

- 493(2):45–50.
4. **World Health Organization (WHO).** Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: WHO; 2014.
 5. **Nguyễn Thị Minh Hạnh.** Nghiên cứu sót rau sau phá thai nội khoa tại Bệnh viện Từ Dũ, Tạp chí Y học TP. HCM, 2019.
 6. **Reeves MF, Monmaney JA, Creinin MD.** Predictors of uterine evacuation following early medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception.* 2016;93(2):119-125
 7. **Lee Seung Min, Jun Jin Kyung, Song Jung Yun, et al.** Use of serum hCG measurements to diagnose retained products of conception. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics.* 2010;108(1):50–52.
 8. **Sellmyer MA, Desser TS, Maturen KE, Jeffrey RB Jr, Kamaya A.** Physiologic, histologic, and imaging features of retained products of conception. *Radiographics.* 2013; 33(3):781-796.

ĐẶC ĐIỂM XƠ GAN, BIẾN CHỨNG VÀ TỬ VONG CỦA BỆNH NHÂN TEO ĐƯỜNG MẬT CÓ CHỈ ĐỊNH GHEP GAN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Nguyễn Hồng Vân Khánh¹, Bùi Thanh Liêm², Hồ Phi Duy¹,
Trịnh Nguyễn Hạ Vi^{1,2}, Dương Thị Thanh¹, Lê Lâm Anh Thy¹,
Trương Thị Yến Nhi¹, Trần Thanh Tri^{1,3}, Bùi Quang Vinh²

TÓM TẮT

Giới thiệu: Teo đường mật (TĐM) là nguyên nhân phổ biến gây vàng da ứ mật ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi, chiếm 25 – 40%. Sau phẫu thuật Kasai, 1/3 trẻ TĐM cần ghép gan sớm trong 24 tháng và 80% cần ghép gan trong 20 năm. Chỉ định ghép gan liên quan TĐM chiếm 50% số lượng các ca ghép ở trẻ em. Tại Việt Nam, số lượng bệnh nhi hiện có chỉ định ghép gan còn nhiều và đa số các trường hợp này bị TĐM. Nghiên cứu chúng tôi khảo sát nhóm bệnh nhân TĐM chờ ghép gan này. **Đối tượng và Phương pháp:** Tiến cứu, mô tả có phân tích. Tất cả các bệnh nhi TĐM có chỉ định ghép gan tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 được đưa vào nghiên cứu và theo dõi từ 05/2023 đến 08/2024. Biến số quan trọng gồm: đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ nặng và biến chứng của bệnh gan mạn, kết cục được ghép gan hay tử vong của bệnh nhi. **Kết quả:** Có 99 trường hợp (TH) TĐM có chỉ định ghép gan được đưa vào nghiên cứu. Bệnh nhi chủ yếu thuộc phân loại Child B và C (94,9%). Điểm PELD trung vị là 17 (13 – 22). Nhóm bệnh có PELD ≥ 10 hay MELD ≥ 15 chiếm 88,9%. Biến chứng thường gặp nhất là tăng áp cửa, gặp ở 83,8% TH (83/99), trong đó 23/83 TH (27,7%) có xuất huyết tiêu hoá; nhiễm trùng đường mật gặp ở 60,6% TH (60/99). Trong quá trình nghiên cứu, 16/97 TH (16,5%) tử vong, trong đó, 1 TH tử vong sau ghép gan. Chỉ có 10 TH (10,1%) được ghép gan. Các yếu tố liên quan đến tử vong gồm: tuổi nhỏ, không được phẫu thuật Kasai, báng bụng, dẫn lưu mật thất bại, GGT thấp, bilirubin tăng, albumin thấp, INR tăng, điểm Child – Pugh cao, phân loại Child – Pugh mức C,

điểm PELD cao, WA < – 2SD, suy dinh dưỡng cấp nặng. Trong đó, chỉ có đặc điểm không được phẫu thuật Kasai là yếu tố tiên lượng độc lập cho tử vong. **Kết luận:** Trẻ TĐM có chỉ định ghép gan là dân số bệnh nặng và có nhiều biến chứng với đa số các bệnh nhi có PELD hoặc MELD cao, và phân độ Child – Pugh mức B, C. Tỷ lệ tử vong chờ ghép là 16,5%, trong khi đó tỷ lệ trẻ được ghép gan còn thấp, chỉ đạt 10,1%. Không được phẫu thuật Kasai là yếu tố nguy cơ độc lập cho tử vong của nhóm trẻ teo đường mật có chỉ định ghép gan.

Từ khóa: Teo đường mật, ghép gan trẻ em, xơ gan, bệnh gan mạn giai đoạn cuối.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CIRRHOSIS, COMPLICATIONS, AND MORTALITY OF PATIENTS WITH BILIARY ATRESIA ON THE LIVER TRANSPLANT WAITING LIST AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Introduction: Biliary atresia (BA) is a most common cause of cholestatic jaundice in neonates and infants, accounting for 25–40% of cases. After Kasai surgery, one-third of children with BA require liver transplantation (LT) within 24 months, and 80% within 20 years. BA-related indications account for 50% of pediatric LT transplants. In Vietnam, the number of children currently indicated for LT remains high, with the majority of cases being BA. This study was conducted to analyze the group of BA patients awaiting LT. **Patients and Methods:** This is a prospective, descriptive-analytical study. All BA patients indicated for LT at Children's Hospital 2 were enrolled and followed from May 2023 to August 2024. Important variables included epidemiological, clinical, and laboratory characteristics, severity and complications of chronic liver disease, and patient outcomes (either transplanted or mortality). **Results:** A total of 99 BA cases indicated for LT were included in the study. Most patients were classified as Child-Pugh B and C (94.9%). The median PELD score was

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2, TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Tây Đô, Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Vân Khánh

Email: drvankhanh1106@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2025

Ngày duyệt bài: 24.7.2025

17 (range: 13–22). The proportion of patients with PELD ≥ 10 or MELD ≥ 15 was 88.9%. The most common complication was portal hypertension, developed in 83.8% of cases (83/99), with gastrointestinal bleeding occurring in 27.7% of those (23/83). Cholangitis occurred in 60.6% of cases (60/99). During the study, 16/97 patients (16.5%) died, including one who died post-transplant. Only 10 patients (10.1%) underwent a LT. Factors associated with mortality included: younger age, non-Kasai, ascites, failed bile drainage, low GGT, elevated bilirubin, low albumin, increased INR, high Child-Pugh scores, Child-Pugh class C, high PELD scores, weight-for-age <-2 SD, and severe acute malnutrition. Among these, the non-Kasai was the only independent prognostic factor for mortality. **Conclusion:** Children with BA indicated for LT was a critically ill population with multiple complications. Most had high PELD or MELD scores and were classified as Child-Pugh B or C. The mortality rate was 16.5%, while the transplant rate remained low at only 10.1%. Low GGT levels being associated with mortality was a new and noteworthy finding in BA patients in need of LT. **Keywords:** Biliary atresia, pediatric liver transplantation, cirrhosis, end-stage chronic liver disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo đường mật (TDM) là bệnh hiếm gặp ở trẻ em. Trong TDM, quá trình viêm, xơ hoá tiến triển dẫn đến tắc nghẽn đường mật trong và ngoài gan. Tỷ suất TDM khác nhau giữa các khu vực trên thế giới và cao ở Đông Nam Á, từ 1/9000 đến 1/5000 trẻ sinh ra sống.

Cho dù trẻ được phẫu thuật Kasai thành công, tỷ lệ cần ghép gan trước 20 tuổi là 80%. Một phần ba trẻ TDM cần ghép gan sớm trong 2 năm đầu đời. Tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 (BVND2), hiện trên 90% số ca ghép gan có bệnh nền là TDM. Theo nghiên cứu của Đặng Trần Hoàng Oanh năm 2018 tại BVND2 (1) và Hồ Phi Duy năm 2017 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1(2), số lượng bệnh nhân TDM lần lượt là 158 trong 6,5 năm và 65 trong 3 năm. Như vậy, số lượng bệnh nhân TDM tại hai bệnh viện nhi lớn nhất khu vực Nam Bộ là khoảng 45 ca trong 1 năm. Trong khi đó, trong 18 năm (từ 2005 đến khi tiến hành nghiên cứu) BVND2 chỉ ghép gan được 26 trường hợp. Trẻ bị TDM là gánh nặng khá lớn trong điều trị bệnh xơ gan cũng như là nguồn bệnh có nhu cầu ghép gan lớn. Năm 2002, hệ thống điểm PELD ra đời và được sử dụng để phân mức ưu tiên trong ghép gan ở trẻ em <12 tuổi: các bệnh nhi được đưa vào danh sách chờ ghép khi có PELD ≥ 10 . Đối với trẻ >12 tuổi, chỉ số MELD được sử dụng và khi ≥ 15 , trẻ sẽ được đưa vào danh sách chờ ghép. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu phân tích đặc điểm của nhóm trẻ TDM chờ ghép gan. Chúng tôi thực

hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá mức độ xơ gan, biến chứng và tử vong của bệnh nhân TDM có chỉ định ghép gan, đồng thời xác định các yếu tố liên quan đến tử vong để giúp xác định phân nhóm bệnh nhi cần ghép gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân TDM có chỉ định ghép gan tại BVND 2 từ ngày 01/5/2023 đến ngày 30/8/2024 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn lựa: Bệnh nhân có chẩn đoán TDM; Có chỉ định ghép gan và được đưa vào danh sách chờ ghép gan khi có 1 trong các tiêu chuẩn: Chỉ số PELD ≥ 10 đối với trẻ <12 tuổi, MELD ≥ 15 đối với trẻ ≥ 12 tuổi; Tăng áp cửa có biến chứng xuất huyết tiêu hóa trong 12 tháng gần đây; Có hội chứng gan phổi

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định ghép gan: Ung thư tế bào gan tiến triển nhanh, xâm lấn mạch máu, di căn xa; Hội chứng tăng áp cửa phổi nặng không cải thiện với điều trị; Bệnh não gan không hồi phục.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 99 bệnh nhi TDM có chỉ định ghép gan nhập viện và khám ngoại trú chuyên khoa tại BVND2

Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, dinh dưỡng
Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và dinh dưỡng của trẻ teo đường mật có chỉ định ghép gan trong nghiên cứu (n=99)

Đặc điểm	Kết quả
Đặc điểm dịch tễ, tiền căn	
Giới tính	
Nam	46 (46,5 %)
Nữ	53 (53,5 %)
Tuổi (ngày)	359 (211 – 1068)
Nhóm tuổi	
< 1 tuổi	51 (51,5 %)
1 – 5 tuổi	31 (31,3 %)
> 5 tuổi	17 (17,2 %)
Phẫu thuật Kasai	
Có	83 (83,8%)
Không	16 (16,2%)
Thời điểm phẫu thuật Kasai (ngày tuổi)	74,6 $\pm$ 23,1
< 60 ngày	21/83 (25,3%)
60 – 90 ngày	45/83 (54,2%)
> 90 ngày	17 (20,5%)
Đặc điểm lâm sàng	
Gan to	
< 4 cm	59(59,6%)
> 4 cm	40(40,4%)
Lách to	

Không to, độ 0,1,2	60(60,6%)
Độ 3,4	39(39,4%)
Bảng bụng	
Có	70(70,7%)
Không	29(29,3%)
Kết quả dẫn lưu mật (n=82)	
Thành công	22(26,8%)
Thất bại	60(73,2%)
Đặc điểm dinh dưỡng	
Cân nặng theo tuổi <- 2SD	28 (28,3%)
Chiều cao theo tuổi <-2SD	42 (42,4%)
BMI < -2SD	11 (11,1%)
Chu vi giữa cánh tay <12,5cm	24 (24,2%)
Suy dinh dưỡng cấp nặng	10 (10,1%)

Đặc điểm cận lâm sàng**Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của trẻ teo đường mật có chỉ định ghép gan trong nghiên cứu (n=99)**

Đặc điểm	Giá trị
Tiểu cầu	
<150.000 / μ L	54(54,5%)
AST (U/L)	231(150 – 317)
>100	90(90,9%)
ALT (U/L)	129(78 – 206)
>100	62(62,6%)
PAL (U/L)	568,9 $\pm$ 264,8
GGT (U/L)	210(103 – 459)
Nhóm GGT (U/L)	
>300	40(40,4%)
$\leq$ 300	59(59,6%)
Bilirubin toàn phần (mg/dl)	12,2(5,8 – 18,9)
Nhóm bilirubin toàn phần	
<2	6(6,1%)
2–3	5(5,1%)
>3	88(88,9%)
Albumin (g/L)	30 $\pm$ 6,9
Nhóm albumin	
>30	45(45,5%)
<30	54(54,5%)
INR	1,3(1,1 – 1,4)
Nhóm INR	
$\leq$ 1,5	78(78,8%)
>1,5	21(21,2%)

Đặc điểm độ nặng bệnh gan, biến chứng, tử vong và tỷ lệ được ghép gan**Bảng 4: Bảng phân tích các yếu tố nguy cơ cho kết cục tử vong của các bệnh nhi trong nghiên cứu bằng hồi quy tuyến tính đa biến**

Đặc điểm	Tử vong (n=15)	Sống còn (n=81)	p	OR	Khoảng tin cậy 95%
Không Kasai	46,7%%	8,6%	0,037	7,8	1,13 – 52,6
Bụng báng	66,7%	9,8%	0,244	0,12	0,003 – 4,296
Dẫn lưu mật thất bại	100%	72,5%	0,998	1,4	1,125-1,515
GGT (U/L)	57 (37,5 – 136,5)	275 (103 – 503)	0,584	0,99	0,995 – 1,003
Điểm Child – Pugh	11,4 $\pm$ 1,2	8 (7 – 9)	0,148	3,14	0,666 – 14,811
Điểm PELD	27,5 $\pm$ 6,7	15 (12 – 19,3)	0,351	1,09	0,914 – 1,287

Bảng 3: Đặc điểm độ nặng, biến chứng, kết cục và tỷ lệ được ghép gan

Đặc điểm	Giá trị
Đặc điểm độ nặng bệnh gan	
Child – Pugh (n=99)	
Điểm Child – Pugh	8(7 – 9)
A	5(5,1%)
B	70(70,7%)
C	24(24,2%)
PELD (n=95)	
Điểm PELD	13(17 – 22)
Phân nhóm điểm PELD	
PELD <10	7(7,4%)
PELD $\geq$ 10	88(92,6%)
MELD (n=4)	
Điểm MELD	15,5 $\pm$ 6
Phân nhóm MELD	
MELD <15	2(50%)
MELD $\geq$ 15	2(50%)
Đặc điểm biến chứng (n=99)	
Tăng áp cửa	83(83,8%)
Nhiễm trùng đường mật	60(60,6%)
Xuất huyết tiêu hoá	23(23,2%)
Hội chứng gan phổi	3(3,0%)
Tăng áp động mạch phổi	1(1,0%)
Đặc điểm kết cục (n=97)	
Sống	81(83,5%)
Tử vong	16(16,5%)
Tỷ lệ được ghép gan (n=99)	
Ghép gan	10(10,1%)

Các yếu tố liên quan đến tử vong. Chúng tôi loại trừ 1 trẻ tử vong sau ghép và 2 trẻ mất dấu ra khỏi mô hình so sánh. Qua phân tích đơn biến, các yếu tố lâm sàng liên quan đến tử vong có ý nghĩa thống kê là: tuổi nhỏ, không được phẫu thuật Kasai, báng bụng, dẫn lưu mật thất bại. Các yếu tố cận lâm sàng liên quan đến tử vong có ý nghĩa thống kê gồm: GGT thấp, bilirubin tăng, albumin thấp, INR tăng, điểm Child – Pugh tăng, phân loại Child – Pugh C, điểm PELD tăng. Các yếu tố dinh dưỡng liên quan đến tử vong có ý nghĩa thống kê gồm: cân nặng theo tuổi < – 2SD, suy dinh dưỡng cấp nặng, chu vi vòng cánh tay < 12,5 cm. Các yếu tố này được đưa vào mô hình hồi quy tuyến tính đa biến để tìm ra yếu tố tiên lượng tử vong độc lập.

SDD cấp	60%	25,9%	0,496	1,04	0,932 – 1,157
Bilirubin(mg/dl)	21,7 ± 8,7	11,2 (5,5 – 16,3)	0,612	1,06	0,853 – 1,309
Albumin (g/L)	21,4 ± 3,4	31,4 ± 6,4	0,547	0,56	0,082 – 3,752
INR	2 ± 5	1,2 (1,1 – 1,4)	0,619	0,62	0,217 – 13,028

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và dinh dưỡng. Trong nghiên cứu, trên 50% là trẻ nhỏ hơn 1 tuổi, 31,3% trẻ 1 – 5 tuổi và chỉ có 16% trẻ trên 5 tuổi. Kết quả này phù hợp với y văn về độ tuổi cần ghép gan của trẻ TĐM. 80% các trẻ TĐM có chỉ định ghép gan dù có phẫu thuật Kasai hay không, trong đó hơn một nửa cần ghép gan ở khoảng 2 tuổi (8).

Theo y văn tuổi lúc phẫu thuật Kasai quyết định nhiều nhất đến mức độ thành công của phẫu thuật Kasai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi phẫu thuật Kasai trung bình là 74,6 ngày. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Đặng Trần Hoàng Oanh thực hiện năm 2018 là 78,1 ngày (1) và nghiên cứu của Hồ Phi Duy năm 2018 là 73,5 ngày (2). Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 25,3% số trẻ được phẫu thuật Kasai ở độ tuổi lý tưởng < 60 ngày, 54,2% trẻ được phẫu thuật trong độ tuổi 60 – 90 ngày, vẫn còn 20,5% trẻ được mổ khá trễ > 90 ngày tuổi.

Trong nghiên cứu có 29,3% trẻ bị báng bụng. Báng bụng là một trong những dấu đánh giá gan mất bù và chức năng gan suy giảm. Theo y văn, báng bụng trong xơ gan có 3 cơ chế chính: tăng áp tĩnh mạch cửa, giãn mạch và cường aldosterone. Có nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tăng áp tĩnh mạch cửa (83/99) nhưng không báng bụng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 22 trường hợp (26,5%) dẫn lưu mật thành công sau phẫu thuật Kasai. Ở dân số TĐM chung, tỷ lệ dẫn lưu mật thành công cao hơn so với nhóm trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ này theo Phan Thị Tường Vân và cộng sự là 60,5% (3) và Đặng Trần Hoàng Oanh và cộng sự là 60,7% (1). Tỷ lệ này là 57% ở Anh, 61% ở Đài Loan và 57% ở Nhật.

Khoảng 1/3 số bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng dinh dưỡng kém (Cân nặng theo tuổi < – 2SD) và có đến 10% bệnh nhi có SDD cấp nặng. Trong một nghiên cứu đoàn hệ lớn gồm 373 bệnh nhân cho thấy tình trạng SDD có mối liên hệ độc lập với biến chứng sớm sau ghép gan, cụ thể là nhiễm trùng, thời gian nằm ở ICU và thời gian nằm viện kéo dài, đồng thời làm tăng đáng kể chi phí điều trị tại bệnh viện(4).

Đặc điểm cận lâm sàng. Vì đã có chỉ định ghép gan, đa phần các dấu hiệu cận lâm sàng

của nhóm bệnh nhi trong nghiên cứu đều ở mức độ nặng hơn so với các nghiên cứu có dân số là các trẻ TĐM nói chung. Cụ thể, tỷ lệ trẻ có bilirubin tăng trong dân số nghiên cứu của chúng tôi nhiều hơn (theo Phan Thị Tường Vân: 45,3% có bilirubin toàn phần < 2 mg/dl (3)), tỷ lệ trẻ có chỉ số GGT>300UI/L của chúng tôi nhiều hơn (theo Phan Thị Tường Vân: tỷ lệ trẻ có GGT > 300 U/L là 30,2% (3)).

Đặc điểm độ nặng bệnh gan, biến chứng, tử vong và tỷ lệ được ghép gan. Vì nghiên cứu của chúng tôi có dân số là các bệnh nhân bệnh gan giai đoạn cuối và có chỉ định ghép gan nên các phân độ về xơ gan theo Child – Pugh ở mức B, C chiếm đến 95%, cao hơn so với các nghiên cứu trên dân số TĐM nói chung. Theo Phan Thị Tường Vân, có 50% bệnh nhi trong nghiên cứu có phân độ Child B hoặc C (3).

Biến chứng thường gặp nhất của các bệnh nhi là tăng áp cửa tương tự với nhiều nghiên cứu khác trong y văn. Đây cũng là biến chứng quan trọng đưa đến chỉ định ghép gan trên các trẻ TĐM. Tỷ lệ bệnh nhi có hội chứng gan phổi khoảng 4 – 47% trong các bệnh nhân xơ gan thay đổi tùy theo tiêu chuẩn chẩn đoán (7). So với bệnh nhân xơ gan có cùng chỉ số MELD và phân loại Child – Pugh, tỷ lệ sống sau 5 năm ở bệnh nhân có và không có hội chứng gan phổi lần lượt là 23% và 63%, $p = 0,0003$ (7). Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ trẻ có hội chứng gan phổi ở mức thấp, 3%.

Trong thời gian nghiên cứu, chỉ có 10 trẻ (10,1%) được ghép gan tại các trung tâm là BVNĐ2, Bệnh viện Đại Học Y Dược và Bệnh viện Nhi Trung Ương. Trong khi đó có đến 16 trường hợp tử vong chiếm tỷ lệ 16,5%. Con số được ghép gan quá ít so với nhu cầu là tổng số bệnh nhi trong nghiên cứu cho thấy các cơ sở y tế chưa thực sự đáp ứng nhu cầu ghép gan của trẻ bị TĐM nói riêng và bệnh gan mật nói chung.

Yếu tố nguy cơ tử vong của nhóm trẻ trong nghiên cứu. Như đã trình bày, chỉ có đặc điểm không được phẫu thuật Kasai là yếu tố nguy cơ tử vong ở nhóm trẻ teo đường mật có chỉ định ghép gan (bảng 4). Trong một nghiên cứu của tác giả Max Bolun Liu trên 287 trẻ TĐM cho thấy tiên lượng sống của trẻ sau 1 và 2 năm nếu không phẫu thuật Kasai là 52% và 28%, thời gian sống trung vị là 6,6 tháng; nếu có phẫu thuật Kasai thì thời gian sống sau 1 và 2 năm mà

không ghép gan là 84% và 71% (5). Trong nghiên cứu đa trung tâm tại Mỹ trên phân tích Kaplan – Meier cho thấy, tỷ lệ sống còn cao hơn khác biệt ($p < 0,001$) ở trẻ có bilirubin toàn phần < 2 mg/dl tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật Kasai, 84% so với 16% (6). Do đó, phẫu thuật Kasai là điểm mấu chốt giúp trẻ TĐM cải thiện tiên lượng sống, và giảm nguy cơ tử vong khi chờ ghép gan.

V. KẾT LUẬN

Trẻ TĐM có chỉ định ghép gan là dân số bệnh nặng và có nhiều biến chứng với đa số các bệnh nhi có PELD hoặc MELD cao, và phân độ Child – Pugh mức B, C. Tỷ lệ tử vong chờ ghép là 16,5%, trong khi đó tỷ lệ trẻ được ghép gan còn thấp, chỉ đạt 10,1%. Không được phẫu thuật Kasai là yếu tố nguy cơ độc lập cho tử vong của nhóm trẻ teo đường mật có chỉ định ghép gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Trần Hoàng Oanh**, Các biến chứng sau phẫu thuật Kasai trên bệnh nhân teo đường mật bẩm sinh tại khoa Tiêu hoá Bệnh viện Nhi Đồng 2, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược TP. HCM, năm 2018.
2. **Hồ Phi Duy**, Giá trị các xét nghiệm chẩn đoán teo đường mật trẻ em, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược TP. HCM, năm 2018.
3. **Phan Thị Tường Vân**, Đánh giá dinh dưỡng bằng phương pháp nhân trắc bộ phận trên trẻ teo đường mật đã phẫu thuật Kasai tại bệnh viện Nhi Đồng 2, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa Cấp 2, Đại học Y Dược Thành, năm 2022.
4. **Chapman B, Goh SK, Parker F, et al**, Malnutrition and low muscle strength are independent predictors of clinical outcomes and healthcare costs after liver transplant, Clin Nutr ESPEN, 2022;48:210-219.
5. **Liu MB, Huang TB, Hoang X, et al**, Biliary atresia in Vietnam: Management and the burden of disease. Surgery, 2017;161(2):533-537.
6. **Shneider BL, Brown MB, Haber B, A**, multicenter study of the outcome of biliary atresia in the United States, 1997 to 2000, J Pediatr, 2006;148(4):467-474
7. **Soulaidopoulos S, Cholongitas E, Giannakoulas G et al**, Review article: Update on current and emergent data on hepatopulmonary syndrome, World J Gastroenterol, 2018;24(12):1285-1298.
8. **Tessier ME, Harpavat S, Shepherd RW, et al**, Beyond the Pediatric end-stage liver disease system: solutions for infants with biliary atresia requiring liver transplant, World J Gastroenterol, 2014;20(32):11062-8.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN BẤT THƯỜNG HỒI LƯU TĨNH MẠCH PHỔI TOÀN PHẦN Ở TRẺ EM

Nguyễn Văn Sang^{1,2}, Nguyễn Minh Châu^{1,2},
Trần Phan Ninh^{2,3}, Trần Quang lục^{2,4}, Hoàng Văn Lương⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần (TAPVC) ở trẻ em trên cắt lớp vi tính. **Đối tượng và phương pháp:** 40 bệnh nhi được chẩn đoán là bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Trung tâm tim mạch Bệnh viện E từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ = 1,2/1. Trẻ sơ sinh chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,5%. Thể bệnh hay gặp nhất là thể trên tim chiếm 45%, thể bệnh ít gặp nhất là thể hỗn hợp chiếm 5%. Trong chẩn đoán vị trí đổ về của tĩnh mạch phổi thể dưới tim, có 2 ca có tĩnh mạch phổi đổ về tĩnh mạch cửa và 9 ca có tĩnh mạch

phổi đổ về tĩnh mạch gan. 100% bệnh nhi được chẩn đoán chính xác về tắc nghẽn tĩnh mạch phổi trên CLVT. **Kết luận:** CLVT là phương pháp có giá trị cao trong chẩn đoán bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần ở trẻ em. **Từ khóa:** Bất thường hồi lưu tĩnh mạch phổi toàn phần, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

COMPUTED TOMOGRAPHY FEATURES OF TOTAL ANOMALOUS PULMONARY VENOUS CONNECTION IN CHILDREN

Objective: Computed tomography features of total anomalous pulmonary venous connection in children. **Subjects and methods:** 40 patients diagnosed with total anomalous pulmonary venous connection by computed tomography and surgery at the National Children's Hospital from 1/2022 to 4/2025. **Results:** Male/female = 1.2/1. Newborns account for the highest rate of 52,5%. The most common type of disease is the supracardiac type accounting for 45%, the least common type is the mixed type accounting for 5%. In the diagnosis of the location of the pulmonary vein flow in the subcardiac type, there were 2 cases with pulmonary veins flowing into the portal vein and 9 cases with pulmonary veins flowing into the hepatic vein. 100% of patients were

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y - Dược, Đại học Thái Nguyên

³Bệnh viện Nhi Trung Ương

⁴Bệnh viện tỉnh Phú Thọ

⁵Bệnh viện Phổi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 24.7.2025