều trị nội khoa với thuốc co mạch tạng (terlipressin hoặc somatostatin/octreotide) trong 3-5 ngày, kháng sinh dự phòng ceftriaxone 1g/24 giờ trong 5-7 ngày, điều chỉnh rối loạn đông/cầm máu; (3) Nội soi cấp cứu trong 12 giờ sau khi huyết động ổn định để chẩn đoán và tiến hành thắt vòng cao su; (4) Dự phòng biến chứng (lactulose dự phòng bệnh não - gan, theo dõi nhiễm khuẩn và hội chứng gan - thận).

+ Chỉ định nội soi cấp cứu: ngay khi huyết động ổn định hoặc dưới hỗ trợ của hồi sức, đánh giá tình trạng chảy máu (phun thành tia, chảy rỉ rả) hay đã tạm cầm máu (nút tiểu cầu - fibrin, cục máu đông) và phân độ giãn TMTQ (độ I, II, III - theo Hiệp hội Nghiên cứu tăng áp lực tĩnh mạch cửa Nhật Bản [4]).

+ Chỉ định thắt TMTQ cấp cứu: giãn TMTQ độ II, III đang chảy máu hoặc có dấu hiệu chảy máu tạm cầm; giãn TMTQ độ II, III có dấu đỏ mà không xác định được nguồn chảy máu khác; giãn TMTQ độ I hoặc búi giãn biến mất khi bơm hơi không có chỉ định thắt do nguy cơ tuột vòng cao su (các trường hợp này được điều trị nội khoa và tìm nguyên nhân chảy máu khác).

+ Kĩ thuật thắt TMTQ: do bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa có nghiệp vụ nội soi can thiệp thực hiện chính. NB nằm nghiêng trái, gây tê hầu họng (lidocain 2%), phối hợp an thần khi cần (midazolam). Lắp bộ thắt vào đầu ống soi và tiến hành thắt tuần tự từ dưới lên trên theo hình xoắn ốc, các vòng cách nhau 1-2 cm; ưu tiên thắt trước ở vị trí đang chảy máu hoặc dấu đỏ nổi bật. Thực hiện kĩ thuật bằng hệ thống nội soi tiêu hóa trên Olympus EVIS EXERA III CV-170; bộ thắt giãn tĩnh mạch bằng vòng cao su loại 6 vòng (Wilson Cook: Six Shooter Saeed Multi-Band Ligator).

+ Điều trị, theo dõi và xử trí biến chứng: NB được điều trị theo phác đồ thống nhất (căn cứ

tình trạng bệnh), bao gồm bồi phụ khối lượng tuần hoàn, cầm máu (bất động, nội soi can thiệp, thuốc cầm máu, thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa), truyền máu theo chỉ định, dự phòng bệnh não gan và nhiễm khuẩn. Theo dõi tình trạng tái chảy máu và tử vong trong thời gian điều trị tại viện. Đồng thời, theo dõi và xử trí các biến chứng của nội soi can thiệp thất TMTQ. Trong khi thất, theo dõi liên tục mạch, huyết áp, SpO₂ và dấu hiệu chảy máu; nếu tuột vòng hoặc chảy máu tái phát, tiến hành thất lại tại chỗ. Sau thất, để NB nhịn ăn 6-8 giờ, dinh dưỡng dạng lỏng nguội trong 24-48 giờ đầu, dùng thuốc ức chế bơm proton phối hợp thuốc co mạch tạng. Các biến chứng nhẹ được điều trị nội khoa, thường tự giới hạn trong 24-48 giờ. Khi nghi ngờ biến chứng nặng, chỉ định nội soi kiểm tra, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực và hội chẩn phẫu thuật. Khi NB thất bại cầm máu ban đầu hoặc tái chảy máu, cân nhắc can thiệp nội soi cầm máu lần 2 hoặc chuyển tuyến điều trị tạo shunt cửa - chủ (TIPS) tùy tình trạng NB và chức năng gan theo Child-Pugh.

- Các chỉ số nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, nguyên nhân gây xơ gan.

+ Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng CMTH lúc nhập viện (nôn máu, đại tiện phân đen, kết hợp); mức độ CMTH/mất máu (nhẹ, vừa và nặng); phân độ xơ gan theo Child-Pugh (Child A: 5-6 điểm, Child B: 7-9 điểm, Child C: 10-15 điểm) [5].

+ Đặc điểm nội soi: vị trí búi giãn trên thực quản; phân độ giãn TMTQ (từ độ I-III, theo Hiệp hội Nghiên cứu tăng áp lực tĩnh mạch cửa Nhật Bản); đặc điểm CMTH trên nội soi; số vòng thắt trung bình mỗi lần can thiệp [4].

+ Kết quả điều trị (đánh giá theo đồng thuận Baveno VII năm 2022 [1]): cầm máu thành công (huyết động ổn định trong ít nhất 5 ngày sau can thiệp, không cần truyền máu bổ sung và hồng cầu/huyết sắc tố ổn định); thất bại cầm máu ban đầu (trong 24 giờ đầu sau nội soi can thiệp, NB có ≥ 1 dấu hiệu: (1) Tiếp tục nôn máu tươi hoặc sonde dạ dày hút ra > 100 mL máu tươi; (2) Sốc giảm thể tích không đáp ứng bù dịch (tụt huyết áp tâm thu ≥ 20 mmHg hoặc mạch tăng ≥ 20 lần/phút); (3) Giảm Hemoglobin ≥ 30 g/L - tương đương 9% Hematocrit trong 24 giờ mà không do pha loãng khi bù dịch); tái chảy máu trong viện (sau khi CMTH đã ổn định ít nhất 24 giờ, NB xuất hiện ≥ 1 dấu hiệu: (1) Nôn máu đỏ tươi hoặc sonde dạ dày hút ra > 100 mL máu đỏ tươi sau can thiệp cầm máu; (2) Giảm Hemoglobin ≥ 30 g/L - khoảng 9% Hematocrit ở NB không truyền máu trong 24 giờ; (3) Đại tiện phân

đen mới hoặc phân máu tươi kèm dấu hiệu huyết động không ổn định); tử vong trong viện (tử vong do CMTH vì vỡ giãn TMTQ hoặc NB có diễn tiến nặng xin về và xác nhận tử vong tại nhà sau khi đã can thiệp điều trị [1]).

+ Đánh giá biến chứng: biến chứng nhẹ (gồm: đau ngực, khó nuốt, sốt thoáng qua xuất hiện trong 24-48 giờ sau thủ thuật, không cần can thiệp xâm lấn và đáp ứng với điều trị nội khoa); biến chứng nặng (gồm: loét thực quản có biểu hiện lâm sàng; viêm phổi hít; viêm trung thất và nhiễm khuẩn huyết [1]).

- Xử lý và phân tích số liệu: bằng phần mềm SPSS 26.0. Biểu diễn các biến định lượng phân phối chuẩn dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn; biến định tính dưới dạng tần số và tỉ lệ %. So sánh tỉ lệ bằng kiểm định χ^2 hoặc Fisher's exact test khi thích hợp. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến để xác định các yếu tố liên quan đến thất bại điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

- Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được Hội đồng Khoa học BVQY4/QK4 chấp thuận. NB tham gia hoàn toàn tự nguyện; thông tin cá nhân NB được mã hóa, bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm NB nghiên cứu

- Đặc điểm chung:

+ Tuổi trung bình: $54,8 \pm 11,2$ tuổi.

+ Giới tính: nam giới chiếm ưu thế với 81,3%.

- Đặc điểm lâm sàng:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Số NB (n = 96)	Tỉ lệ (%)
Biểu hiện CMTH	Nôn máu đơn thuần	50	52,1
	Đại tiện phân đen đơn thuần	18	18,8
	Nôn máu và đại tiện phân đen	28	29,2
Mức độ CMTH	Nhẹ	20	20,8
	Vừa	41	42,7
	Nặng	35	36,5
Phân độ xơ gan	Child A	9	9,4
	Child B	60	62,5
	Child C	27	28,1

Đa số NB nghiên cứu có nôn máu đơn thuần (52,1%), CMTH mức độ vừa (42,7%) và thuộc nhóm Child-Pugh B (62,5%).

- Đặc điểm nội soi:

Bảng 2. Đặc điểm nội soi và can thiệp

Đặc điểm nội soi và can thiệp		Số NB (n = 96)	Tỉ lệ (%)
Vị trí búi giãn trên thực quản	Toàn bộ	4	4,2
	2/3 giữa và dưới	18	18,8
	1/3 dưới	74	77,1
Phân độ giãn TMTQ	Độ I	0	0
	Độ II	41	42,7
	Độ III	55	57,3
Dấu hiệu CMTQ trên nội soi	Phun thành tia	6	6,3
	Rỉ máu trên búi giãn	28	29,2
	Nút tiểu cầu - fibrin	37	38,5
	Cục máu đông	25	26,0
Dấu đỏ	Có	82	85,4
	Không	14	14,6

Hay gặp búi giãn nằm ở 1/3 dưới thực quản (77,1%), giãn độ III (57,3%), dấu hiệu chảy máu là nút tiểu cầu - fibrin (38,5%) và rỉ máu trên búi giãn (29,2%), có dấu đỏ trên búi giãn (85,4%).

3.2. Đánh giá kết quả điều trị CMTH do vỡ giãn TMTQ bằng nội soi thắt vòng cao su

- Số vòng cao su sử dụng mỗi lần can thiệp: từ 2-7 vòng thắt; trung bình $4,6 \pm 1,3$ vòng.

- Kết quả và biến chứng:

Bảng 3 cho thấy tỉ lệ kết quả cầm máu thành công đạt 86,5%; thất bại cầm máu ban đầu 4,2%; tái chảy máu trong thời gian nằm viện 9,4%; tử vong trong viện 2,1%. Biến chứng nhẹ thường gặp là đau ngực (17,7%) và khó nuốt (8,3%). Biến chứng nặng hiếm gặp, chỉ ghi nhận loét thực quản (2,1%); không có trường hợp nào viêm phổi hít, viêm mủ trung thất hay nhiễm khuẩn huyết.

Bảng 3. Kết quả điều trị và biến chứng

Kết quả điều trị và biến chứng		Số NB (n = 96)	Tỉ lệ (%)
Kết quả điều trị	Cầm máu thành công	83	86,5
	Thất bại ban đầu	4	4,2
	Tái chảy máu trong thời gian nằm viện	9	9,4
	Tử vong trong viện	2	2,1
Biến chứng nhẹ	Đau ngực	17	17,7
	Khó nuốt	8	8,3
	Sốt	5	5,2
Biến chứng nặng	Loét thực quản	2	2,1
	Viêm phổi hít	0	0,0
	Viêm mủ trung thất	0	0,0
	Nhiễm khuẩn huyết	0	0,0

Bảng 4. Liên quan giữa kết cục điều trị với độ giãn TMTQ và mức độ xơ gan theo Child-Pugh

Yếu tố liên quan (n = 96)		Kết cục điều trị (n, %)		p
		Thành công	Thất bại	
Độ giãn TMTQ	Độ II	35 (85,4)	6 (14,6)	0,548
	Độ III	48 (87,3)	7 (12,7)	
Mức độ xơ gan	Child A	9 (100,0)	0 (0,0)	0,004
	Child B	55 (91,7)	5 (8,3)	
	Child C	19 (70,4)	8 (29,6)	

Tỉ lệ thất bại điều trị tăng dần theo mức độ nặng của xơ gan: Child A (0,0%), Child B (8,3%), Child C (29,6%), khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,004$. Tỉ lệ thất bại điều trị có xu hướng giảm theo độ giãn TMTQ, song khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,548$).

Bảng 5. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến thất bại điều trị

Yếu tố liên quan	OR	KTC 95%	p
Tuổi ≥ 60	1,32	0,43-4,07	0,631
Giới tính nam	1,24	0,31-4,98	0,762
Nguyên nhân xơ gan do rượu	1,62	0,48-5,46	0,435
Tiền sử vỡ TMTQ	2,17	0,65-7,24	0,207
Tiền sử thắt TMTQ nhiều lần	1,56	0,48-5,12	0,462
Giãn TMTQ độ III	1,74	0,50-6,05	0,384
Xơ gan mức Child-Pugh C	5,18	1,54-17,39	0,008
CMTH mức độ nặng	1,48	0,42-5,18	0,539
Có dấu đỏ trên búi giãn TMTQ	1,91	0,21-17,55	0,570

Phân tích hồi quy logistic đa biến, thấy Child-Pugh C là yếu tố độc lập duy nhất có ý nghĩa thống kê, làm tăng nguy cơ thất bại điều trị 5,18 lần so với các nhóm còn lại (OR = 5,18; KTC 95%: 1,54-17,39; p

= 0,008). Các yếu tố tuổi, giới tính, nguyên nhân xơ gan, tiền sử vỡ hoặc thủng TMTQ trước đó và độ giãn TMTQ liên quan không có ý nghĩa thống kê với kết cục thất bại điều trị ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, tuổi trung bình là $54,8 \pm 11,2$ tuổi, nam giới chiếm ưu thế (81,3%). Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của xơ gan tại Việt Nam, khi nam giới có tỉ lệ lạm dụng rượu và nhiễm virus viêm gan B cao hơn. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Duy Anh và cộng sự (2019) [6] với tỉ lệ NB xơ gan nam/nữ là 4,9/1. Xơ gan là bệnh lí mạn tính tiến triển chậm, thường phải trải qua 10-20 năm từ khi có yếu tố nguy cơ đến khi xuất hiện biến chứng mất bù; do đó, NB thường ở lứa tuổi trung niên đến cao tuổi [6], [7].

Về đặc điểm lâm sàng, nôn máu đơn thuần là lí do nhập viện phổ biến nhất (52,1%). Đây là triệu chứng đặc hiệu giúp chẩn đoán sớm CMTH do vỡ giãn TMTQ. Đa số NB có mất máu mức độ vừa (42,7%), phản ánh thực tế rằng NB xơ gan thường đã có thiếu máu nền từ trước do cường lách, suy chức năng gan và thiếu dưỡng. Vì vậy, một đợt chảy máu cấp tính sẽ làm nặng nề thêm tình trạng thiếu máu, đòi hỏi thái độ xử trí tích cực và kịp thời [5].

Về phân độ xơ gan, NB xơ gan mức Child-Pugh B và Child-Pugh C chiếm tỉ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi (62,5% và 28,1%), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Huỳnh Duy Anh và cộng sự (2019) [6] (với tỉ lệ Child-Pugh B và C lần lượt là 73,2% và 16,3%). Mức độ xơ gan càng nặng thì chức năng đông máu càng suy giảm, lách càng to và tiểu cầu càng thấp. Từ đó, làm tăng nguy cơ chảy máu và ảnh hưởng đến hiệu quả cầm máu [6].

Về đặc điểm nội soi, búi giãn TMTQ chủ yếu nằm ở 1/3 dưới thực quản (77,1%), giãn TMTQ độ III (57,3%) và có dấu đỏ (85,4%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Thái Phúc và cộng sự (2024) [8]: búi giãn TMTQ chủ yếu ở 1/3 dưới (59,1%), dấu đỏ gặp ở 98,2% trường hợp. Cơ chế bệnh sinh của giãn TMTQ trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa cho thấy búi giãn TMTQ hình thành sớm nhất ở đoạn 1/3 dưới thực quản, nơi có sự thông nối giữa hệ tĩnh mạch cửa và hệ tĩnh mạch chủ qua đám rối tĩnh mạch dạ dày trái và tĩnh mạch dưới hoành. Khi tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa

kéo dài, búi giãn có thể lan dần lên đoạn 1/3 giữa và 1/3 trên thực quản. Trong nghiên cứu này, phân loại vị trí búi giãn TMTQ được xác định theo vùng lan cao nhất mà thất vòng cao su được thực hiện. Toàn bộ NB đều có búi giãn ở đoạn 1/3 dưới, trong đó nhóm giãn TMTQ ở toàn bộ thực quản (4,2%) và 2/3 giữa-dưới thực quản (18,8%) phản ánh mức độ tiến triển lan tỏa của bệnh. Búi giãn TMTQ ở 1/3 dưới thực quản thường là nơi chịu áp lực tĩnh mạch cửa lớn nhất và là vị trí dễ vỡ nhất. Dấu hiệu đỏ trên búi giãn là yếu tố nguy cơ độc lập của chảy máu cấp; do đó, cần được theo dõi và can thiệp phòng ngừa kịp thời [1]. Dấu hiệu chảy máu gần đó phổ biến nhất là nút tiểu cầu - fibrin (38,5%), kết quả này phù hợp với bệnh cảnh phần lớn NB đã tự cầm máu tạm thời trước khi đến viện.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị CMTH do vỡ giãn TMTQ bằng nội soi thắt vòng cao su

Về thủ thuật thắt búi giãn TMTQ, số vòng thắt trung bình mỗi lần can thiệp là $4,6 \pm 1,3$ vòng, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Huỳnh Duy Anh và cộng sự (2019) [6]: số vòng thắt trung bình là $4,5 \pm 1,2$ vòng. Số lượng vòng thắt cho từng NB phụ thuộc vào số lượng và tình trạng vỡ búi giãn TMTQ [6]. Về kết quả điều trị, tỉ lệ cầm máu thành công đạt 86,5% trong nghiên cứu của chúng tôi, tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trong nước và quốc tế, trong đó tỉ lệ thành công của thắt vòng cao su qua nội soi thường được báo cáo từ 80-95% [2], [8]. Tỉ lệ thất bại cầm máu ban đầu là 4,2% (4 trường hợp này được theo dõi và nội soi lại lần 2 thắt TMTQ thành công). Tỉ lệ tái chảy máu trong thời gian nằm viện là 9,4% (trong đó, có 5 NB được nội soi lần 2 thắt TMTQ thành công; 2 NB được chuyển tuyến trên đặt TIPs; 2 NB tử vong). Tỉ lệ tử vong trong viện là 2,1% (2 trường hợp tử vong này là do chảy máu tại vị trí thắt, xơ gan Child-Pugh C có rối loạn đông/cầm máu nặng và có nhiều bệnh nền kết hợp). Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với mức 15-20% được báo cáo trong các nghiên cứu sớm về CMTH do vỡ giãn TMTQ [2], có thể vì cỡ mẫu của chúng tôi không đủ lớn.

Về biến chứng, đau ngực (17,7%) và khó nuốt (8,3%) là hai biến chứng nhẹ thường gặp nhất, xuất hiện do phản ứng viêm tại chỗ và phù nề tạm thời sau khi vòng cao su thắt vào niêm mạc thực quản. Các triệu chứng này thường tự giới hạn trong 24-48 giờ và không cần can thiệp thêm [8]. Loét thực quản gặp ở 2,1%, là biến chứng của quá trình hoại tử và bong vòng cao su, thường ổn định trong 2-3 tuần. Không ghi nhận NB nào viêm phổi hít,

viêm mủ trung thất hay nhiễm khuẩn huyết, cho thấy kỹ thuật thực hiện an toàn và tuân thủ phòng ngừa nhiễm khuẩn theo quy trình.

Về các yếu tố tiên lượng, phân tích đơn biến cho thấy mức độ xơ gan theo Child-Pugh là yếu tố duy nhất liên quan có ý nghĩa thống kê đến kết cục điều trị ($p = 0,004$), trong khi độ giãn TMTQ và mức độ CMTH không đạt ngưỡng có ý nghĩa thống kê. Sau phân tích hồi quy logistic đa biến, Child-Pugh C được xác nhận là yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ thất bại điều trị 5,18 lần (OR = 5,18; KTC 95%: 1,54–17,39; $p = 0,008$). Các yếu tố khác được đưa vào mô hình đa biến gồm tuổi ≥ 60 , giới nam, nguyên nhân xơ gan do rượu, tiền sử vỡ hoặc thắt TMTQ trước đó, giãn TMTQ độ III và dấu đỏ trên búi giãn TMTQ đều không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này gợi ý rằng trong quần thể nghiên cứu, mức độ suy chức năng gan là yếu tố quyết định chính đến kết cục thất vòng cao su. Kết quả này phù hợp với y văn, trong đó Child-Pugh C và điểm MELD cao là hai chỉ số tiên lượng mạnh nhất cho thất bại điều trị và tử vong ở NB CMTH do vỡ giãn TMTQ [3], [4]. Cơ chế giải thích là NB xơ gan Child-Pugh C có rối loạn đông/cầm máu nặng, suy chức năng thận đi kèm, giảm khả năng co mạch tại chỗ và tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, làm giảm hiệu quả cầm máu ngay cả khi thắt vòng cao su thực hiện thành công về mặt kỹ thuật. Kết quả này gợi ý NB Child-Pugh C cần được tiếp cận điều trị tích cực hơn, bao gồm cân nhắc sớm đặt TIPs theo khuyến cáo Baveno VII đối với nhóm nguy cơ cao [1].

Hạn chế của nghiên cứu là thiết kế mô tả đơn trung tâm với cỡ mẫu tương đối hạn chế (96 NB); không có nhóm chứng so sánh; nghiên cứu không đánh giá kết quả điều trị dài hạn như tỉ lệ xơ hóa búi giãn hoàn toàn, tái chảy máu sau 6 tuần và 1 năm (là các chỉ số quan trọng trong đánh giá hiệu quả dự phòng thứ phát).

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 96 người bệnh chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, điều trị bằng nội soi thắt vòng cao su, tại Bệnh viện Quân y 4, Quân khu 4, chúng tôi rút ra kết luận: người bệnh trong nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình $54,8 \pm 11,2$ tuổi; đa số là nam giới (81,3%), xơ gan mức độ Child-Pugh B (62,5%), có vị trí búi giãn tĩnh mạch ở 1/3 dưới thực quản (77,1%), giãn tĩnh mạch mức độ III (57,3%) và búi giãn có dấu đỏ (85,4%). Về điều trị, số vòng thắt trung bình $4,6 \pm 1,3$ vòng; tỉ

lệ cầm máu thành công đạt 86,5%; thất bại cầm máu ban đầu 4,2%, tái chảy máu trong viện 9,4%, tử vong trong viện 2,1%. Biến chứng nhẹ chiếm đa số, không ghi nhận biến chứng viêm phổi hít, viêm mủ trung thất hay nhiễm khuẩn huyết. Xơ gan mức độ Child-Pugh C là yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ thất bại điều trị lên 5,18 lần ($p = 0,008$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. De Franchis R., Bosch J., Garcia-Tsao G., et al., “Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension”, *Journal of Hepatology*, 76(4): pp. 959-974, 2022.
2. Shaheen A.A., Nguyen H.H., Congly S.E., et al., “Nationwide estimates and risk factors of hospital readmission in patients with cirrhosis in the United States”, *Liver International*, 39(5): pp. 878-884, 2019.
3. Boregowda U., Umapathy C., Halim N., et al., “Update on the management of gastrointestinal varices”, *World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics*, 10 (1): pp. 1-21, 2019.
4. Chun H.J., Yang S.K., Choi M.G., “Nội soi tiêu hóa lâm sàng”, *Atlas tổng quát*, Nhà xuất bản Y học, 2019.
5. Cabrera L., Tandon P., Abraldes J.G., “An update on the management of acute esophageal variceal bleeding”, *Gastroenterología y Hepatología (English Edition)*, 40(1): pp. 34-40, 2017.
6. Huỳnh Duy Anh, *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị bằng phương pháp thắt vòng cao su và giá trị một số yếu tố tiên đoán xuất huyết tái phát và tử vong do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, 2019.
7. Nguyễn Quốc Việt, Nguyễn Thị Thảo, Hà Văn Kim và cộng sự, “Đánh giá kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa bằng kỹ thuật thắt vòng cao su tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương”, *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*, 3 (47): tr. 126-132, 2024.
8. Trần Thái Phúc, Đỗ Thanh Tùng, “Một số đặc điểm bệnh lý của người bệnh xơ gan, vỡ tĩnh mạch thực quản tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình”, *Tạp chí Y học Cộng đồng*, 65 (3): tr. 102-110, 2024. □