

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 $618 \pm 163,9$ 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

Minh đã được thực hiện thành công với tỷ lệ sống ra viện 100%. Mặc dù tỷ lệ biến chứng sau mổ còn cao nhưng tất cả các bệnh nhi có tiên lượng sống tốt. Với thời gian theo dõi trung vị là 38,2 tháng, 100% bệnh nhi còn sống khỏe mạnh, chức năng mảnh ghép tốt, phát triển thể chất, tinh thần, vận động như các trẻ em bình thường khác.

Từ khóa: Ghép gan, ghép gan trẻ em

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF PEDIATRIC LIVER TRANSPLANTATION AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Objectives: To determine the technical success rate of pediatric liver transplantation (defined as patient survival to hospital discharge), as well as to assess postoperative complications and survival outcomes. **Methods:** We conducted a prospective cohort study of five pediatric patients (under 16 years of age) who underwent liver transplantation at University Medical Center Ho Chi Minh City (UMC HCMC) from November 2021 to September 2022. **Results:** Five patients (all female; aged 2, 2, 2, 4, and 12 years) underwent liver transplantation. All had cirrhosis secondary to biliary atresia and had previously undergone Kasai portoenterostomy. All experienced recurrent cholangitis, and two had variceal bleeding. Four patients received left lobe grafts from their parents, and one received a left lobe graft from her aunt. The mean operative time was 618 ± 163.9 minutes. The postoperative complication rate was 80% (4/5), including bile leakage (2), colonic perforation (1), gastrointestinal bleeding (1), and acute rejection (2). All patients survived and were discharged in good condition. After a median follow-up of 38.2 months, all recipients remained alive with good graft function and demonstrated normal physical, mental, and motor development. **Conclusion:** Pediatric liver transplantation at UMC HCMC has been successfully implemented, with 100% patient survival to hospital discharge. Despite a relatively high complication rate, all patients showed excellent mid-term outcomes, with sustained graft function and healthy development comparable to their peers. **Keywords:** Liver graft, Pediatric liver transplantation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan được xem là phương pháp điều trị cứu sống duy nhất cho các bệnh nhi mắc các bệnh lý gan giai đoạn cuối, không thể điều trị hiệu quả bằng các phương pháp nội khoa và phẫu thuật thông thường. Đặc biệt đối với trẻ em, các bệnh lý như teo đường mật bẩm sinh, xơ gan ứ mật, bệnh chuyển hóa và suy gan cấp nếu không được điều trị kịp thời sẽ dẫn đến suy giảm nghiêm trọng chức năng gan, gây tổn thương không hồi phục và có thể dẫn đến tử vong sớm. Do đó, ghép gan trở thành lựa chọn quan trọng và cần thiết nhằm cải thiện cơ hội sống và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhi.

Trên thế giới, ghép gan ở trẻ em được thực hiện từ những năm 1967 [1] và ngày càng được hoàn thiện, trở thành phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho các bệnh lý gan giai đoạn cuối. Tỷ lệ sống sót sau ghép gan ở trẻ em đã tăng lên đáng kể nhờ các tiến bộ về kỹ thuật, thuốc ức chế miễn dịch và chăm sóc hậu phẫu. Các nghiên cứu tại Mỹ, Nhật Bản và Châu Âu đã cho thấy tỷ lệ sống sót sau ghép gan ở trẻ em đạt mức khả quan. Cụ thể, ở Nhật Bản, từ năm 1989 đến 2018, hơn 3.347 ca ghép gan đã được thực hiện cho trẻ em [2].

Tại Việt Nam, ghép gan trẻ em lần đầu tiên được thực hiện thành công vào năm 2004 [3]. Từ đó đến nay, một số bệnh viện lớn như Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Nhi đồng II đã triển khai ghép gan với kết quả khả quan ban đầu. Trong hơn 10 năm, các bệnh viện này chỉ thực hiện trung bình 1 trường hợp ghép gan mỗi năm. Tuy nhiên, so với nhu cầu thực tế thì số ca ghép gan trẻ em hiện vẫn còn rất thấp, trong khi ước tính mỗi năm có khoảng 100 trẻ em cần ghép gan tại miền Nam Việt Nam [4]. Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh đã tự chủ thực hiện được ghép gan từ người hiến sống, có đội ngũ nhân viên y tế và cơ sở vật chất có thể thực hiện phẫu thuật gan mật cho người lớn và trẻ em. Vì vậy, việc đánh giá kết quả sớm của ghép gan trẻ em là hết sức cần thiết nhằm xác định tính khả thi, an toàn và hiệu quả của kỹ thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 5 bệnh nhi (dưới 16 tuổi), 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.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp đoàn hệ tiến cứu.

Kỹ thuật ghép gan trẻ em:

- Cắt bỏ gan bệnh: Sau khi mở bụng đường chữ T ngược, gan bệnh được di động hoàn toàn và bộc lộ lỗ đổ của ba tĩnh mạch gan vào tĩnh mạch chủ dưới. Ở vùng rốn gan, cuống gan được phẫu tích từng thành phần đến sát nhu mô gan nhằm đảm bảo động mạch gan, tĩnh mạch cửa và đường mật có đủ chiều dài cần thiết cho việc lắp mảnh ghép.

- Lắp mảnh ghép, nối tĩnh mạch gan, tĩnh mạch cửa, tái tưới máu: Chỗ hợp lưu của ba tĩnh mạch gan người nhận được tạo hình thành một miệng nối lớn hình tam giác để nối với tĩnh mạch gan của mảnh ghép, giúp đảm bảo dòng chảy thông thoáng và giảm thiểu nguy cơ sung huyết mảnh ghép. Tĩnh mạch cửa được nối tận-tận

bằng Prolene 6.0, khâu liên tục ở mặt sau và khâu rời ở mặt trước. Sau tái tưới máu, siêu âm Doppler cho thấy dòng chảy tốt qua cả tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch gan.

- Nối động mạch gan: Động mạch được nối tận-tận bằng Prolene 8.0 mũi rời. Sau khi hoàn thành việc nối động mạch, siêu âm Doppler được thực hiện để đảm bảo tất cả các miệng nối mạch máu đều thông suốt.

- Nối đường mật: Đường mật được tái tạo bằng cách nối ống mật gan trái của mảnh ghép với quai Roux-en-Y đã có từ phẫu thuật Kasai trước đó. Miệng nối được khâu bằng PDS 6-0 ở liên tục mặt sau và mũi rời mặt trước. Một stent nhựa được đặt trong miệng nối để dẫn lưu ra ngoài, giúp bảo đảm lưu thông mật, hạn chế hẹp miệng nối và theo dõi tính chất dịch mật sau ghép.

Thu thập các biến số trong nghiên cứu:

Các biến số trước ghép được ghi nhận: tuổi, giới tính, cân nặng, chẩn đoán, mức độ xơ gan, tình trạng nhiễm trùng đường mật, biến chứng xơ gan, hội chứng gan phổi, cửa phổi, tình trạng suy dinh dưỡng được ghi nhận. Các thông số về mảnh ghép gan dự kiến được ghi nhận: loại mảnh ghép gan phải hay trái hay thùy trái, cân nặng của mảnh ghép, tỷ lệ cân nặng của mảnh ghép so với cơ thể... Các biến số trong mổ: thời gian mổ, lượng máu mất, tai biến... Tình trạng diễn tiến sau ghép, các thông số của mảnh ghép, sự phục hồi chức năng gan và biến chứng được ghi nhận.

Xử lý số liệu thống kê: Bằng phần mềm SPSS 26.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2021 đến tháng 09/2022 có 5 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm bệnh nhi

Về đặc điểm của các bệnh nhi được ghép gan trong nghiên cứu là:

Bảng 1: Đặc điểm của người nhận gan

STT	Giới	Tuổi	Cân nặng	Chẩn đoán	Điểm PELD
1	Nữ	2	10 kg	Teo đường mật đã phẫu thuật Kasai	13
2	Nữ	4	10 kg	Teo đường mật đã phẫu thuật Kasai	21
3	Nữ	2	9,9 kg	Teo đường mật đã phẫu thuật Kasai	14
4	Nữ	2	9,6 kg	Teo đường mật đã phẫu thuật Kasai	29
5	Nữ	12	44,5 kg	Teo đường mật đã phẫu thuật Kasai	13 (MELD)

Trong đó, tất cả bệnh nhi đều có tiền căn

nhập viện thường xuyên vì nhiễm trùng đường mật, vàng da, 4 bệnh nhi có tiền căn xuất huyết tiêu hóa đã được nội soi dạ dày tá tràng thắt tĩnh mạch thực quản dẫn 2- 4 lần.

3.2. Môi liên hệ giữa người cho - người nhận gan và đặc điểm mảnh ghép

Bảng 2: Đặc điểm của người cho gan và mảnh ghép gan

STT	Tuổi người cho	Môi quan hệ	Loại mảnh ghép	Cân nặng mảnh ghép	GRWR
1	30	Cha	Thùy trái	228 gam	2,28%
2	34	Mẹ	Thùy trái	294 gam	2,94%
3	31	Mẹ	Thùy trái	227 gam	2,29%
4	36	Mẹ	Thùy trái	200 gam	2,08%
5	43	Dì	Gan trái	472 gam	1,06%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 trường hợp sử dụng mảnh ghép gan thùy trái và 1 trường hợp sử dụng mảnh ghép gan trái kèm tĩnh mạch gan giữa.

3.3. Kết quả sau mổ

Bảng 3: Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật	Trung bình $\pm$ SD	Trung vị (nhỏ nhất – lớn nhất)
Thời gian phẫu thuật (phút)	618 $\pm$ 163,9	580 (460 – 790)
Thời gian thiếu máu nóng (phút)	53,8 $\pm$ 16,9	47 (39 – 81)
Thời gian thiếu máu lạnh (phút)	33 $\pm$ 10,7	32 (20 – 49)
Lượng máu mất (ml/kg)	59,9 $\pm$ 17,2	60 (34,8 – 77)

Bảng 4: Thời gian nằm hồi sức và thời gian nằm viện

Đặc điểm	Trung bình $\pm$ SD	Trung vị (nhỏ nhất – lớn nhất)
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	23,6 $\pm$ 12,6	18 (16 – 46)
Thời gian nằm viện (ngày)	40,2 $\pm$ 15,3	35 (28 – 67)

3.4. Tai biến trong mổ. Chúng tôi không gặp tai biến trong khi phẫu thuật.

3.5. Các biến chứng sau mổ

Bảng 5. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Phân độ Clavien-Dindo	Xử trí
Rò mật	2	40	IIIb	1 trường hợp làm lại miệng nối mật-ruột; 1 trường hợp dẫn lưu
Thủng ruột	1	20	IIIb	Khâu lỗ thủng, mở đại tràng ra

				da
Xuất huyết tiêu hóa đoạn cuối hồi tràng	1	20	IIIb	Chụp mạch máu xóa nền và làm tắc mạch chảy máu (TAE)
Thải ghép cấp	2	40	II	Liều pháp tiêm corticoid liều cao

Trong nghiên cứu, ghi nhận tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 80% (4/5 trường hợp). Các biến chứng cụ thể bao gồm rò mật (n=2), thủng ruột (n=1), xuất huyết tiêu hóa (n=1) và thải ghép cấp (n=2).

- Có 2 trường hợp rò mật được ghi nhận. Một trường hợp rò mật tại miệng nối được xử trí bằng phẫu thuật lại miệng nối mật vào ngày thứ 12 hậu phẫu. Trường hợp còn lại ghi nhận rò mật tại diện cắt không xác định rõ vị trí, được can thiệp bằng rửa bụng và dẫn lưu vào ngày thứ 20 hậu phẫu.

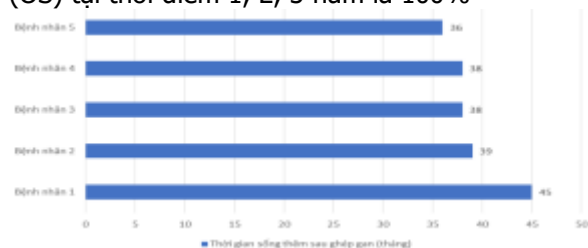
- Một trường hợp thủng đại tràng ngang được phát hiện và xử trí bằng phẫu thuật làm hậu môn tạm vào ngày thứ 13 hậu phẫu, sau đó được đóng hậu môn tạm sau 4 tháng khi đã ngưng thuốc corticoid.

- Trường hợp xuất huyết tiêu hóa được xác định bằng chụp cắt lớp vi tính thấy dấu xuất huyết hoạt động trong lòng đoạn cuối hồi tràng và can thiệp bằng phương pháp nội mạch để tắc mạch vào ngày thứ 10 hậu phẫu.

- Hai trường hợp thải ghép cấp được chẩn đoán xác định bằng kết quả sinh thiết gan vào ngày thứ 10 và 12 hậu phẫu. Cả hai trường hợp này đều có đáp ứng lâm sàng sau liệu pháp sử dụng thuốc corticoid liều cao.

3.6. Kết quả sống thêm sau phẫu thuật.

Tất cả các bệnh nhi đều được xuất viện khỏe mạnh, theo dõi và tái khám định kỳ đến thời điểm hiện tại với thời gian theo dõi trung vị là 38,2 tháng. Xác suất sống tích lũy sau ghép gan (OS) tại thời điểm 1, 2, 3 năm là 100%



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm sau ghép gan

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm bệnh nhi, chỉ định ghép gan. Theo sự ghi nhận của y văn, hầu hết các bệnh nhi bị teo mật bẩm sinh được cứu sống bằng phẫu thuật Kasai khi được 1 đến 2 tháng

tuổi. Tuy nhiên, chức năng gan sẽ ngày càng suy giảm dẫn đến xơ gan vì thoát lưu mật không tốt và viêm đường mật. Các biến chứng xơ gan sẽ xuất hiện như suy dinh dưỡng, báng bụng, xuất huyết tiêu hóa, hôn mê gan dẫn đến tử vong. Tất cả các cháu trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tình trạng xơ gan nghiêm trọng khi ở lứa tuổi trung vị là 2 tuổi. Các triệu chứng xơ gan thể hiện qua nồng độ bilirubin trong máu là 11,4 (trung vị), INR là 1,2 (trung bình), số lượng tiểu cầu trung vị là 137 và điểm PELD trung vị là 17,5. Hai trong số năm bệnh nhi đã có tình trạng xuất huyết tiêu hóa đe dọa tính mạng nhưng được cứu sống tạm thời bằng kỹ thuật hồi sức, chích xơ tĩnh mạch thực quản dẫn vỡ. Cân nặng trung vị của các bệnh nhi trong nghiên cứu là 10 kg. Điều này khá tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới về độ tuổi bệnh nhi biểu hiện suy giảm chức năng gan mất bù, cân nặng tối ưu để có thể thực hiện ghép gan.

4.2. Về hình thái ghép gan. Do hiện nay luật pháp Việt Nam chưa có qui định cho phép trẻ em dưới 18 tuổi hiến tạng nên hầu hết các trường hợp ghép gan của chúng tôi được thực hiện từ người hiến sống, tất cả là người thân trong gia đình (phần lớn là ba hay mẹ). Tất cả các trường hợp ghép gan là tương đồng nhóm máu. Cả 5 trường hợp ghép trong nghiên cứu chúng tôi đều được thực hiện có kế hoạch, trong phiên chương trình. Trong giai đoạn đầu, chúng tôi chưa triển khai cho các trường hợp suy gan cấp hay tối cấp, cần ghép sớm hay khẩn.

4.3. Về việc chọn lựa mảnh gan ghép phù hợp. Do trọng lượng cơ thể của các bệnh nhi nhỏ nên chúng tôi chỉ cần lấy mảnh ghép gan là thùy trái hay gan trái. Điều này khá an toàn cho người hiến vì mất đi không quá nhiều nhu mô gan. Khối lượng mảnh ghép trung vị trong nghiên cứu là 228,4 gram, tương ứng với tỷ lệ khối lượng mảnh ghép và khối lượng cân nặng bệnh nhi là 2,3%. Theo y văn, ở ghép gan trẻ em, để có mảnh ghép phù hợp, khối lượng mảnh ghép nên đạt khoảng 1% - 4% cân nặng cơ thể.

4.4. Về kỹ thuật ghép gan và tỷ lệ thành công. Sau khi cắt bỏ gan bệnh xơ hóa, các tĩnh mạch gan được tạo hình thành một lỗ mở duy nhất có kích thước trung vị là 25mm để tối ưu sự thoát lưu máu ra khỏi mảnh ghép gan. Chúng tôi thực hiện kỹ thuật kẹp toàn bộ tĩnh mạch chủ trong quá trình tạo hình và khâu nối tĩnh mạch chủ và tĩnh mạch gan để tạo sự thuận lợi nhất về phương diện kỹ thuật. Để tối ưu kích thước miệng nối mạch máu, chúng tôi khâu miệng mật sau bằng mũi liên tục polypropylen 6.0, mặt trước được đóng bằng mũi rời. Điều này

giúp miệng nối không trở nên hẹp tương đối khi bé lớn lên và trưởng thành. Thời gian thực hiện miệng nối tĩnh mạch gan – tĩnh mạch chủ trung vị là 35 phút. Tái lập lưu thông tĩnh mạch cửa là một trong những kỹ thuật khó trong ghép gan trẻ em do phần lớn tĩnh mạch của bị teo hẹp, cần tạo hình trước khâu nối. Tất cả các tĩnh mạch của trong nghiên cứu của chúng tôi đều cần được tạo hình như hình vẽ để có kích thước trung vị là 16mm. Chúng tôi thực hiện miệng nối bằng chỉ PDS 6.0 mũi liên tục ở mặt sau và mũi rời ở mặt trước để đảm bảo độ rộng của miệng nối không hẹp trong tương lai lâu dài của bệnh nhi. Thời gian thực hiện miệng nối tĩnh mạch cửa trung vị là 40 phút. Trong thời gian đầu, chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm nên thời gian thực hiện miệng nối tương đối dài hơn các tác giả khác trên thế giới. Động mạch gan được nối tận tận bằng chỉ prolene 8.0, mũi rời, bằng sự hỗ trợ của kính hiển vi điện tử. Sau khi mảnh ghép được tái tưới máu ổn định, chúng tôi thắt hay kẹp đốt lưỡng cực các mạch máu tuần hoàn bàng hệ để tối ưu cung lượng máu qua tĩnh mạch cửa để nuôi mảnh ghép. Đây là một kỹ thuật rất quan trọng trong ghép gan trẻ em.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 4 mảnh ghép có 1 ống mật và một trường hợp có 2 ống mật trên diện cắt. Ống mật được nối với móm cắt quai hồng tràng từ phẫu thuật Kasai trước đây. Chúng tôi thực hiện dẫn lưu miệng nối ra ngoài da để tiện việc theo dõi và can thiệp khi có biến chứng.

4.5. Về biến chứng ghép gan ở trẻ em.

Ghép gan là kỹ thuật phức tạp bao gồm rất nhiều tăng thì cần được thực hiện tinh tế và cẩn trọng, đặc biệt với đối tượng trẻ em nhẹ ký có kích thước các cấu trúc giải phẫu nhỏ. Lượng máu mất cần hạn chế tối thiểu để đảm bảo lưu lượng và huyết động cho trẻ em. Lượng máu mất trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 60 ml/kg. So với các tác giả khác, lượng máu mất trong mổ của chúng tôi chênh lệch không quá nhiều. Chúng tôi không gặp tai biến nào nghiêm trọng trong quá trình phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung vị là 580 phút.

Sau phẫu thuật, các bệnh nhi được chăm sóc tại phòng hồi sức sau ghép. Thời gian nằm ở phòng hồi sức trung vị của chúng tôi là 18 ngày. Trong quá trình hồi sức, chúng tôi có hai trường hợp rò mật sau mổ, đây là một trong những biến chứng hay gặp nhất trong ghép gan. Một trường hợp rò mật từ miệng nối, và một từ diện cắt gan. Cả hai trường hợp cần phẫu thuật lại để làm lại miệng nối hay khâu lại chỗ rò mật, tất cả đều lành bệnh và phục hồi tốt sau đó (Clavien Dindo III B).

Một trường hợp bệnh nhi biểu hiện đi cầu ra máu lượng nhiều ở hậu phẫu ghép ngày thứ 6. Chúng tôi chụp cắt lớp vi tính có bơm thuốc cản quang động học, phát hiện dấu hiệu chảy máu từ hồi tràng. Bệnh nhi được chỉ định chụp mạch máu xóa nền và làm tắc chỗ chảy máu đang hoạt động.

Một trường hợp thủng đại tràng ngang xuất hiện sau ghép gan 13 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh của sang thương cho thấy có tình trạng viêm loét không đặc hiệu. Chúng tôi nghĩ có thể do tác dụng phụ của thuốc chống thải ghép. Biến chứng này cũng được ghi nhận trong các báo cáo về ghép tạng. Chúng tôi phẫu thuật cấp cứu làm hậu môn nhân tạo tạm thời và đóng lại sau khi ngưng thuốc nhóm Corticoid 3 tháng. Bệnh nhi phục hồi tốt và khỏe mạnh hoàn toàn sau đó.

Tỷ lệ biến chứng chung của chúng tôi là 80%, đây là tỷ lệ tương đối cao do các bệnh nhi trong nghiên cứu có tình trạng bệnh khá nặng, phẫu thuật phức tạp ở các bệnh nhi còn rất nhỏ. Hơn nữa đây là những ca ghép gan trẻ em đầu tiên của bệnh viện nên chúng tôi chưa có thật nhiều kinh nghiệm. Tuy nhiên tất cả các bệnh nhi đều sống và khỏe mạnh ra viện.

4.6. Về thời gian sống thêm và chất lượng sống. Tất cả các bệnh nhi đều ra viện sau thời gian nằm viện trung vị là 35 ngày. Sau ghép các bệnh nhi được tái khám mỗi tuần, mỗi hai tuần trong hai tháng đầu và mỗi tháng trong thời gian sau đó. Chúng tôi ghi nhận chức năng gan phục hồi tốt, không còn các biến chứng xơ gan. Các bệnh nhi phục hồi khả năng tiêu hóa rất nhanh, phát triển thể chất và tinh thần tốt theo nhịp độ của trẻ em bình thường.

Khi kết thúc nghiên cứu, với thời gian theo dõi trung vị là 38,2 tháng, tất cả các bệnh nhi vẫn khỏe mạnh. Tỷ lệ sống thêm sau 3 năm là 100%.

V. KẾT LUẬN

Qua 5 trường hợp ghép gan trẻ em đầu tiên tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh với tỷ lệ thành công là 100%, chúng tôi nhận thấy đây là phương pháp điều trị hiệu quả cho các bệnh nhi mắc các bệnh suy giảm chức năng gan giai đoạn muộn do xơ gan, teo mật bẩm sinh đã điều trị bằng phẫu thuật Kasai. Mặc dù tỷ lệ biến chứng vẫn còn cao nhưng tất cả các bệnh nhi được được cứu sống, phát triển tốt và có tiên lượng sống thêm lâu dài. Trong nghiên cứu này, qua thời gian theo dõi hơn 3 năm, tất cả các bệnh nhi đều khỏe mạnh (tỷ lệ sống thêm 100%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kohli R, Cortes M, Heaton N, Dhawan A. Liver transplantation in children: state of the art and future perspectives. Archives of disease in

- childhood. 2018;103(2):192-198.
2. **Kasahara M, Umeshita K, Eguchi S, et al.** Outcomes of pediatric liver transplantation in Japan: a report from the registry of the Japanese liver transplantation Society. Transplantation. 2021;105(12):2587-2595.
 3. **Hiên PD, Hoa NPA, Hoàn VM, et al.** Kết quả

- ghép gan từ người hiến sống điều trị teo mật bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;527(2):15-20.
4. **Trí TT, Duy HP, Vân Khánh NH, et al.** Ghép tạng tại Bệnh viện Nhi đồng 2: Những thành tựu và thách thức. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;530(1):263-268.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ TRIỆT ĐỐT ĐIỆN SINH LÝ TIM Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG WOLFF-PARKINSON-WHITE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2024-2025

Thân Hoàng Minh¹, Nguyễn Tri Thức², Trần Kim Sơn³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng Wolff-Parkinson-White (WPW) là bất thường bẩm sinh gây ra bởi sự tồn tại đường dẫn truyền phụ nối nhĩ và thất, với tỷ lệ người mắc trong cộng đồng 0,1-0,5%. Hội chứng WPW có thể gặp ở mọi lứa tuổi, biểu hiện lâm sàng đa dạng từ không có triệu chứng đến hồi hộp đánh trống ngực, ngất, suy tim và đột tử. Thăm dò và triệt đốt điện sinh lý tim là cuộc cách mạng trong chẩn đoán và điều trị các rối loạn nhịp tim nói chung, hội chứng WPW nói riêng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả thăm dò điện sinh lý và điều trị hội chứng WPW bằng năng lượng sóng có tần số radio (RF) qua đường ống thông. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến cứu 46 bệnh nhân hội chứng WPW được thăm dò và triệt đốt đường dẫn truyền phụ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 08/2024 đến tháng 08/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 51.3 ± 15.9 , nam chiếm 41%. Hội chứng WPW type A chiếm tỷ lệ 65%, type B 35%. Tỷ lệ thành công của phương pháp cắt đốt là 97,8%, với tỷ lệ tái phát là 4,4%. Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là $72,8 \pm 14,1$ phút, với thời gian chụp X-quang là $12,8 \pm 5,6$ phút. Mức năng lượng được áp dụng là $40,7 \pm 10,1$ W, nhiệt độ $55,5^\circ\text{C}$ và trở kháng $95,2 \pm 5,8 \Omega$. Biến chứng thủ thuật chiếm tỷ lệ 7% xử lý ổn định. **Kết luận:** Thăm dò điện sinh lý giúp chẩn đoán chính xác vị trí đường dẫn truyền phụ trong hội chứng WPW. Triệt đốt đường dẫn truyền phụ bằng năng lượng sóng có tần số radio có tỷ lệ thành công cao, tái phát và biến chứng thấp. **Từ khóa:** đường phụ, rối loạn nhịp, thăm dò điện sinh lý, triệt đốt.

SUMMARY

RESULTS OF ELECTROPHYSIOLOGICAL ABLATION IN PATIENTS WITH WOLFF-PARKINSON-WHITE SYNDROME AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024-2025

¹Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Thân Hoàng Minh

Email: thminh1984@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

PARKINSON-WHITE SYNDROME AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024-2025

Background: Wolff-Parkinson-White (WPW) syndrome is a congenital abnormality caused by the presence of an accessory atrioventricular conduction pathway, with a prevalence of 0.1–0.5% in the general population. WPW syndrome can occur at any age, with clinical manifestations ranging from asymptomatic to palpitations, syncope, heart failure, and sudden cardiac death. Cardiac electrophysiological study and catheter ablation represent a revolutionary advancement in the diagnosis and treatment of cardiac arrhythmias in general, and WPW syndrome in particular. **Objectives:** To evaluate the outcomes of electrophysiological study and catheter ablation of WPW syndrome using radiofrequency (RF) energy. **Materials and methods:** A prospective cross-sectional study was conducted on 46 patients with WPW syndrome who underwent electrophysiological study and accessory pathway ablation at Can Tho Central General Hospital from August 2024 to August 2025. **Results:** The mean age was 51.3 ± 15.9 years, with males accounting for 41%. WPW type A accounted for 65% and type B for 35%. The overall success rate of ablation was 97.8%, with a recurrence rate of 4.4%. The mean procedure duration was 72.8 ± 14.1 minutes, with a mean fluoroscopy time of 12.8 ± 5.6 minutes. The mean applied RF energy was 40.7 ± 10.1 W, with a target temperature of 55.5°C and impedance of $95.2 \pm 5.8 \Omega$. Procedural complications occurred in 7% of cases and were managed successfully. **Conclusions:** Electrophysiological studies enable precise localization of the accessory pathway in WPW syndrome. Radiofrequency catheter ablation is a highly successful treatment modality with low recurrence and complication rates.

Keywords: accessory pathway, arrhythmias, electrophysiological study, catheter ablation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Wolff-Parkinson-White là bệnh lý bẩm sinh liên quan đến sự tồn tại của mô dẫn truyền bất thường trong tim nối tâm nhĩ và tâm thất còn gọi là đường dẫn truyền phụ (hay là cầu