**CHẢY MÁU TIÊU HÓA TRÊN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN:**

**HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ TIÊN LƯỢNG BỆNH**

**Mã Phước Nguyên\*, Vũ Văn Khiên\***

**TÓM TẮT[[1]](#footnote-1)**

**Mục tiêu:**Tổng kết kinh nghiệm điều trị CMTH do giãn vỡ TMTQ; Xác định các yếu tố đánh giá về nguy cơ tử vong trong 6 tuần và tỷ lệ CMTH tái phát sau 5 ngày ở bệnh nhân xơ gan có CMTH do giãn vỡ TMTQ. **Phương pháp:** Thời gian nghiên cứu: 09/2009-09/2014 (5 năm) Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu 659 bệnh nhân có CMTH cấp do giãn vỡ TMTQ-DD. Các thông số cần đánh giá gồm: hiệu quả cầm máu và các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị.

**Kết quả:**

**-** Tuổi trung bình: 49,3 ± 5,2 (giao động từ 13-87). Số lần chảy máu từ 1 đến 11 lần, với tần suất trung bình là: 2,5 ± 1,7 (lần). Mức độ xơ gan theo chức năng gan: Child A: 234, Child B: 342, Child C: 231. Hình ảnh nội soi thực quản giãn (độ II và III): 592 bệnh nhân và giãn tĩnh mạch phình vị dạ dày (loại IVG2) có 67 bệnh nhân.

- Điều trị: Thắt TMTQ cho 496 bệnh nhân, với hiệu quả cầm máu là 478/496 (96,3%). Tiêm Histoacryl qua nội soi cho 676 bệnh nhân, với hiệu quả thành công là 66/67 (98,5%). Thực hiện kỹ thuật phân lưu cửa chủ trong gan qua đường tĩnh mạch cảnh cho 96 ca, với hiệu quả cầm máu đạt 88/96 ca (91,7%) và nguy cơ hội chứng não gan xuất hiện 35/96 ca (36,4%).

- Các yếu tố nguy cơ: 31 bệnh nhân (4,7%) bị tử vong trong vòng 6 tuần sau CMTH cấp tính.Thang điểm MELD ≥ 18, cần truyền ≥ 4 đơn vị máu trong 24 giờ đầu khi nhập viện hoặc chảy máu tiêu hóa cấp tính là những yếu tố tham gia vào nguy cơ gây tử vong trong 6 tuần sau điều trị. Tỷ lệ CMTH tái phát trong 5 ngày đầu chiếm 35/659 (5,3%). Thang điêm MELD score ≥ 18 cũng là một trong những yếu tố nguy cơ gây tử vong trong 5 ngày đầu sau điều trị.

**Kết luận:** Thang điểm MELD và lượng máu truyền trong 24 giờ đầu là những yếu tố liên quan chặt chẽ đến nguy cơ tử vong trong 6 tuần điều trị giãn vỡ TMTQ.

**SUMMARY**

**UPPER DIGESTVE BLEEDING IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS: POST-THERAPEUTIC OUTCOME AND PROGNOSTIC INDICATORS**

**Aim:** To summarize the experience in the treatment of esophageal variceal bleeding; Determine risk factors for 6-week mortality and re-bleeding within 5 days in patients with cirrhosis and acute variceal haemorrhage (AVH).

**Patients and Methods:** Reseach times: 09/2009-09/2014 (5 years). Retrospect analysis was made in 659 patents with esophagogastric variceal bleeding (EVB). Successful hemostasis and risk factors were retrospectively reviewed.

**Results:** The average age: 49,3 ± 5,2 (ranged from 13 to 87 years old). Bleeding episode ranged from 1 to 11 times, with an average of 2,5 ± 1.7. Liver function: Child A: 307, Child B: 243, Child C: 109. Endoscopic grading of esophageal vaicres (grade II and III): 592 patients and isolated gastric varices (IGV2): 67 patients

- Treatment: Endoscopic variceal ligation (EVL) was performed in 496 cases and hemostasis was achieved in: 478/496 case (96,3%). Histoacryl injection was performed in 67 cases of isolated gastric varices and hemostasis was achieved in 66/67 case (98,5%). Transjugular intrahepatic portosystemic shunts (TIPS) was performed in 96 cases and hemostasis was achieved in 88/96 (91,7%) case and incidence of hepatic encephalopathy (HE) occurred in 35 of 95 (36,4%) patients

- Risk factors: Thirty one patients (4,7%) died within 6 weeks of acute variceal haemorrhage (AVH). Patients with AVH and MELD score ≥ 18, requiring ≥ 4 units of PRBSs within the first 24 h or with active bleeding at endoscopy are at increased risk of dying within 6 weeks. Re-bleeding within 5 days occurred in 35/659 (5,3%); MELD score ≥ 18 is also a strong predictorof variceal re-bleeding within the first 5 days.

**Conclusion**: Only the Model for End-stage Liver Disease (MELD) score and units of packed red blood cells (PRBCs) transfused in the first 24 h were associated with 6 week mortality univariately.

1. [↑](#footnote-ref-1)