

- 09/6/2021 ban hành Kế hoạch triển khai mở rộng xét nghiệm nhiễm mới HIV. Published online September 6, 2021.
- Bộ Y tế.** Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 ban hành Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS. Published online 2021.
 - Đỗ Thị Nhân.** Nghiên cứu tình trạng HIV kháng thuốc trên bệnh nhân đang được quản lý điều trị ARV phác đồ bậc 1 tại một số tỉnh, thành phố. Luận án tiến sĩ y tế công cộng. Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương; 2014.
 - Đoàn Thị Huệ.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị thuốc ARV của người bệnh tại hai cơ sở chăm sóc điều trị HIV/AIDS tỉnh Yên Bái năm 2021. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.
 - Hà Hải Long.** Thực trạng tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan tại phòng khám ngoại trú HIV/AIDS trung tâm Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Bạch Mai năm 2019. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
 - Bùi Thanh Hải.** Đánh giá kết quả điều trị ARV bậc 1 trên bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện 09 từ tháng 6/2011 đến tháng 6/2014. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
 - Richard Ugbena, John Aberle-Grasse, Karidia Diallo, Orji Bassey, Tapdiyel Jelpe.** Virological Response and HIV Drug Resistance 12 Months After Antiretroviral Therapy Initiation at 2 Clinics in Nigeria. Acquired HIVDR in ART Patients in Nigeria. 2012;4.
 - Trần Thị Phương Thúy.** Nghiên cứu tình trạng kháng thuốc antiretrovirus ở người nhiễm HIV/AIDS được điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.

BỆNH DẠ DÀY TĂNG ÁP CỬA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Lưu Tuấn Anh¹, Trần Duy Hưng³, Trần Ngọc Ánh^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ bệnh dạ dày tăng áp cửa (BDDTÁC) theo Baveno ở bệnh nhân xơ gan và tìm hiểu một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 223 bệnh nhân xơ gan thực hiện nội soi thực quản – dạ dày tại Khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội Từ 08/2023 đến 03/2024. Nghiên cứu sử dụng điểm Baveno trong đánh giá BDDTÁC trên nội soi, phân loại BDDTÁC nhẹ khi tổng điểm ≤ 3 và nặng khi > 3 . **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $57,7 \pm 10,4$, 87% là nam giới. Nguyên nhân xơ gan chủ yếu là do rượu (62,8%), viêm gan B (32,3%) và viêm gan C (5,8%). Tỉ lệ BDDTÁC là 50,2%, trong đó mức độ nhẹ chiếm 28,3%, mức độ nặng chiếm 21,9%. Các yếu tố liên quan đến BDDTÁC ở bệnh nhân xơ gan là giới tính nam, tuần hoàn bàng hệ, mức độ thiếu máu, tỉ lệ prothrombin, mức độ suy gan theo Child-Pugh, giãn tĩnh mạch cửa và mức độ giãn tĩnh mạch thực quản. **Kết luận:** 50,2% bệnh nhân xơ gan có BDDTÁC trong đó mức độ nặng chiếm 21,9%. Yếu tố dự đoán chính của BDDTÁC là tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa và mức độ nặng của suy gan. **Từ khóa:** bệnh dạ dày tăng áp cửa, xơ gan, Baveno

SUMMARY

THE PREVALENCE OF PORTAL HYPERTENSIVE GASTROPATHY USING

¹Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Tuấn Anh

Email: tuananh.hmu.1612@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024

BAVENO CLASSIFICATION ON CIRRHOTIC PATIENTS AND ASSOCIATED FACTORS

Aims: evaluate the prevalence of portal hypertensive gastropathy (PHG) based on Baveno classification among patients with cirrhosis and associated factors. **Subjects and methods:** a cross-sectional study was conducted among 223 patients with cirrhosis at the Department of Internal Medicine – Hanoi Medical University Hospital between 08/2023 and 03/2024. Our study used Baveno classification to assess PGH on endoscopy, mild PHG when total score ≤ 3 and severe when total score > 3 . **Result:** The mean age was 57.7 ± 10.4 , 87% of patients were men. The most common etiologies of cirrhosis are alcohol (62.8%), hepatitis B virus (32.3%), and hepatitis C virus (5.8%). The prevalence of PHG was 50.2% including 28.3 mild PHG and 32.5% severe PHG. Associated factors with the severity of PHG was sex, collateral circulation, the severity of anemia, PT%, Child-Pugh grade, portal vein dilation, and esophageal varices. **Conclusion:** 50.2% of cirrhotic patients were presented with PHG on endoscopy and 21.9% of them had severe PHG. The main predictive factors of PHG were the presence of portal hypertension and the severity of cirrhosis. **Keywords:** portal hypertensive gastropathy, cirrhosis, Baveno

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là hậu quả của tình trạng xơ hóa gan mạn tính, gây nhiều biến chứng trên lâm sàng, có nguy cơ tiến triển ung thư và tỉ lệ tử vong cao [1]. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa là một trong những biến chứng thường gặp của bệnh nhân xơ gan giai đoạn mất bù, được định nghĩa là sự tăng bền vững chênh áp giữa hệ cửa và hệ chủ $> 12\text{mmHg}$. Sự phát triển của tăng áp lực tĩnh mạch cửa do xơ gan là tác động tích lũy của việc

tăng sức cản tĩnh mạch cửa đối với dòng máu đến do những thay đổi về giải phẫu và chức năng của tuần hoàn trong gan và tăng lưu lượng tĩnh mạch cửa do giãn mạch nội tạng và tăng cung lượng tim [2].

Cùng với sự phát triển của nội soi, một số nghiên cứu gần đây cho thấy ngoài hậu quả gây giãn các vòng bàng hệ, tăng áp tĩnh mạch cửa còn gây ra nhiều tác động khác trên ống tiêu hóa như bệnh dạ dày tăng áp cửa (BDDTAC) [3]. BDDTAC gặp ở khoảng 20-75% bệnh nhân có tăng áp lực tĩnh mạch cửa và khoảng 35-80% ở bệnh nhân xơ gan, và là một trong những nguyên nhân chính gây xuất huyết tiêu hóa cấp và mạn tính ở bệnh nhân xơ gan [4]. Nhiều kết quả nghiên cứu đã cho thấy rằng tần suất và mức độ nặng của BDDTAC có mối liên quan chặt chẽ với mức độ nặng của tăng áp lực tĩnh mạch cửa đánh giá thông qua chênh áp cửa – chủ hay mức độ nặng của giãn tĩnh mạch thực quản-dạ dày [4].

Nội soi là phương pháp chẩn đoán và can thiệp các biến chứng của tăng áp lực tĩnh mạch cửa trong đó có BDDTAC. Có nhiều bảng điểm đánh giá và phân loại BDDTAC trên nội soi như tiêu chuẩn McCormark (1985), NIEC (1992) và Baveno (1996). Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá tỉ lệ BDDTAC theo điểm Baveno ở bệnh nhân xơ gan và tìm hiểu một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại Khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8/2023 đến tháng 3/2024.

Đối tượng

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân ≥18 tuổi có chẩn đoán xơ gan (có đủ 2 hội chứng suy tế bào gan và tăng áp lực TMC) và được nội soi dạ dày-thực quản-tá tràng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân xơ gan có chống chỉ định với nội soi thực quản – dạ dày như: hôn mê, shock trụy mạch; suy tim, suy thận nặng, bệnh hô hấp có khó thở; rối loạn tâm thần; cổ trướng mức độ nặng, những bệnh nhân không hợp tác soi dạ dày hoặc không đồng ý soi.

Phương pháp nghiên cứu

- Phân loại Baveno: Bảng phân loại dựa trên đồng thuận Baveno: BDDTAC nhẹ khi tổng điểm ≤3 và nặng khi >3 [5].

Bảng 1. Phân loại BDDTAC theo Baveno

Đặc điểm	Điểm
Niêm mạc dạng khảm: Nhẹ Nặng	1
	2
Chấm đỏ: Đơn độc Nhiều, hợp lại với nhau	1
	2

Giãn mạch vùng hang vị: Không Có	1 2
--	--------

- Giãn tĩnh mạch thực quản, dạ dày được đánh giá theo phân loại của Hội nội soi Nhật Bản [6].

- Mức độ suy gan được phân theo phân loại Child Pugh (độ A, B và C)[2].

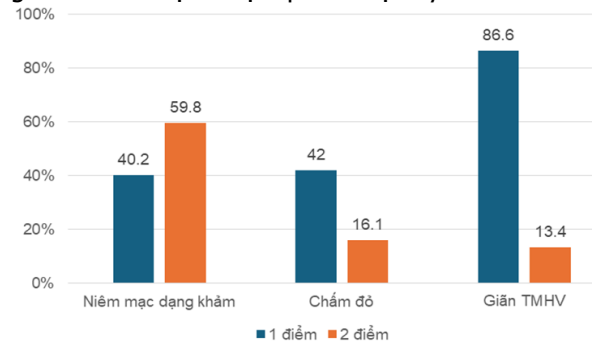
Bệnh nhân được phỏng vấn bộ câu hỏi nghiên cứu để thu thập các thông tin nhân khẩu học, tiền sử bệnh và triệu chứng lâm sàng. Nghiên cứu thu thập các kết quả cận lâm sàng, kết quả nội soi thực quản-dạ dày từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

Phân tích số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS version 20.0. Kiểm định Chi-square test so sánh sự khác biệt về tỉ lệ và kiểm định ANOVA so sánh sự khác biệt về trung bình giữa các nhóm phân loại BDDTAC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

223 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn, trong đó 87% là nam giới. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $57,7 \pm 10,4$ (năm). Nguyên nhân xơ gan chủ yếu là do rượu (62,8%), viêm gan B (32,3%) và viêm gan C (5,8%).

Trên hình ảnh nội soi, nghiên cứu ghi nhận 50,2% bệnh nhân (n=112) có hình ảnh BDDTAC theo Baveno, trong đó mức độ nhẹ chiếm 28,3%, mức độ nặng chiếm 21,9%. Vị trí ghi nhận BDDTAC chủ yếu ở vùng thân vị (44,6%) và phình vị (35,7%). Nghiên cứu ghi nhận 16 bệnh nhân (7,2%) có xuất huyết tiêu hóa cấp, tất cả đều do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản – dạ dày.



Hình 1. Đặc điểm BDDTAC theo Baveno

(Niêm mạc dạng khảm: 1 điểm = nhẹ, 2 điểm = nặng. Chấm đỏ: 1 điểm = đơn độc, 2 điểm = nhiều. Giãn TMHV: 1 điểm = không, 2 điểm = có. TMHV: tĩnh mạch hang vị)

Nhận xét: 59,8% bệnh nhân có BDDTAC có niêm mạc dạng khảm mức độ nặng, 16,1% tổn thương chấm đỏ dạng nhiều và chỉ 13,4% bệnh nhân có hình ảnh giãn tĩnh mạch hang vị.

Bảng 2: Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng BDDTAC

Đặc điểm	BDDTAC			P
	Không (n=111)	Nhẹ (n=63)	Nặng (n=49)	
Đặc điểm lâm sàng				
Tuổi, TB ± ĐLC	59,2 ± 10,6	56,4 ± 8,8	56,3 ± 11,7	0,13
Giới, n(%) : Nam	89 (80,2)	59 (93,7)	46 (93,9)	0,011
Nữ	22 (19,8)	4 (6,3)	3 (2,1)	
Phù, n(%)	40 (36,0)	24 (38,1)	17 (34,7)	0,93
Cổ chướng, n(%)	53 (47,7)	33 (52,4)	27 (55,1)	0,66
Tuần hoàn bàng hệ, n(%)	29 (26,1)	26 (41,3)	23 (46,9)	0,018
Đặc điểm cận lâm sàng				
Hb (g/l), TB ± ĐLC	113,8 ± 23,8	105,2 ± 26,6	108,2 ± 24,1	0,22
PLT (G/L), TB ± ĐLC	108,7 ± 65,1	111,7 ± 59,7	121,5 ± 96,1	0,80
PT%, TB ± ĐLC	66,9 ± 15,6	58,4 ± 19,1	57,1 ± 19,8	0,004
Mức độ thiếu máu, n(%)				0,046
Không (Hb ≥ 12g/dl)	43 (39,4)	20 (31,7)	18 (38,3)	
Nhẹ (9 ≤ Hb < 12 g/dl)	46 (42,2)	22 (34,9)	18 (38,3)	
Vừa (6 ≤ Hb < 9 g/dl)	20 (18,3)	21 (33,3)	9 (19,1)	
Nặng (Hb < 6 g/dl)	0	0	2 (4,3)	
Albumin (g/l), TB ± ĐLC	27,7 ± 4,4	26,7 ± 7,5	28,7 ± 2,5	0,14
Phân loại Child-Pugh, n(%)				0,007
A	50 (45,0)	18 (28,6)	17 (34,6)	
B	49 (44,1)	29 (46,0)	16 (32,7)	
C	12 (10,9)	16 (25,4)	16 (32,7)	
Đặc điểm trên siêu âm ổ bụng				
Lách to, n(%)	53 (50,0)	33 (55,9)	28 (63,6)	0,30
Giãn tĩnh mạch cửa, n(%)	46 (43,4)	40 (67,8)	25 (56,8)	0,009
Đặc điểm trên nội soi thực quản – dạ dày				
Giãn tĩnh mạch thực quản, n(%)				<0,001
Độ I	33 (29,7)	10 (15,9)	1 (2,0)	
Độ II	52 (46,8)	38 (60,3)	22 (44,9)	
Độ III	18 (16,2)	15 (23,8)	26 (53,1)	
Giãn tĩnh mạch dạ dày, n(%)	26 (23,4)	15 (23,8)	17 (34,7)	0,29
XHTH, n(%)	9 (8,1)	6 (9,5)	1 (2,0)	0,27
Viêm dạ dày, n(%)	103 (92,8)	56 (88,9)	39 (79,6)	0,051
Loét dạ dày, n(%)	16 (14,4)	9 (14,3)	8 (16,3)	0,94

TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn. Giá trị p in đậm có ý nghĩa thống kê

Nhận xét:

- Nữ giới có xu hướng có tỷ lệ BDDTAC thấp hơn so với nam giới. Tỷ lệ triệu chứng tuần hoàn bàng hệ cao hơn ý nghĩa thống kê ở nhóm BDDTAC mức độ nặng. Về kết quả cận lâm sàng, PT% thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm BDDTAC mức độ nhẹ và nặng so với nhóm không BDDTAC. Nhóm BDDTAC có tỷ lệ thiếu máu cao hơn so với nhóm mức độ nặng và nhóm không có BDDTAC, tuy nhiên các bệnh nhân thiếu máu mức độ nặng đều có BDDTAC mức độ nặng

- Tỷ lệ bệnh nhân Child-Pugh A, B, C có BDDTAC lần lượt là 41,2%, 47,9% và 72,7%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố phân độ suy gan theo Child-Pugh, trong đó suy gan mức độ nặng Child-Pugh C gặp tỷ lệ cao hơn ở nhóm BDDTAC nặng (32,7%) so với nhóm nhẹ (25,4%) và nhóm không BDDTAC (10,9%).

- Trên hình ảnh nội soi, tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản độ III gặp cao hơn ở nhóm BDDTAC mức độ nặng (53,1%) so với nhóm nhẹ (23,8%) và nhóm không BDDTAC (16,2%) (p<0,001).

IV. BÀN LUẬN

Hệ thống điểm Baveno được ra đời năm 1996 phân loại BDDTAC dựa trên 3 đặc điểm trên nội soi: niêm mạc dạ dày khảm, tổn thương dạng chấm đỏ và giãn tĩnh mạch vùng hang vị (GAVE). BDDTAC được xác định khi có ít nhất một trong 3 đặc điểm nói trên. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên nhóm bệnh nhân xơ gan có tăng áp lực tĩnh mạch cửa để đánh giá tỷ lệ BDDTAC và một số yếu tố liên quan trên đối tượng này. Kết quả cho thấy 50,2% bệnh nhân xơ gan có BDDTAC, một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của BDDTAC là giới tính, triệu

chúng tuần hoàn bàng hệ, giãn tĩnh mạch cửa trên siêu âm và mức độ nặng của giãn tĩnh mạch thực quản.

BDDTAC là một trong những đặc điểm thường gặp trên nội soi đường tiêu hóa ở bệnh nhân xơ gan, có thể dẫn đến tình trạng thiếu máu, xuất huyết tiêu hóa cấp hoặc mạn [7]. BDDTAC có thể gặp ở mọi lứa tuổi, với tỉ lệ gặp dao động 35-85% bệnh nhân xơ gan, 20-75% ở bệnh nhân có tăng áp lực tĩnh mạch cửa, với tỉ lệ mức độ nhẹ dao động 29 – 57% và mức độ nặng từ 9-46% [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 50,2% bệnh nhân có hình ảnh BDDTAC trên nội soi, trong đó mức độ nhẹ và mức độ nặng có tỉ lệ lần lượt là 28,3% và 21,9%. Tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu khác sử dụng điểm Baveno của tác giả Nguyễn Hương Giang với 64,5% bệnh nhân xơ gan có BDDTAC, trong đó mức độ nhẹ chỉ chiếm 10,8%, nghiên cứu của Ran Wu có tỉ lệ 87,4% (mức độ nhẹ chiếm 76,0%, mức độ nặng chiếm 11,4%) [8]. Một số nghiên cứu sử dụng tiêu chuẩn McCormack cho thấy tỉ lệ BDDTAC ở bệnh nhân bệnh gan mạn – xơ gan từ 39,7-66,6% [7, 9]. Tỉ lệ này có thể dao động và khác biệt giữa các nghiên cứu do sự chưa đồng nhất trong tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn phân loại trên nội soi, cũng như sự khác biệt về phân bố mức độ nặng của xơ gan và tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BDDTAC có mối liên quan với giới tính, tuần hoàn bàng hệ, mức độ thiếu máu, tỉ lệ prothrombin, mức độ xơ gan theo phân độ Child-Pugh, tình trạng giãn tĩnh mạch cửa trên siêu âm và mức độ giãn tĩnh mạch thực quản trên nội soi. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Ran Wu và cộng sự (2022) hồi cứu trên 325 bệnh nhân xơ gan cho thấy BDDTAC có mối liên quan với giới tính, nồng độ Hb, số lượng tiểu cầu, PT, albumin, phân độ Child-Pugh, giãn tĩnh mạch thực quản, giãn tĩnh mạch dạ dày và cổ chướng [8]. Nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác cho thấy yếu tố dự đoán chính của BDDTAC là tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa và mức độ nặng của xơ gan và tình trạng này có liên quan đến mức độ thiếu máu của bệnh nhân xơ gan [10].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 7,2% bệnh nhân có tình trạng xuất huyết tiêu hóa cấp tính, trong đó không ghi nhận ca xuất huyết nào nghi ngờ do tổn thương của BDDTAC. Nghiên cứu của Massimo P và cộng sự tiến hành nghiên cứu theo dõi mỗi 6 tháng trong 3 năm trên các bệnh nhân xơ gan cho thấy tỉ lệ xuất huyết tiêu hóa cấp và mạn tính ở nhóm xơ gan có BDDTAC

lần lượt là 2,5% (chiếm 25,8% các ca xuất huyết cấp ở bệnh nhân xơ gan) và 10,8%. Nghiên cứu cũng cho thấy xuất huyết mạn tính (xác định bằng sự giảm $\geq 2\text{g/dl}$ hemoglobin tại 2 lần xét nghiệm cách nhau 6 tháng) chỉ xảy ra ở nhóm bệnh nhân có BDDTAC tại thời điểm vào nghiên cứu hoặc xuất hiện BDDTAC trong thời gian theo dõi. Hiện chưa có các hướng dẫn cụ thể trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do nguyên nhân BDDTAC. Các thuốc chẹn beta không chọn lọc được báo cáo là có hiệu quả trong cải thiện mức độ nặng BDDTAC, cải thiện chất lượng cuộc sống và dự phòng chảy máu tái phát. Các thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa như somatostatin, octreotide, terlipressin có hiệu quả trong điều trị xuất huyết cấp tính nhưng không có tác dụng dự phòng xuất huyết tái phát ở bệnh nhân BDDTAC [4]. Điều trị cầu nối cửa-chủ (TIPS) cũng cải thiện mức độ nặng BDDTAC và giảm tỉ lệ xuất huyết tái phát. Các biện pháp can thiệp nội soi ít có vai trò trong kiểm soát xuất huyết do BDDTAC. Các can thiệp cầm máu APC hay hemospray có thể có hiệu quả, cryotherapy có thể cân nhắc khi các can thiệp cầm máu khác thất bại [4].

V. KẾT LUẬN

50,2% bệnh nhân xơ gan có BDDTAC trong đó mức độ nặng chiếm 21,9%. Các yếu tố liên quan đến BDDTAC ở bệnh nhân xơ gan là giới tính, tuần hoàn bàng hệ, mức độ thiếu máu, tỉ lệ prothrombin, mức độ xơ gan theo phân độ Child-Pugh, tình trạng giãn tĩnh mạch cửa trên siêu âm và mức độ giãn tĩnh mạch thực quản trên nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chalasan, N., et al.**, The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: Practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*, 2018. 67(1): p. 328-357.
2. **Gunarathne, L.S., et al.**, Cirrhotic portal hypertension: From pathophysiology to novel therapeutics. *World J Gastroenterol*, 2020. 26(40): p. 6111-6140.
3. **Pozzan, R., et al.**, Risk factors associated with nonalcoholic fatty liver disease evaluated by elastography in patients with type 2 diabetes. *Arch Endocrinol Metab*, 2022. 66(4): p. 452-458.
4. **Gjeorgjievski, M. and M.S. Cappell**, Portal hypertensive gastropathy: A systematic review of the pathophysiology, clinical presentation, natural history and therapy. *World J Hepatol*, 2016. 8(4): p. 231-62.
5. **Eid, K.-A., et al.**, Prevalence of Helicobacter pylori infection in patients with portal hypertensive gastropathy owing to liver cirrhosis in Upper Egypt. *Al-Azhar Assiut Medical Journal*, 2016. 14: p. 109.
6. **Miyaaki, H., et al.**, Endoscopic management of

- esophagogastric varices in Japan. *Ann Transl Med*, 2014. 2(5): p. 42.
7. **Nishino, K., et al.,** Portal Hypertensive Gastropathy in Liver Cirrhosis: Prevalence, Natural History, and Risk Factors. *Intern Med*, 2022. 61(5): p. 605-613.
 8. **Wu, R., et al.,** Risk factors for portal hypertensive gastropathy. *BMC Gastroenterology*, 2022. 22(1): p. 436.
 9. **Tiwari, P.S., et al.,** Prevalence of Portal Hypertensive Gastropathy in Chronic Liver Disease and Correlation with the Severity of Liver disease. *Cureus*, 2019. 11(8): p. e5454.
 10. **Cubillas, R. and D.C. Rockey,** Portal hypertensive gastropathy: a review. *Liver Int*, 2010. 30(8): p. 1094-102.

KỸ THUẬT DK-MINI-CULOTTE TRONG CAN THIỆP TỔN THƯƠNG MẠCH VÀNH PHÂN NHÁNH THỰC SỰ: MỘT NGHIÊN CỨU TIẾN CỨU, ĐƠN TRUNG TÂM

Ngô Minh Hùng^{1,2}, Phạm Tấn Hoàng Long¹, Võ Cường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kỹ thuật Culotte cổ điển với giá đỡ tấm thuốc trong can thiệp tổn thương phân nhánh thực sự (TPT) cho kết quả chưa rõ ràng, trong đó, nghiên cứu DKC III bộc lộ những hạn chế của kỹ thuật Culotte cổ điển so với kỹ thuật DKC tại vị trí đa giác hợp lưu và nhánh chính (9,19% so với 4,55% và 12,64% so với 6,82%). Kỹ thuật DK-Mini-Culotte (DKmCU) với giá đỡ thế hệ mới cho kết quả tốt hơn trong một số thử nghiệm gần đây. **Mục tiêu:** Để kiểm tra tính khả thi, an toàn và hiệu quả của DKmCU đối với các TPT. **Phương pháp:** Đây là một nghiên cứu tiến cứu với thời gian theo dõi lâm sàng 1 năm. Tiêu chí lâm sàng chính là các biến cố tim mạch nặng (MACE), bao gồm tử vong do tim mạch, nhồi máu cơ tim và đột quỵ không tử vong. Các tiêu chí phụ gồm tái thông mạch máu/tổn thương mạch đích trên lâm sàng (TVR/TLR), huyết khối trong giá đỡ, tái hẹp trong giá đỡ. **Kết quả:** Từ năm 6/2019 – 6/2022, chúng tôi tuyển chọn được 37 bệnh nhân liên tiếp có TPT (Medina loại 1,1,1; 1,0,1; 0,1,1). Tuổi trung bình là 66,24 ± 10,81 tuổi và bệnh nhân nam là 23 (62,2%). Tất cả các bệnh nhân đủ điều kiện đều được can thiệp mạch vành qua da (PCI) với kỹ thuật DKmCU tại bệnh viện của chúng tôi. Tỷ lệ phân bố TPT là LMCA-LAD/LCx (35,1%); pLAD-mLAD/D (54,1%); dRCA-PLV/PDA (8,1%) và pLCx-dLCx/OM (2,7%). Phân tích QCA (tại thời điểm ban đầu) cho thấy chiều dài, đường kính và đường kính hẹp của tổn thương mạch chính là 33,27±10,49mm, 3,08±0,40mm và 81,22 ± 12,50% và chiều dài, đường kính, đường kính hẹp của tổn thương mạch chính nhánh bên là 24,78 ± 8,42mm, 2,93±0,40mm và 86,05 ± 9,90%. Tỷ lệ thành công của kỹ thuật là 100% mà không có biến chứng sau thủ thuật. Có một bệnh nhân sốc tim có TPT (2,7%) tử vong tại bệnh viện do viêm phổi nặng và suy đa tạng và có một bệnh nhân khác (2,7%) tử

vong tại nhà không rõ nguyên nhân trong thời gian phong tỏa vì Covid19. Không có chỉ định lâm sàng nào cho việc tái thông mạch máu lặp lại được báo cáo sau 1 năm theo dõi đối với các bệnh nhân khác. **Kết luận:** Kỹ thuật DKmCU cho thấy tỷ lệ MACE tích lũy và TVR/TLR thấp và hiệu quả tương tự các kỹ thuật khác trong điều trị TPT, tuy nhiên, điều này cần được xác nhận thêm bằng một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên. **Từ khóa:** tổn thương phân nhánh mạch vành thực sự, kỹ thuật DK-mini-culotte, can thiệp mạch vành qua da.

SUMMARY

DOUBLE KISSING MINI-CULOTTE TECHNIQUE FOR TRUE CORONARY BIFURCATION LESIONS: A PROSPECTIVE STUDY, SINGLE CENTER

Background: Classic Culotte Technique with DES (CC) for true coronary bifurcation lesions (tCBL) showed controversial results, in which, DKC III showed limitations of CC vs DKC at POC and main branch (9.19% vs 4.55% and 12.64% vs 6.82%) respectively. DK-Mini-Culotte Technique (DKmCU) with new generation DES showed better outcomes in recent trials. **Aim:** To examine the feasibility, safety and efficacy of DKmCU for tCBL. **Methods:** This is a prospective study with 1-year follow-up. The primary clinical endpoints were the major adverse cardiovascular events (MACE), which included cardiovascular death, nonfatal myocardial infarction and non-fatal stroke. The secondary endpoints were clinical target vessel/lesion revascularization (TVR/TLR), stent thrombosis, in-stent restenosis. **Results:** This cohort included 37 consecutive patients with tCBLs (Medina type 1,1,1; 1,0,1; 0,1,1). Average age was 66.24 ± 10.81 yrs and male patients are 23 (62,2%). All the eligible patients underwent percutaneous coronary intervention (PCI) with two-stent techniques in our hospital. The distribution of tCBLs is LMCA-LAD/LCx (35.1%); pLAD-mLAD/D (54.1%); dRCA-PLV/PDA (8.1%) and pLCx-dLCx/OM (2.7%). QCA analysis (at baseline) showed that the length, diameter and diameter stenosis of main vessel lesions are 33.27±10.49mm, 3.08±0.40mm and 81.22 ± 12.50% and the length, diameter and diameter stenosis of main vessel lesions of side branch

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Nam Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Minh Hùng

Email: nmhung@nctu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024