

Khảo sát hình ảnh nội soi niêm mạc ống tiêu hóa trên ở bệnh nhân xơ gan giai đoạn Child - Pugh A

Đặng Thị Ánh Nguyệt¹, Phạm Nguyễn Ngọc Thanh¹, Trần Văn Huy^{2*}

¹Bệnh viện Quảng Ngãi

²Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch là một trong những biến chứng rất thường gặp và nghiêm trọng ở bệnh nhân xơ gan. Chẩn đoán sớm giãn tĩnh mạch thực quản - phình vị và các biến đổi niêm mạc ống tiêu hóa trên khác rất cần thiết để có kế hoạch điều trị dự phòng tiên phát giúp giảm tỷ lệ của lần xuất huyết đầu tiên, giảm tử vong. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả các biến đổi niêm mạc thực quản - dạ dày - tá tràng trên nội soi ở các bệnh nhân xơ gan giai đoạn Child - Pugh A và khảo sát một số yếu tố liên quan đến biến đổi niêm mạc ống tiêu hóa trên ở các bệnh nhân này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 70 bệnh nhân xơ gan giai đoạn Child - Pugh A tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, Bệnh viện Trung ương Huế. **Kết quả:** Giãn tĩnh mạch thực quản chiếm tỷ lệ 61,4%, giãn tĩnh mạch phình vị 8,6%, bệnh dạ dày tăng áp tĩnh mạch cửa 44,3%. Có mối liên quan giữa tỷ prothrombin, đường kính lách, chỉ số tiểu cầu/đường kính lách với giãn TMTQ. ARFI có tương quan với giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết. **Kết luận:** Nên tầm soát nội soi ống tiêu hóa trên ở các bệnh nhân xơ gan giai đoạn Child - Pugh A có ARFI > 20,5 kPa.

Từ khóa: nội soi, xơ gan Child - Pugh A.

Endoscopic features of the upper gastrointestinal tract in Child - Pugh A cirrhotic patients

Dang Thi Anh Nguyet¹, Pham Nguyen Ngoc Thanh¹, Tran Van Huy^{2*}

¹Quang Ngai Hospital

²University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Gastrointestinal bleeding is caused by a rupture of esophageal varices and is one of the common and serious complications in patients with cirrhosis. Early identification of esophagogastric varices and other mucosal features is really necessary for the preventive management, reducing the incidence of first bleeding and mortality. Objective: to describe esophagogastric mucosal changes on endoscopy in Child - Pugh A cirrhotic patients and investigate some factors associated to changes in upper gastrointestinal tract mucosa in these patients. **Methods:** 70 cirrhotic patients with Child - Pugh A score were included in a cross-sectional descriptive study, at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, Hue Central Hospital. Results: Esophageal varices 61.4%, gastric varices 8.6%, portal hypertensive gastropathy 44.3%. There are relationship between decreased prothrombin, spleen diameter, platelet count/spleen diameter ratio esophageal varices. ARFI correlates with esophageal varices at risk of bleeding. **Conclusion:** Upper gastrointestinal endoscopy should be screened in cirrhotic patients with Child - Pugh A having ARFI higher than 20.5 kPa.

Keyword: endoscopy, cirrhosis with Child - Pugh class A.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) là một trong những biến chứng thường gặp và nghiêm trọng ở bệnh nhân xơ gan (XG), là hậu quả của tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTM). Tỷ lệ tử vong khoảng 20% trong 6 tuần đầu, tái phát xuất huyết lên đến 80% trong một năm [1]. Ngay cả ở bệnh nhân xơ gan giai đoạn Child - Pugh A, tỷ lệ giãn TMTQ lên đến 40%

[1] 15 - 20% xuất huyết do vỡ giãn mạch xảy ra trong 1 - 3 năm sau xuất hiện XG [3]. Chẩn đoán sớm giãn tĩnh mạch thực quản và các biến đổi niêm mạc ống tiêu hóa trên giúp điều trị dự phòng, giảm tỷ lệ của lần xuất huyết đầu tiên qua đó làm giảm tử vong

Hiện nay các khuyến cáo nội soi ngay khi bệnh nhân được chẩn đoán XG cũng như định kỳ theo dõi giãn mạch [4]. Tuy nhiên, một tỷ lệ lớn bệnh nhân nội soi không có giãn mạch hoặc giãn mạch không

* Tác giả liên hệ: Trần Văn Huy. Email: tvhuy@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 06/09/2024; Ngày đồng ý đăng: 15/10/2025; Ngày xuất bản: 25/12/2025

cần điều trị [5, 6].

Các phương pháp không xâm lấn như số lượng tiểu cầu, đường kính lách, chỉ số tiểu cầu/đường kính lách, đàn hồi gan bằng kỹ thuật ARFI đã được nhiều nghiên cứu đánh giá gần TMTQ đặc biệt ở bệnh nhân xơ gan giai đoạn Child - Pugh A, xơ gan còn bù để hạn chế nội soi không cần thiết. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

- *Mô tả các biến đổi niêm mạc thực quản - dạ dày - tá tràng trên nội soi ở các bệnh nhân XG giai đoạn Child - Pugh A.*

- *Khảo sát một số yếu tố liên quan đến biến đổi niêm mạc ống tiêu hóa trên ở các bệnh nhân này.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán XG giai đoạn Child - Pugh A đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế, có nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng từ tháng 05/2020 đến tháng 6/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân XG được đánh giá bằng kỹ thuật ARFI mức độ xơ hóa F4.

- Chọn bệnh nhân giai đoạn Child - Pugh A (chỉ số Child - Pugh ≤ 6).

- Có nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng.

- Các kết quả đo ARFI, đánh giá chỉ số Child - Pugh, nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng được thực hiện cách nhau không quá 3 tháng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang điều trị thuốc kháng viêm không steroid, steroid, các tác nhân ăn mòn thực quản - dạ dày cấp tính.

- Bệnh nhân đã phẫu thuật cắt dạ dày.

- Xơ gan ung thư hóa.

- AST, ALT ≥ 10 lần giới hạn trên bình thường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện (n = 70).

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Hồi bệnh sử, thăm khám lâm sàng, đo đàn hồi gan bằng kỹ thuật ARFI mức độ xơ hóa F4, làm xét nghiệm huyết học, sinh hóa, nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng.

- Ghi nhận kết quả phiếu điều tra.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: đề tài đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế với quyết định số H2020/335 ngày 18 tháng 6 năm 2020.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 40	3	4,3
40 - < 50	16	22,9
50 - < 60	23	32,9
60 - < 70	18	25,7
≥ 70	10	14,3
Tổng	70	100,0
Tuổi trung bình (năm)	56,7 $\pm$ 10,6	

Nhỏ nhất là 36 tuổi
và lớn nhất là 84 tuổi

Tuổi trung bình: 56,7 $\pm$ 10,6 tuổi.

Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 50 - 60 tuổi (32,9%).

Bảng 2. Nguyên nhân xơ gan

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rượu	25	35,7
Viêm gan B	20	28,6
Viêm gan C	4	5,7
Viêm gan B + viêm gan C	1	1,4
Rượu + viêm gan B	10	14,3
Rượu + viêm gan C	2	2,9
NAFLD	2	2,9
Tự miễn	1	1,4
Không rõ nguyên nhân	5	7,1
Tổng	70	100,0

Nguyên nhân XG do rượu chiếm tỷ lệ cao nhất (35,7%), tiếp theo là viêm gan B (28,6%). Bệnh nhân lần đầu phát hiện XG chiếm đa số (62,9%).

Bảng 3. Lý do đi khám bệnh, vào viện

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng/đầy bụng	31	44,3
Nôn ra máu, đi cầu phân đen/máu	15	21,4
Vàng da/mắt	5	7,1
Mệt mỏi/chán ăn	8	11,4
Khác	11	15,7
Tổng	70	100,0

Đau bụng/đầy bụng chiếm tỷ lệ cao nhất (44,3%).

3.2. Các biến đổi niêm mạc thực quản - dạ dày - tá tràng trên nội soi ở đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Biến đổi niêm mạc thực quản - dạ dày - tá tràng do TALTMC

Bảng 4. Giãn tĩnh mạch thực quản

Giãn TMTQ		Số lượng (n = 70)	Tỷ lệ (%)
Không giãn		27	38,6
Độ 1		17	24,3
Độ 2		14	20,0
Độ 3		12	17,1
Dấu đỏ	Không	67	95,7
	Có	3	4,3

Tỷ lệ giãn TMTQ là 61,4%, dấu đỏ đều ở nhóm bệnh nhân giãn TMTQ độ 3.

Bảng 5. Hình ảnh nội soi dạ dày liên quan TALTMC

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giãn tĩnh mạch dạ dày	Không	64	91,4
	Có	6	8,6

Bệnh dạ dày TALTMC	Không	39	55,7
	Mức độ nhẹ	20	28,6
	Mức độ nặng	11	15,7

Giãn tĩnh mạch dạ dày chiếm 8,6%, tỷ lệ bệnh dạ dày TALTMC là 44,3%.

3.2.2. Biến đổi niêm mạc thực quản - dạ dày - tá tràng không do TALTMC

Bảng 6. Các biến đổi thực quản - dạ dày - tá tràng không liên quan đến TALTMC

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trào ngược dạ dày-thực quản	Độ A	2	2,9
	Độ B	0	0,0
Viêm/rách tâm vị	Có	6	8,6
	Không	64	91,4
Khác (u nhú thực quản)	Có	1	1,4
	Không	69	98,6
Biến đổi hành tá tràng	Không	57	81,4
	Loét	13	18,6
Biến đổi ở dạ dày	Không	61	87,1
	Loét	9	12,9

Loét dạ dày 12,9%, loét tá tràng 18,6%.

3.3. Mối liên quan của một số yếu tố với biến đổi niêm mạc đường tiêu hóa trên

Bảng 7. Mối liên quan giữa biểu hiện TALTMC với APRI, ARFI, tiểu cầu/đường kính lách

	APRI			ARFI (kPa)			Tiểu cầu/đường kính lách		
	Không	Có	P	Không	Có	P	Không	Có	P
Giãn TMTQ	1,46 ± 1,51	1,85 ± 1,52	0,264	15,9 ± 7,0	20,5 ± 10,0	0,034	1.467 ± 513	1.258 ± 771	0,044
Giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết	1,43 ± 1,41	2,16 ± 1,61	0,041	16,8 ± 6,9	21,9 ± 11,6	0,185	1.547 ± 604	986 ± 684	<0,001
Giãn tĩnh mạch dạ dày	1,69 ± 1,47	1,83 ± 2,15	0,405	18,5 ± 9,0	21,0 ± 11,9	0,559	1.337 ± 684	1.361 ± 784	0,862
Bệnh dạ dày TALTMC	1,61 ± 1,51	1,81 ± 1,55	0,64	17,5 ± 8,7	20,2 ± 9,8	0,163	1.397 ± 592	1.265 ± 794	0,143

Có mối liên quan giữa APRI với giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết (p = 0,041).

Có mối liên quan giữa ARFI ở giá trị 20,5 ± 10,0 kPa với giãn TMTQ (p = 0,034).

Có mối liên quan giữa tiểu cầu/đường kính lách với giãn TMTQ và giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết (p < 0,05).

Bảng 8. Mối liên quan giữa giãn TMTQ với bệnh dạ dày TALTMC, giãn tĩnh mạch dạ dày

		Giãn tĩnh mạch thực quản		p
		Không (n = 27)	Có (n = 43)	
Bệnh dạ dày TALTMC	Không	22 (56,4%)	17 (43,6%)	0,001
	Có	5 (16,1%)	26 (83,9%)	

	Không	25 (31,9%)	39 (60,1%)	
Giãn tĩnh mạch dạ dày	Có	2 (33,3%)	4 (66,7%)	1,000

Bệnh dạ dày TALTMTC ở nhóm giãn TMTQ 83,9% ($p < 0,001$).

Bảng 9. Phân tích đơn biến và đa biến giữa giãn TMTQ nguy cơ xuất huyết với một số yếu tố

Đặc điểm	OR thô (95%CI)	p	OR hiệu chỉnh (95%CI)	p
Nghiên rượu	1		1	
Không				
Có	1,4 (0,5 - 3,6)	0,534	2,82 (0,57 - 13,99)	0,205
Chỉ số APRI	1,38 (0,99 - 1,925)	0,059	0,77 (0,26 - 2,295)	0,634
Đường kính lách (cm)	2,3 (1,3 - 3,8)	0,003	15,44 (0,56 - 425,12)	0,106
Albumin (g/L)	0,95 (0,8 - 1,1)	0,486	1,29 (1 - 1,67)	0,049
Tỷ prothrombin	0,93 (0,89 - 0,97)	< 0,001	0,95 (0,9 - 1,01)	0,096
Chỉ số FIB-4	1,24 (1,07 - 1,44)	0,004	1,42 (0,88 - 2,29)	0,147
ARFI (kPa)	1,06 (1,01 - 1,12)	0,031	1,09 (1 - 1,19)	0,047
Tiểu cầu	0,99 (0,97 - 1)	0,008	0,85 (0,65 - 1,12)	0,247
Chỉ số tiểu cầu/đường kính lách	0,84 (0,75 - 0,94)	0,002	4,63 (0,36 - 58,96)	0,238

Trong phân tích đơn biến chỉ ghi nhận đường kính lách, tỷ prothrombin, FIB-4, tiểu cầu và chỉ số tiểu cầu/đường kính lách có tương quan có ý nghĩa với giãn TMTQ nguy cơ xuất huyết. ARFI có tương quan với giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết trong phân tích đơn biến và đa biến.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

XG là bệnh mạn tính, diễn tiến chậm qua hàng chục năm sau khi mắc một căn nguyên. Kết quả bảng 1, tuổi trung bình mắc bệnh là $56,7 \pm 10,6$, tương tự nhiều nghiên cứu [7, 8]. Nguyên nhân XG do rượu chiếm tỷ lệ cao nhất (35,7%), tiếp đến là viêm gan B (28,6%), gần giống tác giả Hà Vũ (2017) với XG do rượu 32%, kế đến là viêm gan B 23,1% [9] Ngược lại, Abrales (2016) XG do virus 70%, rượu 14% [7].

Tỷ lệ lớn bệnh nhân lần đầu phát hiện XG chiếm 62,9%, tác giả Scaglione (2015) nghiên cứu ở bệnh gan mạn tiến triển còn bù (cACLD) cũng ghi nhận 68,7% bệnh nhân XG không có tiền sử của bệnh lý gan mạn trước đó [10]. Nhưng số lượng bệnh nhân vào viện vì xuất huyết tiêu hóa theo bảng 3 có 15/70 bệnh nhân (21,4%). Tác giả Qi (2010) cũng ghi nhận trong 140 bệnh nhân XG với biến chứng XHTH thực hiện TIPS thì có 57 bệnh nhân xuất huyết tái phát là Child - Pugh A [11]. Như vậy mặc dù Child - Pugh A nhưng biến chứng nặng cũng đã xuất hiện sớm.

4.2. Các biến đổi niêm mạc thực quản - dạ dày - tá tràng trên nội soi ở đối tượng nghiên cứu

4.2.1. Các biến đổi niêm mạc đường tiêu hóa trên do tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Khi TALTMTC làm dòng máu TMC về bị cản trở, từ đó xuất hiện các vòng nổi tĩnh mạch qua các nhánh

tĩnh mạch vị ngấn trong thực quản và dạ dày từ đó hình thành các búi giãn tĩnh mạch.

Theo Bảng 4, tỷ lệ giãn TMTQ nhóm nghiên cứu là 61,4%, cao hơn tỷ lệ trung bình Child - Pugh A là 40% [2] cũng có nghiên cứu tỷ lệ này chỉ là 23 - 25,9% [6, 12]. Theo tác giả Trần Văn Huy, tỷ lệ giãn TMTQ là 95,5%, không ghi nhận sự khác biệt về giãn TMTQ giữa các giai đoạn Child - Pugh [13]. Về giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết của nhóm nghiên cứu là 37,1%, còn tác giả Abrales (2016) tỷ lệ chỉ 13% khi nghiên cứu ở 518 bệnh nhân XG còn bù [7] 14% của tác giả Park (2015) thực hiện ở 86% là Child - Pugh A [12]. Kết quả của chúng tôi cao hơn ở cả nhóm giãn TMTQ và giãn nguy cơ xuất huyết, có thể do mặc dù Child - Pugh A nhưng đa số bệnh nhân nội trú, vào viện vì cần can thiệp nội soi hoặc biến chứng.

Giãn tĩnh mạch dạ dày (6/70 bệnh nhân) chiếm 8,6% không thấy dấu hiệu gợi ý xuất huyết qua nội soi, tương tự De Lisi nghiên cứu ở 71,1% XG Child - Pugh A, giãn tĩnh mạch dạ dày 6,7% [14], còn Sarin là 20% [15]. Xuất huyết do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày thấp hơn so với vỡ giãn TMTQ (25% và 64%), nguy cơ vỡ thấp nhưng nặng hơn, nhu cầu truyền máu cao hơn và tử vong có thể cao hơn 45% trong đợt xuất huyết [15].

Các thay đổi niêm mạc của bệnh dạ dày TALTMTC được cho là do tăng áp TMC gây giãn mạch lách,

hình thành nổi thông động - tĩnh mạch ở dưới niêm mạc, cùng các yếu tố giãn mạch góp phần hình thành nên bệnh dạ dày TALTMTC [16]. Trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ bệnh dạ dày TALTMTC là 44,3% với niêm mạc dạ dày dạng khảm, ở phình vị 93,5%, thân vị 67,7% và hang vị là 16,1%; 15,7% bệnh dạ dày TALTMTC mức độ nặng. Tác giả Bang (2016), tỷ lệ là 45,8% ở bệnh nhân XG Child - Pugh A, có liên quan rõ với tăng áp cửa và còn được xem như là yếu tố tiên lượng của XG ngoài các yếu tố đã biết như giai đoạn Child - Pugh, MELD, tuổi [17]. Vì có nhiều phân loại đánh giá về bệnh dạ dày TALTMTC, quan điểm ở các đánh giá có khác nhau, cũng như sự thống nhất về chẩn đoán trên nội soi, nên tỷ lệ bệnh dạ dày TALTMTC dao động từ 7 - 98% [17].

4.2.2. Các biến đổi niêm mạc đường tiêu hóa trên không do TALTMTC

Loét ở bệnh nhân XG cao hơn cộng đồng, nguy cơ chảy máu, cũng như tỷ lệ tử vong trong 90 ngày cao hơn 25% ở bệnh nhân không có XG [18], nguy cơ tăng thêm nếu chuyển từ còn bù sang XG mất bù (3,4% và 7,7%, $p = 0,01$) [19]. Tỷ lệ loét dạ dày của nghiên cứu chúng tôi là 12,9%, loét tá tràng 18,6%, trào ngược dạ dày - thực quản độ A 2,9% (không có độ B/C hoặc các thương tổn khác do trào ngược). Như vậy, một tỷ lệ khá lớn bệnh nhân XG có thương tổn khác ngoài các biến đổi niêm mạc do TALTMTC, điều này khẳng định vai trò nội soi phát hiện và theo dõi là cần thiết.

4.3. Mối liên quan của một số yếu tố với biến đổi niêm mạc đường tiêu hóa trên

Bệnh dạ dày TALTMTC ở nhóm giãn TMTQ là 83,9% cao hơn nhóm không giãn tĩnh mạch (16,1%), ghi nhận có mối liên quan với $p < 0,001$. Không ghi nhận mối liên quan giữa giãn tĩnh mạch dạ dày với giãn TMTQ ($p = 1,000$). Còn tác giả Đặng Thị Kim Oanh [20], Trần Phạm Chí [21] không ghi nhận mối liên quan bệnh dạ dày TALTMTC giữa các nhóm giãn TMTQ. Tác giả Trần Ngọc Lưu Phương lại nhận thấy có mối tương quan nghịch giữa bệnh dạ dày TALTMTC và giãn TMTQ ($OR = 0,6$, $p < 0,001$) [22].

Tỷ prothrombin là một chỉ số trong thang điểm Child - Pugh để tiên lượng, đánh giá giai đoạn XG. Nghiên cứu nhận thấy có mối liên quan với giãn TMTQ ($p = 0,023$), tỷ prothrombin giảm ($< 70\%$) ở nhóm giãn tĩnh mạch là 86,7%, không giãn tĩnh mạch 13,3%. Và cũng ghi nhận mối liên quan với giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết trong phân tích đơn biến ($OR = 0,93$, $p < 0,001$).

ARFI ở ngưỡng 20,5 kPa có giá trị tiên lượng giãn TMTQ với $p = 0,034$, nhưng không ghi nhận mối liên quan với giãn tĩnh mạch dạ dày hay bệnh dạ dày TALTMTC ($p > 0,05$). Trong phân tích đơn biến và đa

biến lại ghi nhận có tương quan với giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết với $p < 0,05$ ($OR > 1$).

Giảm tiểu cầu là một biểu hiện của hội chứng TALTMTC trên lâm sàng, được nhiều nghiên cứu, khuyến cáo như là một chỉ số không xâm nhập tiên đoán giãn TMTQ. Giá trị tiểu cầu $105,4 \pm 63,2 \times 10^9/L$ có mối liên quan với giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết ($p < 0,001$) và trong phân tích đơn biến với yếu tố này cũng ghi nhận mối tương quan này ($OR = 0,99$, $p = 0,008$). Nhưng không ghi nhận mối liên quan giữa số lượng tiểu cầu với giãn các độ giãn TMTQ ($p > 0,05$).

Chỉ số tiểu cầu/đường kính lách được đánh giá chính xác hơn giảm tiểu cầu, lách lớn trong chẩn đoán giãn tĩnh mạch bất cứ mức độ nào cũng như giãn tĩnh mạch nguy cơ cao. Nghiên cứu chúng tôi ở ngưỡng cắt 1.258 có giá trị dự đoán giãn TMTQ với $p = 0,044$, còn với giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết là ngưỡng 986 ($p < 0,001$).

5. KẾT LUẬN

5.1. Hình ảnh nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ở bệnh nhân XG giai đoạn Child - Pugh A

- Giãn TMTQ chiếm tỷ lệ 61,4%, giãn độ 1 với 24,3%, độ 3 là 17,1%, dấu đỏ 4,3%.
- Giãn tĩnh mạch phình vị dạ dày 8,6%.
- Bệnh dạ dày TALTMTC 44,3%, mức độ nặng 15,7%.
- Các thương tổn khác: loét dạ dày 12,8%, loét tá tràng 18,6%.

5.2. Một số mối liên quan giữa biến đổi niêm mạc thực quản - dạ dày - tá tràng với lâm sàng và cận lâm sàng

- Có liên quan giữa giãn TMTA với bệnh dạ dày TALTMTC.
- Có mối liên quan giữa giảm tỷ prothrombin và giãn TMTQ.
- Có mối tương quan giữa đường kính lách với giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết $OR = 2,3$ (95 CL 1,3 - 3,8) với $p = 0,003$.
- Có mối tương quan giữa FIB-4 với giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết $OR = 1,24$ (95 CL 1,07 - 1,44) với $p = 0,004$.
- Tiểu cầu có tương quan với giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết với $OR = 0,99$ (95 CL 0,97 - 1) với $p = 0,008$ trong phân tích đơn biến.
- Có liên quan giữa chỉ số tiểu cầu/đường kính lách với giãn TMTQ, và có tương quan giữa chỉ số tiểu cầu/ đường kính lách với giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết $OR = 0,84$ (95 CL 0,75 - 0,94) với $p = 0,002$.
- Có mối tương quan giữa ARFI với giãn TMTQ có nguy cơ xuất huyết với $OR = 1,06$ (1,01 - 1,12), $p = 0,031$ trong phân tích đơn biến và $OR = 1,09$ (1 - 1,19), $p = 0,047$ trong phân tích đa biến.

Hạn chế của đề tài:

Nghiên cứu được thực hiện trên quy mô nhỏ, trong mùa dịch COVID-19 thực hiện trên đa số bệnh nhân nội trú chỉ ở một địa phương. Nên cần có

nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn để thiết lập một thang điểm dự báo giãn TMTQ, các biến đổi niêm mạc ống tiêu hóa trên ở các bệnh nhân XG giai đoạn Child - Pugh A.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. LaBrecque D, Khan A, Sarin S, Le Mair A. Esophageal varices. World Gastroenterology Organisation global guidelines. WGO Milwaukee, WI, USA; 2014.
2. LaBrecque D, Khan A, Sarin S, Le Mair A. Esophageal varices. World Gastroenterology Organisation global guidelines. WGO Milwaukee, WI, USA; 2014.
3. Roccarina D, Best LM, Freeman SC, Roberts D, Cooper NJ, Sutton AJ, et al. Primary prevention of variceal bleeding in people with oesophageal varices due to liver cirrhosis: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;4(4):Cd013121.
4. De Franchis R, Faculty BV. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *Journal of hepatology*. 2015;63(3):743-52.
5. Augustin S, Pons M, Santos B, Ventura M, Genesca J, editors. Identifying compensated advanced chronic liver disease: when (not) to start screening for varices and clinically significant portal hypertension. Portal Hypertension VI: Proceedings of the Sixth Baveno Consensus Workshop: stratifying risk and individualizing care; 2016: Springer.
6. Maurice JB, Brodtkin E, Arnold F, Navaratnam A, Paine H, Khawar S, et al. Validation of the Baveno VI criteria to identify low risk cirrhotic patients not requiring endoscopic surveillance for varices. *Journal of hepatology*. 2016;65(5):899-905.
7. Abraldes JG, Bureau C, Stefanescu H, Augustin S, Ney M, Blasco H, et al. Noninvasive tools and risk of clinically significant portal hypertension and varices in compensated cirrhosis: The "Anticipate" study. *Hepatology*. 2016;64(6):2173-84.
8. Paternostro R, Kapzan L, Mandorfer M, Schwarzer R, Benedikt S, Viveiros A, et al. Anemia and iron deficiency in compensated and decompensated cirrhosis: Prevalence and impact on clinical outcomes. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2020;35(9):1619-27.
9. Hà Vũ, Huỳnh Anh Đức, et al.
- Khảo sát mối tương quan giữa phân loại Child-Turcotte-Pugh và mức độ giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2017;21(1):141-6.
10. Scaglione S, Kliethermes S, Cao G, Shoham D, Durazo R, Luke A, et al. The epidemiology of cirrhosis in the United States: a population-based study. *Journal of clinical gastroenterology*. 2015;49(8):690-6.
11. Qi X, Han G, Wu K, Fan D. A confusing relationship between Child-Turcotte-Pugh Class A and compensated cirrhosis. *Official journal of the American College of Gastroenterology* | ACG. 2010;105(2):470-2.
12. Park Y, Kim SU, Park SY, Kim BK, Park JY, Kim DY, et al. A novel model to predict esophageal varices in patients with compensated cirrhosis using acoustic radiation force impulse elastography. *PloS one*. 2015;10(3):e0121009.
13. Trần Văn Huy, Hồ Anh Hiến. Nghiên cứu hình ảnh nội soi niêm mạc thực quản dạ dày ở các bệnh nhân xơ gan. . *Tạp chí Y Dược học Huế*. 2011(21 (5), 45).
14. De Lisi S, Peralta S, Arini A, Simone F, Craxi A. Oesophagogastroduodenoscopy in patients with cirrhosis: extending the range of detection beyond portal hypertension. *Digestive and Liver Disease*. 2011;43(1):48-53.
15. Sarin SK, Lahoti D, Saxena SP, Murthy NS, Makwana UK. Prevalence, classification and natural history of gastric varices: a long-term follow-up study in 568 portal hypertension patients. *Hepatology*. 1992;16(6):1343-9.
16. Svoboda P, Konecny M, Martinek A, Hrabovsky V, Prochazka V, Ehrmann J. Acute upper gastrointestinal bleeding in liver cirrhosis patients. *Biomedical Papers*. 2012;156(3):266-70.
17. Bang CS, Kim HS, Suk KT, Kim SE, Park JW, Park SH, et al. Portal hypertensive gastropathy as a prognostic index in patients with liver cirrhosis. *BMC gastroenterology*. 2016;16(1):93.
18. Voulgaris T, Karagiannakis D, Siakavellas S, Kalogera D, Angelopoulos T, Chloupi E, et al. High prevalence of asymptomatic peptic ulcers diagnosed during screening endoscopy in patients with cirrhosis. *Annals of gastroenterology*. 2019;32(5):451.
19. Venkatesh PG, Parasa S, Njei B, Sanaka MR, Navaneethan U. Increased mortality with peptic ulcer bleeding in patients with both compensated and decompensated cirrhosis. *Gastrointestinal endoscopy*. 2014;79(4):605-14. e3.
20. Đặng Thị Kim Oanh. Nghiên cứu hình ảnh nội soi và mô bệnh học của niêm mạc dạ dày thực quản ở bệnh nhân xơ gan.: Đại học Y Hà Nội; 2002.
21. Trần Phạm Chí. Nghiên cứu hiệu quả thắt giãn tĩnh mạch thực quản kết hợp Propranolol trong dự phòng xuất huyết tái phát và tác động lên bệnh dạ dày tăng áp cửa do xơ gan. Đại học Huế: Đại học Huế; 2014.
22. Trần Ngọc Lưu Phương, Nguyễn Thị Cẩm Tú, et al. Khảo sát đặc điểm nội soi dạ dày-thực quản trên bệnh nhân xơ gan. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2010;14(2):95-101.