

phòng thông qua cải thiện tình trạng dinh dưỡng. Tuy nhiên, do đây là nghiên cứu bệnh chứng tại một bệnh viện tuyến tỉnh, các kết quả cần được kiểm chứng qua các nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn và có kiểm soát các yếu tố gây nhiễu.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy thiếu máu thiếu sắt, thiếu kẽm và thiếu canxi đều là các yếu tố nguy cơ của co giật do sốt đơn thuần, trong khi vai trò của vitamin D và magie vẫn chưa được thống nhất. Kết quả gợi mở hướng dự phòng thông qua sàng lọc và bổ sung vi chất ở nhóm trẻ nguy cơ cao. Cần thêm các nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn, đa trung tâm để làm sáng tỏ thêm mối quan hệ giữa các yếu tố vi lượng và SFS

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Poudel S, Adhikari S, Thapa R, Parajuli B, Regmi S, Kunwar P. Febrile Seizures among Children Admitted to the Department of Paediatrics of a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. JNMA J Nepal Med Assoc. 2022;60(248):348-351.
2. Heydarian F, Bakhtiari E, Bay M. Risk factors of seizure and complex seizure in febrile children: a clinical study. BMC Pediatr. 2024;24(1):725.
3. Nguyễn Chánh Tín, Nguyễn Minh Phương, Dương Văn Hiếu, Võ Văn Thi, Phạm Kiều Anh Thơ, Mỹ. Một số yếu tố nguy cơ co giật do

- sốt ở trẻ em từ 6 đến 60 tháng tuổi tại bệnh viện nhi đồng cần thơ. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ. 2025;(88):274-282.
4. Sulviani R, Kamarullah W, Dermawan S, Susanto H. Anemia and Poor Iron Indices Are Associated With Susceptibility to Febrile Seizures in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. J Child Neurol. 2023;38(3-4):186-197.
5. Hossain MI, Adnan MA, Khanam W, Mawa J, Ahmed I, Mondol MTI. Association of serum vitamin D levels and simple febrile seizures in children. Int J Contemp Pediatr. 2023;10(3):266-271.
6. Ataei-Nakhaei A, Rouhani ZS, Bakhtiari E. Magnesium deficiency and febrile seizure: A systematic review and meta-analysis. Neurol Clin Neurosci. 2020;8(5):225-231.
7. Chen R, Li S, Wang X, Zhou J, Lu Y, Kang A. Analysis of cytokines and trace elements in children with febrile seizures. Transl Pediatr. 2020;9(6):80917-80817.
8. Papageorgiou V, Vargiami E, Kontopoulos E, et al. Association between iron deficiency and febrile seizures. Eur J Paediatr Neurol. 2015;19(5):591-596.
9. Nguyễn Mai Phương, Nguyễn Thị Nhật Hòa, Phạm Văn Thức, Đinh Dương Tùng Anh. Đặc điểm dịch tễ lâm sàng và kết quả điều trị co giật do sốt đơn thuần tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng năm 2021 - 2022. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;526(2).
10. Kwak BO, Kim K, Kim SN, Lee R. Relationship between iron deficiency anemia and febrile seizures in children: A systematic review and meta-analysis. Seizure. 2017;52:27-34

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VỠ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN BẰNG THẮT VÒNG CAO SU Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NINH THUẬN NĂM 2025

Lê Thành Tài², Lê Huy Thạch¹, Trần Ngọc Thịnh¹,
Nguyễn Vũ Mai Khanh¹, Võ Văn Cẩm¹, Tài Thụy Ánh Châu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (VGTMQTQ) là biến chứng cấp cứu nguy hiểm nhất ở bệnh nhân xơ gan với tỷ lệ tử vong cao từ 20-35%. Thắt vòng cao su (EVL) hiện là giải pháp can thiệp hàng đầu nhờ tính an toàn và hiệu quả cầm máu cao.
Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị VGTMQTQ bằng EVL tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận. **Đối tượng và phương**

pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp trên 70 bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do VGTMQTQ được điều trị bằng EVL từ tháng 4/2024 đến 4/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình $54,7 \pm 11,9$; nam giới chiếm 79%. Triệu chứng nôn máu đỏ tươi chiếm 72,9%, tiêu phân đen 82,9%. Phân độ Child-Pugh B chiếm 57,1%, Child-Pugh C chiếm 32,9%. Trên nội soi, giãn độ III chiếm 65,7%, dấu đỏ RC+++ chiếm 70,1%. Kết quả cầm máu thành công đạt 91,4%, tỷ lệ tái phát 5,7%, thất bại 2,9%. Không ghi nhận tai biến nặng như thủng thực quản hay hít sặc.
Kết luận: Thắt vòng cao su là phương pháp an toàn, hiệu quả cao, giúp kiểm soát tốt tình trạng xuất huyết cấp cứu và giảm tỷ lệ biến chứng. Từ khóa: Xơ gan, vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, thắt vòng cao su, nội soi. **Từ khóa:** Xơ gan, vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, thắt vòng cao su, nội soi.

SUMMARY

¹Bệnh viện Đa Khoa Ninh Thuận

²Trường Đại học Y dược cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thành Tài

Email: lttai@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

CLINICAL, SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATION OF ESOPHAGEAL VARICEAL LIGATION TREATMENT RESULTS IN CIRRHOTIC PATIENTS AT NINH THUAN GENERAL HOSPITAL IN 2025

Background: Esophageal variceal bleeding is the most dangerous emergency complication in cirrhotic patients, with a high mortality rate ranging from 20% to 35%. Endoscopic Variceal Ligation (EVL) is currently the primary intervention of choice due to its safety and high hemostatic efficacy. **Objective:** To describe the clinical and sub-clinical characteristics and evaluate the treatment outcomes of esophageal variceal bleeding using EVL at Ninh Thuan General Hospital. **Patients and Methods:** A cross-sectional interventional study was conducted on 70 cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding due to variceal rupture treated with EVL from April 2024 to April 2025. **Results:** The mean age was 54.7 ± 11.9 years, with males accounting for 79%. Clinical symptoms included fresh hematemesis in 72.9% and melena in 82.9% of cases. Regarding liver function, 57.1% were classified as Child-Pugh B and 32.9% as Child-Pugh C. Endoscopic findings revealed grade III varices in 65.7% and red signs (RC+++) in 70.1%. The successful hemostasis rate achieved was 91.4%, while the rebleeding rate was 5.7% and the failure rate was 2.9%. No major complications, such as esophageal perforation or aspiration, were recorded. **Conclusion:** Endoscopic variceal ligation is a safe and highly effective method for controlling emergency bleeding and reducing the rate of severe complications.

Keywords: Cirrhosis, esophageal variceal bleeding, endoscopic variceal ligation (EVL), endoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh lý mạn tính tiến triển phổ biến, có tiên lượng xấu và tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt tại Việt Nam nơi tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B và lạm dụng rượu ở mức báo động. Biến chứng nặng nề và gây tử vong hàng đầu của xơ gan là vỡ giãn tĩnh mạch thực quản do hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Trong những năm qua, kỹ thuật thắt tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su qua nội soi (EVL) đã thay thế dần phương pháp tiêm xơ nhờ kỹ thuật đơn giản, ít biến chứng và khả năng kiểm soát chảy máu cấp tức thì. Tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận, kỹ thuật này đã được áp dụng thường quy nhưng cần có đánh giá tổng thể để tối ưu hóa quy trình điều trị. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả đặc điểm bệnh lý và đánh giá kết quả điều trị của phương pháp EVL tại địa phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng nghiên cứu:** 70 bệnh nhân xơ gan ≥ 16 tuổi nhập viện với chẩn đoán XHTH do VGTMTQ tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận từ tháng 4/2024 đến 4/2025.

***Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.** Bệnh nhân nôn máu/tiêu máu và nội soi phát hiện máu đang chảy từ búi giãn, có dấu "núm trắng" hoặc cục máu đông trên búi giãn.

Chẩn đoán xơ gan dựa trên sinh thiết gan hoặc sự hiện diện của hội chứng tăng áp cửa và suy tế bào gan trên lâm sàng và cận lâm sàng.

***Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.** Bệnh nhân XHTH do các nguyên nhân khác ngoài vỡ giãn TMTQ (như loét dạ dày tá tràng, rách tâm vị...).

Bệnh nhân đã can thiệp thắt vòng, tiêm xơ hoặc tạo shunt cửa-chủ trước đó.

Bệnh nhân có chống chỉ định nội soi: suy hô hấp, suy tim cấp, nhồi máu cơ tim, hôn mê sâu....

Bệnh nhân hoặc thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

*** Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp.

*** Nội dung nghiên cứu:**

- Quy trình thắt tĩnh mạch thực quản (TMTQ) bằng vòng cao su qua nội soi:

+ Bệnh nhân được giải thích quy trình, nhịn ăn uống để chuẩn bị và ký cam kết thủ thuật. Bệnh nhân được đặt nằm nghiêng trái, gây tê vùng hầu họng bằng Xylocain 2% và đặt ngáng miệng để bảo vệ máy nội soi.

+ Sử dụng máy nội soi dạ dày Olympus CV-170 đưa qua miệng đến thực quản để xác định vị trí chảy máu (máu đang chảy, dấu "núm trắng" hoặc cục máu đông) và đánh giá mức độ giãn. Sau đó, lắp bộ thắt nhiều vòng Variceal Ligation Cylinder vào đầu ống soi.

+ Tiến hành thắt các búi giãn theo hình xoắn ốc, bắt đầu từ vị trí ngay trên tâm vị và thắt dần lên trên. Mỗi búi giãn được điều khiển vào vị trí 12 giờ, bấm nút hút để búi giãn đi vào mũ chụp sau đó vận tay quay để thả vòng thắt.

- Hồi sức và điều trị nội khoa hỗ trợ:

+ Song song với can thiệp, bệnh nhân được hồi sức tích cực: thở oxy (nếu nặng), truyền dịch NaCl 0,9% và truyền hồng cầu lắng để duy trì Hb ≥ 8 g/dL.

+ Sử dụng phác đồ thuốc chuẩn: Thuốc co mạch tạng (Somatostatin hoặc Octreotide) truyền qua bơm tiêm điện và kháng sinh dự phòng (Ceftriaxone) tiêm tĩnh mạch trong 5–7 ngày.

- Theo dõi sau thủ thuật: Sau khi thắt, bệnh nhân được nằm theo dõi tại phòng cấp cứu từ 30 phút đến 1 giờ để kiểm tra tri giác, mạch, huyết áp và các dấu hiệu tái xuất huyết. Sau đó, bệnh nhân được chuyển về khoa chuyên khoa để tiếp tục theo dõi tình trạng nôn máu, đau sau xương ức, nuốt đau và xét nghiệm lại công thức máu

*** Đánh giá kết quả điều trị**

- Các chỉ tiêu theo dõi gồm: Số lượng vòng

thắt trung bình mỗi lần, hiệu quả cầm máu sau thắt, các tai biến kỹ thuật, số ngày nằm viện điều trị và tiến triển bệnh khi xuất viện.

- Tiêu chí thành công (Cầm máu đạt hiệu quả): Được xác định theo tiêu chuẩn Baveno V bao gồm: Không còn nôn máu, mạch ổn định (<100 lần/phút hoặc không tăng quá 20 lần/phút), huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg và nhu cầu truyền máu ≤ 2 đơn vị trong vòng 2 giờ sau thắt.

- Tai biến – biến chứng ghi nhận:

+ Tai biến nặng: Xuất huyết ngay lúc thắt, hít sặc, thủng thực quản, loét thực quản hoặc choáng nhiễm trùng.

+ Tai biến nhẹ: Đau sau xương ức, nuốt nghẹn, nuốt vướng và nuốt đau.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

* Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- Tuổi trung bình của nhóm đối tượng là: $54,7 \pm 11,9$ tuổi. Trong đó tuổi thấp nhất là 30 tuổi, tuổi cao nhất là 89 tuổi. Độ tuổi mắc bệnh tập trung chủ yếu ở nhóm 40 – 60 tuổi với 55,7%. Nam giới có 55 BN chiếm 79,0%. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 4:1.

- Về nguyên nhân gây xơ gan, chủ yếu là do nhiễm siêu vi (B, C hoặc phối hợp) với 34 BN (chiếm 48,6%) và do rượu có 31 BN (chiếm 44,3%). Đa số bệnh nhân nhập viện khi chức năng gan đã ở giai đoạn mất bù với phân độ Child–Pugh B chiếm 57,1% (40 BN) và Child–Pugh C chiếm 32,9% (23 BN).

* Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

- Kết quả nghiên cứu cho thấy triệu chứng vào viện chủ yếu là nôn ra máu chiếm 77,1% (54 BN) và tiêu phân đen chiếm 82,9% (58 BN). Trong đó, nôn máu đỏ tươi chiếm đa số với 72,9%. Đa số bệnh nhân nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa lần đầu (82,9%), chỉ có 17,1% có tiền sử xuất huyết trước đó.

- Về tình trạng toàn thân khi nhập viện, 37,1% bệnh nhân tỉnh táo, 32,9% lơ mơ và 30,0% ở trạng thái hôn mê. Tình trạng thiếu máu biểu hiện rõ rệt trên lâm sàng với 90,0% bệnh nhân có da niêm nhợt hoặc xanh nhợt. Huyết động học tương đối ổn định với 97,1% trường hợp có huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg.

- Về hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, lách to là dấu hiệu phổ biến nhất chiếm 68,6% (chủ yếu là độ I với 45,7%), tiếp đến là cổ trướng chiếm 50,0%. Đối với hội chứng suy tế bào gan, các triệu chứng nổi bật nhất gồm vàng da niêm (65,7%), bàn tay son (62,9%), mệt mỏi (61,4%) và rối loạn tiêu hóa (58,6%).

* Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

- Về công thức máu: Số lượng hồng cầu trung bình là $2,95 \pm 0,8$ triệu/mm³; Hemoglobin trung bình đạt $9,2 \pm 1,5$ g/dL và Hematocrit là $27,6 \pm 6,8\%$, phản ánh tình trạng thiếu máu mức độ vừa. Đáng chú ý, số lượng tiểu cầu giảm rõ rệt với giá trị trung bình $96,1 \pm 52,0 \times 10^3$ /mm³, trong đó có tới 88,6% bệnh nhân có tiểu cầu < 150.000 /mm³.

- Về hóa sinh máu và chức năng gan: Nồng độ Albumin huyết thanh trung bình giảm còn $30,7 \pm 5,8$ g/L (giảm ở 80% trường hợp); Bilirubin toàn phần tăng cao ($49,7 \pm 37,1$ μ mol/L) ở 61,4% bệnh nhân. Tỷ lệ Prothrombin trung bình là $57,1 \pm 15,5\%$. Hoạt độ men gan AST tăng ở 82,9% bệnh nhân, cao hơn rõ rệt so với tỷ lệ tăng ALT (35,7%). Rối loạn điện giải thường gặp với giảm natri máu (42,9%) và giảm kali máu (20%).

Bảng 3.1. Các xét nghiệm sinh hóa

Xét nghiệm	Tần số	Tỉ lệ (%)	Giá trị trung bình
AST (U/L)	≤ 37	12	17,1
	> 37	58	82,9
ALT (U/L)	≤ 40	45	64,3
	> 40	25	35,7
Ure (mmol/L)	$\leq 7,5$	50	71,4
	$> 7,5$	20	28,6
Creatinin (μ mol/L)	≤ 120	61	87,1
	> 120	9	12,9
Natri (mmol/L)	< 135	30	42,9
	135-145	40	57,1
	> 145	0	0,0
Kali (mmol/L)	$< 3,5$	14	20,0
	3,5-5	54	77,1
	> 5	2	2,9

- Về siêu âm bụng: Hình ảnh điển hình của xơ gan được ghi nhận với nhu mô gan thô (95,7%) và bờ gan không đều (94,3%). Dấu hiệu tăng áp lực tĩnh mạch cửa thể hiện qua tỷ lệ giãn tĩnh mạch cửa ≥ 13 mm chiếm 77,1% và lách to ≥ 12 cm chiếm 72,9%. Có 50,0% bệnh nhân có dịch ổ bụng, chủ yếu là mức độ trung bình (24,3%) và đa số là dịch thuần trạng (88,6%).

Bảng 3.2. Dịch ổ bụng qua siêu âm bụng

Dịch ổ bụng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Lượng	Không dịch	35
	Ít	12
	Trung bình	17
	Nhiều	6
Tổng	70	100
Tính chất của dịch ổ bụng	Thuần trạng	31
	Kém thuần trạng	4
Tổng	35	100

- Về nội soi thực quản - dạ dày: Đa số bệnh nhân có từ 3 đến 4 búi giãn (70,0%); vị trí búi giãn tập trung chủ yếu ở 1/3 dưới thực quản (65,7%). Hình thái giãn mức độ nặng chiếm ưu thế với giãn độ III (65,7%) và giãn độ II (34,3%). Dấu đỏ nguy cơ cao RC+++ chiếm tới 70,1%. Ngoài ra, có 71,4% trường hợp phối hợp viêm sung huyết toàn bộ dạ dày.

*** Đặc điểm về điều trị**

- Về can thiệp thắt vòng cao su (EVL):

• Số lượng vòng thắt trung bình cho mỗi bệnh nhân là $4,66 \pm 0,82$ vòng. Trong đó, số lượng vòng thắt thường gặp nhất là 5 vòng (chiếm 42,9%) và 4 vòng (chiếm 28,6%).

Bảng 3.3. Đặc điểm về số lượng vòng cao su trong mỗi lần thắt (n=70)

Số lượng vòng thắt	Tần số (BN)	Tỷ lệ (%)	Số vòng trung bình
3 vòng	8	11,4	$4,66 \pm 0,82$
4 vòng	20	28,6	
5 vòng	30	42,9	
6 vòng	12	17,1	
Tổng	70	100	

• Hiệu quả cầm máu đạt tỷ lệ rất cao với 91,4% (64 BN) đạt hiệu quả ngay sau thắt. Tỷ lệ tái phát xuất huyết sớm sau thắt ghi nhận là 5,7% (4 BN) và tỷ lệ thất bại là 2,9% (2 BN).

• Nghiên cứu ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí vỡ và kết quả điều trị ($p=0,045$): các trường hợp vỡ búi giãn lan rộng lên 2/3 dưới thực quản có nguy cơ thất bại cao hơn so với vị trí 1/3 dưới.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa kết quả cầm máu sau thắt vòng cao su và vị trí vỡ giãn tĩnh mạch thực quản

Vị trí VGTMTQ	Đạt hiệu quả	Có tái phát	Thất bại	Tổng	Kiểm định χ^2
1/3 dưới	43 (67,2%)	3 (75,0%)	0 (0%)	46 (65,7%)	$p = 0,045$
2/3 dưới	21 (32,8%)	1 (25,0%)	2 (100%)	24 (34,3%)	
Tổng	64 (100%)	4 (100%)	2 (100%)	70 (100%)	

- Về điều trị nội khoa hỗ trợ:

• 100% bệnh nhân đều được phối hợp thuốc co mạch tạng (Somatostatin hoặc Octreotide) và kháng sinh dự phòng theo đúng phác đồ.

• Có 74,3% (52 BN) cần truyền máu trong quá trình điều trị. Trong số các bệnh nhân cần truyền máu, đa số chỉ cần truyền ≤ 2 đơn vị hồng cầu lắng (chiếm 57,7%) trong 24 giờ đầu.

- Về tai biến và biến chứng:

• Nghiên cứu không ghi nhận bất kỳ tai biến nặng nào như thủng thực quản, hít sặc, choáng

nhễm trùng hay xuất huyết do thắt (tỷ lệ 0,0%).

• Các tai biến nhẹ thường gặp bao gồm: nuốt đau chiếm 74,3%, đau sau xương ức chiếm 68,6% và nuốt vướng, nuốt khó chiếm 42,9%. Các triệu chứng này chủ yếu là thoáng qua và tự hồi phục.

IV. BÀN LUẬN

*** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

• Về giới tính: Nghiên cứu ghi nhận sự áp đảo của nam giới với tỷ lệ 79,0%, cao gấp gần 4 lần nữ giới (tỷ lệ xấp xỉ 4:1). Kết quả này hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu của Võ Tấn Cường (2017), và Trần Phạm Chí (2014). Điều này phản ánh đặc điểm dịch tễ thực tế tại Việt Nam, nơi nam giới có xu hướng tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ như rượu bia và nhiễm siêu vi viêm gan B, C cao hơn.

• Về độ tuổi: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $54,7 \pm 11,9$ tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm 40–60 tuổi (55,7%). Đây là lứa tuổi lao động chính, phù hợp với diễn tiến tự nhiên của bệnh gan mạn tính thường mất từ 10–20 năm để tiến triển thành xơ gan mất bù. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hằng (2015) và Lâm Đức Trí (2015).

• Về nguyên nhân và mức độ xơ gan: Virus (48,6%) và rượu (44,3%) là hai tác nhân hàng đầu. Đáng chú ý, có tới 90% bệnh nhân nhập viện khi chức năng gan đã ở giai đoạn mất bù (Child–Pugh B và C). Tỷ lệ Child C (32,9%) trong nghiên cứu này tương đương với báo cáo của Ngô Thái Hùng (34,3%) phản ánh thực trạng bệnh nhân thường chỉ đến viện khi đã xuất hiện biến chứng nặng.

*** Đặc điểm lâm sàng và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa**

• Triệu chứng xuất huyết: Biểu hiện vào viện điển hình nhất là tiêu phân đen (82,9%) và nôn ra máu (77,1%). Phần lớn trường hợp là đợt xuất huyết đầu tiên (82,9%). Tỷ lệ nôn máu của chúng tôi cao hơn so với Nguyễn Ngọc Hằng (42,9%), có thể do đặc thù bệnh nhân tại bệnh viện Ninh Thuận nhập viện khi tình trạng giãn tĩnh mạch đã ở mức độ rất nặng.

• Hội chứng tăng áp cửa và suy tế bào gan: Lách to (68,6%) và cổ trướng (50%) là những dấu hiệu phổ biến nhất. Tỷ lệ này cao hơn so với báo cáo của Lâm Đức Trí (42,1% lách to) do quần thể nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào nhóm đang có biến chứng xuất huyết hoạt động. Các triệu chứng suy tế bào gan như vàng da (65,7%), bàn tay son (62,9%) và mệt mỏi (61,4%) cũng xuất hiện với tần suất cao, tương đương với các nghiên cứu trong nước khác.

* Đặc điểm cận lâm sàng

• Biến đổi huyết học và hóa sinh: Tình trạng giảm tiểu cầu chiếm tỷ lệ rất cao (88,6%) với giá trị trung bình $96,1 \pm 52,0 \times 10^3/\text{mm}^3$. Các chỉ số như Albumin giảm ($30,7 \pm 5,8 \text{ g/L}$) và Prothrombin thấp (57,1%) là những bằng chứng xác thực cho sự suy giảm chức năng gan nặng. Kết quả này phù hợp với đặc điểm của xơ gan mất bù được ghi nhận bởi Trần Phạm Chí (2014).

• Siêu âm và nội soi: Hình ảnh giãn tĩnh mạch cửa $\geq 13\text{mm}$ (77,1%) và lách to $\geq 12\text{cm}$ (72,9%) trên siêu âm là các chỉ dấu kinh điển của tăng áp cửa. Trên nội soi, hình thái giãn mức độ nặng chiếm ưu thế với độ III (65,7%) và dấu đỏ nguy cơ cao RC+++ (70,1%). Đặc biệt, vị trí vỡ chủ yếu tại 1/3 dưới thực quản (65,7%) tương đồng với y văn quốc tế về vùng có áp lực tĩnh mạch cao nhất.

* Đánh giá kết quả điều trị bằng thắt vòng cao su (EVL)

Hiệu quả cầm máu tức thì và tỷ lệ thành công. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kỹ thuật thắt vòng cao su (EVL) đã chứng minh hiệu quả vượt trội trong việc kiểm soát xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (VGTMTQ). Tỷ lệ thành công và đạt hiệu quả cầm máu ngay sau thắt đạt 91,4% (theo một số tiêu chí đánh giá khác trong nghiên cứu có thể đạt tới 97,1%). Kết quả này hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu lớn trong nước như của Võ Tấn Cường (96,9%), Trần Phạm Chí (96,0%), Nguyễn Ngọc Hằng (95,5%) và Lâm Đức Trí (95,0%).

So với các báo cáo quốc tế, tỷ lệ thành công của chúng tôi cũng nằm trong khoảng ghi nhận của Abbas Khan (97,34%), Mounia Lahbabi (96,5%) hay Chen et al. (97,0%). Điều này khẳng định thắt vòng cao su hiện nay là "tiêu chuẩn vàng" và là lựa chọn hàng đầu để kiểm soát chảy máu cấp tính nhờ thao tác đơn giản, thời gian thực hiện nhanh và khả năng can thiệp chính xác vào điểm vỡ.

Số lượng vòng thắt và kỹ thuật can thiệp. Nghiên cứu ghi nhận số lượng vòng thắt trung bình cho mỗi bệnh nhân là $4,66 \pm 0,82$ vòng (dao động từ 4 đến 5 vòng chiếm đa số), hoặc theo thống kê chi tiết khác có thể đạt $5,3 \pm 1,4$ vòng/lần. Chỉ số này hoàn toàn phù hợp với thực hành lâm sàng của các tác giả khác như Trần Phạm Chí (5,5 vòng) hay Võ Tấn Cường (5,0 vòng).

Việc sử dụng bộ thắt nhiều vòng (Variceal Ligation Cylinder) không chỉ giúp rút ngắn thời gian thủ thuật mà còn cho phép phẫu thuật viên thắt liên tiếp các búi giãn theo hình xoắn ốc từ trên tâm vị lên trên, đảm bảo triệt tiêu tối đa các điểm có nguy cơ cao. Theo y văn, việc thắt nhiều

vòng trong một lần can thiệp giúp tỷ lệ triệt tiêu búi giãn hoàn toàn cao hơn so với thắt đơn lẻ từng vòng.

Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị và tỷ lệ tái phát. Một điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu của chúng tôi là mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p=0,045$) giữa vị trí vỡ và kết quả điều trị. Cụ thể, các trường hợp búi giãn vỡ lan rộng lên 2/3 dưới thực quản có nguy cơ thất bại cao hơn (chiếm toàn bộ 100% số ca thất bại trong mẫu nghiên cứu) so với các búi giãn chỉ khu trú ở 1/3 dưới. Điều này đòi hỏi bác sĩ nội soi cần đặc biệt cẩn trọng và có kỹ năng thuần thục khi đối mặt với các tổn thương lan tỏa theo chiều dọc thực quản.

Tỷ lệ tái chảy máu sớm (trong vòng 5 ngày) là 2,9% và tái chảy máu muộn (trong 6 tuần) là 8,6%. Chỉ số này thấp hơn so với một số báo cáo trước đây (thường dao động từ 3–12%). Hiệu quả này có được nhờ việc chúng tôi tuân thủ nghiêm ngặt phác đồ phối hợp: nội soi thắt vòng sớm trong 12–24 giờ kết hợp dùng thuốc co mạch tạng (Somatostatin/Octreotide), kháng sinh dự phòng và thuốc ức chế bơm proton (PPI) để ổn định cục máu đông tại vết loét sau thắt.

Tính an toàn và các tai biến sau thủ thuật. Về tính an toàn, nghiên cứu không ghi nhận bất kỳ tai biến nặng nào như thủng thực quản, hít sặc hay xuất huyết ồ ạt do thủ thuật (tỷ lệ 0,0%). Đây là ưu điểm vượt trội của EVL so với phương pháp tiêm xơ cũ – vốn có tỷ lệ biến chứng nặng và tử vong cao hơn do tác động của hóa chất gây loét và hẹp thực quản diện rộng.

Các tai biến nhẹ thường gặp bao gồm nuốt đau (74,3%), đau sau xương ức (68,6%) và nuốt vướng (42,9%). Những triệu chứng này thường chỉ xuất hiện thoáng qua trong vài ngày đầu sau thủ thuật do phản ứng viêm tại chỗ thắt và thường tự hồi phục mà không cần can thiệp đặc biệt.

* **Tiến triển và thời gian nằm viện.** Kết quả sau thủ thuật rất khả quan với thời gian nằm viện trung bình là $6,9 \pm 2,1$ ngày. Tỷ lệ bệnh nhân ổn định, đạt tiêu chuẩn lâm sàng và xuất viện thành công đạt 95,7. Điều này chứng minh rằng sự kết hợp giữa hồi sức nội khoa chuẩn và can thiệp nội soi kịp thời đã giúp tối ưu hóa quá trình phục hồi, giảm thiểu chi phí và thời gian điều trị cho bệnh nhân xơ gan tại bệnh viện Ninh Thuận.

V. KẾT LUẬN

Thắt vòng cao su điều trị vỡ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận là phương pháp an toàn và

hiệu quả, với tỷ lệ cầm máu thành công ngay đạt 91,4%, số lượng vòng thắt trung bình $4,66 \pm 0,82$ vòng và tỷ lệ ổn định xuất viện đạt 95,7%. Biến chứng nặng như thủng thực quản hay hít sặc không ghi nhận, các tai biến nhẹ như nuốt đau (74,3%) và đau sau xương ức (68,6%) chủ yếu là thoáng qua và tự hồi phục. Kết quả điều trị có mối liên quan đến vị trí búi giãn ($p=0,045$), trong đó tổn thương lan rộng lên 2/3 dưới thực quản có nguy cơ thất bại cao hơn. Thời gian nằm viện trung bình ngắn ($6,9 \pm 2,1$ ngày) giúp tối ưu hóa chi phí và nguồn lực y tế. Kết quả nghiên cứu phù hợp với các công trình trong nước, khẳng định tính hiệu quả, an toàn và khả năng triển khai rộng rãi của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Phạm Chí và cs.** Nghiên cứu tác động của thắt giãn tĩnh mạch thực quản phối hợp propranolol lên bệnh dạ dày tăng áp của ở bệnh nhân xơ gan. Tạp chí Gan Mật Việt Nam. 2014;(29):54–60.
2. **Võ Tấn Cường.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng và đánh giá kết quả điều trị đợt cấp ở bệnh nhân xơ gan mất bù. Luận văn BS Nội trú. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ; 2017:36–51.
3. **Ngô Thái Hùng.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng và kết quả điều trị nội khoa ở bệnh nhân xơ gan mất bù tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu. Luận văn CKII. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ; 2013:45–62.
4. **Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J.** Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: 2016 AASLD Practice Guidance. Hepatology. 2017;65(1):310–35.
5. **Lin L-L, Du S-M, Fu Y, et al.** Combination therapy vs pharmacotherapy, EVL, or TIPS alone in secondary prevention of esophageal variceal bleeding: meta-analysis of RCTs. Oncotarget. 2017;8(34):57399–408.
6. **Chen WC, Lo GH, et al.** Emergency endoscopic variceal ligation versus somatostatin for acute variceal bleeding. J Chin Med Assoc. 2006;69(2):58–65.
7. **Weilert F, Binmoeller KF.** New endoscopic technologies for hemostasis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016;14(8):1234–44.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM 3D QUA ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ BUỒNG TỬ CUNG Ở BỆNH NHÂN VÔ SINH

Nguyễn Quang Nam¹, Nguyễn Ngọc Chiến^{1*}, Phạm Minh Kiêm¹,
Nguyễn Thanh Hải¹, Nguyễn Trung Kiên², Nguyễn Thị Tiên³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp siêu âm 3D qua đường âm đạo trong chẩn đoán các bệnh lý buồng tử cung ở bệnh nhân vô sinh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City từ tháng 01/2017 đến hết tháng 3/2018. Tổng số 48 bệnh nhân nữ có chẩn đoán vô sinh được tuyển chọn vào nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được tiến hành siêu âm 3D qua đường âm đạo trước, sau đó tiến hành nội soi buồng tử cung. Các bất thường ở buồng tử cung được ghi nhận bởi cả hai phương pháp để đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính của siêu âm 3D qua đường âm đạo. **Kết quả:** Nội soi buồng tử cung được thực hiện thành công ở tất cả các ca. Có 17/48 (35,4%) bất thường được phát hiện bằng nội soi buồng tử cung. Siêu âm 3D qua đường âm đạo so với nội soi buồng tử cung có độ nhạy là 82,4%, độ

đặc hiệu là 93,5%, giá trị dự báo dương tính 87,5%, giá trị dự báo âm tính là 90,6% trong phát hiện các bệnh lý nói chung ở buồng tử cung. Bên cạnh đó, siêu âm 3D qua đường âm đạo có độ nhạy là 80%, độ đặc hiệu 100%, giá trị dự báo dương tính 100% và giá trị dự báo âm tính là 95,0% trong phát hiện polyp nội mạc tử cung. **Kết luận:** Siêu âm 3D qua đường âm đạo cho độ đặc hiệu và giá trị dự báo âm tính tương đối cao trong phát hiện các bệnh lý buồng tử cung. Đặc biệt, phương pháp này hiệu quả với polyp nội mạc tử cung. Do vậy, phương pháp này cần được xem xét áp dụng rộng rãi để chẩn đoán các bệnh lý buồng tử cung trước khi tiến hành chuyển phối cho các bệnh nhân vô sinh. **Từ khóa:** Siêu âm 3D qua đường âm đạo; Nội soi buồng tử cung; Polyp nội mạc tử cung; Vô sinh; Độ nhạy và độ đặc hiệu.

SUMMARY

DIAGNOSTIC ACCURACY OF 3D TRANSVAGINAL ULTRASOUND FOR UTERINE CAVITARY PATHOLOGIES IN INFERTILITY: A HYSTEROSCOPY-REFERENCED STUDY

Purpose: To quantify the diagnostic accuracy of 3D transvaginal US for detecting uterine cavity pathology in infertile women, using hysteroscopy as the reference standard. **Materials and Methods:** In this single-center cross-sectional study (Vinmec Times City International Hospital; January 2017–March

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, Hà Nội

²Viện nghiên cứu Tế bào gốc và Công nghệ Gen Vinmec

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Chiến

Email: chiennguyenngoc0801@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025