

đoạn 1a (giờ) = $-23,972 + 0,012 \times$ cân nặng sơ sinh.
 + Sản phụ con rạ: Có mối tương quan thuận mức độ yếu ($r = 0,297, p < 0,001, r^2 = 0,088$) giữa thời gian chuyển dạ giai đoạn 1a sản phụ con rạ và cân nặng sơ sinh. Thời gian chuyển dạ giai đoạn 1a (giờ) = $-12,699 + 0,007 \times$ cân nặng sơ sinh. Có mối tương quan thuận mức độ yếu ($r = 0,16, p = 0,017, r^2 = 0,16$) giữa thời gian chuyển dạ giai đoạn 2 sản phụ con rạ và cân nặng sơ sinh. Thời gian chuyển dạ giai đoạn 2 (phút) = $-6,11 + 0,006 \times$ cân nặng sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization TWH** (1993), "Preventing prolonged labour : A practical guide". The patograph part II.
2. **Chen H, Cao L** (2018), "Factors affecting labor duration in Chinese pregnant women". *Medicine (Baltimore)*. 7(52):e13901.
3. **Maged AM** (2017), "Prospective study of the effect of maternal body mass index on labor progress in nulliparous women in Egypt". *Int J Gynaecol Obstet*. 139(3):329-35.
4. **Hilliard AM** (2012), "Effect of obesity on length of labor in nulliparous women". *Am J Perinatol*. 29(2):127-32.
5. **Leftwich HK** (2015), "Does increase in birth weight change the normal labor curve" *Am J Perinatol*. 32(1):87-92.

PHÒNG ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG VỠ MẠN TÍNH PHỐI HỢP RÒ ĐỘNG - TÍNH MẠCH CHỦ: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Mạc Thế Trường^{1,2}, Vũ Anh Tuấn¹, Ngô Gia Khánh¹, Nguyễn Văn Minh¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Vỡ "phòng động mạch chủ bụng" (PĐMCB) là một biến chứng nặng và thường xuyên dẫn đến tử vong. Trường hợp hiếm gặp khi khối máu tụ được bao bọc bởi các cấu trúc giải phẫu bên cạnh, có thể làm dừng chảy máu, tiến triển lâu dài, được gọi là "mạn tính". Ngược lại với vỡ kinh điển, vỡ PĐMCB mạn tính không có triệu chứng sốc mất máu; đau bụng mơ hồ hoặc đau lưng, triệu chứng cũng thường hay gặp ở phòng động mạch chủ nói chung. Trong khi triệu chứng lâm sàng của vỡ PĐMCB vào tĩnh mạch chủ (rò động - tĩnh mạch chủ) phụ thuộc vào lưu lượng của luồng thông. Trường hợp bệnh nhân phối hợp cả hai thể bệnh hiếm gặp vỡ PĐMCB mạn tính và rò động - tĩnh mạch chủ gây ra thách thức lớn trong chẩn đoán và điều trị. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp. **Trường hợp lâm sàng:** Bệnh nhân nam, 68 tuổi, đi khám vì đau thắt lưng, mệt mỏi, ho khan, chóng mặt, đau ngực đã được điều trị tại khoa cơ xương khớp, khoa hô hấp trước khi chụp phim cắt lớp vi tính ổ bụng và được chẩn đoán vỡ PĐMCB sau phúc mạc mạn tính kèm theo thông động - tĩnh mạch chủ. Bệnh nhân đã được phẫu thuật thành công khâu lại chỗ rò vào tĩnh mạch chủ và thay đoạn động mạch chủ bụng bằng đoạn mạch nhân tạo. **Kết luận:** PĐMCB vỡ mạn tính phối hợp rò động - tĩnh mạch chủ luồng thông nhỏ là hai thể lâm sàng đặc biệt của vỡ PĐMCB xảy ra đồng thời trên một bệnh nhân. Các triệu chứng lâm sàng không rõ ràng, khó chẩn đoán do triệu chứng không điển

hình. Chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán cả hai thể lâm sàng này. Phẫu thuật cần được tiến hành sớm để tránh biến chứng vỡ tiếp theo đe dọa tính mạng bệnh nhân.

Từ khóa: phòng động mạch chủ bụng, thông động mạch chủ bụng vỡ mạn tính, rò động - tĩnh mạch chủ.

SUMMARY

CHRONIC CONTAINED RUPTURE OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM WITH AORTOCAVAL FISTULA: A CASE REPORT

Background: Complications of ruptured abdominal aortic aneurysm is a severe condition that is often the leading cause of death. Rarely, the formation of retroperitoneal hematoma may be encircled by the surrounding anatomical structures, which may halt the bleeding and cause a prolonged, chronic condition called "Chronic contained rupture of abdominal aortic aneurysm" (CCR-AAA). In contrast to the classic rupture, CCR-AAA does not present with symptoms of hypovolemic shock; vague abdominal or back pain is common, as are other symptoms of aortic aneurysm in general. On the other hand, clinical symptoms of Aortocaval fistula depend on the flow rate of the shunt. The diagnosis and treatment become challenging when a patient has both rare CCR-AAA and Aortocaval fistula conditions. **Methods:** A rare case report. **Clinical case:** A 68-year-old male patient presented with lower back pain, fatigue, dry cough, dizziness, and chest pain. He was treated at the Rheumatology and Respiratory department before undergoing abdomen computed tomography (CT) and being diagnosed with CCR-AAA with accompanying Aortocaval fistula. The operation was performed successfully by closing the shunt and replacing the abdominal aortic aneurysm with a prosthetic graft. **Conclusion:** CCR-AAA with small Aortocaval fistula is a rare clinical condition that can coincide in a patient.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mạc Thế Trường

Email: macthetruong.yhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 13.6.2024

The clinical symptoms are not typical and can be challenging to diagnose. CT with contrast enhancement is the gold standard for diagnosing both conditions. Surgical treatment should be performed early to prevent life-threatening complications of further rupture.

Keywords: abdominal aortic aneurysm (AAA), chronic contained ruptured abdominal aortic aneurysm (CCR-AAA), Aortocaval fistula.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phồng động mạch là một đoạn nào đó của động mạch bị phồng – giãn to ra bất thường hơn 1,5 lần so với đường kính phần mạch lành ở xung quanh hoặc so với kích thước của người bình thường. Phồng động mạch có thể gặp ở bất cứ mạch nào, đặc biệt là đa giác Willis, động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng [1]. Vỡ PĐMCB là một biến chứng đáng sợ, thường gây ra sốc mất máu với nhịp tim tăng, tụt huyết áp và tử vong [2]. Vỡ PĐMCB có thể diễn biến theo một trong 4 cách sau: 1. Vỡ vào khoang phúc mạc; 2. Vỡ vào khoang sau phúc mạc; 3. Vỡ vào các cấu trúc giải phẫu bên cạnh, như tĩnh mạch và tá tràng; 4. Hiếm gặp hơn nữa, chỗ vỡ được bịt kín lại bởi tổ chức xung quanh làm dừng chảy máu, hình thành khối máu tụ sau phúc mạc, trong thời gian dài, được gọi là “mạn tính” [2]. Cả hai thể lâm sàng vỡ PĐMCB mạn tính và rò động – tĩnh mạch chủ luồng thông nhỏ đều rất hiếm gặp, gây khó khăn trong chẩn đoán và điều trị vì thiếu các triệu chứng điển hình của sốc mất máu, bệnh nhân thường ổn định. Nhân một trường hợp phối hợp cả hai thể lâm sàng hiếm gặp của vỡ PĐMCB được phẫu thuật thành công tại khoa Phẫu thuật Lồng ngực và Mạch máu, bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi báo cáo và đổi chiều y văn nhằm mô tả phương pháp chẩn đoán, điều trị với hai thể bệnh hiếm gặp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp tại bệnh viện Bạch Mai trong năm 2021, nhìn lại y văn về chẩn đoán và điều trị hai thể bệnh hiếm gặp của vỡ PĐMCB là vỡ PĐMCB mạn tính và rò động – tĩnh mạch chủ.

III. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 68 tuổi, đi khám ở phòng khám cơ xương khớp vì đau thắt lưng, bệnh diễn biến 5 tháng nay, được chẩn đoán phình đĩa đệm L3/4, L4/5. Sau khám 1 tuần, xuất hiện thêm triệu chứng mệt mỏi, ho khan, chóng mặt, đau ngực được vào khoa Hô hấp điều trị theo hướng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Khoảng 1 tuần sau nhập viện, bệnh nhân thấy khó chịu, đau bụng mơ hồ, được chỉ định siêu âm ổ bụng

phát hiện khối phồng động mạch chủ bụng và được khẳng định bằng chụp cắt lớp vi tính ổ bụng tiêm thuốc, kích thước khối phồng 76x55 mm, bờ túi phồng không đều chèn vào thân đốt sống L4, kèm theo có đường rò với tĩnh mạch chủ dưới kích thước 6 mm.



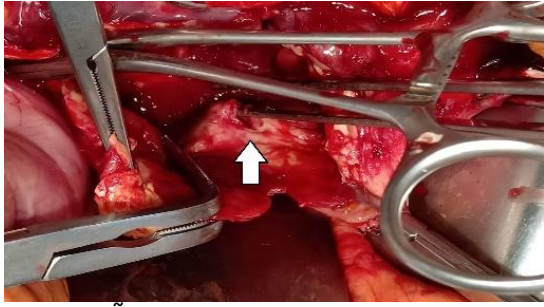
A. Hình ảnh PĐMCB chèn ép thân đốt sống L4 bị bỏ sót trên phim chụp cộng hưởng từ cột sống



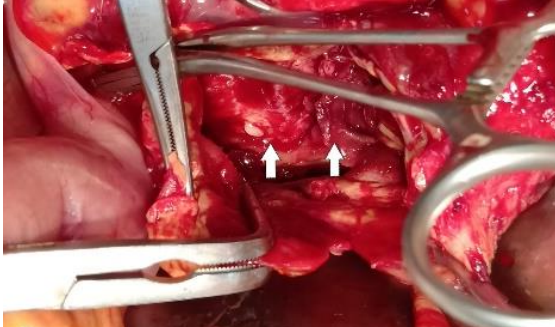
B. Hình ảnh khối PĐMCB vỡ sau phúc mạc thông với tĩnh mạch chủ

Hình 1: Hình ảnh tổn thương trên phim chụp cộng hưởng từ và cắt lớp vi tính

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật ngay sau khi có chẩn đoán vỡ phồng động mạch chủ bụng kèm rò động - tĩnh mạch chủ với đường mở bụng trắng giữa trên và dưới rốn. Khối PĐMCB vỡ mặt sau tạo thành khối máu tụ đã tổ chức hóa một phần đường kính 8 cm kèm theo có bào mòn bờ trước thân đốt sống L4 và đĩa đệm L4/5 nhưng chưa mất vững. Sau khi cặp cổ trên, cổ dưới và mở khối phồng thấy có đường rò vào tĩnh mạch chủ dưới kích thước 6 mm, được cầm máu bằng kẹp đầu trên và dưới của tĩnh mạch chủ bao gồm cả vỏ túi phồng. Tiến hành khâu lỗ thủng tĩnh mạch chủ từ mặt trong túi phồng và thay đoạn động mạch chủ bụng bằng đoạn mạch nhân tạo thẳng đường kính 16 mm, thời gian cặp động mạch chủ là 45 phút. Lấy tổ chức thân đốt sống L4, đĩa đệm L4/5 và khối máu tụ nuôi cấy và giải phẫu bệnh không có nhiễm trùng, lao hay ác tính.



A. Lộ rõ động – tĩnh mạch chủ dưới



B. Tổn thương thân đốt sống L4 và đĩa đệm L4/5



C. Thay đoạn PĐMCB bằng đoạn mạch nhân tạo

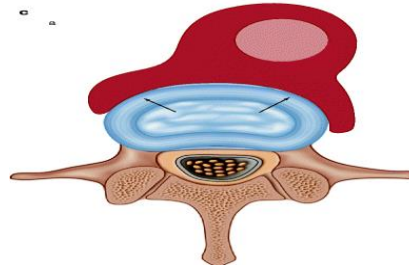
Hình 2: Hình ảnh tổn thương trong phẫu thuật

Hậu phẫu bệnh nhân ổn định, đi lại được và ra viện sau 10 ngày. Theo dõi sau 20 tháng bệnh nhân đỡ đau thắt lưng và có thể đi lại và sinh hoạt bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Biến chứng vỡ PĐMCB là một biến chứng nặng, thường đi kèm với tình trạng sốc mất máu với nhịp tim tăng, tụt huyết áp động mạch. Thể lâm sàng đặc biệt là vỡ PĐMCB hình thành khối máu tụ mạn tính, với những đặc điểm lâm sàng khác với vỡ kinh điển. Thực tế, tình trạng huyết động toàn thân ổn định là một nguyên nhân dẫn tới sự chẩn đoán chậm trễ. Triệu chứng thường liên quan đến tại chỗ túi phồng [1]. Vỡ PĐMCB mạn tính là một tình trạng cực kỳ hiếm gặp, chỉ chiếm 4% của tất cả các biến chứng của PĐMCB, được mô tả đầu tiên bởi Szilagyi và cộng sự vào năm 1961 [3]. Chẩn đoán vỡ PĐMCB mạn tính rất khó ngay cả ở những bệnh nhân nhập viện.

Booth và Galland đã báo cáo rằng đặc điểm lâm sàng của vỡ PĐMCB mạn tính là mơ hồ với đau lưng 64% các trường hợp, đau bụng 20%, đau háng 14%, đau thần kinh đùi 8%, nhiễm trùng 10% và không triệu chứng 8% [3]. Một số tác giả đã mô tả sự xói mòn đốt sống liên quan đến vỡ PĐMCB mạn tính, do khối phồng đập liên tục chèn ép lên thân đốt sống tạo ra sự phá hủy xương trên diện rộng [4]. Tuy nhiên cần phân biệt xói mòn đốt sống do vỡ PĐMCB mạn tính gây ra với các bệnh lý khác như lao cột sống, nhiễm trùng hay ác tính [4]. Halliday và Al-Kutoubi mô tả một dấu hiệu trên phim chụp cắt lớp vi tính khác điển hình cho vỡ PĐMCB mạn tính đó là dấu hiệu "draped aorta" - thành sau khối phồng động mạch chủ bao phủ hoặc liên tục với bờ trước thân đốt sống, mất lớp mỡ giữa khối phồng và đốt sống [5]. Vỡ PĐMCB mạn tính cần được phẫu thuật bán cấp cứu, mổ mở hiện là phương pháp điều trị được khuyến nghị, trường hợp đốt sống bị phá hủy nghiêm trọng, phẫu thuật cố định thân đốt sống có thể cần thiết [4].



A. Hình ảnh minh họa



B. Hình ảnh trên phim chụp cắt lớp vi tính

Hình 3: Dấu hiệu "Draped aorta" của vỡ PĐMCB trên phim chụp cắt lớp vi tính [5]

Vỡ PĐMCB vào tĩnh mạch chủ dưới cũng là một tình trạng hiếm gặp và thường gây hậu quả nghiêm trọng, liên quan đến ít hơn 3-6% các trường hợp vỡ PĐMCB [6]. Rò PĐMCB vào tĩnh mạch chủ có thể không có triệu chứng, mà chỉ được phát hiện trong phẫu thuật khi xử lý khối phồng động mạch chủ bụng, có thể bị bỏ qua do triệu chứng râm rộ của vỡ PĐMCB. Tuy nhiên, chẩn đoán trước phẫu thuật là cần thiết, để giảm

thiếu mất máu và tránh thuyên tắc động mạch phổi [6]. Biểu hiện lâm sàng điển hình bao gồm: khởi phát đau bụng đột ngột, khó thở và khối ở bụng đập kèm theo thổi liên tục [6]. Tuy nhiên, các triệu chứng phụ thuộc vào kích thước của lòng thông. Trong các lỗ rò động tĩnh mạch chủ lớn, dòng chảy cao, các triệu chứng suy tim, tăng huyết áp tĩnh mạch trung tâm đột ngột không có nguyên nhân rõ ràng có thể là những dấu hiệu duy nhất gợi ý chẩn đoán [6]. Bệnh nhân bị vỡ PĐMCB vào tĩnh mạch chủ cần được phẫu thuật càng sớm càng tốt. Việc di động túi phồng nên được thực hiện nhẹ nhàng, tránh thuyên tắc động mạch phổi do các mảnh vỡ từ túi phồng di chuyển sang tĩnh mạch chủ. Kiểm soát động mạch chủ nên được thực hiện đầu tiên, sau đó kiểm soát chảy máu từ tĩnh mạch chủ. Thông thường nhất, ấn tĩnh mạch chủ bằng ngón tay hoặc miếng gạc to ép trực tiếp từ bên trong lòng túi phồng. Ngoài ra có thể đặt ống thông có bóng chẹn lòng tĩnh mạch chủ để tránh chảy máu ồ ạt hoặc thuyên tắc khí. Việc đóng lỗ rò nên được thực hiện từ bên trong túi phồng, sử dụng chỉ khâu đơn sợi. Trong trường hợp cầm máu là không thể có thể phải thắt tĩnh mạch chủ dưới thận và hoặc tĩnh mạch chậu để cầm máu [7]. Các biến chứng sau thắt tĩnh mạch chủ bao gồm phù chân (30%), huyết khối tĩnh mạch sâu (16%), hội chứng chèn ép tĩnh mạch cùng chậu và đau cách hồi tĩnh mạch, hầu hết các trường hợp đều dung nạp tốt [7]. Một số báo cáo đã được công bố liên quan đến can thiệp thành công đối với rò động tĩnh mạch chủ. Mặc dù hầu hết báo cáo kết quả tương đối khả quan về tỷ lệ sống sót và thời gian nằm viện ngắn, tuy nhiên hiện tượng "rò rỉ" (endoleak) typ II – khối phồng tiếp tục phát triển do dòng máu đi vào từ các mạch nhánh của khối phồng (động mạch thắt lưng hoặc động mạch mạc treo tràng dưới), là một vấn đề đáng quan tâm, trong khi còn thiếu dữ liệu theo dõi lâu dài [8].

Bệnh nhân của chúng tôi ban đầu không đến khoa chúng tôi; trước tiên bệnh nhân đi khám ở phòng khám cơ xương khớp vì đau lưng, được chụp cộng hưởng từ cột sống với chẩn đoán phồng đĩa đệm L3/4, L4/5 mà không phát hiện ra khối PĐMCB dù trên phim chụp sau khi xem xét lại có hình ảnh khối PĐMCB chèn ép vào đốt sống L4. Sau đó bệnh nhân có triệu chứng khó thở nghĩ nhiều do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nên được điều trị ở khoa hô hấp, chỉ khi bệnh nhân phần nản vì khó chịu ở bụng kèm đau lưng, được siêu âm ổ bụng phát hiện khối phồng động mạch chủ bụng, ngày thứ 14 kể từ khi bệnh nhân đi khám, kèm theo tình trạng toàn

thân ổn định, hematocrit giảm nhẹ. Bệnh nhân được chụp phim cắt lớp vi tính cho thấy khối máu tụ sau phúc mạc và được xác định qua giải phẫu bệnh là khối máu tụ tổ chức hóa. Mặc dù có rò động tĩnh mạch chủ, tuy nhiên đường kính lỗ rò nhỏ chỉ 6 mm nên không gây nên tình trạng suy tim hay tăng huyết áp tĩnh mạch trung tâm, nhưng rất cần thiết được chẩn đoán trước phẫu thuật để tránh mất máu hay biến chứng thuyên tắc động mạch phổi. Bệnh nhân của chúng tôi có biểu hiện xói mòn đốt sống thắt lưng thứ phát sau PĐMCB, mức độ nhẹ nên chưa cần cố định cột sống thắt lưng, những xói mòn này là kết quả một quá trình thụ động. Chúng tôi không xác định được bất kỳ dấu hiệu lâm sàng hoặc kết quả xét nghiệm nào cho thấy bệnh lý nhiễm trùng, lao hay ác tính ở cả bệnh phẩm sinh thiết.

V. KẾT LUẬN

PĐMCB vỡ mạn tính phổi hợp rò động – tĩnh mạch chủ lòng thông nhỏ là hai thể lâm sàng đặc biệt hiếm gặp của vỡ PĐMCB. Các triệu chứng lâm sàng không rành rọt, khó chẩn đoán do triệu chứng không điển hình. Chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán cả hai thể lâm sàng này. Phẫu thuật cần được tiến hành sớm để tránh biến chứng vỡ tiếp theo đe dọa tính mạng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fabrice D., Habib B., and Zahra L.F.** (2019). Lyse des vertèbres dorsales révélant un anévrysme chronique rompu contenu: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J*, 32, 32.
2. **Davidović L.B., Lotina S.I., Cinara I.S., et al.** (1998). Chronic rupture of abdominal aortic aneurysms. *Srp Arh Celok Lek*, 126(5–6), 177–182.
3. **Booth M.I. and Galland R.B.** (2002). Chronic Contained Rupture of an Abdominal Aortic Aneurysm: a Case Report and Review of the Literature. *EJVES Extra*, 3(2), 33–35.
4. **Nguyen T.-T., Le N.-T., and Doan Q.-H.** (2019). Chronic contained abdominal aortic aneurysm rupture causing vertebral erosion. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 27(1), 33–35.
5. **Halliday K.E. and al-Kutoubi A.** (1996). Draped aorta: CT sign of contained leak of aortic aneurysms. *Radiology*, 199(1), 41–43.
6. **Psathas E.D., Lioudaki S., Doulaptsis M., et al.** (2012). Clinical Manifestations of Aortocaval Fistulas in Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm: Report of Two Cases. *Case Reports in Surgery*, 2012, e123081.
7. **Tsolakis J.A., Papadoulas S., Kakkos S.K., et al.** (1999). Aortocaval Fistula in Ruptured Aneurysms. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 17(5), 390–393.
8. **Guzzardi G., Fossaceca R., Divenuto I., et al.** (2010). Endovascular Treatment of Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm with Aortocaval Fistula. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 33(4), 853–856.

CAN THIỆP ĐIỆN QUANG TRONG ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG HẸP TĨNH MẠCH CỬA SAU GHÉP GAN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lê Đình Công¹, Nguyễn Văn Sang², Nguyễn Minh Châu²,
Ngô Văn Hùng¹, Nguyễn Văn Long¹, Hoàng Văn Hưởng¹

TÓM TẮT

Ghép gan là phương pháp điều trị cuối cùng có hiệu quả cho bệnh nhân mắc bệnh lý gan giai đoạn cuối. Tại bệnh viện Nhi Trung ương, các bệnh lý gan thường gặp như teo mật bẩm sinh, u gan, suy gan cấp tính nặng và các bệnh lý chuyển hoá dẫn đến tăng nhu cầu ghép gan. Tuy nhiên đi kèm với đó có thể gặp các biến chứng sau ghép gan như biến chứng tĩnh mạch máu và ngoài mạch máu. Đặc biệt, biến chứng tĩnh mạch cửa làm giảm nguồn cấp máu cho mảnh ghép, dẫn đến rối loạn chức năng mảnh ghép, suy mảnh ghép và tử vong. Can thiệp điện quang được xem là phương pháp xâm lấn tối thiểu và đóng vai trò quan trọng trong điều trị biến chứng tĩnh mạch cửa sau ghép gan, giúp cải thiện tỷ lệ sống sót của mảnh ghép, giảm nguy cơ tái ghép gan. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo 2 ca bệnh biến chứng hẹp tĩnh mạch cửa sau ghép gan đã được điều trị can thiệp đặt stent nội mạch thành công tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Từ khoá:** Ghép gan từ người cho sống, biến chứng tĩnh mạch cửa, can thiệp điện quang.

SUMMARY

INTERVENTIONAL RADIOLOGY IN THE TREATMENT OF PORTAL VEIN STENOSIS AFTER LIVER TRANSPLANTATION IN VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL: CASE REPORT

Liver transplantation is the last effective treatment for patients with end-stage liver disease. At Vietnam National Children's Hospital, common liver diseases such as congenital biliary atrophy, liver tumors, severe acute hepatic failure, and metabolic diseases lead to the increased need for liver transplantation. However, it may come with complications after liver transplantation, such as vascular and extravascular complications. In particular, portal vein complications reduce blood supply to the graft, leading to graft dysfunction, graft failure, and death. Radiological intervention is considered a minimally invasive method. It plays an essential role in the treatment of portal vein complications after liver transplantation, helping to improve the survival rate of the graft and reduce the risk of retransplantation. In this article, we report 2

cases of portal vein stenosis complications after liver transplantation that were successfully treated with endovascular stent placement at Vietnam National Children's Hospital.

Keywords: Living-donor liver transplant, portal vein complications, radiological intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan ở trẻ em là phương pháp điều trị cuối cùng có hiệu quả cho các bệnh lý gan giai đoạn cuối, u gan, suy gan cấp tính nặng và một số bệnh lý chuyển hoá trên đối tượng người bệnh là trẻ em. Trong vài thập kỷ qua, các tiến bộ trong kỹ thuật tách mảnh gan và ghép gan từ người cho sống đã làm tăng đáng kể số lượng bệnh nhân được ghép gan. Tính đến tháng 9/2023, bệnh viện Nhi Trung ương đã thực hiện được 50 ca ghép gan từ người cho sống, trong đó chủ yếu là trên các bệnh nhi mắc xơ gan do teo mật bẩm sinh. Các biến chứng sau ghép gan liên quan đến mạch máu và ngoài mạch máu, đặc biệt biến chứng tĩnh mạch cửa có tỷ lệ 3-17%¹, nếu không được điều trị kịp thời có thể dẫn đến nguy cơ suy mảnh ghép và thải ghép. Mặc dù có những tiến bộ đáng kể trong đánh giá trước phẫu thuật, kỹ thuật ghép gan và chăm sóc hậu phẫu, ức chế miễn dịch, điều trị kháng virus, tuy nhiên tỷ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật vẫn còn cao. Can thiệp điện quang đóng vai trò quan trọng trong nhóm ghép gan đa ngành, góp phần điều trị các biến chứng tĩnh mạch máu sau ghép gan, trong đó có biến chứng tĩnh mạch cửa, giúp bảo tồn chức năng của mảnh gan ghép, cải thiện đáng kể tỷ lệ sống sót và giảm nguy cơ tái ghép gan cho bệnh nhi. Trong bài báo này, chúng tôi mô tả các kỹ thuật can thiệp đã được áp dụng và tổng kết một số kinh nghiệm trong điều trị biến chứng hẹp tĩnh mạch cửa sau ghép gan qua 2 ca lâm sàng đã được thực hiện can thiệp nội mạch thành công tại đơn vị Điện quang can thiệp Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Ca lâm sàng 1. Trẻ nam, chẩn đoán xơ gan/teo mật bẩm sinh, được ghép gan từ người cho sống lúc 9 tháng tuổi. Sau 12 tháng, trẻ khám phát hiện tăng men gan AST 192.7

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024