

7. Swarna, M. Ramamoorthy, R. Kini, C. Annasamy, M. Kalyanasundaram, and S. Immaneni, "Platelet-albumin-bilirubin score - a risk stratification scoring system to predict outcome of acute variceal bleeding in patients with cirrhosis," (in eng), Eur J Gastroenterol Hepatol, vol. 35, no. 9, pp. 1044-1048, Sep 1 2023.
8. O. Elshaarawy, N. Allam, E. Abdelsameea, A. Gomaa, and I. Waked, "Platelet-albumin-bilirubin score-a predictor of outcome of acute variceal bleeding in patients with cirrhosis," (in eng), World journal of hepatology, vol. 12, no. 3, p. 99, 2020.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG NHIỄM TRÙNG SAU GHÉP GAN

Nguyễn Xuân Hà^{1,3}, Trần Ngọc Ánh^{1,3},
Lê Văn Thành², Doãn Trung San³

TÓM TẮT

Ghép gan là biện pháp điều trị triệt căn với các bệnh nhân có bệnh gan mạn tính ở các nước phát triển và ngày càng phát triển mạnh mẽ tại Việt nam. Ước chế miễn dịch toàn thân khiến người nhận gan dễ bị nhiễm trùng mới cũng như tái hoạt các nhiễm trùng tiềm ẩn đã có từ trước. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm trùng sau ghép gan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu được thực hiện trên 205 bệnh nhân được ghép gan tại Bệnh viện TWQĐ 108 từ năm 2024 đến tháng 6 năm 2025. Tiêu chí xác định nhiễm trùng dựa theo khuyến cáo EASL 2013. Chẩn đoán cụ thể các loại nhiễm trùng thường gặp (viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng ổ bụng, nhiễm trùng huyết, v.v.) được xác định theo tiêu chuẩn Bộ Y tế và hướng dẫn quốc tế. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $\approx 57,6 \pm 11,4$, Tỷ lệ nam giới: $\approx 85,4\%$. Các chỉ định ghép gan phổ biến: Suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính. ACLF (35%), Ung thư biểu mô tế bào gan (30%), Xơ gan (25%). Tỷ lệ nhiễm trùng sau ghép gan là 94.6%. Trong đó: Viêm phổi (38%) và nhiễm trùng khác (54%) là các dạng nhiễm trùng phổ biến nhất. Tử vong do nhiễm trùng chiếm 7.7%. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm trùng và các yếu tố: giới, tuổi, điểm MELD và Child-Pugh ($p > 0.05$). **Kết luận:** Nhiễm trùng là biến chứng phổ biến và đáng lưu ý sau ghép gan, trong đó viêm phổi và nhiễm trùng huyết chiếm tỷ lệ cao. Cho thấy cần theo dõi sát và kiểm soát nhiễm trùng bằng các biện pháp chăm sóc tích cực ngay sau phẫu thuật.

Từ khóa: Ghép gan, Nhiễm trùng sau ghép gan, Yếu tố nguy cơ nhiễm trùng sau ghép tạng

SUMMARY

INVESTIGATION OF POST-LIVER TRANSPLANT INFECTION STATUS

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hà

Email: xuanha1597@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025

Liver transplantation is the definitive treatment for patients with chronic liver disease in developed countries and is increasingly advancing in Vietnam. The high survival rates of liver transplant recipients are largely attributed to the availability of potent immunosuppressive therapies. However, systemic immunosuppression renders these patients more susceptible to new infections, as well as the reactivation of latent ones. Infections occurring within the first month post-transplant are often hospital-acquired, donor-derived, or associated with perioperative complications. This study aims to investigate the clinical and subclinical characteristics of post-transplant infections and identify potential associated factor. **Subjects and Methods:** This is a descriptive cross-sectional study, combining both retrospective and prospective data, conducted on 205 liver transplant recipients at the 108 Military Central Hospital from 2024 to June 2025. Infection criteria were based on the 2013 EASL guidelines: patients presenting with postoperative fever $\geq 38^{\circ}\text{C}$ and/or CRP ≥ 1 mg/dL and/or procalcitonin ≥ 0.5 ng/mL were considered to have an infection. Specific diagnoses of common infections (e.g., pneumonia, urinary tract infection, intra-abdominal infection, sepsis) were made according to standards set by the Ministry of Health and international guidelines. The analyzed factors included age, gender, MELD score, Child-Pugh score, clinical and laboratory features, and infection-related mortality. Data were collected from patient medical records and analyzed using SPSS version 20.0. **Results:** Mean age: approximately 57.6 ± 11.4 years. Male patients: approximately 85.4%. Acute-on-chronic liver failure (ACLF) (35%), hepatocellular carcinoma (HCC) (30%), and cirrhosis (25%). The post-transplant infection rate was 94.6%. Pneumonia (38%) and other infections (54%) were the most common types. Infection-related mortality accounted for 7.7%. No statistically significant associations were found between infection and gender, age, MELD score, or Child-Pugh score ($p > 0.05$). **Conclusion:** Infection is a common and significant complication following liver transplantation, with pneumonia and sepsis being the most prevalent types. Traditional risk factors such as age, gender, MELD, and Child-Pugh scores were not significant predictors of infection, underscoring the importance of close postoperative monitoring and prompt implementation of infection control measures. **Keywords:** Liver transplantation, Post-liver transplant infections, Risk factors for infection after organ transplantation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan là phương pháp điều trị triệt để cho bệnh gan giai đoạn cuối, với tỷ lệ sống sau ghép cải thiện đáng kể nhờ tiến bộ phẫu thuật và thuốc ức chế miễn dịch. Theo American Liver Foundation, tỷ lệ sống của bệnh nhân ghép gan trên thế giới hiện nay đạt khoảng 89% sau 1 năm và 75% sau 5 năm. Tại Việt Nam, kỹ thuật ghép gan đã phát triển gần 20 năm qua với trên 500 ca ghép thực hiện ở 9 trung tâm. Bệnh viện 108 – một trung tâm hàng đầu – đã thực hiện >160 ca ghép tính đến đầu 2023, với tỷ lệ sống 95% sau 1 năm và 90% sau 3 năm.^{1,2}

Tuy nhiên, song song với thành công, bệnh nhân ghép gan phải đối mặt với nhiều biến chứng sau ghép, trong đó nhiễm trùng là biến chứng thường gặp và nghiêm trọng nhất. Bệnh nhân sau ghép gan dùng thuốc ức chế miễn dịch suốt đời, làm suy giảm miễn dịch và dễ nhiễm trùng.

Nhiễm trùng là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong ở người ghép gan, với tỷ lệ mắc lên tới 80% theo nhiều nghiên cứu. Phần lớn (khoảng 70%) các nhiễm trùng hậu ghép gan là do vi khuẩn, kể đó là nhiễm nấm và virus cơ hội. Nhiễm trùng có thể xảy ra ở nhiều cơ quan: thường gặp nhất là nhiễm trùng tại phổi, vết mổ, ổ bụng hoặc nhiễm trùng huyết trong giai đoạn sớm ngay sau ghép (chủ yếu do vi khuẩn bệnh viện); về sau, bệnh nhân có thể nhiễm virus (do tái hoạt virus tiềm ẩn, nhiễm từ người cho, hoặc lây trong cộng đồng) khi tình trạng ức chế miễn dịch kéo dài.³⁻⁵ Tại Việt Nam, nghiên cứu về đặc điểm nhiễm trùng sau ghép gan đã được chú ý, tuy nhiên cần thiết phải có dữ liệu cụ thể để đề ra biện pháp phòng ngừa và xử trí phù hợp tránh việc sử dụng quá mức kháng sinh. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu chính: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bị nhiễm trùng sau ghép gan; (2) Khảo sát một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm trùng sau ghép gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật ghép gan tại Khoa Phẫu thuật Gan – Mật – Túi, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, được thu thập số liệu nghiên cứu từ tháng 9/2024 đến tháng 6/2025. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm những bệnh nhân ghép gan thỏa mãn tiêu chí nghiên cứu; loại trừ là bệnh nhân có ổ nhiễm trùng chưa kiểm soát trước ghép gan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 9/2024 đến tháng 6/2025, thiết kế theo phương pháp mô tả (hồi

cứu kết hợp tiến cứu) thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu chuẩn. Cỡ mẫu gồm toàn bộ các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong giai đoạn này (tổng cộng 205 trường hợp).

Chúng tôi đánh giá từng yếu tố: tuổi, giới, chỉ định ghép gan – ví dụ: xơ gan, suy gan cấp trên nền mạn (ACLF), ung thư biểu mô tế bào gan... – cùng các bệnh đồng mắc như tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì, suy dinh dưỡng).

Tình trạng gan trước ghép được đánh giá qua điểm Child-Pugh và MELD. Thông tin quá trình ghép gồm thời gian phẫu thuật, mất máu và truyền máu, có phải mổ lại hay không, thời gian nằm hồi sức, có thở máy kéo dài hay lọc máu sau mổ không, v.v.

Tiêu chí xác định nhiễm trùng dựa theo khuyến cáo EASL 2013: khi bệnh nhân có biểu hiện sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ và/hoặc CRP ≥ 1 mg/dL và/hoặc procalcitonin $\geq 0,5$ ng/mL hậu phẫu thì được coi là có nhiễm khuẩn.⁶

Chẩn đoán cụ thể các loại nhiễm trùng thường gặp (viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, nhiễm trùng ổ bụng, nhiễm trùng huyết, v.v.) được xác định theo tiêu chuẩn Bộ Y tế và hướng dẫn quốc tế. Dữ liệu được phân tích thống kê mô tả các đặc điểm của nhóm nhiễm trùng.

2.3. Xử lý số liệu. Để khảo sát yếu tố liên quan, nghiên cứu so sánh tỷ lệ nhiễm trùng giữa các phân nhóm (theo tuổi, giới, mức MELD, nhóm bệnh nền, v.v.) và sử dụng các phép kiểm định thống kê (ví dụ: χ^2 , Fisher's exact) nhằm tìm ra mối liên hệ có ý nghĩa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tới $\approx 95\%$ bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu xuất hiện ít nhất một loại nhiễm trùng sau ghép gan.

Biểu hiện lâm sàng của nhiễm trùng ở bệnh nhân ghép gan khá đa dạng, nhưng sốt vẫn là triệu chứng nổi bật nhất (gặp ở khoảng 33% trường hợp).

Các triệu chứng hô hấp khá thường gặp: ho khạc đờm, khó thở, ran nổ phổi ghi nhận ở $\sim 30\text{--}35\%$ bệnh nhân – chủ yếu ở những người bị viêm phổi. Ngược lại, triệu chứng bụng như đau bụng hay cảm ứng phúc mạc ít gặp hơn (chỉ $\sim 5\text{--}8\%$), thường liên quan đến nhiễm trùng ổ bụng (viêm phúc mạc, áp-xe...).

Các bệnh nhân nhóm nhiễm cứu đều có dấu hiệu viêm hệ thống: bạch cầu máu ngoại vi tăng (nhất là bạch cầu trung tính), CRP và procalcitonin tăng cao.

Kết quả nuôi cấy vi sinh phân lập được nhiều loại vi khuẩn

Bảng 1: Tác nhân gây nhiễm trùng

thường gặp ở bệnh nhân ghép gan

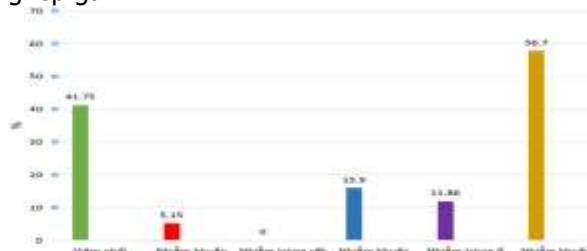
Tác nhân gây bệnh	Loại	N	Tỷ lệ (%)
K. pneumoniae	Vi khuẩn	32	25.4%
Acinetobacter	Vi khuẩn	19	15.1%
Enterococcus	Vi khuẩn	12	9.5%
Staphylococcus	Vi khuẩn	6	4.8%
Escherichia coli (E. coli)	Vi khuẩn	5	4.0%
Pseudomonas aeruginosa	Vi khuẩn	5	4.0%
Stenotrophomonas	Vi khuẩn	5	4.0%
Streptococcus	Vi khuẩn	3	2.4%
Moraxella catarrhalis	Vi khuẩn	1	0.8%
C. indologenes	Vi khuẩn	1	0.8%
Candida	Nấm	12	9.5%
Aspergillus (nấm)	Nấm	5	4.0%
CMV (Cytomegalovirus)	Virus	20	15.9%

Nhận xét: Vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế, điển hình là *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli* và *Pseudomonas aeruginosa* – đây đều là các tác nhân gây nhiễm trùng bệnh viện thường gặp trong hồi sức sau ghép.

Một số vi khuẩn Gram dương cũng được ghi nhận như *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus* spp. hoặc *Staphylococcus epidermidis* (chủ yếu liên quan nhiễm trùng catheter tĩnh mạch hoặc nhiễm khuẩn huyết thứ phát).

Đáng chú ý, nấm *Candida* được phân lập ở một vài trường hợp: ví dụ *Candida albicans* gây nhiễm trùng huyết hoặc phổi hợp trong nhiễm khuẩn tiết niệu.

Virus cơ hội nổi bật nhất là Cytomegalovirus (CMV): có ~10% bệnh nhân sau ghép bị nhiễm CMV trong thời gian theo dõi. Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu khác, khẳng định CMV là nhiễm trùng cơ hội phổ biến nhất ở người ghép gan.⁷



Biểu đồ 1: Các cơ quan nhiễm trùng sau ghép gan

Nhận xét: Phân tích các loại hình nhiễm trùng cho thấy nhiễm trùng hô hấp (đặc biệt viêm phổi) là thường gặp nhất, xuất hiện ở ~38% bệnh nhân. Điều này phù hợp với thực tế hậu phẫu: bệnh nhân nằm hồi sức, thở máy kéo dài dễ viêm phổi bệnh viện.

Nhiễm trùng huyết (có cấy máu dương tính) được chẩn đoán ở khoảng 15% trường hợp – nhiều ca trong số này khởi nguồn từ viêm phổi hoặc ổ nhiễm trùng ổ bụng lan rộng.

Nhiễm trùng trong ổ bụng (ví dụ: áp-xe gan, áp-xe dưới hoành, viêm phúc mạc hoặc viêm đường mật) chiếm khoảng 11% bệnh nhân, thường liên quan đến biến chứng rò mật hoặc tụ dịch nhiễm khuẩn sau mổ.

Nhiễm trùng đường tiết niệu (viêm bàng quang, viêm thận-bể thận) chiếm tỷ lệ thấp hơn, khoảng 5%.

Đặc biệt, không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ được ghi nhận trong loạt bệnh nhân này, cho thấy hiệu quả của kiểm soát vô trùng phẫu thuật và dự phòng kháng sinh chu phẫu.

Nhiều bệnh nhân trải qua hơn một loại nhiễm trùng: ví dụ, không ít trường hợp viêm phổi nặng dẫn đến nhiễm khuẩn huyết, hoặc bệnh nhân có đồng thời cả viêm phổi và nhiễm trùng tiết niệu, v.v. Do đó, tổng cộng số lần nhiễm trùng theo cơ quan sẽ vượt quá số bệnh nhân. So sánh với báo cáo khác, mô hình nhiễm trùng của chúng tôi có nét tương đồng và khác biệt: viêm phổi là nhiễm trùng nổi bật, trong khi một nghiên cứu quốc tế ghi nhận viêm đường mật (cholangitis) chiếm tỷ lệ cao nhất 25,8% trong các nhiễm trùng năm đầu sau ghép.

Sự khác biệt này có thể do đặc điểm mẫu bệnh nhân và kỹ thuật phẫu thuật (biến chứng đường mật thấp trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi).

Bảng 2: Khảo sát một số yếu tố liên quan đến nhiễm trùng sau ghép gan

	Nhiễm trùng sau ghép (N)	Không nhiễm trùng sau ghép (N)	p-Value
Nam	168	9	0.859
Nữ	26	2	
Child Pugh A	54	1	0.301
Child Pugh B	37	1	
Child Pugh C	75	5	
MELD ≥30	57	6	0.09
MELD <30	137	5	

Nhận xét: Chúng tôi phân tích mối tương quan giữa một số yếu tố nền của bệnh nhân với tình trạng nhiễm trùng sau ghép. Kết quả cho thấy tuổi và giới không ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ nhiễm trùng – cả nam và nữ, người trẻ hay lớn tuổi đều có nguy cơ nhiễm trùng rất cao và tương đương nhau. Bệnh nhân có điểm MELD cao (≥30) hoặc thuộc Child-Pugh C trước ghép (tình trạng bệnh gan rất nặng) có xu hướng tỷ lệ nhiễm trùng cao hơn nhóm MELD thấp/Child-Pugh A-B, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa

thống kê rõ rệt (do tỷ lệ nhiễm trùng chung đã quá cao ở mọi nhóm). Tương tự, các bệnh đồng mắc như đái tháo đường, tăng huyết áp, béo phì hoặc suy dinh dưỡng trước ghép không cho thấy sự khác biệt đáng kể về nguy cơ nhiễm trùng sau ghép trong mẫu nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi ghép gan trung bình là $57,6 \pm 11,4$, Tỷ lệ nam giới: $\approx 85,4\%$ với các chỉ định ghép gan phổ biến: ACLF (36.1%), HCC (35%), xơ gan (26%).

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành khảo sát tình trạng nhiễm trùng ở bệnh nhân 1 tháng. Trong giai đoạn này, do sự hiệu lực chưa đầy đủ của các thuốc ức chế miễn dịch, các nhiễm khuẩn phổ biến nhất trong giai đoạn này là nhiễm khuẩn bệnh viện, nhiễm khuẩn liên quan phẫu thuật, từ người ghép và từ người hiến tặng.

Tỷ lệ nhiễm trùng hậu phẫu ở bệnh nhân ghép gan ở nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ khá cao khoảng 94, % tổng số bệnh nhân. Tỷ lệ này cao hơn so với hầu hết các báo cáo trên thế giới (có khoảng 40% – 80% sẽ có 1 lần nhiễm trùng trong năm đầu tiên sau ghép). Sự khác biệt này có thể đến từ định nghĩa nhiễm trùng khá rộng rãi của chúng tôi, dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng. Dẫu vậy, điều này khẳng định nhiễm trùng là vấn đề phổ biến sau ghép gan và phù hợp với nhận định rằng nhiễm trùng hậu ghép là biến chứng hàng đầu về bệnh tật và tử vong, cho thấy ảnh hưởng nghiêm trọng của nhiễm trùng đối với tiên lượng sau ghép. Con số tử vong này cũng tương đồng với báo cáo quốc tế: nhiễm trùng hậu ghép gan chiếm tỷ lệ lớn trong các nguyên nhân tử vong sớm. Tuy nhiên không loại trừ tình trạng nhiễm trùng cao là do nhóm bệnh nhân nghiên cứu có nguy cơ nhiễm khuẩn cao như người bệnh ở trong nhóm MELD > 30, phải can thiệp, phẫu thuật lại và có các biến chứng sau mổ như rò mật... đây là các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn đã được ghi nhận. Tỷ lệ nhiễm trùng còn một phần được giải thích bởi việc ghép gan ở Việt nam mặc dù phát triển mạnh mẽ trong những năm gần đây nhưng kỹ thuật và chăm sóc hậu phẫu còn cần phải hoàn thiện so với các nước phát triển đã thành thạo kỹ thuật và không chế nhiễm trùng sau ghép hàng chục năm.

Kết quả của chúng tôi, phù hợp với y văn trên thế giới, Viêm phổi là nhiễm trùng thường gặp nhất sau ghép tới tỷ lệ $\sim 38\%$. Điều này phù hợp với thực tế hậu phẫu: bệnh nhân nằm hồi sức, thở máy kéo dài dễ viêm phổi bệnh viện. Nhiễm khuẩn huyết (Có cấy máu ra tác nhân vi sinh) được chẩn đoán khoảng ở 15%, tiếp đến là

nhiễm trùng trong ổ bụng, nhiễm khuẩn tiết niệu lần lượt với 11% và 5%. Đặc biệt, không có trường hợp nào ghi nhận nhiễm khuẩn vết mổ, điều này cho thấy hiệu quả của vô trùng trong phẫu thuật và dự phòng kháng sinh chu phẫu. So sánh với báo cáo khác, mô hình nhiễm trùng của chúng tôi có nét tương đồng và khác biệt: viêm phổi là nhiễm trùng nổi bật, trong khi một nghiên cứu quốc tế ghi nhận viêm đường mật (cholangitis) chiếm tỷ lệ cao nhất 25,8% trong các nhiễm trùng năm đầu sau ghép.

Sự khác biệt này có thể do đặc điểm mẫu bệnh nhân và kỹ thuật phẫu thuật (biến chứng đường mật thấp trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi).

Về tác nhân gây bệnh, nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, vi khuẩn gram âm vẫn là mối đe dọa chính đối với người ghép gan. Các chủng như *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa*... xuất hiện thường xuyên trong các ca nhiễm trùng bệnh viện (viêm phổi, nhiễm trùng ổ bụng, nhiễm khuẩn huyết). Kết quả này tương đồng với các báo cáo quốc tế rằng vi khuẩn chiếm tới $\sim 70\%$ tác nhân nhiễm trùng sau ghép gan, trong đó vi khuẩn gram âm kháng thuốc ngày càng nổi trội ở nhiều trung tâm. nhiễm các vi khuẩn gram dương như *Staphylococcus aureus* hay *Enterococcus* cũng có, nhưng ít phổ biến hơn. Nhiễm nấm ở nhóm nghiên cứu chiếm tỷ lệ thấp ($\sim 4,8\%$), phần lớn do *Candida* spp. Tỷ lệ này tương đồng với các trung tâm có chương trình dự phòng nấm chủ động (khoảng 5–7%).

Nhiễm virus cơ hội nổi bật nhất là Cytomegalovirus (CMV): có $\sim 10\%$ bệnh nhân sau ghép bị nhiễm CMV trong thời gian theo dõi. Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu khác, khẳng định CMV là nhiễm trùng cơ hội phổ biến nhất ở người ghép gan. Bên cạnh CMV, không ca nhiễm virus nào khác được ghi nhận.

Nhận xét về các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng, bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh nền (đái tháo đường, béo phì), tình trạng bệnh gan nặng (MELD cao, Child C), phẫu thuật phức tạp (thời gian mổ kéo dài, truyền nhiều máu, phải mổ lại), và chăm sóc hậu phẫu phức tạp (thở máy lâu, nằm hồi sức tích cực dài ngày, suy thận phải lọc máu) đều có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn. Một số yếu tố liên quan đến điều trị cũng được xem xét như bệnh nhân có dùng kháng sinh phổ rộng trước ghép, sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch hay can thiệp xâm lấn – tất cả đều được giả thiết là làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, nhưng phân tích không tìm ra mối liên hệ rõ. Các nghiên cứu chỉ ra, chẳng hạn điểm MELD >30, tuổi >60,

hoặc phải thay máu nhiều đều tương quan với tăng nguy cơ nhiễm khuẩn hậu phẫu.

Do vậy, việc quản lý tích cực các yếu tố nguy cơ (tối ưu hóa tình trạng bệnh nhân trước ghép, hạn chế can thiệp không cần thiết, rút ngắn thời gian thở máy...) vẫn rất cần thiết để giảm thiểu biến chứng nhiễm trùng.

Kết quả của chúng tôi củng cố các bằng chứng đó và nhấn mạnh sự cần thiết nhân diện sớm nhóm bệnh nhân nguy cơ cao. Với nhóm này, cần chiến lược phòng ngừa tích cực hơn, ví dụ: tăng cường vệ sinh, cách ly, sử dụng kháng sinh dự phòng kéo dài hơn, dự phòng nấm chủ động, theo dõi sát các dấu hiệu nhiễm trùng để can thiệp sớm.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm trùng hậu ghép gan vẫn là thách thức lớn: cần phối hợp đa chuyên khoa (phẫu thuật, nhiễm khuẩn, hồi sức) để giám sát, phòng ngừa chủ động (tiêm vaccine, dự phòng kháng sinh, chống nấm, kháng virus hợp lý), phát hiện sớm và điều trị tích cực. Nghiên cứu này góp phần cung cấp cái nhìn tổng quan về đặc điểm nhiễm trùng sau ghép gan tại Việt Nam, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của các biện pháp kiểm soát nhiễm trùng nhằm nâng cao kết quả sau ghép gan trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 200 ca ghép gan tại Bệnh viện TWQĐ 108 –

thành tựu mới trong lĩnh vực ghép tạng. Bệnh viện 108. Accessed January 8, 2024. <https://benhvien108.vn/200-ca-ghiep-gan-tai-benh-vien-twqd-108—thanh-tuu-moi-trong-linh-vuc-ghiep-tang.htm>

2. <https://suckhoedoisong.vn.> 108 ca ghép gan thành công, 95% bệnh nhân sống khỏe. January 21, 2022. Accessed January 2, 2024. <https://suckhoedoisong.vn/benh-vien-108-don-nhan-chung-nhan-thanh-vien-cua-hiep-hoi-phau-thuat-hoang-gia-anh-16922012023303562.htm>
3. Zhang W, Wang W, Kang M, et al. Bacterial and Fungal Infections After Liver Transplantation: Microbial Epidemiology, Risk Factors for Infection and Death with Infection. *Ann Transplant.* 2020; 25:e921591-1-e921591-12. doi:10.12659/AOT.921591
4. Hernandez MDP, Martin P, Simkins J. Infectious Complications After Liver Transplantation. *Gastroenterol Hepatol.* 2015; 11(11):741-753.
5. Romero FA. Infections in liver transplant recipients. *World J Hepatol.* 2011;3(4):83. doi:10.4254/wjh.v3.i4.83
6. Jalan R, Fernandez J, Wiest R, et al. Bacterial infections in cirrhosis: A position statement based on the EASL Special Conference 2013. *J Hepatol.* 2014;60(6):1310-1324. doi:10.1016/j.jhep.2014.01.024
7. Razonable RR. Cytomegalovirus infection after liver transplantation: Current concepts and challenges. *World J Gastroenterol WJG.* 2008; 14(31):4849-4860. doi:10.3748/wjg.14.4849
8. van Hoek B, de Rooij BJ, Verspaget HW. Risk factors for infection after liver transplantation. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2012;26(1):61-72. doi:10.1016/j.bpg.2012.01.004

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT GHEP GAN TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Hoàng Bắc¹, Trần Công Duy Long¹, Nguyễn Đức Thuận¹, Lê Tiến Đạt¹,
Phạm Hồng Phú¹, Phan Phước Nghĩa¹, Nguyễn Vưu Phát Lợi¹,
Trần Thị Thanh Thủy¹, Võ Thị Tú Lam¹, Đoàn Thái Duy¹, Trần Doãn Khắc Việt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật của ghép gan trẻ em (tỷ lệ bệnh nhi sống ra viện sau ghép); Xác định tỷ lệ tai biến, biến chứng và thời gian sống thêm của bệnh nhi sau ghép gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp, đoàn hệ tiến cứu 5 trường hợp trẻ em (dưới 16 tuổi) có chỉ định và được phẫu thuật ghép gan tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trong thời

gian từ tháng 11/2021 đến tháng 09/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Trong thời gian nghiên cứu, 5 bệnh nhi (1 nữ 2 tuổi, 1 nữ 4 tuổi, 1 nữ 2 tuổi, 1 nữ 2 tuổi, 1 nữ 12 tuổi) đã được ghép gan. Tất cả đều có chẩn đoán xơ gan ở bệnh nhi mắc teo đường mật đã phẫu thuật Kasai trước đó. Tất cả đều có biến chứng viêm đường mật, 2 bệnh nhi có biến chứng xuất huyết tiêu hóa do vỡ tĩnh mạch thực quản. Bốn trường hợp sử dụng mảnh ghép thùy trái từ người cho là cha hoặc mẹ, một trường hợp sử dụng mảnh ghép gan trái từ di. Thời gian phẫu thuật trung bình là 618 ± 163,9 phút. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 80% (4/5 bệnh nhi), bao gồm rò mật (2), thủng đại tràng (1), xuất huyết tiêu hóa (1) và thải ghép cấp (2). Tất cả bệnh nhi đều sống và xuất viện khỏe mạnh với thời gian theo dõi trung bình là 38,2 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật ghép gan ở trẻ em tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Duy Long

Email: long.tcd@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 17.11.2025