

Đồng thuận Baveno VII (năm 2021) về điều trị chảy máu tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Baveno VII consensus (2021) on treatment of gastrointestinal bleeding due to portal hypertension

Vũ Văn Khiên, Mai Hồng Bằng

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa là hậu quả chính gặp chủ yếu ở bệnh nhân xơ gan, gây nên những biến chứng nặng nề như: Chảy máu tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản và/hoặc tĩnh mạch dạ dày, hội chứng não gan và dịch cổ trướng. Từ năm 1990, Hiệp hội Quốc tế nghiên cứu về tăng áp tĩnh mạch cửa đã được ra đời và được lấy tên là Baveno I (một địa chỉ tại thành phố của Ý). Cho đến nay, đã có 7 đồng thuận về điều trị tăng áp tĩnh mạch cửa: Baveno I (1990), Baveno II (1995), Baveno III (2000), Baveno IV (2005), Baveno V (2010), Baveno VI (2015) và Baveno VII (2021). Từ năm 2020, do ảnh hưởng của đại dịch COVID-19, nên Baveno VII đã bị trì hoãn và phải chuyển sang hình thức trực tuyến (virtual). Hội nghị này cũng được tổ chức tại thành phố Baveno (Ý) từ ngày 27 - 30/10/2021. Các nội dung chính của đồng thuận Baveno VII gồm có: Các phương pháp xác định chênh áp tĩnh mạch cửa, các phương pháp chẩn đoán tăng áp lực tĩnh mạch cửa và bệnh gan mạn tính tiến triển, điều trị xơ gan mất bù, điều trị chảy máu tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa... Trong nội dung khuôn khổ của bài báo này, chúng tôi xin bày chi tiết về khuyến cáo của Baveno VII trong điều trị chảy máu tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Từ khóa: Tăng áp lực tĩnh mạch cửa, chảy máu tiêu hóa, tĩnh mạch thực quản.

Summary

Portal hypertension (PH) is a major consequence seen mainly in patients with cirrhosis, causing serious complications such as: Gastrointestinal bleeding (GI) due to rupture of esophageal and/or gastric veins, encephalopathy and ascites. Since 1990, the International Association for the study of portal hypertension has been established and named Baveno I (city of Italy). To date, there have been 7 consensus on the treatment of portal hypertension: Baveno I (1990), Baveno II (1995), Baveno III (2000), Baveno IV (2005), Baveno V (2010), Baveno VI (2015) and Baveno VII (2021). Since 2020, due to the COVID-19 pandemic, Baveno VII has been delayed and had to switch to an online form (virtual). This conference was also held in the city of Baveno (Italy) from October 27-30, 2021. The main contents of the Baveno VII consensus include: Methods of determining portal pressure, methods of diagnosing PH, advanced chronic liver disease, treatment of decompensated cirrhosis, treatment of GI due to PH... In the framework of this article, we would like to detail the recommendations of Baveno VII for the treatment of GI due to PH.

Keywords: Portal hypertension, gastrointestinal bleeding, esophageal varices.

Ngày nhận bài: 1/3/2022, ngày chấp nhận đăng: 18/3/2022

Người phản hồi: Vũ Văn Khiên, Email: vuvankhien108@yahoo.com.vn - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (Portal hypertension) là hậu quả chính gặp chủ yếu ở bệnh nhân xơ gan, gây nên những biến chứng nặng nề như: Chảy máu tiêu hóa (CMTH) do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản (TMTQ) và/hoặc tĩnh mạch dạ dày (TMDD), hội chứng não gan (encephalopathy), dịch cổ chướng (asites) [1].

Trước những năm 1990, các công cụ giúp chẩn đoán và các thử nghiệm lâm sàng điều trị tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTC) còn gặp nhiều khó khăn. Nhận thức được những khó khăn này, các chuyên gia thuộc lĩnh vực tiêu hóa-gan mật đã thống nhất cần phải đưa ra đồng thuận cho chẩn đoán và điều trị các biến chứng do TALTC gây nên. Năm 1986, hội thảo đầu tiên về lĩnh vực này đã tổ chức bởi Giáo sư Andrew Burroughs (Mỹ) tại thành phố Groningen (Hà Lan). Đến năm 1990, các nhà khoa học đã chọn thành phố Baveno (Ý) để đưa ra các đồng thuận về chẩn đoán và điều trị TALTC. Cho đến nay, lịch sử của Baveno đã trải qua 7 thời kỳ: Baveno I (1990), Baveno II (1995), Baveno III (2000), Baveno IV (2005), Baveno V (2010), Baveno VI (2015) và Baveno VII (2021).

Từ năm 2020, do ảnh hưởng của đại dịch COVID-19, nên Baveno VII đã bị trì hoãn và phải chuyển sang hình thức trực tuyến (Virtual). Hội nghị này cũng được tổ chức tại thành phố Baveno (Ý) từ ngày 27-30/10/2021. Các nội dung chính của đồng thuận Baveno VII gồm có: *Các phương pháp xác định chèn ép tĩnh mạch cửa, các phương pháp chẩn đoán TALTC và bệnh gan mạn tính tiến triển, điều trị xơ gan mất bù, điều trị CMTH cấp do TALTC...* Trong nội dung khuôn khổ của bài báo này, chúng tôi xin bày chi tiết về khuyến cáo của Baveno VII trong điều trị CMTH do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. *Chúng tôi dịch nguyên bản từ bản tiếng Anh (đồng thuận Baveno 2021- Sẽ xuất bản chính thức quý II/2022) sang tiếng Việt và một số đề mục sẽ được lý giải để hiểu rõ hơn trong từng khuyến cáo [2].*

2. Nội dung của khuyến cáo điều trị chảy máu tiêu hóa cấp do tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Hội nghị đã nhận được 45 khuyến cáo và có 44/45 khuyến cáo đã được các nhà khoa học phê

chuẩn. So với đồng thuận Baveno VI (2015) có 21 khuyến cáo mới, 10 khuyến cáo thay đổi một phần và 13 khuyến cáo không thay đổi. Phiên chuyên đề về CMTH cấp do giãn vỡ TALTC được xếp trong chuyên đề 6. Các thông tin của đồng thuận này được đối chiếu với đồng thuận VI và chia thành 3 mức: *Không thay đổi, thay đổi một phần và khuyến cáo mới*. Đối với các khuyến cáo mới sẽ được minh chứng và lý giải bằng các nghiên cứu mới liên quan đến nội dung từng khuyến cáo. Sau đây là nội dung cụ thể của từng khuyến cáo [2]:

2.1. Khuyến cáo về bù dịch và truyền máu

6.1. Mục tiêu của truyền máu nhằm bảo tồn sự tưới máu ở mô. Lượng máu truyền ban đầu nhằm khôi phục và duy trì ổn định huyết động (*không thay đổi*).

6.2. Truyền khối hồng cầu cần phải cẩn trọng, dè dặt và duy trì huyết sắc tố ở mức 7 - 8g/dl. Mặc dù vậy, truyền máu cũng phải xem xét cho từng trường hợp cụ thể, đặc biệt khi bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, tuổi cao, tình trạng huyết động và đang chảy máu (*không thay đổi*).

2.2. Khuyến cáo về đặt nội khí quản trong điều trị cấp cứu

6.3. Nên đặt nội khí quản trước khi nội soi cho những bệnh nhân bị rối loạn ý thức hoặc đang nôn ra máu (*khuyến cáo mới*).

6.4. Rút ống nội khí quản càng sớm càng tốt ngay sau khi thực hiện nội soi xong (*khuyến cáo mới*).

Lý giải về mục 6.3 và 6.4: CMTH do tăng áp TMC là một cấp cứu tối khẩn cấp, đặc biệt với những bệnh nhân đang CMTH với số lượng nhiều, nguy cơ dịch và chất nôn ở dạ dày-thực quản tràn vào đường hô hấp, gây suy hô hấp và có thể gây viêm phổi. Do vậy, đồng thuận khuyến cáo, đặc biệt khi bệnh nhân đang ở các trung tâm hồi sức, cần phải đặt nội khí quản cho bệnh nhân nôn ra máu nhiều, hoặc trong tình trạng ý thức đang lẫn lộn, không kiểm soát được chất nôn từ dạ dày-thực quản.

Tuy nhiên, không nên lưu ống nội khí quản kéo dài, vì nguy cơ nhiễm trùng hô hấp rất cao và dễ đưa đến các biến chứng khác. Do vậy, đồng thuận khuyến cáo: *Rút ống nội khí quản càng sớm càng tốt và nên thực hiện ngay sau khi kết thúc nội soi can*

thIỆP, để phòng chống nhiễm khuẩn đường hô hấp và các biến chứng nhiễm khuẩn khác [3].

2.3. Khuyến cáo sử dụng thuốc vận mạch

6.5. Trong trường hợp nghi ngờ CMTH do vỡ TMTQ-DD, các thuốc vận mạch (terlipressin, somatostatin, octreotide) nên được sử dụng càng sớm càng tốt và tiếp tục ít nhất từ 2 đến 5 ngày (*thay đổi một phần*) [3].

Lý giải về mục 6.5: Trong đồng thuận Baveno VI chỉ khuyến cáo nên sử dụng các thuốc vận mạch trước khi can thiệp nội soi. Tuy nhiên, đồng thuận Baveno VII khuyến cáo khi bệnh nhân nghi ngờ CMTH do giãn vỡ TMTQ thì phải dùng luôn các thuốc vận mạch càng sớm càng tốt và không phụ thuộc vào tình trạng nội soi. Đây chính là sự thay đổi một phần của tuyên bố số 6.5.

6.6. Hạ natri máu có thể xuất hiện ở bệnh nhân dùng terlipressin, đặc biệt ở những bệnh nhân xơ gan còn bù. Do vậy, phải kiểm soát nồng độ natri máu ở những bệnh nhân này (*không thay đổi*).

2.4. Khuyến cáo về kháng sinh dự phòng

6.7. Dự phòng bằng kháng sinh là một phần không thể thiếu của liệu pháp điều trị cho bệnh nhân xơ gan có biểu hiện xuất huyết đường tiêu hóa trên và cần được tiến hành ngay từ khi nhập viện (*không thay đổi*).

6.8. Nguy cơ nhiễm khuẩn và tỷ lệ tử vong rất thấp ở bệnh nhân xơ gan Child-Pugh A. Khuyến cáo cho rằng cần có những nghiên cứu tiến cứu để xem xét có nên sử dụng kháng sinh dự phòng cho những bệnh nhân này hay không (*không thay đổi*).

6.9. Nên sử dụng ceftriaxone 1g/24 giờ (đường tĩnh mạch) cho bệnh nhân xơ gan tiến triển ở các bệnh viện có tỷ lệ vi khuẩn kháng thuốc cao với quinolone và những bệnh nhân trước đây đã điều trị dự phòng bằng quinolone, và theo tình hình kháng thuốc ở từng khu vực và mức độ nhạy cảm với kháng sinh (*thay đổi một phần*) [4].

Lý giải về mục 6.9: Trong đồng thuận Baveno VII khuyến cáo khi sử dụng kháng sinh cũng phải tùy thuộc vào tình trạng kháng thuốc của từng khu vực và phụ thuộc vào mức độ nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh.

2.5. Khuyến cáo về dinh dưỡng

6.10. Suy dinh dưỡng làm tăng kết quả bất lợi ở bệnh nhân xơ gan và bệnh nhân xơ gan sau thắt tĩnh mạch thực quản. Do vậy, dinh dưỡng qua đường miệng thực hiện càng sớm càng tốt (*khuyến cáo mới*) [5].

Lý giải về mục 6.10: Trước đây, suy dinh dưỡng ở bệnh nhân xơ gan, đặc biệt xơ gan mất bù không được quan tâm. Tần suất suy dinh dưỡng ở bệnh nhân xơ gan giao động từ 5 - 92%. Ngày nay, các nghiên cứu đã chứng minh suy dinh dưỡng liên quan chặt chẽ đến hiệu quả điều trị. Thiếu hụt năng lượng, giảm lượng protein, nhiễm trùng, kém hấp thu, thay đổi chuyển hóa chất dinh dưỡng, tăng trao đổi chất, rối loạn nội tiết tố và rối loạn hệ vi sinh vật đường ruột có thể góp phần gây suy dinh dưỡng. Do vậy, cần có chiến lược dinh dưỡng sớm cho các bệnh nhân xơ gan.

6.11. Nhiễm trùng đường hô hấp có thể xảy ra, kể cả khi đặt sonde dạ dày, nên được tiến hành cẩn trọng, bởi vì nó có thể là nguy cơ gây viêm phổi (*khuyến cáo mới*).

Lý giải về mục 6.11: Trước đây, một số nước hay sử dụng sonde dạ dày cho bệnh nhân xơ gan có CMTH do TALTMC nhằm giúp chẩn đoán và điều trị. Tuy nhiên, khi đặt sonde dạ dày lâu, sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, đặc biệt dễ gây viêm đường hô hấp. Do vậy, đồng thuận Baveno VII khuyến cáo không nên đặt sonde dạ dày cho bệnh nhân xơ gan có CMTH do TALTMC.

2.6. Khuyến cáo về thuốc ức chế bơm proton (PPI)

6.12. PPIs, được dùng trước khi thực hiện nội soi, nên dùng ngay lập tức sau can thiệp nội soi, chỉ dùng khi có chỉ định nghiêm ngặt (*khuyến cáo mới*).

Lý giải về mục 6.12: Trước đây, nhiều bệnh viện hay sử dụng các thuốc ức chế bơm proton (PPI) cho bệnh nhân xơ gan có CMTH do tăng áp TMC. Tuy nhiên, sử dụng PPI nhiều, kéo dài sẽ làm tăng phát triển quá mức vi khuẩn tại ruột non (*small intestinal bacterial overgrowth: SIBO*), làm tăng nồng độ NH₃ và dễ đưa đến hình thành hội chứng não gan. Nghiên cứu của Tsai CF và cộng sự cho thấy nguy cơ hình thành hội chứng não gan liên quan chặt chẽ đến sử dụng nhiều PPI [6].

2.7. Mốc tính thời gian tử vong và thất bại điều trị

6.13. Tử vong trong 6 tuần được coi là thời điểm đánh kết quả điều trị CMTH do TALTMC (*không thay đổi*).

6.14. Thất bại trong 5 ngày đầu điều trị được xác định là không kiểm soát được tình trạng chảy máu hoặc tái CMTH trong vòng 5 ngày sau điều trị (*thay đổi một phần*).

2.8. Thang điểm dự đoán

6.15. Thang điểm Child-Pugh C, thang điểm MELD cập nhật, cầm máu không thành công sau can thiệp nội soi lần đầu được coi là những thông số hằng định dự đoán tử vong trong 6 tuần sau điều trị (*không thay đổi*).

6.16. Thang điểm Child-Pugh và MELD được sử dụng rộng rãi nhất đánh giá mức độ nặng của bệnh (*không thay đổi*).

2.9. Thời điểm và yêu cầu của nội soi can thiệp

6.17. Sau khi phục hồi huyết động, nếu bệnh nhân nghi ngờ CMTH do vỡ tĩnh mạch thực quản (TMTQ), cần phải thực hiện nội soi điều trị trong vòng 12 giờ. Nếu huyết động chưa ổn định, nên nội soi càng sớm càng tốt khi điều kiện cho phép (*thay đổi một phần*).

Lý giải về mục 6.17. Khi bệnh nhân có CMTH do tăng áp TMC, hồi sức tích cực trước điều trị đóng vai trò quan trọng, trước khi can thiệp nội soi điều trị và nên thực hiện can thiệp trước 12 giờ sau khi nhập viện. Khi bệnh nhân vẫn đang tiếp tục chảy máu, cần phải vừa hồi sức tích cực và can thiệp nội soi sớm khi điều kiện cho phép.

6.18. Cần phải có một kíp trực điện thoại (on-call) sẵn sàng tham gia cấp cứu cho bệnh nhân CMTH do tăng áp TMC. Kíp trực gồm một bác sĩ có kinh nghiệm can thiệp nội soi và 01 kỹ thuật viên có kinh nghiệm phụ giúp can thiệp nội soi và thành thạo sử dụng thiết bị nội soi thực hiện trong 24 giờ/7 ngày. Đối với bác sĩ mới thực hành cần phải có sự giúp sát chặt chẽ của một bác sĩ nội soi can thiệp có kinh nghiệm (*thay đổi một phần*).

6.19. Trong trường hợp không có chống chỉ định (QT kéo dài), nên cân nhắc truyền erythromycin trước khi nội soi (250mg/tĩnh mạch 30 - 120 phút trước khi nội soi) (*không thay đổi*).

6.20. Bệnh nhân CMTH do giãn vỡ TMTQ nên được điều trị tại đơn vị hồi sức cấp cứu (ICU) hoặc các đơn vị có phòng cấp cứu được theo dõi đầy đủ (*không thay đổi*).

2.9. Các phương pháp điều trị qua nội soi

6.21. Thất TMTQ được khuyến cáo để điều trị cho CMTH do giãn vỡ TMTQ (*không thay đổi*).

6.22. Nội soi điều trị sử dụng keo sinh học (ví dụ: N-butyl-cyanoacrylate/thrombin) được khuyến cáo sử dụng cho bệnh nhân CMTH do giãn vỡ tĩnh mạch dạ dày đơn độc (bao gồm IGV1 và IGV2); giãn tĩnh mạch thực quản dạ dày (TMTQ-DD) type 2 (GOV2), nơi tĩnh mạch dạ dày chạy dọc theo tâm vị (*không thay đổi*) (*xem phần phân loại giãn tĩnh mạch dạ dày của Sarin*).

6.23. Thất TMTQ và sử dụng keo sinh học có thể áp dụng cho CMTH do giãn vỡ TMTQ-DD type 1 (GOV1) (*không thay đổi*).

6.24. Dựa trên các bằng chứng khoa học cho biết không nên sử dụng bột cầm máu Hemospray để điều trị lần đầu cho CMTH do giãn vỡ TMTQ (*khuyến cáo mới*).

Lý giải về mục 6.24. Những lý do khuyến cáo không nên sử dụng Hemospray cho điều trị lần đầu ở bệnh nhân CMTH do tăng áp TMC: Không có nghiên cứu đối chứng, số liệu nghiên cứu không nhiều, tỷ lệ CMTH tái phát cao, sau thủ thuật vẫn phải thực hiện can thiệp nội soi bổ trợ [7].

6.25. Liệu pháp nội soi (điện đông, đốt nhiệt cao tần, thắt vòng cao su) có thể được sử dụng để điều trị CMTH cục bộ do tăng áp tĩnh mạch dạ dày (*khuyến cáo mới*).

2.10. Xét nghiệm bổ trợ và dấu hiệu tiên lượng kết quả điều trị

6.26. Tất cả bệnh nhân CMTH do giãn vỡ TMTQ nên chụp cắt lớp vi tính ổ bụng hoặc chụp cộng hưởng từ ổ bụng để loại trừ huyết khối tĩnh mạch bụng, ung thư biểu mô tế bào gan và để lập bản đồ hệ thống hệ thống tĩnh mạch của để định hướng điều trị tiếp theo (*khuyến cáo mới*).

Lý giải về mục 6.26. Mục đích của chụp cắt lớp vi tính ổ bụng hoặc chụp cộng hưởng từ nhằm giúp

chẩn đoán các tổn thương phối hợp như tìm huyết khối TMC, u gan và thiết lập hệ thống tĩnh mạch của phục vụ cho can thiệp mạch (nếu cần).

6.27. Với bệnh nhân CMTH do giãn vỡ TMTQ có Child-Pugh C < 14 điểm hoặc Child-Pugh B > 7 có CMTH cấp tính lần đầu, hoặc chênh áp tĩnh mạch cửa trên 20mmHg thì có nguy cơ cao thất bại với điều trị hoặc dễ CMTH tái phát (*khuyến cáo mới*).

Lý giải về mục 6.27. Có 3 thông số quan trọng giúp đánh giá nguy cơ CMTH tái phát hoặc thất bại sau điều trị can thiệp như: Điểm Child-Pugh C < 14, Child-Pugh B > 7 và đang CMTH, hoặc chênh áp tĩnh mạch cửa > 20mmHg.

2.11. Vai trò của TIPS

6.28. Nên sử dụng kỹ thuật TIPS loại stent có vỏ bọc trong 72 giờ đầu (lý tưởng < 24 giờ) cho những bệnh nhân CMTH do giãn vỡ TMTQ, GOV1 và GOV2 ở bệnh nhân có nguy cơ cao thất bại điều trị bằng thuốc và can thiệp nội soi (*thay đổi một phần*).

6.29. Những bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn làm TIPS, thì suy gan cấp, hội chứng não gan và tăng bilirubin khi nhập viện thì không có chống chỉ định làm TIPS cấp cứu (*khuyến cáo mới*).

Lý giải về mục 6.28 và 6.29. Trong các đồng thuận Baveno V, VI đều khuyến cáo sử dụng kỹ thuật phân lưu cửa chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh (TIPS) cho những bệnh nhân CMTH do tăng áp TMC khi đã thất bại điều trị qua nội soi. Đồng thuận Baveno VII khuyến cáo sử dụng stent có vỏ bọc, và khuyến cáo nên dùng sớm trước 72 giờ (lý tưởng < 24 giờ) cho những bệnh nhân đã bị thất bại sau can thiệp điều trị + thuốc vận mạch. Những kết quả nghiên cứu của Xie CV và cộng sự (2010) cho thấy can thiệp sớm bằng TIPS cho hiệu quả cao hơn so với bệnh nhân thất TMTQ về tỷ lệ thời gian sống và tỷ lệ kiểm soát chảy máu ($p < 0,001$) [8].

2.12. Vai trò của bóng chèn thực quản

6.30. Ở những bệnh nhân CMTH tái phát, bóng chèn (Balloon tamponade: BT) hoặc stent kim loại tự mở kim loại (SEMS) là những biện pháp điều trị bắc cầu trước khi điều trị bằng TIPS có stent phủ. SEMS có hiệu và lựa chọn tốt hơn so với bóng chèn (*thay đổi một phần*).

Lý giải về mục 6.30. Khuyến cáo này chỉ rõ cho những trường hợp CMTH do tăng áp TMC, nhưng không có điều kiện can thiệp nội soi, thì các biện pháp cấp cứu ban đầu có thể sử dụng là sử dụng bóng chèn thực quản hoặc các loại stent kim loại tự nở. Các nghiên cứu cho biết, hiệu quả cầm máu bằng stent thì tốt hơn so với bóng chèn. Tuy nhiên, tỷ lệ di lệch stent chiếm 25% [9].

6.31. Khi đã thất bại trong điều trị CMTH do vỡ TMTQ, mặc dù có điều trị bằng thuốc và can thiệp nội soi, thì biện pháp điều trị cứu vãn vẫn là TIPS dùng stent phủ (*thay đổi một phần*).

6.32. Việc không kiểm soát được chảy máu mặc dù đã điều trị bằng thuốc và nội soi can thiệp, thì dùng TIPS với stent phủ là biện pháp điều trị cứu cánh (*thay đổi một phần*).

Lý giải về mục 6.31 và 6.32. Khuyến cáo này khẳng định lại một lần nữa cho những bệnh nhân CMTH do tăng áp TMC, nhưng không kiểm soát hoặc thất bại điều trị bằng can thiệp mạch+thuốc vận mạch thì TIPS cứu cánh hoặc cứu vãn (rescue/savage) là phương pháp điều trị ưu tiên hàng đầu. Nghiên cứu tổng hợp cho biết tỷ lệ cầm máu bằng TIPS đạt từ: 82 - 100%. Những trường hợp thất bại phần lớn đều liên quan đến mức độ xơ gan nặng, giai đoạn Child-Pugh C [2].

6.33. TIPS có thể không hữu ích cho bệnh nhân xơ gan có điểm Child-Pugh ≥ 14 hoặc điểm MELD > 30 và nồng độ lactate > 12mmol/L, chỉ trừ trường hợp thực hiện trong thời gian ngắn trước khi được ghép gan. Quyết định để thực hiện TIPS phải thật cụ thể trên từng bệnh nhân (*khuyến cáo mới*).

Lý giải về mục 6.33. TIPS cũng chỉ định thực hiện cấp cứu trước khi ghép gan, mặc dù bệnh nhân có điểm Child-Pugh ≥ 14 , MELD > 30 và nồng độ lactate > 12mmol/L. Tuy nhiên, trong trường hợp này kỹ thuật TIPS phải được thực hiện bởi các chuyên gia có nhiều kinh nghiệm [2].

2.13. Điều trị dự phòng hội chứng não gan

6.34. Ở những bệnh nhân CMTH do vỡ TMTQ và hội chứng não gan, thì nên điều trị hội chứng não gan bằng lactulose (uống hoặc thụt) (*khuyến cáo mới*).

6.35. Ở những bệnh nhân có CMTH do vỡ TMTQ, để loại bỏ máu đọng trong đường ruột thì phải

dùng lactulose đường uống hoặc thụt để phòng chống hội chứng não gan (*khuyến cáo mới*).

Lý giải về mục 6.34 và 6.35. Kết quả nghiên cứu tập hợp của Hudson M và cộng sự [10] cho thấy tỷ lệ mắc hội chứng não gan ở bệnh nhân CMTH do tăng áp TMC có dùng lactulose (uống và thụt) giảm hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không dùng lactulose.

2.14. Chức năng đông máu

6.36. Chảy máu do tăng áp TMDD thì nên tập trung điều trị tại chỗ hơn là điều chỉnh về chức năng đông máu (*khuyến cáo mới*).

6.37. Xét nghiệm đông máu thông thường, cụ thể là thời gian prothrombin (PT/INR) và thời gian hoạt hóa một phần thromboplastin (aPTT), không phản ánh chính xác hiệu quả cầm máu ở bệnh nhân mắc các bệnh gan tiến triển (*thay đổi một phần*).

6.38. Trong đợt CMTH cấp tính do giãn vỡ TMTQ, không nên truyền huyết tương tươi vì nó sẽ không điều chỉnh được quá trình đông máu và có thể dẫn đến quá tải thể tích và/hoặc làm trầm trọng thêm tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa (*khuyến cáo mới*).

6.39. Trong trường hợp CMTH cấp do giãn vỡ TMTQ, không tìm thấy bằng chứng số lượng tiểu cầu và nồng độ fibrinogen có tương quan với nguy cơ không kiểm soát được chảy máu hoặc chảy máu tái phát. Tuy nhiên, trong trường hợp không kiểm soát được chảy máu, quyết định điều chỉnh các bất thường về chức năng đông máu cần phải được cân nhắc cho từng trường hợp cụ thể (*khuyến cáo mới*).

6.40. Yếu tố VIIa tái tổ hợp và tranexamic acid không được khuyến cáo trong chảy máu tĩnh mạch cấp tính (*khuyến cáo mới*).

6.41. Những bệnh nhân bị chảy máu cấp tính mà đang điều trị bằng thuốc chống đông máu, thì nên tạm dừng thuốc chống đông máu, cho đến khi kiểm soát được tình trạng xuất huyết. Khoảng thời gian ngừng dùng thuốc chống đông máu thì phụ thuộc vào thầy thuốc thuộc chuyên ngành tim mạch (*khuyến cáo mới*).

2.15. Can thiệp nội mạch

6.42. Ở những bệnh nhân có GOV2, IGV1, giãn tĩnh mạch đơn độc, kỹ thuật nút tĩnh mạch ngược

dòng bằng bóng chèn (BRTO) có thể được điều trị thay thế cho điều trị qua nội soi hoặc có thể sử dụng TIPS nếu khả thi (liên quan đến hình dạng và đường kính của shunt) tại các nơi có chuyên gia về lĩnh vực này vì TIPS chứng minh là an toàn và hiệu quả (*khuyến cáo mới*).

Lý giải về mục 6.42. Ngày nay, có nhiều kỹ thuật can thiệp mạch (TIPS, BRTO...) được sử dụng trong lâm sàng. Tuy nhiên, kỹ thuật BRTO thường chỉ sử dụng thay thế cho TIPS (khi có chống chỉ định dùng TIPS). Hiệu quả của BRTO tương đương với TIPS. Chỉ định này cũng phụ thuộc vào kinh nghiệm của thầy thuốc và trang thiết bị sẵn có.

6.43. Điều trị nội mạch hoặc nội soi nên được cân nhắc ở những bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch đơn độc (*khuyến cáo mới*).

6.44. TIPS có thể được kết hợp với thuyên tắc mạch để kiểm soát chảy máu hoặc để giảm nguy cơ tái phát do chảy máu ở tĩnh mạch dạ dày (IGV 1 hoặc IGV 2).

3. Kết luận

Bản đồng thuận Baveno VII (phiên bản tiếng Anh) sẽ được công bố chính thức quý II/2022 trên tạp chí Quốc tế. Nội dung chính về khuyến cáo điều trị CMTH do TALTCM như sau:

Truyền dịch hạn chế, duy trì huyết sắc tố < 8g/l.

Phải dùng kháng sinh dự phòng (nên dùng ceftriaxone 1g/ngày).

Không nên dùng thuốc ức chế bơm proton (PPI).

Nên dùng thuốc vận mạch càng sớm càng tốt trước khi can thiệp nội soi.

Thắt TMTQ cho bệnh nhân có CMTH do vỡ TMTQ.

Tiêm Histoacryl cho bệnh nhân CMTH do vỡ tĩnh mạch dạ dày.

Các thang điểm tiên lượng thất bại điều trị: Child-Pugh B < 14 điểm, chênh áp tĩnh mạch cửa > 20mmHg.

Kỹ thuật phân lưu cửa chủ trong gan (TIPS) dành cho bệnh nhân đã thất bại điều trị qua nội soi.

Nuôi dưỡng tốt và cho ăn sớm. Dùng lactulose dự phòng hội chứng não gan.

Tài liệu tham khảo

1. Nusrat S, Khan MS, Fazili J, Madhoun MF (2014) *Cirrhosis and its complications: Evidence based treatment*. World J Gastroenterol 20(18): 5442-5460.
2. Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G et al (2022) *Baveno VII Renewing consensus in portal hypertension*. Journal of Hepatology 2022, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2021.12.022>.
3. Lo GH (2019) *The use of Vasoconstrictors in acute variceal bleeding: How long is enough?* Clinical Endoscopy 52: 36-39.
4. Sanchez-Jimenez B, Chavez-Tapia NC, Jakobsen JC et al (2018) *Antibiotic prophylaxis for people with cirrhosis and variceal bleeding*. Cochrane Database of Systematic Reviews 12: 013214. DOI: 10.1002/14651858.CD013214.
5. Traub J, Reiss L, AliwB et al (2021) *Malnutrition in patients with liver cirrhosis*. Nutrients 13: 540. <https://doi.org/10.3390/nu13020540>
6. Tsai CF, Chen MH, Wang YP et al (2017) *Proton pump inhibitors increase risk for hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis in a population study*. Gastroenterology 152(1): 134-141.
7. Ibrahim M, El-Mikkawy A, Hamid MA et al (2019) *Early application of haemostatic powder added to standard management for oesophagogastric variceal bleeding: A randomised trial*. Gut 68: 844-853.
8. García-Pagán JC, Caca K, Bureau C et al (2010) *Early use of TIPS in patients with cirrhosis and variceal bleeding*. N. Eng J Med 362: 2370-2379.
9. Rodrigues SG, Cárdenas A, Escosell A, Bosch J (2019) *Balloon tamponade and esophageal stenting for esophageal variceal bleeding in cirrhosis: A systematic review and meta-analysis*. Semin Liver Dis 39(02): 178-194.
10. Hudson M, Schuchmann M (2019) *Long-term management of hepatic encephalopathy with lactulose and/or rifaximin: A review of the evidence*. European Journal of Gastroenterology & Hepatology 31: 434-450.