

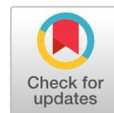


ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 28(2):119-126

<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.02.15>



Kết quả điều trị thắt thun tĩnh mạch các trường hợp xuất huyết tiêu hóa do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản tại bệnh viện Nhi Đồng 2

Nguyễn Thị Thu Thủy^{1*}, Võ Hoàng Khoa¹, Thái Thị Hải¹, Nguyễn Anh Tuấn^{2,3}

¹Khoa Tiêu hóa Bệnh viện Nhi Đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bộ môn Nhi- Trung tâm đào tạo nhân lực theo yêu cầu Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Khoa Nội Tổng quát 2 Bệnh viện Nhi Đồng 1, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) là biến chứng nặng và thường gặp ở trẻ em tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TAC).

Mục tiêu: Xác định các đặc điểm chung, đặc điểm nội soi, đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp thắt thun TMTQ trong điều trị và dự phòng XHTH tại bệnh viện Nhi Đồng 2 trong thời gian theo dõi 6 tháng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên bệnh nhi XHTH do vỡ dẫn TMTQ được thực hiện thắt thun tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 01/2017 đến tháng 01/2022. Thu thập và phân tích các thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả nội soi và biến chứng thắt thun TMTQ.

Kết quả: Có 75 bệnh nhân XHTH do vỡ dẫn TMTQ được thực hiện 88 đợt thắt thun. Tuổi trung vị: 6 tuổi, cân nặng nhỏ nhất 8 kg. 8% bệnh nhân được thực hiện nội soi cấp cứu; 26,7% nội soi trong vòng 24-48 giờ; 65,3% nội soi dự phòng. Phân độ dẫn TMTQ: đa số là F3 (81 %); dấu đỏ 92%; dẫn TM phình vị 47%; bệnh dạ dày TAC 92%. Hầu hết bệnh nhân (82,6%) chỉ cần thực hiện 1 đợt thắt thun; 2,7% cần 3 đợt thắt thun trong 6 tháng. Khoảng cách TB giữa 2 đợt soi là 4,4 ± 1,7 tháng. Biến chứng 2,3%; không có biến chứng nặng gây tử vong. 98,7 % kiểm soát XHTH sau 6 tháng.

Kết luận: Thắt thun TMTQ có hiệu quả cao trong kiểm soát XHTH giai đoạn cấp tính và dự phòng XHTH tái phát ở bệnh nhân TAC. Để kiểm soát XHTH tái phát, bệnh nhân cần nhiều nhất 3 đợt thắt thun trong 6 tháng.

Từ khóa: tăng áp lực tĩnh mạch cửa; thắt thun tĩnh mạch thực quản; xuất huyết tiêu hóa

Ngày nhận bài: 18-12-2024 / Ngày chấp nhận đăng bài: 06-03-2025 / Ngày đăng bài: 08-03-2025

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thu Thủy. Khoa Tiêu hóa bệnh viện Nhi Đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: bsthuthuynd2@gmail.com

© 2025 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

OUTCOMES OF ENDOSCOPIC VARICEAL LIGATION IN CASES OF GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO ESOPHAGEAL VARICEAL RUPTURE AT CHILDREN'S HOSPITAL No.2

Nguyen Thi Thu Thuy, Vo Hoang Khoa, Thai Thi Hai, Nguyen Anh Tuan

Background: Gastrointestinal bleeding (GIB) due to esophageal variceal rupture is the most serious complication of portal hypertension.

Objective: To determine the general and endoscopic characteristics, the effectiveness and safety of Endoscopic Variceal Ligation (EVL) for treating and preventing GIB at Children's Hospital No2 over a 6-month follow-up.

Methods: A retrospective study was conducted on pediatric patients with GIB caused by esophageal variceal rupture who underwent EVL at Children's Hospital 2 from January 2017 to January 2022. Data on clinical characteristics, laboratory findings, endoscopic outcomes, and complications were collected and analyzed.

Results: Seventy-five patients with GIB from ruptured esophageal varices underwent 88 ligation sessions. The median age was 6 year olds; the minimum weight was 8 kg. Emergency EVL was performed in 8% of patients, 26.7% of which were within 24 to 48 hours from occurrence, 65.3% had prophylactic endoscopy. At the time of first EVL, most had endoscopic classifications of varices at F3 (81%); red wale markings in 92% of cases; esophageal varices were noted in 47%; portal hypertensive gastropathy was presented in 92%. The majority (82.6%) required only one EVL session, while 2.7% needed three EVL sessions within six months of treatment. The average interval between endoscopic procedures was 4.4 ± 1.7 months. Complications occurred in 2.6% of cases, with no smortality. 98.7% achieved control of GIB after 6-months posttreatment.

Conclusion: EVL is a safe and effective method for managing acute episodes and preventing variceal bleeding in children with portal hypertension. Patients may need three sessions within six months of treatment.

Keywords: portal hypertension; Endoscopic Variceal Ligation (EVL); Gastrointestinal bleeding (GIB)

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) là một biến chứng nặng, thường gặp ở bệnh nhân tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TAC). Ở người lớn, thắt thun TMTQ là thủ thuật thường quy trong điều trị và dự phòng XHTH do vỡ dẫn TMTQ [1,2]. Tuy nhiên ở trẻ em gặp khó khăn về mặt kỹ thuật, chỉ có thể thực hiện ở một số trung tâm. Có ít nghiên cứu, cỡ mẫu nhỏ. Không có nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng.

Khoa Tiêu hóa bệnh viện Nhi Đồng 2 đã thực hiện thắt thun TMTQ dự phòng xuất huyết tái phát trên bệnh nhân TAC từ năm 2011. Năm 2016, Nguyễn Thị Thu Thủy đã báo cáo “Hiệu quả của nội soi thắt thun trong dự phòng tái phát xuất huyết do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản ở trẻ em” bước đầu cho

thấy thắt thun TMTQ an toàn đối với trẻ em, giảm tỉ lệ xuất huyết tiêu hóa tái phát [3]. Tuy nhiên, đây là kết quả nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ và thời gian nghiên cứu ngắn, chưa trả lời được các câu hỏi: Trẻ cần bao nhiêu đợt thắt thun để làm xẹp hoàn toàn các cột TM? Khoảng cách giữa hai đợt thắt là bao lâu? Kết quả của thắt thun TMTQ sau thời gian theo dõi 6 tháng là như thế nào?

Mục tiêu nghiên cứu

Xác định tỉ lệ các đặc điểm chung; tỉ lệ các đặc điểm nội soi; đánh giá kết quả thắt thun tĩnh mạch: tỉ lệ kiểm soát XHTH, tần suất thắt thun, tỉ lệ các biến chứng, tỉ lệ bệnh nhân được điều trị ngoại khoa trong thời gian theo dõi 6 tháng sau thắt thun TMTQ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Có 75 bệnh nhi nhập viện vì XHTH do vỡ dẫn TMTQ được điều trị bằng thắt thun TMTQ tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 01/2017 đến tháng 01/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhi được chẩn đoán TAC có biến chứng XHTH do vỡ dẫn TMTQ và được điều trị bằng thắt thun TMTQ (một hoặc nhiều đợt thắt).

XHTH được xác định khi có ói máu và hoặc tiêu máu (hoặc sonde dạ dày ra máu và/hoặc thăm trực tràng có phân đen, đỏ theo gắng). Loại trừ xuất huyết từ vùng mũi họng và ho máu.

Dẫn TMTQ được xác định trên nội soi thực quản dạ dày tá tràng, lâm sàng có hội chứng TAC (lách to, bóng bụng, tuần hoàn bàng hệ) có hoặc không có hội chứng suy tế bào gan; siêu âm hoặc CT bụng có dấu hiệu Tăng áp lực tĩnh mạch cửa ± có dẫn tĩnh mạch thực quản đoạn bụng và tuần hoàn bàng hệ cửa – chủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Dị dạng TMTQ (là những búi dẫn TM đơn độc ở thực quản, không có TAC kèm theo), hồ sơ không đầy đủ dữ liệu, hoặc bệnh nhân bỏ tái khám trong thời gian nghiên cứu (6 tháng).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca.

2.2.2. Cỡ mẫu

Lấy trọn mẫu.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Phân độ dẫn TMTQ theo Hội nội soi Nhật Bản (Hình 1):

F1: búi TMTQ dẫn nhỏ, thẳng, xẹp khi bơm hơi.

F2: búi TMTQ dẫn trung bình, ngoằn ngoèo, chiếm dưới 1/3 lòng thực quản.

F3: búi TMTQ dẫn lớn, không có khoảng cách giữa niêm mạc bình thường, chiếm trên 1/3 lòng thực quản.



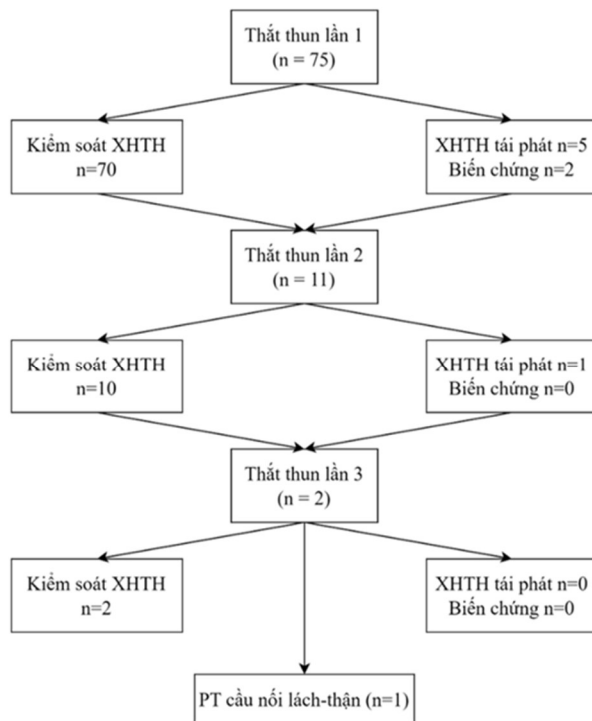
Hình 1. Phân độ dẫn TMTQ "Nguồn: Atlas of gastrointestinal endoscopy"

Bảng 1. Phân độ XHTH trên

Độ	1	2	3	4
Lượng máu mất	< 15%	15-30%	30-40%	>40%
Tri giác	Bình thường	Bứt rứt, hốt hoảng	Li bì, hôn mê	Hôn mê
Mạch	Bình thường	Nhanh	Nhanh/ chậm	=0
HA	Bình thường	Hạ HA tư thế	HA tụt, kẹp	Không đo được

Độ	1	2	3	4
Da niêm	Bình thường	Da xanh, niêm nhạt	Da xanh, niêm nhạt, chi lạnh, da nổi bông	Da tái
Nước tiểu	Bình thường	Bình thường	Thiếu niệu	Vô niệu

Chỉ định thắt thun TMTQ khi dẫn TMTQ độ II có dấu đỏ, dẫn TMTQ độ III. Tại bệnh viện Nhi Đồng 2, chúng tôi sử dụng hệ thống ống soi mềm Olympus GIF-Q180- 9,5 mm. Đường kính kênh thủ thuật 2mm. Vòng thắt cao su Nova, đường kính vòng thắt 9,5-11 mm, có 6 vòng thun trên mỗi đầu thắt (Hình 2).



Hình 2. Lưu đồ nghiên cứu

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Nội soi cấp cứu: khi thực hiện nội soi thắt thun trong 24 giờ đầu sau XHTH, khi XHTH nặng (độ 3,4) đang diễn tiến và không đáp ứng điều trị nội khoa.

Nội soi bán khẩn: khi thực hiện nội soi thắt thun > 24-48 giờ sau XHTH.

Nội soi thắt thun dự phòng: khi thực hiện thắt thun sau khi XHTH đã được điều trị nội ổn định.

Thủ thuật thắt thun TMTQ thành công: thực hiện được thủ thuật thắt thun, cột được búi TM dẫn.

Thủ thuật thắt thun TMTQ thất bại: không đưa vòng thắt vào được, thắt bị tuột.

Các cột dẫn TMTQ xếp hoàn toàn: khi giảm mức độ dẫn TMTQ về độ 1.

2.2.5. Xử lý số liệu

Dữ liệu về lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả nội soi, và các biến chứng liên quan được thu thập từ hồ sơ bệnh án và được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong 5 năm từ tháng 01/2017 đến tháng 01/2022 chúng tôi có 75 bệnh nhân XHTH do vỡ dẫn TMTQ được thực hiện 88 đợt thắt thun TMTQ thỏa điều kiện nhận vào nhóm nghiên cứu (Hình 2).

Tỉ lệ nam: nữ = 1:1,2. Tuổi trung vị 6 (1-15,6). Cân nặng trung bình 20 ± 9 kg, cân nặng nhỏ nhất: 8kg. Có 43 (57,3%) bệnh nhân có tiền căn XHTH. Số đợt XHTH trung bình trước thời điểm nghiên cứu $0,76 \pm 0,9$, nhiều nhất là 4 đợt. Đa số bệnh nhân (77,3%) được dự phòng XHTH với Propranolol.

Triệu chứng đi kèm thường gặp nhất là lách to (90,7%). Vàng da chỉ gặp ở nhóm tại gan, không gặp ở nhóm trước gan, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p = 0,002$ - Kiểm định Fisher's Exact.

Bảng 2. Các đặc điểm chung

Biến số	Kết quả
Giới: Nam: nữ	1:1,2
Tuổi trung bình tại thời điểm thắt thun (tuổi)	$7,5 \pm 3,4$
CN trung bình tại thời điểm thắt thun (kg)	20 ± 9

Biến số	Kết quả
Tiền căn XHTH (n, %)	43 (57,3)
Số đợt XHTH trung bình trước thời điểm nghiên cứu (đợt)	0,76 ± 0,91
Triệu chứng lâm sàng (n, %)	
Lách to	68 (90,7)
Gan to	54 (72)
Giảm tiểu cầu	54 (72)
Báng bụng	24 (32)
Vàng da	21 (26,6)
Tuần hoàn bàng hệ	16 (21,3)
Rối loạn đông máu	11 (14,6)
Nguyên nhân TAC (n, %)	
Trước gan	18 (24)
Tại gan	57 (76)
Sau gan	0 (0)
Phân độ XHTH (n, %)	
Độ 1	32 (42,6)
Độ 2	38 (50,7)
Độ 3	4 (5,4)
Độ 4	1 (1,3)

Đa số các trường hợp XHTH mức trung bình (50,7%), mức độ nặng ít (6,7%), không có sự khác biệt nhiều về mức độ xuất huyết giữa 2 nhóm nguyên nhân TAC trước gan và tại gan.

Nguyên nhân TAC thường gặp nhất là teo đường mật đã phẫu thuật Kasai (60%), kế đến là tắc thân tĩnh mạch cửa (24%), một số nguyên nhân khác gồm: bệnh Caroli, nang ống mật chủ, bệnh mô bào, Byler. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào TAC sau gan (Bảng 2).

3.2. Đặc điểm sử dụng Octreotides

Octreotides được chỉ định trong hầu hết các bệnh nhân nhập viện vì XHTH nghi do vỡ dẫn TMTQ (97,3%). Có 2 trường hợp không dùng Octreotides vì bệnh nhân XHTH nhập viện lần đầu, không tiền căn TAC, được chẩn đoán XHTH do viêm loét dạ dày tá tràng. Tất cả các bệnh nhân đều dùng một loại thuốc Octreotide, không có bệnh nhân nào được sử dụng Telipressin.

Liều Octreotide khởi đầu 1 µg /kg tiêm TM chậm, liều duy trì trung bình 1,6 ± 1,04 µg /kg/ giờ; liều duy trì thấp nhất 0,5 µg /kg/ giờ, cao nhất 5 µg /kg/ giờ, thời gian truyền ít nhất 24 giờ. Trường hợp truyền Octreotide ngắn nhất trong 24 giờ, được nội soi thắt thun và ngưng sau đó. Tỷ lệ kiểm soát chảy máu trước nội soi cao (91,7%) (Bảng 3).

Bảng 3. Đặc điểm sử dụng octreotide trước thắt thun TMTQ

Tỷ lệ sử dụng Octreotide (n, %)	73 (97,3)
Liều bolus (µg/kg)	1
Liều duy trì trung bình (µg/kg/giờ)	1,6 ± 1.04
Thời gian duy trì trung bình (giờ)	100 ± 92
Kiểm soát chảy máu trước nội soi (n, %)	67 (91,7)

3.3. Kết quả nội soi thắt thun TMTQ

Có 6 bệnh nhân được thực hiện nội soi cấp cứu. Tỷ lệ nội soi thắt thun cầm máu cấp cứu thấp, đa số thực hiện giai đoạn XHTH đã ổn định sau điều trị với Octreotide. Các trường hợp được thực hiện thắt thun trong vòng 24 giờ sau XHTH có đặc điểm là XHTH độ 3,4 không kiểm soát được với Octreotide liều 5µg/kg/giờ (Bảng 4).

Bảng 4. Thời điểm nội soi

Thời điểm nội soi	n (%)
Nội soi cấp cứu trong 24 giờ đầu	6 (8)
Nội soi bán khẩn (Từ 24-48 giờ)	20 (26,7)
Nội soi thắt thun dự phòng (>48 giờ)	49 (65,3)
Thời gian trung bình từ khi XHTH đến khi nội soi (giờ)	157 ± 152

3.4. Tần suất thắt thun

Có 88 đợt thắt thun trên 75 bệnh nhân, số đợt thắt TB là 1,2 ± 0,46 đợt, nhiều nhất là 3 đợt thắt thun trong vòng 6 tháng. Khoảng cách trung bình giữa 2 đợt thắt là 4,4 ± 1,7 tháng. Khoảng cách gần nhất 2 tháng. Khoảng cách xa nhất 6 tháng.

Phân bố: Có 62 (82,6%) bệnh nhân được thắt thun 1 đợt; 11 (14,7%) bệnh nhân được thực hiện thắt thun 2 đợt; 02 (2,7%) bệnh nhân được thắt thun 3 đợt. Bệnh nhân thực hiện 3 đợt thắt thun là những bệnh nhân thuộc nhóm TAC tại gan. Bệnh nhân có bệnh nền tại gan có tỷ lệ số lượt thắt nhiều hơn trước gan, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê p = 0,5 (Kiểm định Fisher's Exact).

3.5. Đặc điểm nội soi

Trong lần nội soi thứ nhất: 14 (18,7%) bệnh nhân dẫn TMTQ độ 2; 61 (81%) bệnh nhân dẫn độ 3; không có độ 1; 92 % có dấu đỏ. Có 47 (62,6%) bệnh nhân có dẫn TM phình vị; 10 (13,3%) bệnh nhân có hình ảnh bệnh dạ dày TAC. Để

làm xẹp các cột dẫn TM cần số vòng thắt trung bình $3,3 \pm 1,3$ vòng, nhiều nhất là 06 vòng, ít nhất 01 vòng. Trên những bệnh nhân có nhiều đợt nội soi, những lần nội soi sau cho thấy có giảm số cột TM dẫn, giảm phân độ dẫn và số vòng thun cần thắt. Tuy nhiên, dẫn TM phình vị và bệnh dạ dày TAC không cải thiện sau các đợt thắt thun TMTQ. Bệnh nhân cần nhiều nhất 3 đợt thắt thun trong 6 tháng để có thể làm xẹp các cột dẫn TMTQ (Bảng 5).

Bảng 5. Đặc điểm nội soi

Kết quả	Lần 1	Lần 2	Lần 3
Số bn nội soi (n)	75	13	2
Số bệnh nhân thắt thun (n, %)	75 (100)	11 (84,6)	2 (100)
Nội soi cấp cứu (< 24 giờ)	5 (6,6)	0 (0)	0 (0)
Nội soi bán khẩn (24-48 giờ)	20 (26,7)	5 (38)	1 (50)
Nội soi dự phòng	49 (65,3)	8 (62)	1 (50)
Mức độ dẫn TMTQ			
Độ 1	0 (0)	2 (15,4)	0 (0)
Độ 2	14 (18,7)	9 (69,2)	2 (100)
Độ 3	61 (81)	2 (15,4)	0 (0)
Dấu đỏ	69 (92)	5 (38,5)	0 (0)
Dẫn TM phình vị	47 (62,6)	8 (62)	2 (100)
Bệnh dạ dày TAC	10 (13,3)	1 (7,6)	1 (50)
Số vòng thắt trung bình (vòng)	$3,3 \pm 1,3$	$2,4 \pm 1,5$	$2 \pm 1,4$

3.6. Về hiệu quả thắt thun

Tỉ lệ kiểm soát XHTH sau đợt thắt đầu tiên cao (93,3%). 05 trường hợp XHTH tái phát sau 2 tháng. Thời điểm XHTH tái phát trung bình giữa hai đợt thắt: $3 \pm 1,5$ tháng, sớm nhất là 2 tháng, dài nhất là 6 tháng. So sánh tỉ lệ kiểm soát XHTH và tỉ lệ XHTH tái phát cho thấy tỉ lệ kiểm soát cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,03$ (Kiểm định Fisher's Exact). Về biến chứng: có 01 trường hợp chảy máu trong lúc thắt; 01 trường hợp loét thực quản. Không có biến chứng nặng gây tử vong.

Sau 06 tháng theo dõi, không có bệnh nhân nào XHTH tái phát sau 03 đợt thắt. Các bệnh nhân cần thực hiện ít nhất 1 đợt nội soi, nhiều nhất là 3 đợt nội soi. Số đợt thắt trung bình: $1,2 \pm 0,46$ đợt. Khoảng cách trung bình giữa hai đợt thắt là $4,4 \pm 1,7$ tháng, gần nhất là 2 tháng.

Trong thời gian nghiên cứu có 01 bệnh nhân được phẫu thuật tạo cầu nối lách-thận, đây là bệnh nhân TAC do tắc thân TMC

XHTH mức độ nặng, tái phát 02 đợt trong 6 tháng (Bảng 6).

Bảng 6. Kết quả thắt thun

Đặc điểm	Kết quả
Số đợt nội soi (đợt)	$1,2 \pm 0,46$
Khoảng cách TB giữa 2 đợt soi (tháng)	$4,4 \pm 1,7$
Ổn định không XHTH sau 3 đợt thắt (n, %)	74 (98,7)
XHTH tái phát sau 6 tháng (n, %)	0 (0)
Biến chứng sau thắt thun TMTQ (n, %)	2 (2,3)
Cần thiệp ngoại khoa (Phẫu thuật tạo cầu nối lách- thận) (n, %)	1 (1,3)

4. BÀN LUẬN

Chúng tôi thực hiện phân tích kết quả lâu dài và hiệu quả của thắt thun TMTQ trong cầm máu và dự phòng XHTH trên 75 bệnh nhân TAC. Thời gian theo dõi 6 tháng. Độ tuổi trung bình là $6,8 \pm 3,7$ tuổi. So sánh với nghiên cứu của các tác giả Lee WS, Slowik V, Mahmud S, Vũ Hữu Thời chúng tôi thấy có sự tương đồng về độ tuổi [4-7]. Hầu hết các trung tâm báo cáo thực hiện thắt thun cho bệnh nhân từ 10kg; riêng nhóm bệnh nhân của chúng tôi và tác giả Vũ Hữu Thời có cân nặng nhỏ nhất là 8 kg, đây được xem là cân nặng giới hạn để có thể thực hiện thủ thuật thắt thun TMTQ [5].

Về thời điểm nội soi, khuyến cáo ở người lớn nội soi điều trị cần phải thực hiện trong vòng 12 giờ sau khi phục hồi huyết động. Nếu huyết động chưa ổn định, nên nội soi càng sớm càng tốt khi điều kiện cho phép [2]. Tuy nhiên, do trẻ em kích thước thực quản nhỏ, đòi hỏi phải gây mê nội khí quản, giai đoạn xuất huyết cấp tính quang trường hạn chế, thủ thuật khó khăn. Thêm nữa, tỉ lệ ổn định sau dùng Octreotide cao, theo nghiên cứu của chúng tôi là 91,7%; theo tác giả Huỳnh Ngọc Thanh là 66,1% [8]. Do đó, tỉ lệ nội soi cấp cứu thắt thun cầm máu của chúng tôi thấp (8%) so với nội soi bán khẩn (26,7%), đa số là nội soi chương trình để dự phòng XHTH tái phát (65,3%). Các nghiên cứu khác về thắt thun thực quản trẻ em không thấy báo cáo tỉ lệ nội soi cấp cứu [4,5].

Khoảng cách giữa hai đợt thắt của chúng tôi dài hơn tác giả Mahmud S, Vũ Hữu Thời và Kang KS ($4,4 \pm 1,7$ tháng so với $1,2 \pm 1$ tháng) [4,5,9]. Các nghiên cứu đều cho thấy khoảng cách giữa 2 đợt thắt ở trẻ em dài hơn so với người lớn (2 tuần) [1,2].

Tỉ lệ kiểm soát XHTH của chúng tôi sau 03 đợt thắt là

100% cao hơn so với Kang KS (89%), điều này có thể do giữa các đợt thắt thun, bệnh nhân của chúng tôi tiếp tục dự phòng với Propranolol, nhóm bệnh nhân của tác giả Kang KS không dùng thuốc dự phòng sau thắt thun [9].

Về biến chứng thắt thun TMTQ, trong lô nghiên cứu của chúng tôi, có một trường hợp chảy máu lúc thắt, một trường hợp loét thực quản. Tác giả Kang KS ghi nhận một trường hợp đau ngực thoáng qua; Mahmud S báo cáo có 10% bệnh nhân có khó chịu, nôn ói; Vũ Hữu Thời báo cáo có 2,9% bệnh nhân nuốt đau; 37,1% đau sau xương ức [4,5,9]. Các nghiên cứu đều cho thấy không có nhiễm trùng huyết có thể do tất cả bệnh nhân đều được điều trị kháng sinh dự phòng.

Nhìn chung trong các nghiên cứu, thắt thun có hiệu quả dự phòng XHTH tái phát cao, biến chứng thấp, không có biến chứng nặng liên quan tử vong.

5. KẾT LUẬN

Thắt thun TMTQ có hiệu quả kiểm soát XHTH giai đoạn cấp tính cao (93,3%), hiệu quả trong dự phòng XHTH tái phát cao (98,7%), an toàn ở trẻ em với tỉ lệ biến chứng thấp (2,3%), không có biến chứng nặng liên quan tử vong. Không có bệnh nhân XHTH tái phát trước 2 tháng. Bệnh nhân cần nhiều nhất 3 đợt nội soi trong 6 tháng để kiểm soát XHTH tái phát.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Nguyễn Thị Thu Thủy

<https://orcid.org/0009-0001-1280-4415>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Nguyễn Thị Thu Thủy

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Nguyễn Thị Thu Thủy

Thu thập dữ liệu: Nguyễn Thị Thu Thủy, Võ Hoàng Khoa, Thái Thị Hải

Giám sát nghiên cứu: Nguyễn Anh Tuấn

Nhập dữ liệu: Nguyễn Thị Thu Thủy

Quản lý dữ liệu: Nguyễn Thị Thu Thủy

Phân tích dữ liệu: Nguyễn Thị Thu Thủy

Viết bản thảo đầu tiên: Nguyễn Thị Thu Thủy

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Nguyễn Anh Tuấn

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học bệnh viện Nhi Đồng 2, số 819/ GCN-BVNĐ2 ngày 20/10/2022.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kamath PS and Song LMWK. Management of upper gastrointestinal hemorrhage related to portal hypertension, in Yamada's Textbook of Gastroenterology, pp.2475-2502. John Wiley & Sons Ltd. 2022,
2. de Franchis, R., et al., Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. J Hepatol. 2022;76(4):959-974.
3. TTN Thủy, M.N. Ngọc và Đ.Q.H. Dũng. Hiệu quả của nội soi thắt thun trong dự phòng tái phát xuất huyết do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản ở trẻ em. Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2016;20:95-100.
4. Mahmud S, Ahmed SS, Gulshan J, et al. Outcome of Band Ligation in Esophageal Varices of Bangladeshi Children: A Tertiary Centre Experience. Bangladesh J Child Health. 2017;41(1):28-33.
5. Vũ Hữu Thời, Nguyễn Thành Nam, Phan Thị Hiền. Kết quả điều trị giãn tĩnh mạch thực quản- dạ dày bằng thắt vòng cao su qua nội soi ở trẻ em. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;531(1B):9-13.
6. Lee WS, Song ZL and Em JM. Role of primary prophylaxis in preventing variceal bleeding in children with gastroesophageal varices. Pediatric and Neonatology. 2021;62:249-257.

7. Slowik V, Bernardez A, Wasserkrug H, et al. Use and safety of prophylactic endoscopy from a single center serving urban and rural children with portal hypertension. 2022; www.nature.com/scientificreports.
8. Huỳnh Thanh N. Octreotide trong điều trị xuất huyết tiêu hóa trên nghi do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản tại Khoa Tiêu hóa-Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 01/2009 đến 01/2014. Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. 2014.
9. Kang KS, Yang HR, Ko JS and Seo AJK. Long-term Outcomes of Endoscopic Variceal Ligation to Prevent Rebleeding in Children with Esophageal Varices. JKMS, 2013;28(11):1657–1660.