

systematic review of literature by the Task Force of the Japanese Gastric Cancer Association. *Gastric Cancer*, 2014. 17(1): p. 26-33.

7. **Catarci, M., et al.**, Lymph node retrieval and examination during the implementation of extended lymph node dissection for gastric cancer in a non-specialized western institution. *Updates*

Surg, 2010. 62(2): p. 89-99.

8. **Küster R, G.B., Stützer H, Salzberger B, Ahrens P and and R.H.** (1987), Quality of Life in Gastric Cancer: Karnofsky's Scale and Spitzer's Index in Comparison at the Time of Survey in a Cohort of 1081 patients. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 22, 133: p. 102 - 106.

PHẪU THUẬT PHÂN LƯU CỬA - CHỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA NGOÀI GAN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phan Hồng Long^{1,2}, Vũ Mạnh Hoàn², Trần Đức Tâm²,
Trần Anh Quỳnh², Nguyễn Phạm Anh Hoa², Phạm Thị Hải Yến²

TÓM TẮT

Chiến lược điều trị bệnh nhân tăng áp lực tĩnh mạch cửa do nguyên nhân ngoài gan vẫn còn được tranh luận. Tình trạng xuất huyết tiêu hóa tái diễn không đáp ứng với điều trị nội khoa hay nội soi thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe người bệnh đặc biệt ở trẻ em. Mặt khác, ở Việt Nam các trung tâm có thể ghép gan hiện chưa nhiều, việc chờ đợi ghép gan dẫn đến tình trạng xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em có tăng áp lực tĩnh mạch cửa càng xấu đi và nhiều trẻ em đã tử vong. Nhân 3 trường hợp được chẩn đoán tăng áp lực tĩnh mạch cửa do nguyên nhân ngoài gan tại Trung tâm Ngoại tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung Ương: 02 bệnh nhân được phẫu thuật là shunt giữa tĩnh mạch lách- thận ngoại vi (Warren's shunt), 01 bệnh nhân được phẫu thuật làm shunt giữa tĩnh mạch mạc treo tràng trên- tĩnh mạch chủ dưới (Mesocaval shunt), chúng tôi muốn giới thiệu phẫu thuật tạo shunt cửa – chủ là lựa chọn tốt điều trị tăng áp lực tĩnh mạch cửa do nguyên nhân ngoài gan, an toàn, cải thiện tình trạng xuất huyết tiêu hóa và cường lách.

Từ khóa: Tăng áp lực tĩnh mạch cửa, trẻ em, phân lưu cửa – chủ.

SUMMARY

PORTO – SYSTEMIC SHUNT SURGERY FOR THE TREATMENT OF EXTRAHEPATIC PORTAL HYPERTENSION IN VIETNAM NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

The treatment strategy for patients with extrahepatic portal hypertension remains controversial. The condition of recurrent gastrointestinal bleeding that does not respond to medical treatment or endoscopic ligation of esophageal varices seriously affects the health of patients, especially in children. On the other hand, in Vietnam, there are not many

centers that can transplant liver, waiting for a liver transplant leads to a worsening of gastrointestinal bleeding in children with portal hypertension, and many children have died. In 3 cases diagnosed with extrahepatic portal hypertension at the General Surgery Center of the National Children's Hospital: 02 patients were performed distal splenorenal shunt (Warren's shunt), 01 patients were performed shunt between a superior mesenteric vein and inferior vena cava (Mesocaval shunt), we would like to introduce portosystemic shunt may be used for the treatment of extrahepatic portal vein obstruction, safe, decreases gastrointestinal rebleeding, and reduces hypersplenism.

Keywords: Portal hypertension, children, portosystemic shunt.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTCM) do nguyên nhân ngoài gan chiếm tỷ lệ khoảng 17 – 18% các nguyên nhân gây TALTCM ở trẻ em trong đó sự tắc nghẽn tĩnh mạch cửa (TMC) là nguyên nhân thường gặp nhất [1]. Sự tắc nghẽn này có thể do bẩm sinh hay mắc phải sau những can thiệp đặt catheter tĩnh mạch rốn thời sơ sinh hoặc sau mổ teo mật. Tắc TMC ngoài gan về định nghĩa không ảnh hưởng đến cấu trúc và chức năng gan. Biểu hiện đặc trưng của bệnh là xuất huyết tiêu hóa (XHTH), lách to và cường lách [2]. Trên thực tế, về việc điều trị chảy máu do TALTCM được chú ý từ thế kỷ XIX. Các biện pháp không phẫu thuật như chèn bóng vào vùng chảy máu, dùng thuốc làm giảm áp lực TMC, đến các phương pháp hiện đại hơn như: tiêm xơ, thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản qua nội soi. Nhìn chung các biện pháp này có tác dụng cầm máu tạm thời nhưng tác dụng dự phòng chảy máu tái phát lại không có hoặc là có nhưng không rõ ràng. Cùng với các phương pháp điều trị nội khoa, người ta đồng thời nghiên cứu, áp dụng các phương pháp phẫu thuật phân lưu cửa – chủ làm giảm áp lực TMC, do đó có tác dụng dự

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hồng Long
Email: honglong.phan14091993@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2023

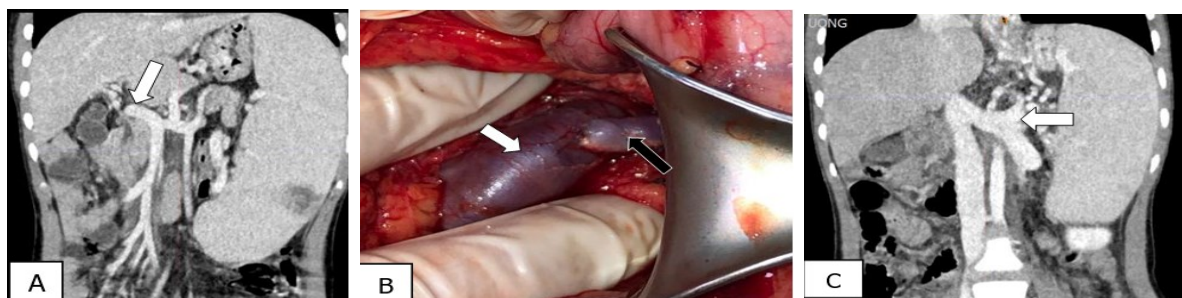
Ngày duyệt bài: 19.6.2023

phòng chảy máu tái phát tốt. Mục tiêu của nghiên cứu là trình bày kinh nghiệm của chúng tôi và kết quả bước đầu của phẫu thuật tạo shunt cửa – chủ qua báo cáo 3 trường hợp được phẫu thuật thành công.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Ca bệnh 1: Bệnh nhân (BN) nữ 8 tuổi vào viện vì nôn máu và đi ngoài phân đen, tiền sử XHTH 4 lần, điều trị ngoại trú tại khoa Gan mật Bệnh viện Nhi Trung Ương với chẩn đoán XHTH do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản/ TALTMC/ Teo TMC đã nội soi dạ dày thực quản giãn tĩnh mạch thực quản độ 4, thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản 1 lần. Sau nội soi 3 ngày BN tiếp tục đi ngoài phân đen. Khám BN xanh xao, thể trạng gầy, niêm mạc nhợt, huyết động ổn định, gan không to, lách to quá rốn. Xét nghiệm máu Hemoglobin 93 g/l, bạch cầu 2,6 G/l, tiểu cầu 54000/ μ L. Siêu âm ổ bụng TMC khẩu kính nhỏ, nhiều tuần hoàn bàng hệ vùng rốn gan, lách to dọc lách 157mm. Chụp cắt lớp vi tính 128 dãy (MSCT) TMC đoạn hợp lưu đường kính 7mm, lên rốn gan dài 15mm, đoạn tiếp teo tịt kèm nhiều tuần hoàn bàng hệ vùng rốn gan, không quan

sát thấy TMC trong gan, tĩnh mạch lách giãn 7,2mm, tĩnh mạch vành vị giãn 7mm và nhiều tuần hoàn bàng hệ quanh tâm vị dạ dày. BN được phẫu thuật làm shunt cửa chủ lách – thận ngoại vi: Mở bụng đường trắng giữa trên rốn vào bụng quan sát thấy gan hồng mềm mại, nhiều tuần hoàn bàng hệ quanh dạ dày, lách to quá rốn, chắc, tĩnh mạch lách giãn to. Chúng tôi phẫu tích đến vị trí hợp lưu tĩnh mạch lách và tĩnh mạch mạc treo tràng dưới, cắt rời tĩnh mạch lách, phẫu tích bộc lộ tĩnh mạch thận làm miệng nối tĩnh mạch lách – thận tận – bên, đường kính miệng nối là 10mm, thắt tĩnh mạch vành vị. Trong mổ lượng máu mất không đáng kể, thời gian mổ là 150 phút. Hậu phẫu ổn định, lách nhỏ lại đến ngang rốn, không XHTH, trung tiện ngày thứ 3, siêu âm Doppler kiểm tra ngày thứ 5: Tĩnh mạch lách đường kính 7mm, dòng chảy tốc độ lớn nhất 19 cm/s, tĩnh mạch thận trái dòng chảy tốc độ lớn nhất 37 cm/s, dòng chảy qua miệng nối thông. BN ra viện sau 10 ngày, tái khám sau 1 tuần, không còn xuất huyết tiêu hóa, siêu âm Doppler miệng nối hoạt động tốt, xét nghiệm tiểu cầu 66000/ μ L.



A: TMC teo tịt kèm nhiều tuần hoàn bàng hệ quanh rốn gan **B:** Miệng nối tĩnh mạch lách- thận (Tĩnh mạch thận: Mũi tên trắng; Tĩnh mạch lách: Mũi tên đen) **C:** Miệng nối tĩnh mạch lách thận sau nối 1 tuần (Mũi tên)

Hình 1: Phân lưu cửa chủ nối tĩnh mạch lách- thận ngoại vi trước, trong và sau nối

Ca bệnh 2: BN nam 3 tuổi, vào viện vì nôn máu và đi ngoài phân đen, tiền sử đẻ non 33 tuần, điều trị tại khoa hồi sức sơ sinh không rõ tiền sử đặt catheter tĩnh mạch rốn, chậm phát triển tâm thần vận động, XHTH do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản đã nội soi cấp cứu thắt tĩnh mạch thực quản cách 1 năm. Nội soi dạ dày tá tràng giãn tĩnh mạch thực quản độ 3 đã thắt 1 búi giãn. Khám BN khó tiếp xúc, da niêm mạc nhợt, thể trạng gầy, gan không to, lách to quá rốn. Xét nghiệm máu Hemoglobin 70 g/l, bạch cầu 2,5 G/l, tiểu cầu 48000/ μ L. Siêu âm ổ bụng lách to dọc lách 144mm. MSCT tĩnh mạch lách giãn đoạn ngoại vi, teo tĩnh mạch lách vị trí hợp lưu với tĩnh mạch mạc treo tràng dưới, TMC biến

đổi hình dạng, xoắn vặn, nhiều tuần hoàn bàng hệ vùng rốn gan. BN được phẫu thuật làm shunt cửa chủ lách – thận ngoại vi (tương tự BN ca bệnh 1). Không có tai biến trong mổ, thời gian mổ là 205 phút. Hậu phẫu ngày thứ 9, chiều cao lách giảm, siêu âm Doppler tĩnh mạch lách dòng chảy tốc độ lớn nhất 70cm/s, tĩnh mạch thận tốc độ dòng chảy lớn nhất trước miệng nối là 56cm/s, sau miệng nối là 94cm/s, miệng nối thông tốt không huyết khối. Xét nghiệm tiểu cầu 75000/ μ L.

Ca bệnh 3: BN nam 10 tuổi, vào viện vì đi ngoài phân đen, tiền sử XHTH 3 đợt đã mổ nội soi ổ bụng thăm dò chẩn đoán TALTMC/ Tắc hoàn toàn TMC và tĩnh mạch mạc treo tràng trên

do huyết khối/ Đa u máu đang điều trị thuốc propranolon 1mg/kg/ngày. Khám BN xanh xao, da niêm mạc nhợt, gan không to, lách to ngang rốn. Xét nghiệm máu Hemoglobin 72 g/l, bạch cầu 2,21 G/l, tiểu cầu 45000/ μ L. Siêu âm ổ bụng và MSCT thân TMC đường kính 6mm, vùng hợp lưu không quan sát thấy thay bằng nhiều tuần hoàn bàng hệ, tĩnh mạch mạc treo tràng trên đường kính 8,8mm đầu trên có huyết khối lấp đầy cách hợp lưu 14mm không có tín hiệu dòng chảy, tĩnh mạch mạc treo tràng dưới 8,6mm có huyết khối 15mm. Nội soi thực quản dạ dày giãn tích mạch thực quản độ 3, giãn tĩnh mạch phình vị và tá tràng, soi đại tràng giãn tĩnh mạch đại tràng lên và đại tràng ngang. BN được phẫu thuật làm shunt tĩnh mạch mạc treo tràng trên – tĩnh mạch chủ dưới: Mở bụng đường trắng giữa trên và dưới rốn vào ổ bụng quan sát thấy gan

hồng không xơ, tá tràng, toàn bộ ruột non đến nửa đại tràng phải có nhiều tổn thương mạch máu giãn kiểu chùm nho, lách to tới hố chậu, nhiều tuần hoàn bàng hệ quanh dạ dày, tĩnh mạch mạc treo đổ về tĩnh mạch mạc treo tràng trên giãn to, đầu trên tĩnh mạch mạc treo tràng trên tắc hoàn toàn. Tiến hành nối chỗ tĩnh mạch mạc treo giãn lớn với tĩnh mạch chủ dưới dưới thận 5cm miệng nối bên – bên và cắt lách, sau nối shunt lưu thông tốt, các tổn thương tại thành ruột giảm áp mềm mại. Không có tai biến trong mổ, thời gian mổ là 180 phút. Hậu phẫu ngày 3 siêu âm Doppler shunt hoạt động tốt, tốc độ dòng chảy khá, tình trạng giảm tiểu cầu được cải thiện. Liệu pháp chống đông áp dụng với BN là heparin 3 ngày sau mổ sau đó dùng Aspirin uống trong 1 tháng. BN ra viện 12 ngày sau mổ.



A: TMC bị teo thay thế bằng hệ thống bàng hệ dạng cavernoma (Mũi tên).

B: Hệ thống mạch mạc treo tràng trên giãn và có huyết khối ở đầu gần (Mũi tên).

C: Clamp bán phần tĩnh mạch chủ dưới (Mũi tên trắng) và tĩnh mạch mạc treo tràng trên (Mũi tên đen) để làm miệng nối.

Hình 2: Phân lưu cửa chủ nối tĩnh mạch mạc treo tràng trên - tĩnh mạch chủ

IV. BÀN LUẬN

Hội chứng TALTMC được xem như là rõ ràng khi có sự hiện diện của tăng áp lực trong hệ thống TMC cùng với sự xuất hiện và phát triển một mạng lưới tuần hoàn phụ cửa – chủ. Ở trẻ em TALTMC khi áp lực trong TMC cao trên 10mmHg [1]. Từ năm 1967 Warren và Zeppa đã thực hiện phẫu thuật giảm áp lực chọn lọc các búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng việc thắt tĩnh mạch vành vị và tĩnh mạch vị mạc nối phải, nối đầu ngoại vi của tĩnh mạch lách với tĩnh mạch thận với ưu điểm giảm được tỷ lệ chảy máu tái phát lên đến 85 – 97% số bệnh nhân XHTH do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản [3],[4]. Tác giả Richard J. Gusberg cho rằng 2 nguyên nhân gây thất bại sớm của shunt cửa – chủ ngoại vi là huyết khối shunt và sự tăng áp lực của tĩnh mạch hệ thống trong đó huyết khối shunt là nguyên nhân hàng đầu (huyết khối sớm 3 – 14%, huyết khối muộn 2%) [4]. Trong nghiên

cứu của chúng tôi 2 bệnh nhân được phẫu thuật Warren theo dõi sau mổ đến hiện tại không có trường hợp nào có huyết khối shunt và chảy máu tái phát. Siêu âm Doppler được thực hiện sau mổ 48 giờ, sau 3 – 5 ngày và 1 tuần sau khi ra viện mục đích đánh giá huyết khối shunt, hướng dòng chảy và đường kính shunt. Tiêu chuẩn để đánh giá shunt thông trên siêu âm: Dòng chảy từ hệ cửa sang hệ chủ, có phổ màu biểu hiện của dòng chảy và tốc độ trong giới hạn bình thường [5]. Không có khuyến cáo chung về sử dụng chống đông sau mổ ở những bệnh nhân này vì đa số có biểu hiện giảm tiểu cầu do cường lách.

Năm 2014, tác giả Tim R.Glowka và cộng sự [9] đã tổng hợp y văn và dựa trên: Lưu lượng máu về gan, kế hoạch ghép gan trong tương lai, hình thái học của hệ thống mạch cửa chia làm 3 loại: Shunt toàn bộ, shunt bán phần và shunt chọn lọc (Bảng 1).

Bảng 1: Các loại phân lưu cửa - chủ

	Shunt toàn bộ	Shunt bán phần	Shunt chọn lọc
TM cửa – TM chủ	Tận – bên	Bên – bên	
TMMTTT* – TM chủ		Bên – bên	
TMMTTD** – TM chủ			Bên – bên
TM lách – thận	Bên – bên	Trung tâm tận – bên	Ngoại vi tận – bên
	COOLEY	LINTON	WARREN
TM vành vị – TM chủ			INOKUCHI

*Tĩnh mạch mạc treo tràng trên; **Tĩnh mạch mạc treo tràng dưới, TM: Tĩnh mạch

Ưu điểm shunt không chọn lọc là giảm đáng kể áp lực hệ cửa, dự phòng chảy máu tái phát tốt và dễ khâu nối do hệ thống mạch cửa và mạch chủ giãn tuy nhiên có nhược điểm là làm tăng hội chứng não – cửa chủ vì làm giảm nhiều lưu lượng về gan do đó hiện nay ít tác giả sử dụng. Trong khi đó, shunt chọn lọc có nhiều ưu điểm như: Hạn chế hội chứng não – cửa chủ, dự phòng chảy máu tái phát tốt và việc tiếp cận tĩnh mạch lách giãn khá đơn giản nên hiện nay được nhiều tác giả lựa chọn; tuy nhiên nó cũng có nhược điểm là tỷ lệ hẹp miệng nối sớm cao (10-15%), huyết khối shunt 6-11% [6]. Một số tác giả sử dụng kỹ thuật tạo thông nối qua chỗ tắc của TMC có sử dụng đoạn mạch nhân tạo hoặc đoạn mạch tự thân gọi là Rex shunt (Meso-Rex bypass), có lợi thế hơn shunt cửa- chủ là nó khôi phục được sự tưới máu sinh lý qua gan và ngăn ngừa được hội chứng não – cửa chủ. Tuy nhiên, điều kiện tiên quyết cho thành công của kỹ thuật Meso-Rex bypass là sự toàn vẹn của TMC trong gan đặc biệt là nhánh trái và không có huyết khối vượt quá thân TMC [2]. Trong 3 trường hợp trong nghiên cứu đều bị teo TMC trong gan, trường hợp thứ 3 có huyết khối lan đến tĩnh mạch mạc treo tràng trên nên không đủ điều kiện để làm Meso-Rex bypass.

Về chỉ định phẫu thuật làm shunt cửa – chủ trong TALTCM [6].

*Chỉ định tuyệt đối: Điều trị nội khoa/nội soi XHTH không cải thiện, dai dẳng, cường lách nặng, tiểu cầu < 10.000/ μ L, XHTH tái phát phối hợp nhiễm trùng, bệnh não do tăng áp cửa – chủ, hội chứng gan phổi có tăng áp động mạch phổi.

* Chỉ định tương đối: Lách to có triệu chứng, hạn chế vận động do lách to, búi giãn tĩnh mạch lớn khó tiếp cận, các thăm dò thần kinh – nhận thức gợi ý bệnh não do TALTCM, rối loạn phát

triển giới tính không rõ nguyên nhân. Các bệnh nhân trong nghiên cứu này nằm trong nhóm có chỉ định tuyệt đối nối cửa chủ do XHTH dai dẳng.

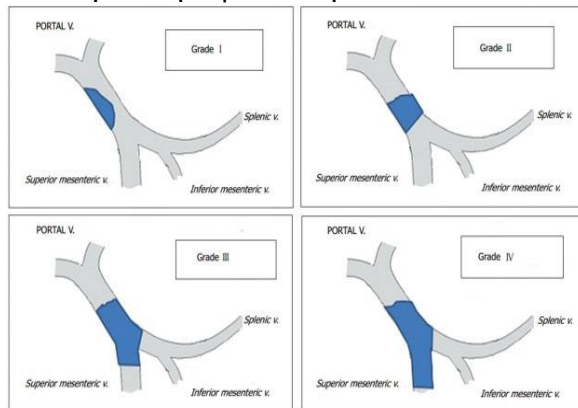
Lách to là triệu chứng lâm sàng rõ ràng nhất trong TALTCM, nó liên quan trực tiếp đến sự gia tăng áp lực và do đó sự cải thiện là sự mong đợi khi áp lực hệ cửa giảm. Tác giả Van Praet và cộng sự [7] theo dõi 14 bệnh nhân trong 14 năm (2000 – 2014) nhận thấy rằng chiều cao lách giảm sau mổ so với trước mổ có ý nghĩa thống kê ($p=0,0204$). Trong nghiên cứu này, kích thước lách qua thăm khám và siêu âm sau mổ có cải thiện.

Tiếp cận và làm miệng nối tĩnh mạch lách – thận: Cách tiếp cận tĩnh mạch lách thường dễ, chúng tôi lấy mốc là bờ trên tụy để tiếp cận, tuy nhiên trong phẫu thuật làm shunt lách – thận ngoại vi việc tiếp cận tĩnh mạch thận trái thường khó khăn do nhiều tuần hoàn phụ và phức tạp thành bụng sau thường dày. Mặt khác, việc khâu nối tĩnh mạch lách và tĩnh mạch thận trái gặp khó khăn do tĩnh mạch thận ở sâu, trong trường hợp tĩnh mạch lách không giãn thì nguy cơ hẹp miệng nối, huyết khối miệng nối cao vì vậy cần thực hiện ở trung tâm có kinh nghiệm và trang thiết bị tốt.

Tiếp cận và làm miệng nối tĩnh mạch mạc treo tràng trên- tĩnh mạch chủ dưới: Năm 2002, tác giả Nguyễn Thanh Liêm đã sử dụng tĩnh mạch cảnh trong làm cầu nối giữa tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch chủ dưới với kỹ thuật bộc lộ tĩnh mạch như sau: Tĩnh mạch mạc treo tràng trên nằm bên phải động mạch mạc treo tràng trên, cách góc Treitz khoảng 2-3 cm, sát mạc treo đại tràng ngang. Giải phóng đại tràng góc gan, làm kỹ thuật Kocher di động đoạn III và một phần đoạn IV tá tràng để bộc lộ tĩnh mạch chủ dưới. Lấy tĩnh mạch cảnh trong dựa vào mốc cơ ức đòn chũm, nối đầu trên tĩnh mạch cảnh trong với tĩnh mạch mạc treo tràng trên và đầu dưới với tĩnh mạch chủ dưới. Kết quả giảm áp tĩnh mạch cửa khá tốt từ 36,8cm nước trước mổ xuống còn 27,8cm nước sau mổ, không có xuất hiện hội chứng não- cửa chủ và hẹp tắc miệng nối [8]. Trong nghiên cứu này, vì khoảng cách tĩnh mạch mạc treo tràng trên đầu xa và tĩnh mạch chủ gần nhau, đánh giá miệng nối không căng nên chúng tôi không sử dụng cầu nối. Tuy nhiên đây là kết quả ngắn hạn vì nối tĩnh mạch mạc treo trực tiếp với tĩnh mạch chủ dưới thận dễ có nguy cơ bị tắc về lâu dài nhất là ở trẻ em. Vì vậy, bệnh nhân nên được khám lại và siêu âm doppler định kỳ để đánh giá sự lưu thông của shunt. Cũng trong nghiên cứu của tác

giả Nguyễn Thanh Liêm (2002), ưu tiên bảo tồn lách vì nó là cơ quan quan trọng trong hệ thống miễn dịch ở trẻ em. Việc cắt lách được đặt ra khi kích thước lách quá lớn, nguy cơ dọa vỡ, cường lách nặng hoặc trong trường hợp cần làm shunt lách- thận trung tâm để giảm áp TMC cấp cứu hoặc khi không thể làm shunt [8].

Điều trị TALTM do huyết khối tĩnh mạch cửa ngoài gan hiện nay vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Việc sử dụng phẫu thuật phân lưu cửa- chủ trong thập kỷ qua đã giảm đáng kể do sự phát triển của các phương pháp thay thế như: Tạo shunt cửa- chủ trong gan qua đường tĩnh mạch cảnh (TIPS), nội soi tiêm xơ hoặc thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản và sử dụng thuốc làm giảm áp lực TMC. Tuy nhiên, khi các phương pháp trên thất bại thì phẫu thuật phân lưu cửa- chủ được xem là hiệu quả nhất trong kiểm soát chảy máu tái phát do TALTM. Tác giả Karel M. Van Praet và cộng sự (2020) nghiên cứu 14 bệnh nhân TALTM do huyết khối TMC ngoài gan được phẫu thuật phân lưu cửa chủ, kết quả tỷ lệ chảy máu tái phát giảm từ 57% xuống 7%, tỷ lệ cổ chướng trước mổ là 79%, sau mổ là 0%, giảm chiều cao lách và cải thiện các chỉ số về huyết học. Tiên lượng xa rất tốt với những bệnh nhân TALTM ngoài gan do huyết khối mà không có bệnh gan tiềm ẩn được phẫu thuật tạo shunt cửa- chủ với tỷ lệ chảy máu tái phát < 10% sau 5 năm, vì vậy với những bệnh nhân này nên được chỉ định phẫu thuật "sớm".



Hình 3. Phân loại huyết khối tĩnh mạch cửa ngoài gan theo độ nặng

(Nguồn: Yedel 2000 (trích [7]))

Độ I: Huyết khối bán phần < 50% khẩu kính TMC chưa lan tràn đến tĩnh mạch mạc treo tràng trên

Độ II: Huyết khối > 50% khẩu kính TMC chưa lan tràn đến tĩnh mạch mạc treo tràng trên

Độ III: Huyết khối toàn phần TMC và phần gần của tĩnh mạch mạc treo tràng trên

Độ IV: Huyết khối toàn phần TMC và cả phần gần, phần xa tĩnh mạch mạc treo tràng trên

Ở BN trong nghiên cứu này được phân loại ở Grade IV, theo dõi đến hiện tại chưa có xuất huyết tiêu hóa tái phát.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật phân lưu cửa- chủ là lựa chọn tốt điều trị TALTM do nguyên nhân ngoài gan ở trẻ em, an toàn, cải thiện tình trạng XHTH và cường lách. Đây là một giải pháp tốt ở những trung tâm mà ghép gan chưa sẵn sàng và cần được thực hiện ở các trung tâm lớn, phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm. Tuy nhiên, đây là kết quả ngắn hạn vì nối tĩnh mạch mạc treo trực tiếp với tĩnh mạch chủ dưới và nối tĩnh mạch lách với tĩnh mạch thận dễ có nguy cơ bị tắc về lâu dài nhất là ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phạm Anh Hoa, Đoàn Thị Lan (2019). Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân tăng áp lực tĩnh mạch cửa ở trẻ em. Tạp Chí Học Việt Nam, 1(9), 216–218.
2. Lý Nam Thịnh, Nguyễn Thị Cẩm Xuyên và cs (2019). Mesorex bypass điều trị teo tĩnh mạch cửa ngoài gan ở trẻ em nhân một trường hợp. Tạp Chí Học Việt Nam, 2(9), 116–123.
3. W. Dean Warren, Robert Zeppa, et al (1967). Selective Trans-Splenic Decompression of Gastroesophageal Varices by Distal Splenorenal Shunt. Ann Surg, 166, 437–453.
4. Richard J. Gusberg (1992). Distal Splenorenal Shunt -Premise, Perspective, Practice. Div Vasc Surg, 10, 84–93.
5. Kim Văn Vũ (2005). Nghiên cứu ứng dụng một số phẫu thuật phân lưu cửa- chủ điều trị dự phòng chảy máu tái phát do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Trường Đại Học Hà Nội, Luận án Tiến sỹ Y học, tr.118.
6. N Patel, A Grieve, J Hiddema et al (2017). Surgery for portal hypertension in children: A 12-year review. SAMJ, 107(11), 12–15.
7. Karel M. Van Praet, Laurens J. Ceulemans et al (2020). An analysis on the use of Warren's distal splenorenal shunt surgery for the treatment of portal hypertension at the University Hospitals Leuven. Acta Chir Belg, (13), 1–7.
8. Nguyễn Thanh Liêm (2002). Điều trị tăng áp lực tĩnh mạch cửa ở trẻ em bằng nối tĩnh mạch mạc treo tràng trên với tĩnh mạch chủ dùng tĩnh mạch cảnh trong làm cầu nối. Tạp Chí Y Học Thực Hành, 410.
9. Tim R. Glowka et al (2014). Clinical Management of Chronic Portal/Mesenteric vein thrombosis: The Surgeon's point of view. Viszeralmedizin Gastrointestinal Medicine and Surgery, (30), 409-415.