

**BÁO CÁO CA LÂM SÀNG
ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN
DO LOÉT TO HÀNH TÁ TRÀNG BIẾN CHỨNG VỠ TÚI GIẢ PHÌNH
ĐỘNG MẠCH VỊ TÁ TRÀNG BẰNG THUYỀN TẮC NỘI MẠCH**

*Phan Văn Bạc**, Võ Xuân Sang, Nguyễn Ngọc Huy, Phạm Ngọc Sơn

Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn

*Email: pvbpnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/6/2023

Ngày phân biện: 07/9/2023

Ngày duyệt đăng: 30/9/2023

TÓM TẮT

Vỡ giả phình động mạch vị tá tràng là một nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa trên hiếm gặp, và bệnh có tỉ lệ tử vong đến 21%. Chỉ định can thiệp thuyên tắc nội mạch sau khi cầm máu qua nội soi thất bại mang lại hiệu quả cao. Chúng tôi báo cáo một trường hợp vào tháng 9/2022, bệnh nhân nữ, 72 tuổi xuất huyết tiêu hóa đe dọa tính mạng, có ổ loét lớn ở vị trí mặt trước hành tá tràng, tái xuất huyết sau nhiều lần nội soi cầm máu. Túi giả phình ở động mạch vị tá tràng liền kề vị trí ổ loét được phát hiện trên CT mạch máu, sau đó được can thiệp thuyên tắc nội mạch bằng coil kèm NCBA thành công.

Từ khóa: Giả phình, xuất huyết tiêu hóa, can thiệp nội mạch.

ABSTRACT

**ENDOVASCULAR EMBOLISATION IN TREATMENT OF UPPER
GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO LARGE DUODENAL ULCER
COMPLICATED BY RUPTURED PSEUDOANEURYSM
OF GASTRODUODENAL ARTERY**

*Phan Van Bac**, Vo Xuan Sang, Nguyen Ngoc Huy, Pham Ngoc Son

Hoan My Sai Gon Hospital

Rupture of gastroduodenal artery pseudoaneurysm is an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding and it has a high mortality rate up to 21%. Although upper gastrointestinal endoscopy is a mainstay, the intervention using this method in such cases is not always effective. We present a life-threatening case of upper gastrointestinal bleeding in a 72-year-old woman, with a large ulcer in the anterior aspect of the duodenal bulb, refractory to endoscopic hemostasis therapy. A gastroduodenal artery pseudoaneurysm adjacent to the ulcer was discovered by computed tomography angiography and successfully managed by endovascular embolization using coils with NCBA.

Keywords: Pseudoaneurysm, gastroduodenal artery, endovascular therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình mạch máu tạng là một bệnh lý hiếm gặp, một số báo cáo cho thấy tỉ lệ mắc là 0,01 – 0,2% dân số [1]. Tuy nhiên, tần suất thật sự của phình mạch tạng rất khó để xác định chính xác do hầu hết các trường hợp không có triệu chứng, và chỉ được phát hiện khi có biến cố cấp tính hoặc phát hiện tình cờ. Phình mạch tạng gồm phình thật sự và giả phình. Túi phình được gọi là phình thật khi có đầy đủ 3 lớp áo của thành mạch máu. Túi giả phình được hình thành khi có sự xé rách của thành mạch máu, do chấn thương, thủng ổ loét tá

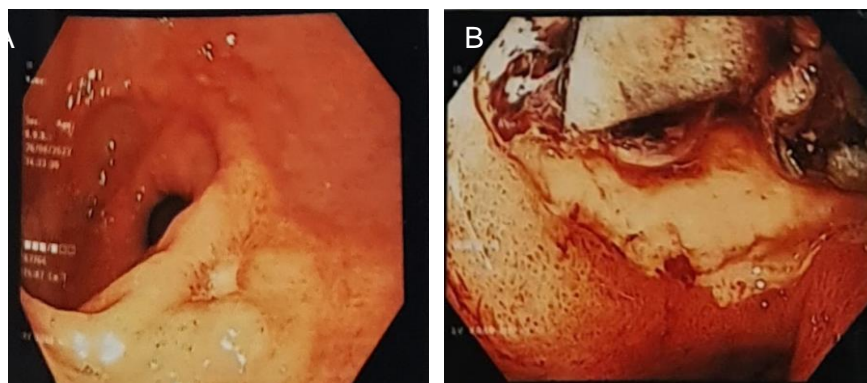
tràng, viêm nhiễm, bệnh lý tự miễn hoặc bệnh lý mô liên kết. Túi phình động mạch tạng thường gặp ở động mạch lách hoặc động mạch gan, chỉ có khoảng 1,5% trường hợp gặp ở động mạch vị tá tràng [2]. Xuất huyết tiêu hóa do vỡ túi phình có tỉ lệ tử vong cao vì xuất huyết ồ ạt, tỉ lệ tái xuất huyết cao nếu không được phát hiện và can thiệp triệt để. Cầm máu qua nội soi là phương pháp điều trị được ưu tiên hàng đầu trong điều trị xuất huyết tiêu hóa trên[3]. Tuy nhiên, đối với các trường hợp thất bại với phương pháp này thì gây thuyên tắc nội mạch bằng coil là một trong những phương thức điều trị hiệu quả, đặc biệt do vỡ túi phình hoặc giả phình.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Thời gian thực hiện: Tháng 09/2022.

Bệnh nhân nữ, 72 tuổi, nhập viện vì nôn ra máu đỏ bầm. Sáng ngày nhập viện bệnh nhân đột ngột nôn ra thức ăn lẫn máu đỏ bầm, kèm tiêu phân đen 3 lần, lượng nhiều nên thân nhân đưa bệnh nhân đến khám cấp cứu tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn. Bệnh nhân có tiền căn tăng huyết áp, tai biến mạch máu não cũ, sa sút trí tuệ, ung thư cổ tử cung đã phẫu thuật cắt tử cung, buồng trứng hai bên. Bệnh nhân sinh hoạt tại giường 3 năm nay, mở mắt tự nhiên, gọi biết, tiếp xúc kém.

Bệnh nhân nhập viện trong tình trạng tỉnh, tri giác không thay đổi so với thường ngày, mạch nhanh 110 lần/phút, huyết áp 90/60mmHg. Cận lâm sàng lúc nhập viện ghi nhận hemoglobin 88,4 g/L, bạch cầu 21,5 K/ μ L, tiểu cầu 374 K/ μ L, creatinin 110 μ mol/L với độ lọc cầu thận ước tính 43 ml/phút/1,73m² da (theo CKD-EPI), đông máu toàn bộ và các xét nghiệm khác trong giới hạn bình thường. Kết quả nội soi tiêu hóa trên cho thấy loét đa ổ hang vị Forrest III với kích thước ổ loét khoảng 10mm, ổ loét mặt trước hành tá tràng kích thước 20mm với đáy còn phủ nhiều máu đông (Hình 1). Bệnh nhân được truyền 2 đơn vị hồng cầu lắng từ 350ml máu toàn phần, với hemoglobin sau truyền máu đạt 87,4 g/L, creatinin máu về mức 65,9 μ mol/L.



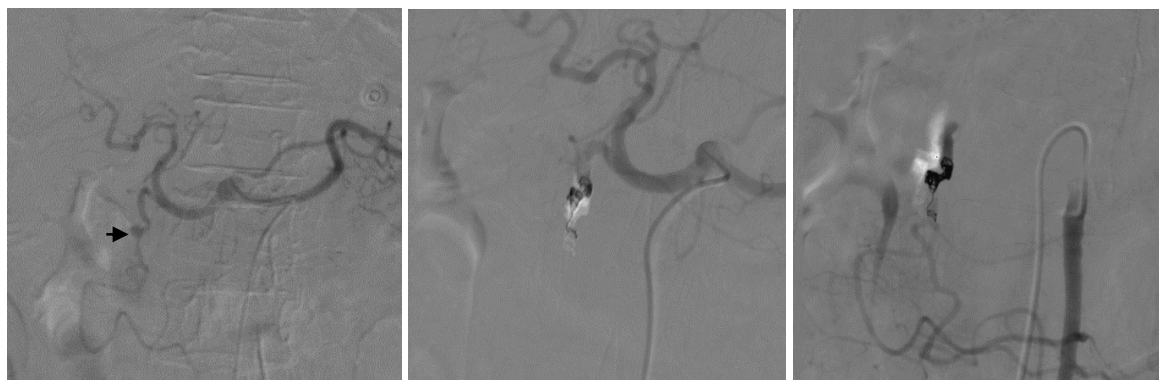
Hình 1. [A] Hình ảnh nội soi cho thấy ổ loét đáy sạch, phủ giả mạc ở dạ dày;
[B] Ổ loét lớn hành tá tràng, đáy phủ nhiều máu đông.

Tình trạng bệnh nhân ổn định sau đó, sonde dạ dày ra dịch trong, không lẫn máu, được cho ăn trở lại. Tuy nhiên, năm ngày sau ghi nhận sonde dạ dày ra máu đỏ tươi, lẫn máu cục, kèm tiêu phân đen lượng nhiều, huyết áp 80/40mmHg, mạch 120 lần/phút. Bệnh nhân được hồi sức dịch, truyền khẩn 2 đơn vị hồng cầu lắng kèm nội soi cầm máu cấp cứu. Kết quả nội soi cho thấy ổ loét lớn ở mặt trước tá tràng đang chảy máu rỉ rả, lộ ngòi mạch

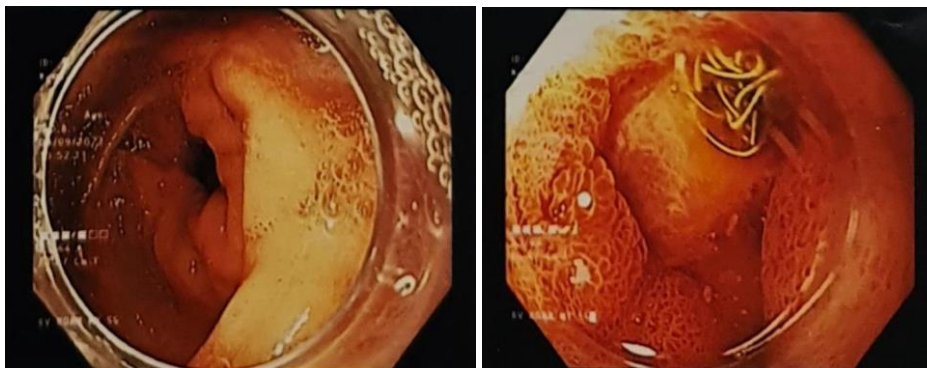
máu, được tiêm cầm máu với adrenalin 1/10000 quanh ổ loét, kẹp clip tại vị trí ngòi mạch, thủ thuật khó khăn, sau gần 2 giờ nội soi can thiệp bệnh được cầm máu thành công qua nội soi. Tình trạng bệnh nhân ổn định trở lại sau hồi sức dịch, truyền máu và nội soi cầm máu. Sáu ngày sau đó bệnh nhân đột ngột tiêu phân đen lượng trung bình, được truyền tiếp 02 đơn vị hồng cầu lắng và nội soi lần 3. Kết quả soi ghi nhận 01 clip kẹp ở vị trí mặt trước hành tá tràng với máu đông ở chân clip, chứng tỏ có tình trạng máu chảy rỉ rả từng đợt ở vị trí chân clip (Hình 2A). Bệnh nhân được hội chẩn toàn viện, thống nhất chụp CTA mạch máu mạc treo để đánh giá tính khả thi của phương thức cầm máu bằng can thiệp tắc mạch qua da. Kết quả ghi nhận có túi giả phình đường kính 3,5mm tại vị trí động mạch vị tá tràng, liền kề vị trí ổ loét lớn ghi nhận trên nội soi tiêu hóa ở mặt trước hành tá tràng, không ghi nhận hình ảnh clip kẹp cầm máu tại vị trí ổ loét (Hình 2B, 2C). Bệnh nhân nhanh chóng được chuyển đến phòng DSA, chụp khảo sát động mạch mạc treo tràng trên, động mạch thân tạng, phát hiện túi giả phình có nguồn gốc động mạch vị tá tràng, kích thước 3,5mm tương tự mô tả trên CTA (Hình 3A). Phẫu thuật viên tiến hành thả 4 coil tắc túi giả phình, bơm hỗn hợp keo sinh học NBCA – lipiodol (tỉ lệ 0,5-1). Sau can thiệp, bệnh nhân được chụp kiểm tra qua động mạch thân tạng và động mạch mạc treo tràng trên ghi nhận túi giả phình được tắc hoàn toàn (Hình 3B, 3C). Kết quả nội soi tiêu hóa trên kiểm tra sau hai ngày ghi nhận hình ảnh dụng cụ can thiệp nội mạch tại vị trí ổ loét tá tràng, đáy ổ loét sạch (Hình 4). Bệnh nhân ổn định, không tái xuất huyết, và được xuất viện sau bảy ngày.



Hình 2. [A] Hình ảnh nội soi dạ dày – tá tràng lần 3 cho thấy máu đông ở vị trí chân clip tại vị trí ổ loét mặt trước tá tràng đã kẹp ở lần nội soi trước đó; [B] Hình ảnh MSCT bụng ghi nhận ổ loét ở vị trí hành tá tràng, không ghi nhận hình ảnh clip cầm máu; [C] CTA mạch máu tạng ghi nhận túi giả phình ở vị trí động mạch vị tá tràng, đường kính 3,5mm (mũi tên).



Hình 3. [A] Hình ảnh chụp DSA động mạch thân tạng ghi nhận túi giả phình kích thước 3,5mm ở động mạch vị tá tràng (mũi tên); [B] Hình ảnh chụp từ động mạch thân tạng sau can thiệp thả coil kèm bơm keo sinh học tắc hoàn toàn túi giả phình, không ghi nhận tăng quang ở túi giả phình; [C] Hình ảnh chụp từ động mạch mạc treo tràng trên cho thấy tắc hoàn toàn túi giả phình.



Hình 4. Hình ảnh nội soi kiểm tra sau can thiệp, ghi nhận hình ảnh coil ở vị trí đáy ổ loét mặt trước hành tá tràng

III. BÀN LUẬN

Vỡ túi phình hay giả phình ở động mạch vị tá tràng là một nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa trên hiếm gặp, tuy nhiên, tỉ lệ tử vong lên đến 21% [2]. Giả phình động mạch vị tá tràng thường có liên quan tới viêm tụy mạn tính (47%), nghiện rượu (25%), loét dạ dày tá tràng (17%), và cắt túi mật (3%). Giả phình cũng có thể gặp ở bệnh nhân có hội chứng Marfan, Ehlers-Danlos, xơ gan, đau xơ cơ, không có động mạch thân tạng bẩm sinh, bệnh động mạch ngoại biên [2]. Nguyên nhân xuất hiện túi giả phình động mạch vị tá tràng ở bệnh nhân này nghi ngờ do loét tá tràng không được điều trị đã bào mòn, thâm nhập vào mạch máu kế cận. Dù hiếm gặp, nhưng tỉ lệ vỡ của túi giả phình động mạch vị tá tràng lên đến 75% [1]. Tùy thuộc tương quan giải phẫu, kích thước và sự bào mòn mà vỡ túi phình có thể biểu hiện như tràn máu ổ bụng, xuất huyết tiêu hóa, hoặc chảy máu đường mật nếu túi phình vỡ vào ống mật chủ hay ống tụy [4]. Đối với các túi phình mạch máu tạng, đa số các khuyến cáo cho rằng nên điều trị can thiệp túi phình khi kích thước trên 2 cm. Tuy nhiên, đối với túi giả phình ở động mạch vị tá tràng thì cần điều trị ngay khi phát hiện, vì một số báo cáo cho thấy không có mối tương quan giữa biến chứng vỡ với kích thước túi phình [5].

Do đó, túi giả phình khi được phát hiện cần được can thiệp sớm nhất có thể vì nguy cơ vỡ cao, và dự hậu xấu.

Chụp mạch máu tạng bằng DSA là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán túi phình động mạch, có độ phân giải cao khi so sánh với các phương pháp khác [6, 7]. Chụp mạch máu chọn lọc có thể vừa giúp chẩn đoán, vừa giúp can thiệp điều trị nội mạch. Chụp cắt lớp vi tính mạch máu (CTA) và cộng hưởng từ mạch máu giúp chẩn đoán giả phình khi ghi nhận hình ảnh khối tròn nhỏ có bờ rõ và có nguồn gốc từ động mạch vị tá tràng. Huyết khối có đậm độ cao có thể phát hiện được trên phim CT không cản quang và trên phim MRI chuỗi xung T1W xóa mỡ. Trong trường hợp không có huyết khối, túi phình sẽ bắt quang trên phim có tiêm thuốc tương phản. Độ chính xác của CT có thể tương đương với chụp mạch chọn lọc bằng DSA khi có sử dụng các kỹ thuật động, và có lợi thế hơn trong việc phát hiện các tổn thương khác trong ổ bụng [8]. Siêu âm doppler mạch máu có thể ghi nhận dòng chảy rối ở động mạch tại chỗ đổ vào túi phình hoặc bên trong túi giả phình, tuy nhiên phụ thuộc rất nhiều vào kỹ năng và kinh nghiệm của người làm siêu âm[2].

Can thiệp thuyên tắc nội mạch là một trong những lựa chọn điều trị cho túi phình và giả phình mạch máu tạng. Phương pháp can thiệp cổ điển thường dùng để điều trị gây tắc túi phình là đặt coil nội mạch, keo sinh học, bột gelatin, hạt PVA hay onyx. Sau can thiệp, tái thông mạch với tỉ lệ mắc từ 9 – 43% và nhồi máu tạng là biến chứng dài hạn nghiêm trọng nhất của kỹ thuật này [9]. Tỉ lệ biến chứng chung của can thiệp thuyên tắc nội mạch là dưới 5% [10]. Bên cạnh đó, đặt stent nội mạch hay tiêm thrombin qua nội soi dưới hướng dẫn siêu âm cũng là một trong những lựa chọn. Phẫu thuật tái tưới máu, thắt mạch và loại bỏ túi phình được đặt ra ở những bệnh nhân huyết động không ổn định hay những bệnh nhân không đáp ứng với các phương thức điều trị kể trên. Bệnh nhân của chúng tôi có nhiều bệnh lý nền, lớn tuổi, nguy cơ cao cho phẫu thuật, do đó phương pháp điều trị can thiệp nội mạch được ưu tiên.

IV. KẾT LUẬN

Vỡ túi phình động mạch vị tá tràng là một trong những nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa trên hiếm gặp, tuy nhiên có tỉ lệ tử vong cao. Cần đánh giá hệ mạch máu tạng để loại trừ bệnh lý này, đặc biệt khi có ổ loét lớn, sâu ở vị trí tá tràng kèm chảy máu tái phát, vì can thiệp cầm máu qua nội soi tiêu hóa thường không mang lại hiệu quả. Can thiệp thuyên tắc nội mạch là một phương pháp điều trị triệt để, xâm lấn tối thiểu, hiệu quả cao, đặc biệt trên những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M.S. Shawky, J. Tan, and R. French, *Gastroduodenal artery aneurysm: a case report and concise review of literature*. Annals of Vascular Diseases, 2015: p. cr. 15-00086. doi: 10.3400/avd.cr.15-00086
2. N. Habib, S. Hassan, R. Abdou, E. Torbey, H. Alkaied, et al., *Gastroduodenal artery aneurysm, diagnosis, clinical presentation and management: a concise review*. Annals of Surgical Innovation, 2013. 7(1): p. 1-6. doi: 10.1186/1750-1164-7-4
3. I.M. Gralnek, A.J. Stanley, A.J. Morris, M. Camus, J. Lau, et al., *Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline–Update 2021*. Endoscopy, 2021. 53(03): p. 300-332. doi: 10.1055/a-1369-5274

4. M.-S. Sun, H.-P. Wang, and J.-T. Lin, *Gastroduodenal artery aneurysm mimicking a bleeding submucosal tumor*. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2001. 54(5): p. 621. doi: 10.1067/mge.2001.118137
 5. N. Tulsyan, V.S. Kashyap, R.K. Greenberg, T.P. Sarac, D.G. Clair, et al., *The endovascular management of visceral artery aneurysms and pseudoaneurysms*. *Journal of vascular surgery*, 2007. 45(2): p. 276-283. doi: 10.1016/j.jvs.2006.10.049
 6. T.A. Jaffe, R.C. Nelson, G.A. Johnson, E.R. Lee, T.T. Yoshizumi, et al., *Optimization of multiplanar reformations from isotropic data sets acquired with 16-detector row helical CT scanner*. *Radiology-Radiological Society of North America*, 2006. 238(1): p. 292-299. doi: 10.1148/radiol.2381050404
 7. F. Pilleul and O. Beuf, *Diagnosis of splanchnic artery aneurysms and pseudoaneurysms, with special reference to contrast enhanced 3D magnetic resonance angiography: a review*. *Acta radiologica*, 2004. 45(7): p. 702-708. doi: 10.1080/02841850410001358
 8. C. Perez, J. Llauger, Y. Pallardo, E. Sanchis, and J. Sabate, *Radiologic diagnosis of pseudoaneurysms complicating pancreatitis*. *European journal of radiology*, 1993. 16(2): p. 102-106. doi: 10.1016/0720-048X(93)90005-8
 9. C.T. Sofocleous, C.R. Hinrichs, B. Hubbi, S. Doddakashi, P. Bahramipour, et al., *Embolization of isolated lumbar artery injuries in trauma patients*. *Cardiovascular interventional radiology*, 2005. 28(6): p. 730-735. doi: 10.1007/s00270-003-0117-7
 10. J.I. Bilbao, A. Martínez-Cuesta, F. Urtasun, and O. Cosín. *Complications of embolization*. in *Seminars in Interventional Radiology*. 2006. Copyright© 2006 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue. doi: 10.1055/s-2006-941443
-