

TĂNG ÁP CỬA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tăng áp cửa thường biểu hiện xuất huyết do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản, là nguyên nhân thường gặp nhất của xuất huyết tiêu hóa nặng ở trẻ em.
- Tăng áp cửa được định nghĩa là tăng độ chênh của áp lực tĩnh mạch gan (>5 mmHg), đó là sự khác biệt giữa áp lực tĩnh mạch gan chêm, và áp lực tĩnh mạch gan tự do. Dẫn tĩnh mạch thực quản sẽ phát triển khi độ chênh trên 12 mmHg.
- Nguyên nhân
 - + Trước gan (Tắc nghẽn tĩnh mạch cửa)
 - Huyết khối tĩnh mạch cửa (TMC): tiền căn đặt catheter tĩnh mạch rốn trong thời kỳ sơ sinh.
 - Huyết khối tĩnh mạch lách: rối loạn đông máu nặng có thể có huyết khối lan rộng.
 - Teo hay hẹp bẩm sinh TMC
 - + Trong gan
 - Xơ gan
 - Nhiễm Schistosomia
 - Xơ hóa gan bẩm sinh
 - + Sau gan
 - Hội chứng Budd-Chiari, do huyết khối tĩnh mạch gan
 - Viêm màng ngoài tim co thắt

II. LÂM SÀNG

1. Bệnh sử:

- Đã được chẩn đoán có bệnh gan, biến chứng của bệnh gan mạn, tiền căn xuất huyết tiêu hóa.
- Tiền căn nhiễm trùng rốn, đặt catheter tĩnh mạch rốn.
- Tiền căn rối loạn đông máu, chấn thương bụng.

2. Triệu chứng lâm sàng:

- Xuất huyết tiêu hóa: ói máu từ nhẹ đến nặng gây choáng mất máu, tiêu phân đen hoặc đỏ.
- Lách to.
- Bụng bự, tuần hoàn bàng hệ.
- Trĩ.
- Gan có thể to hoặc bình thường hoặc teo.
- Biểu hiện bệnh gan mạn như vàng da, bụng bự, tuần hoàn bàng hệ, bệnh não gan, suy dinh dưỡng, dấu sao mạch, lòng bàn tay son, ngón dùi trống, dấu xuất huyết nơi khác.

III. CẬN LÂM SÀNG

- Huyết đồ: có thể thiếu máu, giảm bạch cầu và/hoặc giảm tiểu cầu do cường lách.
- Chức năng đông máu: Prothrombin time (PT) thường kéo dài.

- Chức năng gan: bất thường trong bệnh lý tại gan, có thể bình thường trong xơ gan còn bù.
- Siêu âm bụng
 - + Tĩnh mạch bàng hệ lớn, biến dạng xoang hang TMC và lách to.
 - + Siêu âm màu doppler cho thấy dòng chảy và tốc độ chảy trong TMC, tĩnh mạch gan và tĩnh mạch chủ.
 - + Hình ảnh cấu trúc gan có thể cho thấy bệnh gan mạn.
- Nội soi tiêu hóa: đánh giá dẫn tĩnh mạch và hình ảnh niêm mạc của thực quản-dạ dày và hậu môn trực tràng.
 - + “Dấu hiệu đỏ” (red sign) của đe dọa xuất huyết do vỡ dẫn tĩnh mạch hay mới vừa xuất huyết.
 - + Bệnh lý dạ dày cửa thì điển hình với niêm mạc sung huyết và tĩnh mạch dưới niêm dẫn.
- Chụp CT và cộng hưởng từ (MRI): đánh giá các thương tổn gan kèm với tăng áp và hội chứng Budd-Chiari.
- Chụp mạch máu: chụp mạch máu cộng hưởng từ là phương pháp không xâm lấn thay thế cho chụp mạch máu quy ước.
 - + Chẩn đoán xác định tắc nghẽn TMC.
 - + Chụp mạch máu thì quan trọng khi chỉ định tạo shunt hệ cửa và trước ghép gan có TMC bất thường hoặc có huyết khối.
- Sinh thiết gan qua da: để chẩn đoán hầu hết bệnh gan nếu không có chống chỉ định.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định:

- Bệnh sử và khám lâm sàng có bệnh gan mạn hoặc nghi ngờ bệnh cảnh tắc nghẽn TMC, ói máu hay tiêu máu.
- Siêu âm doppler cho thấy dòng chảy trong TMC, dẫn TM thực quản.
- Nội soi tiêu hóa: chính xác nhất cho thấy dẫn, vỡ TM thực quản.

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Các nguyên nhân lách to, cổ chướng, tuần hoàn bàng hệ khác.
- Các nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa trên khác.

V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Biểu hiện xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân xác định hoặc nghi ngờ tăng áp cửa.
- Tăng áp cửa chưa xuất huyết được nhập viện ngay để bắt đầu điều trị phòng ngừa xuất huyết tiên phát, sau đó sẽ tiếp tục điều trị ngoại trú.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Cấp cứu xuất huyết đang hoạt động
- Phòng ngừa xuất huyết tái diễn sau cơn đầu tiên (điều trị thứ phát)
- Điều trị tiên phát: ở bệnh nhân chưa bao giờ xuất huyết

- Trẻ với chức năng gan tốt và xuất huyết do vỡ dẫn tĩnh mạch (ví dụ như tắc nghẽn tĩnh mạch cửa, xơ hóa gan bẩm sinh) điều trị chú trọng vào tăng áp cửa. Trẻ bị xơ gan thì điều trị dựa vào độ nặng bệnh gan.

2. Phân cấp điều trị:

- Cấp 1:

+ Xử trí ban đầu:

- Thông đường thở, thở oxy nếu có choáng
- Tuần hoàn: lập 2 đường truyền (22G hay lớn hơn) và bắt đầu truyền dịch (dextrose 5% nếu tưới máu tốt, dịch keo nếu tưới máu kém).
- Xét nghiệm: huyết đồ, đông máu, ure, creatinine, ion đồ, chức năng gan, cấy máu, nhóm máu, đường huyết.
- Đăng ký hồng cầu lắng; huyết tương tươi đông lạnh và tiểu cầu nếu có rối loạn đông máu.
- Điều trị cụ thể: nhịn ăn
 - ✓ Ranitidine 1mg/kg TM, 3 lần / ngày hoặc Omeprazole 1mg/kg TM và Sucrafate uống;
 - ✓ Kháng sinh TM nếu có biểu hiện nhiễm trùng; vitamin K1-10mg TM chậm;
 - ✓ Truyền octreotide: liều bolus 1 µg/kg TM (tối đa 50 µg) trên 5 phút tiếp theo truyền 1 - 3 µg/kg/h (tối đa 50 µg/h.), tiếp tục truyền cho đến 24 giờ sau khi ngưng chảy máu và giảm dần rồi ngưng trong 24 giờ.
 - ✓ Phòng ngừa chống bệnh lý não nếu chức năng gan xấu.
- Nội soi tiêu hóa trên cấp cứu trong 24h để xác định nguồn gốc chảy máu và điều trị dẫn tĩnh mạch bằng thắt hoặc chích xơ.

+ Tiêu chuẩn chuyển khoa

- Phòng thường của khoa tiêu hóa:
 - Xuất huyết tiêu hóa nhẹ
 - Khởi đầu điều trị phòng ngừa xuất huyết tiên phát của tăng áp cửa
- Phòng Cấp cứu:
 - Xuất huyết tiêu hóa nặng, ồ ạt
 - Kèm bệnh lý não gan
- Hồi sức: bệnh nhân nội trú có:
 - Xuất huyết tiêu hóa nặng, ồ ạt dọa choáng
 - Kèm bệnh lý não gan

- Cấp 2: Điều trị đặc hiệu

+ Điều trị thuốc: Somatostatin hay octreotide; Vasopressin.

+ Nội soi điều trị:

- Chích xơ: Ethanolamine, hay tetradecylsulfate chích 0,5-1ml hay cột thắt tĩnh mạch qua nội soi. Có thể có biến chứng gồm loét, chít hẹp và đau ở thực quản.
- Sử dụng chất bảo vệ niêm mạc như sucrafate (1-4g mỗi 6 giờ).
- Ống Sengstaken-Blakemore

+ Nếu các biện pháp trên thất bại để kiểm soát chảy máu, có thể sử dụng ống Sengstaken-Blakemore nhi khoa hay ống Linton.

+ Điều trị phòng ngừa xuất huyết tiên phát

Thuốc ức chế Beta-adrenergic: Propranolol 1-5mg/kg/ngày, chia làm 3 lần hay Atenolol 1mg/kg/ngày, chia làm 2 lần.

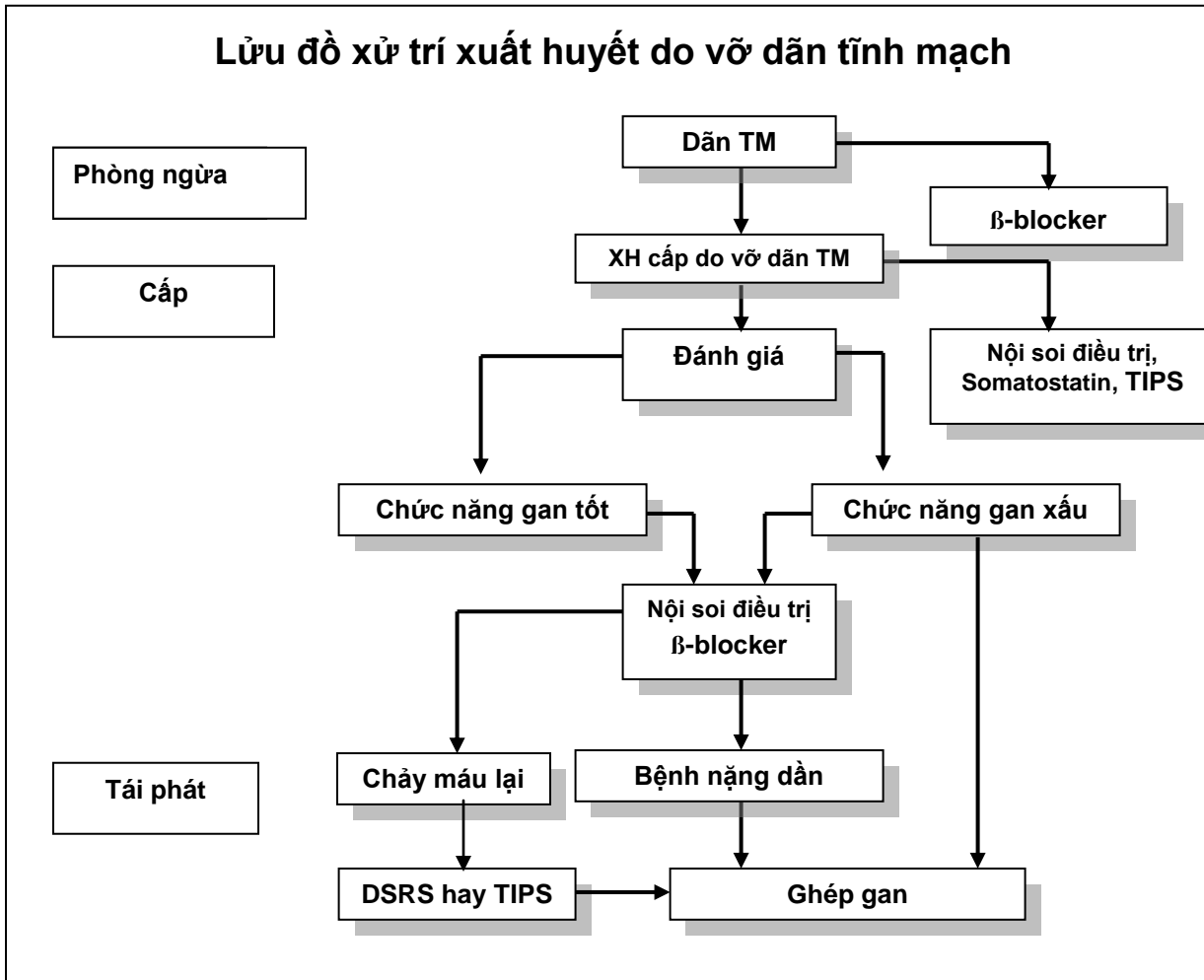
- + Phòng ngừa xuất huyết tiêu hóa tái phát
 - Cả chích xơ và thắt tĩnh mạch dẫn đều an toàn và giảm được khả năng chảy máu lại. Nhưng không kỹ thuật nào giảm được áp lực cửa, có thể gây một số ảnh hưởng huyết động học, cường lách và bệnh lý dạ dày cửa có thể tạm thời xấu hơn.
 - Kết hợp thuốc ức chế β không chọn lọc và nitrates như isosorbide 5-mononitrate là những thuốc được chọn, với mục tiêu giảm 25% nhịp tim.
- + Điều trị ngoại khoa
 - Điều trị ngoại khoa nếu bệnh gan tiến triển với nguy cơ tử vong cao do xuất huyết.
 - Shunt hệ cửa có thể giảm nguy cơ xuất huyết tiêu hóa nhưng gây nên giảm lưu lượng máu qua hệ cửa và giảm tưới máu gan, có nguy cơ gan mất bù, bệnh não gan, và ngăn cản hoặc gây khó khăn cho ghép gan. Phẫu thuật tạo shunt ở bệnh nhân trầm trọng, có thể thực hiện.
 - Ghép gan khi tăng áp cửa không kiểm soát được do bệnh ở gan.
 - Nếu không thực hiện được shunt và không ghép gan được, phương pháp Sugiura (cắt thực quản/triệt mạch máu) có thể cứu sống bệnh nhân, có lợi ích là ít nguy cơ bệnh lý não.

VII. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

- Ngưng xuất huyết
- Huyết động học, hô hấp, tri giác ổn định
- Thích nghi với điều trị phòng ngừa

VIII. TÁI KHÁM

- Gồm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm tùy tình trạng bệnh tại phòng khám tiêu hóa
 - + 3 tháng đầu: mỗi tuần
 - + 3 – 6 tháng sau: mỗi 2 tuần
 - + 6 – 12 tháng sau : mỗi tháng



DSRS: Distal Splenorenal Shunt