

(F5 - 33.3%, F4 - 59.2% so với F3 - 69.2%, F2 - 86.2%, F1 - 91% với $p < 0.001$). Trường hợp xơ hoá gan F6 ghi nhận 2 bệnh nhân thì tỷ lệ tử vong là 50%. Trong một nghiên cứu gần đây, tỷ lệ tái phát cao hơn đáng kể ở nhóm F4 so với F1-3 và xơ hoá gan cũng là yếu tố tiên lượng độc lập với thời gian sống không tái phát.⁴

V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào gan là khối u không đồng nhất về tuổi, giới, các đặc điểm mô bệnh học và tiên lượng. Dù phân loại của Tổ chức Y tế thế giới 2020 đã chia nhiều tip mô bệnh học khác nhau, tuy nhiên tip thông thường vẫn là tip phổ biến nhất. Tình trạng xâm nhập mạch và hoại tử u được ghi nhận khá nhiều, phản ánh tính chất tiến triển của u. Các đặc điểm giải phẫu bệnh như kích thước u, giai đoạn TNM, mức độ xơ hoá của gan lành, tip mô bệnh học, độ mô học, xâm nhập mạch, hoại tử u là những yếu tố liên quan đến tiên lượng khả năng sống sót của bệnh nhân UTBMTBG sau phẫu thuật cắt gan, trong đó, biệt hoá kém và mức độ xơ hoá gan nặng (F4-6) là những yếu tố tiên lượng độc lập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Roseman BJ, Roh MS.** Prognostic factors in surgical resection for hepatocellular carcinoma. In: Pollock RE, ed. Surgical Oncology. Cancer Treatment and Research. Springer US; 1997:331-345. doi:10.1007/978-1-4615-6165-1_17.
2. **Sweed D, Sweed E, Moaz I, et al.** The clinicopathological and prognostic factors of

hepatocellular carcinoma: a 10-year tertiary center experience in Egypt. World J Surg Oncol. 2022;20(1):298. doi:10.1186/s12957-022-02764-2

3. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834.
4. **Yasukawa K, Shimizu A, Kubota K, et al.** Impact of Liver Fibrosis Severity on Oncological Prognosis in Hepatocellular Carcinoma. Liver Cancer. 2023;13(2): 150-160. doi:10.1159/000533857.
5. **Qin LX, Tang ZY.** The prognostic significance of clinical and pathological features in hepatocellular carcinoma. World J Gastroenterol. 2002;8(2):193-199. doi:10.3748/wjg.v8.i2.193.
6. **Rodríguez-Perálvarez M, Luong TV, Andreana L, Meyer T, Dhillon AP, Burroughs AK.** A systematic review of microvascular invasion in hepatocellular carcinoma: diagnostic and prognostic variability. Ann Surg Oncol. 2013;20(1):325-339. doi:10.1245/s10434-012-2513-1
7. **Reveron-Thornton RF, Teng MLP, Lee EY, et al.** Global and regional long-term survival following resection for HCC in the recent decade: A meta-analysis of 110 studies. Hepatol Commun. 2022;6(7):1813-1826. doi:10.1002/hep4.1923.
8. **Simonetti RG, Cammà C, Fiorello F, Politi F, D'Amico G, Pagliaro L.** Hepatocellular carcinoma. A worldwide problem and the major risk factors. Dig Dis Sci. 1991;36(7):962-972. doi:10.1007/BF01297149.
9. **Lee Y, Park H, Lee H, et al.** The Clinicopathological and Prognostic Significance of the Gross Classification of Hepatocellular Carcinoma. J Pathol Transl Med. 2018;52(2):85-92. doi:10.4132/jptm.2017.11.13.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU GHÉP GAN KINH ĐIỂN TỪ NGƯỜI CHO CHẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải¹, Nguyễn Đức Trung¹,
Đỗ Hải Đăng¹, Dương Đức Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm kỹ thuật và kết quả bước đầu ghép gan kinh điển từ người hiến chết não được thực hiện tại bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, lấy mẫu thuận tiện các bệnh nhân (BN) được ghép gan toàn bộ từ người cho chết não, sử dụng kỹ thuật kinh điển từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Có 17 BN trong nghiên cứu, tuổi trung bình $52,5 \pm 10,4$, nam giới chủ yếu 82,4%, tiền

sử viêm gan B chiếm 58,8%. Chỉ định ghép gan gồm ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) 41,2%, suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính (ACLF) 29,4% và xơ gan 29,4%. Chức năng gan trước mổ chủ yếu là Child B và C 71%. Thời gian thiếu máu nóng và thời gian phẫu thuật toàn bộ lần lượt là $24,76 \pm 5,04$ và $366,5 \pm 59,9$ phút. Nổi động mạch (ĐM) gan chung - động mạch gan riêng chiếm 70,6%, nối đường mật tận tụy chiếm 94,1%, hội chứng sau tái tưới máu gặp 17,6%. Không có trường hợp nào phải làm bắc cầu bypass do huyết động không ổn định khi thực hiện kỹ thuật. Biến chứng thường gặp nhất sau mổ là nhiễm trùng chiếm 29,4%, trong khi đó biến chứng ngoại khoa có 2 trường hợp 11,8%. Có 1 trường hợp tử vong 5,9%, 1 trường hợp biến chứng độ 4 (5,9%) được ghi nhận. **Kết luận:** Kỹ thuật ghép gan kinh điển từ người hiến chết não có thể thực hiện an toàn với tỉ lệ biến chứng thấp, giúp giảm thời gian mổ, thời gian thiếu máu

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải
Email: drninhvietkhai@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.7.2025
Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025
Ngày duyệt bài: 3.10.2025

nóng, lượng máu mất. **Từ khóa:** Ghép gan kinh điển

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF CONVENTIONAL BRAIN - DEAD DONOR LIVER TRANSPLANTATION AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the technical characteristics and initial results of conventional liver transplantation from brain-dead donors performed at Viet Duc Hospital. **Method:** Prospective study, all patients who underwent liver transplantation from brain-dead donors, using conventional techniques from October 2024 to April 2025 at Viet Duc University Hospital. **Results:** There were 17 patients in the study, average age $52,5 \pm 10,4$ mainly male 82,4%, history of hepatitis B accounted for 58,8%. Indications for liver transplantation included hepatocellular carcinoma (HCC) 41,2%, acute on chronic liver disease (ACLF) 29,4% and cirrhosis 29,4%. Preoperative liver function was almost Child B and C 71%. Warm ischemia time and total operative time were 24.76 ± 5.04 and 366.5 ± 59.9 minutes, respectively. Common hepatic artery - proper hepatic artery anastomosis accounted for 70,6%, end-to-end biliary anastomosis accounted for 94,1%, post-reperfusion syndrome occurred in 17,6%. There were no cases requiring bypass due to hemodynamic instability during the operation. The most common postoperative complication was infection accounting for 29,4%, while surgical complications occurred in 2 cases (11,8%). There was 1 case of death (5,9%) and 1 case of grade 4 complication (5,9%). **Conclusion:** The classic liver transplantation technique from a brain-dead donor can be performed safely with a low complication rate, helping to reduce operative time, warm ischemia time, and blood loss.

Keywords: conventional liver transplantation, classic liver transplantation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cả ghép gan đầu tiên trên thế giới được thực hiện năm 1967 bởi Thomas Starzl, trong đó gan bệnh được cắt bỏ kèm đoạn tĩnh mạch (TM) chủ dưới, và được thay thế bằng gan lành kèm đoạn TM chủ dưới tương ứng – hay còn được gọi là kỹ thuật kinh điển [1]. Tuy nhiên, kỹ thuật cần tạo cầu nối bypass đưa máu từ tĩnh mạch cửa và TM chủ dưới gan về nhĩ phải để duy trì huyết động hay một số trường hợp bất tương xứng giữa gan hiến với người nhận gây khó khăn khi làm miệng nối. Do đó, một số tác giả đã đưa ra kỹ thuật ghép gan trong đó gan bệnh được lấy bỏ nhưng TM chủ dưới sau gan được bảo tồn, không ảnh hưởng huyết động do giảm thiểu tác động đến máu từ TM chủ dưới về tim - kỹ thuật Piggyback [2].

Gần đây, với những tiến bộ trong gây mê hồi sức, kỹ thuật ghép gan kinh điển được thực hiện mà không cần làm cầu nối và dần được áp dụng

trở lại nhiều hơn ở các trung tâm trên thế giới [3]. Đặc biệt, khi cải tiến trong thứ tự khâu nối, giúp phát huy ưu điểm và khắc phục những nhược điểm của phương pháp cổ điển. Hiện tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về ghép gan kinh điển, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu ghép gan kinh điển tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: BN được phẫu thuật ghép gan từ người hiến chết não có kèm thay đoạn TM chủ dưới từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN được ghép đa tạng đồng thời, hồ sơ không đầy đủ.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Gồm các chỉ tiêu về lâm sàng (tuổi, giới, tiền sử bệnh lý, can thiệp, tiêu chuẩn ghép gan,...), cận lâm sàng (xét nghiệm sinh hóa, huyết học), đặc điểm phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, truyền máu...), thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ (chảy máu, rò mật, tắc mạch, nhiễm trùng...) và phân độ theo Clavien Dindo, tử vong.

Quy trình phẫu thuật: Quy trình ghép gan kèm thay đoạn TMCD tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức như sau:

1. Cắt gan bệnh kèm TM chủ dưới sau gan
2. Nối TM chủ dưới trên gan người nhận – người hiến
3. Nối TM chủ dưới dưới gan người nhận – người hiến
4. Nối TM cửa
5. Tái tưới máu gan
6. Nối ĐM gan người hiến – người nhận
7. Nối đường mật

Tuy nhiên trong một số trường hợp, miệng nối TM cửa sẽ được thực hiện ngay sau khi hoàn thành miệng nối TM chủ dưới trên gan và thực hiện tái tưới máu gan, sau đó mới nối TM chủ dưới dưới gan người nhận – người hiến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 17 BN ghép gan từ người hiến chết nao có thay đoạn TM chủ dưới từ 11/2024 - 4/2025 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước ghép

Chỉ tiêu (n=17)	n	%
Tuổi	52,5±10,4	tuổi

Giới	Nam	14	82,4%
	Nữ	3	17,6%
Tiền sử bệnh liên quan	Viêm gan B	10	58,8%
	Viêm gan C	3	17,6%
	Nghiện rượu	3	17,6%
	Wilson	1	5,9%
Tiền sử can thiệp	Nút ĐM gan hóa chất (TACE) +/- đốt sóng cao tần	7	41,2%
	Phẫu thuật bụng	1	5,9%
	Lọc huyết tương (PEX)	3	17,6%
Chức năng gan trước ghép	Child –Pugh: A	5	29,4%
	B	5	29,4%
	C	7	41,2%
	Điểm Meld ≤10	6	35,3%
	11-20	5	29,4%
	21-30	1	5,9%
	31-40	5	29,4%

Nhận xét: Tuổi trung bình là $52,5 \pm 10,4$ tuổi, nam giới chiếm đa số (82,4%). Tiền sử viêm gan B và C chiếm đa số (76,5%), sau đó là nghiện rượu (17,6%) và wilson (5,9%). 41,2% BN xơ gan Child Pugh C, 29,4% BN có điểm Meld 31-40.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật ghép gan kinh điển

Bảng 2: Chỉ định ghép gan

Chỉ định ghép	n	%
HCC	7	41,2%
Xơ gan	5	29,4%
ACLF	5	29,4%

Nhận xét: Ghép gan cho BN ung thư gan HCC chiếm 41,2%, tất cả đều đã được TACE có hoặc không đốt sóng cao tần trước mổ. Các bệnh lý lành tính gồm xơ gan (29,4%) và ACLF (29,4%). Có 3/5 BN ACLF đã phải lọc huyết tương trước ghép.

Bảng 3: Đặc điểm phẫu thuật ghép gan kinh điển

	Toàn bộ (n=17)	HCC (n=7)	ACLF (n=5)	Xơ gan (n=5)
Đường mổ chữ J	3 (17,6%)	1 (14,3%)	0 (0%)	2 (40%)
Nối ĐM gan chung - riêng	12 (70,6%)	5 (71,4%)	4 (80%)	3 (60%)
Nối đường mật tận tận	16 (94,1%)	7 (100%)	5 (100%)	4 (80%)
Làm bypass TM chủ dưới - trên	0	0	0	0
Thời gian mổ (phút)	$366,5 \pm 59,9$	$327,1 \pm 48,6$	$384,0 \pm 53,7$	$404,00 \pm 55,50$
Thời gian nối TM gan (phút)	$14,76 \pm 3,62$	$13,14 \pm 3,76$	$16,00 \pm 4,18$	$15,80 \pm 2,39$
Thời gian nối TM cửa (phút)	$9,59 \pm 3,54$	$9,86 \pm 3,34$	$10,20 \pm 10,59$	$8,60 \pm 4,04$
Thời gian nối ĐM gan (phút)	$23,18 \pm 7,98$	$21,14 \pm 7,80$	$26,20 \pm 10,59$	$23,00 \pm 5,70$
Thời gian thiếu máu nóng (phút)	$24,76 \pm 5,04$	$23,00 \pm 3,65$	$27,00 \pm 6,71$	$25,00 \pm 5,00$
Thời gian thiếu máu lạnh (phút)	$128,67 \pm 28,00$	$113,33 \pm 19,66$	$134,00 \pm 29,67$	$145,00 \pm 31,09$

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là $366,5 \pm 59,9$ phút, thời gian thiếu máu nóng trung bình là $24,76 \pm 5,04$ phút. So sánh giữa các nhóm cho thấy nhóm HCC so với 2 nhóm còn lại có thời gian mổ ($327,1 \pm 48,6$ phút) và thời gian thiếu máu nóng ($23,00 \pm 3,65$ phút) ít hơn đáng kể so với 2 nhóm còn lại. Không có BN nào cần làm bypass TM chủ dưới – chủ trên

Bảng 4: Mất máu toàn bộ - Truyền máu – Hội chứng sau tái tưới máu

Chẩn đoán	Mất máu trung vị (ml)	Truyền máu (đơn vị)	Hội chứng sau tái tưới máu (PRS)	Suy thận cấp sau ghép (AKI)
HCC (n=7)	600	$1,43 \pm 2,23$	1 (14,3%)	0
ACLF (n=5)	1400	$6,00 \pm 1,41$	2 (40%)	0
Xơ gan (n=5)	2200	$4,60 \pm 1,82$	0 (0%)	0

Nhận xét: Mất máu trong mổ và truyền máu thấp nhất ở nhóm BN ghép do HCC. Chỉ có 3 BN có hội chứng sau tái tưới máu. Chức năng thận ổn định ở tất cả các BN với lượng nước tiểu sau mổ tối thiểu 1000ml/24h kèm theo xét nghiệm creatinin giảm dần trong 7 ngày đầu sau mổ

3.4. Biến chứng sau mổ

Bảng 5: Biến chứng nội và ngoại khoa sau mổ

Biến chứng	n(%)	Xử trí	Kết quả
Biến chứng ngoại khoa			
Chảy máu	1(5,9%)	Mổ lại	Tử vong

Huyết khối TM cửa	1(5,9%)	Mổ lại, lấy HK	Ổn định
Tràn dịch màng phổi			
Biến chứng nội khoa			
Nhiễm trùng	5(29,4%)		
- Đường mật	4(23,5%)	Nội khoa ± HSTC	1 BN tử vong
- Viêm phổi	1(5,9%)	Nội khoa + HSTC	Ổn định
Thải ghép	0(0%)		
Tử vong 90 ngày	1 (5,9%)		

Phân độ biến chứng (Dindo)	
- ĐỘ 1	4 (23,5%)
- ĐỘ 2	3 (17,6%)
- ĐỘ 3	8 (47,1%)
- ĐỘ 4	1 (5,9%)
- ĐỘ 5	1 (5,9%)

Nhận xét: Biến chứng ngoại khoa gồm chảy máu (5,9%) và huyết khối TM cửa (5,9%), trong đó có 1 BN tử vong. Biến chứng nhiễm trùng chiếm tỉ lệ cao (29,4%), chủ yếu là nhiễm trùng đường mật (4/5 BN). Tỉ lệ tử vong sau 90 ngày là 5,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình của BN là $52,5 \pm 10,4$ tuổi, với tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (82,4%). Đặc điểm này phù hợp với xu hướng chung được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu về ghép gan, đặc biệt trong nhóm BN mắc ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) và xơ gan do viêm gan virus. Về nguyên nhân nền, viêm gan B chiếm tỉ lệ cao nhất (58,8%), tiếp theo là viêm gan C (17,6%) và nghiện rượu (17,6%), phù hợp với dữ liệu tại các quốc gia châu Á, nơi viêm gan B là nguyên nhân hàng đầu gây xơ gan và HCC [3]. Một trường hợp Wilson cũng được ghi nhận, tuy hiếm gặp nhưng phù hợp với tỷ lệ mắc bệnh di truyền này trong cộng đồng.

Ghép gan được chỉ định cho các trường hợp HCC (41,2%), xơ gan (29,4%) và suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính (29,4%). Đáng chú ý, tất cả các BN HCC đều được can thiệp trước ghép như TACE hoặc RFA, điều này phù hợp với chiến lược 'bridge therapy' được khuyến cáo trong nhiều hướng dẫn quốc tế như AASLD (2023) [3]. Về chức năng gan, nhóm BN có điểm Child-Pugh B hoặc C chiếm đến 70,6% và điểm MELD cao (≥ 31) ở 29,4% BN phản ánh mức độ suy giảm chức năng gan nặng trước phẫu thuật, cần can thiệp sớm hoặc cấp cứu như nhóm ACLF, điều này tương đồng với ghi nhận của Genda et al. (2020) khi đánh giá các ca ghép gan cấp cứu tại Nhật Bản [4].

4.2. Đặc điểm phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là $366,5 \pm 59,9$ phút, trong đó nhóm HCC có thời gian mổ ngắn hơn đáng kể ($327,1 \pm 48,6$ phút) so với nhóm ACLF ($384 \pm 53,7$ phút) và xơ gan ($404 \pm 55,5$ phút). Điều này có thể được lý giải do BN HCC thường có chức năng gan tốt hơn, cấu trúc mô gan ít bị biến đổi, giúp quá trình bóc tách, cắt gan và nối mạch dễ dàng hơn. Ngược lại, nhóm BN xơ gan và ACLF thường có mô gan xơ hóa nặng, TM nhánh và tuần hoàn phụ phát triển gây khó khăn trong thao tác phẫu thuật và tăng nguy cơ chảy

máu. Thời gian thiếu máu nóng trung bình là $24,76 \pm 5,04$ phút, cũng ngắn hơn ở nhóm HCC ($23,00 \pm 3,65$ phút) so với nhóm ACLF ($27,00 \pm 6,71$ phút). Việc kiểm soát thời gian thiếu máu nóng là yếu tố quan trọng giúp bảo tồn chức năng tế bào gan sau ghép, đồng thời hạn chế biến chứng tái tưới máu. Theo Li Z. và cộng sự (2023), mỗi 10 phút tăng thêm của thời gian thiếu máu nóng sau mốc 30 phút làm tăng nguy cơ suy gan sau ghép lên 3%, tương đương 0.3% cho mỗi phút [5]. So với các nghiên cứu trên thế giới, thời gian thiếu máu nóng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Tại Châu Âu, theo Jochmans I. và cộng sự (2018) trên 5223 BN, thời gian thiếu máu nóng trung vị là 42 phút, và mỗi 10 phút tăng lên gây tăng nguy cơ mất mảnh ghép 4% [6]. Tại Nhật Bản, Sakamoto và cộng sự (2024) cũng đưa ra khuyến cáo nên giữ thời gian thiếu máu nóng dưới 48 phút để làm giảm nguy cơ biến chứng hẹp đường mật sau ghép [7]. Để đạt được sự tối ưu này, chúng tôi đã điều chỉnh thứ tự kẹp xả mạch máu phù hợp cho từng BN, có thể tái tưới máu ngay sau khi hoàn thành miệng nối trên TM chủ dưới và miệng nối TM cửa. Đồng thời chuẩn bị tốt mảnh ghép từ khâu lấy tạng đến rửa tạng là rất quan trọng để tránh kéo dài thời gian nối mạch máu.

Tỷ lệ hội chứng sau tái tưới máu (Post-reperfusion syndrome - PRS), được định nghĩa là khi huyết áp động mạch giảm trên 30% trong 5 phút đầu sau tái tưới máu, trong nghiên cứu của chúng tôi là 17,6%. So sánh với nghiên cứu Adelman D. và cộng sự (2018) PRS xảy ra ở khoảng 20-30% các ca ghép gan, cho thấy kết quả tương đương [8].

4.3. Biến chứng sau mổ. Biến chứng sau mổ chiếm tỉ lệ đáng kể, trong đó biến chứng nội khoa chiếm ưu thế. Tỉ lệ nhiễm trùng là 29,4%, đường mật 23,5%, viêm phổi 5,9% và không có trường hợp thải ghép cấp ghi nhận được. Biến chứng ngoại khoa gồm chảy máu (5,9%) và huyết khối TM chủ dưới (5,9%). Một trường hợp chảy máu dẫn đến tử vong xảy ra ở BN có nhiễm trùng đường mật nặng, sau mổ xử lý cầm máu tuy nhiên tình trạng nhiễm trùng nặng dẫn đến suy đa tạng và không qua khỏi. BN huyết khối TM cửa trong nghiên cứu của chúng tôi có nguyên nhân do chúng tôi bơm keo cầm máu (Bioglue) gây ra việc dính hẹp TM cửa, biểu hiện lâm sàng với tình trạng tăng men gan và Bilirubin, chúng tôi mổ lại gỡ dính chỗ gây hẹp và lấy huyết khối, BN sau mổ ổn định.

Phân độ biến chứng theo thang Dindo-Clavien cho thấy 47,1% biến chứng ở mức độ 3 (cần can thiệp ngoại khoa hoặc thủ thuật) tuy

nhiên đây chủ yếu là biến chứng liên quan đến tràn dịch màng phổi cần chọc dẫn lưu, 5,9% mức độ 4 (cần hồi sức tích cực) và 5,9% tử vong. Điều này phản ánh mức độ phức tạp của ghép gan kết hợp thay đoạn tĩnh mạch chủ dưới, đồng thời đòi hỏi hệ thống hậu phẫu và chăm sóc tích cực cao. So sánh với nghiên cứu của Ravaioli et al. (2020), trong đó biến chứng nặng (Dindo $\geq$ III) chiếm 22,2%, và khoảng 40-60% ở các ca ghép gan phức tạp, cho thấy tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu này nằm trong khoảng cho phép.[9]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kỹ thuật ghép gan kinh điển có thể được thực hiện an toàn, với tỷ lệ biến chứng ngoại khoa và biến chứng thận cấp thấp. Tuy nhiên, cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế và chưa đánh giá được biến chứng mạch máu muộn; do đó, các nghiên cứu với số lượng BN lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để khẳng định độ an toàn, hiệu quả dài hạn cũng như xác định rõ chỉ định tối ưu cho kỹ thuật ghép gan này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Starzl, T.E., et al., Orthotopic homotransplantation of the human liver. Ann Surg, 1968. 168(3): p. 392-415.

2. Calne, R.Y. and R. Williams, Liver transplantation in man. I. Observations on technique and organization in five cases. Br Med J, 1968. 4(5630): p. 535-40.
3. Singal, A.G., et al., AASLD Practice Guidance on prevention, diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. Hepatology, 2023. 78(6): p. 1922-1965.
4. Genda, T., et al., Outcome of patients with acute liver failure awaiting liver transplantation in Japan. Hepatol Res, 2020. 50(10): p. 1186-1195.
5. Li, Z., et al., A single center analysis of long-term outcomes and survival related risk factors in liver retransplantation. Hepatobiliary Surg Nutr, 2024. 13(3): p. 425-443.
6. Jochmans, I., et al., The Impact of Implantation Time During Liver Transplantation on Outcome: A Eurotransplant Cohort Study. Transplant Direct, 2018. 4(6): p. e356.
7. Sakamoto, A., et al., Prolonged warm ischemia time in the recipient is associated with post-transplant biliary stricture following living-donor liver transplantation. Surg Today, 2024. 54(10): p. 1193-1200.
8. Adelman, D., et al., Intraoperative Management of Liver Transplant Patients Without the Routine Use of Renal Replacement Therapy. Transplantation, 2018. 102(5): p. e229-e235.
9. Levi Sandri, G.B., et al., The Role of Salvage Transplantation in Patients Initially Treated With Open Versus Minimally Invasive Liver Surgery: An Intention-to-Treat Analysis. Liver Transpl, 2020. 26(7): p. 878-887.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THẬN NƯỚC DO TẮC KHÚC NỔ BỂ THẬN-NIẾU QUẢN Ở TRẺ NHỮ NHI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Trương Nguyễn Uy Linh¹, Trần Thị Phụng², Nguyễn Hữu Chí²,
Nguyễn Thị Trúc Linh¹, Nhâm Bá Duy², Lê Thanh Hùng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản là dị tật tiết niệu trên thường gặp nhất ở trẻ em, đa số được phát hiện trước sinh hoặc trong năm đầu tiên sau sinh. Với nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ phát hiện thận nước trước sinh và phát hiện sớm sau sinh ngày càng tăng, hiệu quả điều trị cũng được cải thiện. Bệnh viện Nhi Đồng 1 là trung tâm nhi khoa lớn ở miền Nam quản lý và điều trị số lượng lớn bệnh nhi bị thận nước, tuy nhiên có ít nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị thận nước phát hiện trước sinh. Chúng tôi báo cáo đặc

điểm lâm sàng, diễn tiến ở trẻ phát hiện thận nước trước sinh và kết quả điều trị thận nước ở bệnh viện Nhi Đồng 1 trong thời gian từ 01/01/2019 - 31/12/2022. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả loạt trường hợp trẻ nhũ nhi có thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản. **Kết quả:** Trong 337 bệnh nhi, có 260 (77,2%) trường hợp là nam, 270 (80,1%) trường hợp thận nước bên trái, 77,2% phát hiện qua siêu âm trước sinh. Có 258 (76,6%) trường hợp điều trị bảo tồn, 79 (23,4%) trường hợp được phẫu thuật, trong đó mổ mở tạo hình khúc nối bể thận niệu quản (THKNBTNQ) là 98,7%, 60% bệnh nhân được chuyển dòng nước tiểu bằng nòng niệu quản, 40% được chuyển dòng nước tiểu bằng thông JJ. **Kết luận:** Đa số thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản có thể được điều trị bảo tồn. Phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản ở trẻ nhũ nhi là an toàn và hiệu quả. **Từ khóa:** thận nước, tắc khúc nối bể thận-niệu quản, tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT OF

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Phụng

Email: tranthi-phung.ump@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025