

thấy cần tiếp tục cải thiện chiến lược điều trị và theo dõi lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Xuân Tuấn, Dương Đình Toàn.** Đánh giá kết quả điều trị gãy hở hai xương cẳng chân có sử dụng khung cố định ngoài tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức. Published online 2021.
2. **Phan Văn Hậu.** Nghiên Cứu Kết Quả Điều Trị Khuyết Hổng Phần Mềm 2/3 Trên Cẳng Chân Bằng Vật Cơ Sinh Đồi Trong Tại Bệnh Viện Việt Đức. Thạc sĩ. 2008.
3. **Higgin R, Palmer J, Qureshi A, Hancock N.** Patient reported outcomes after definitive open tibial fracture management. *Injury*. 2022;53(11):3838-3842.
4. **Phùng Ngọc Hòa, Hoàng Minh Thắng.** Gãy xương hở. In: *Bệnh học Ngoại Chấn Thương*

Chỉnh Hình. 2020;72-84.

5. **Singh A, Jiong HJ, Wei D, others.** Gustilo IIIB open tibial fractures: An analysis of infection and nonunion rates. *Indian J Orthop*. 2018;52:406-410.
6. **Naeem ul Haq S, Kumar S.** Distribution of open diaphysal fractures of tibia Gustilo type IIIA and IIIB. *Gomal J Med Sci*. 2017;15(1):38-41.
7. **Nazneen D, Sarkar D.** Exposed distal tibia coverage by reversed soleus muscle flap: Our experiences. *JPRAS Open*. 2023;38:109-116.
8. **Misganaw A, Belay W, Hailu G, Misganaw T.** Prevalence and associated factors of nonunion in open tibial shaft fracture among patients treated with external fixation in Tibebe Ghion Specialized Hospital. *J Orthop Orthop Surg*. 2024;5:26-33.
9. **Olasinde A, Jones G.** Predictive factors for pin sites infection in external fixation of open tibia fractures. *J Musculoskelet Surg Res*. 2023;7:271-279.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ GHÉP GAN TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO TIÊU CHUẨN MỞ RỘNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Hải Đăng¹, Nguyễn Đức Trung¹, Hoàng Tuấn¹,
Ninh Việt Khải¹, Nguyễn Quang Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm người hiến-người nhận và kết quả ghép gan sử dụng người hiến chết não tiêu chuẩn mở rộng (ECD) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 01/2012–12/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả; chọn mẫu thuận tiện từ các ca ghép gan tiêu chuẩn mở rộng từ người cho chết não. Chỉ tiêu chính: đặc điểm người hiến/người nhận, biến chứng sớm (≤ 90 ngày) và muộn (> 3 tháng), thời gian nằm ICU/năm viện, tử vong 90 ngày, và thời gian sống thêm. **Kết quả:** Tổng cộng 65 người nhận ghép gan, trong đó 25 (38,5%) nhận gan ECD. Tiêu chí ECD thường gặp: $\text{Na}^+ > 170$ mmol/L (36%), bilirubin > 34 $\mu\text{mol/L}$ (12%), 4 người người hiến có ≥ 2 tiêu chí. Ở người nhận: nam 93,8%; tuổi trung bình 52,1 tuổi; chỉ định chủ yếu là HCC ($> 65\%$) trên nền viêm gan B ($> 80\%$). Thời gian nằm ICU ($4,7 \pm 1,7$ so với $5,2 \pm 2,3$ ngày; $p=0,25$) và năm viện ($27,2 \pm 8,4$ so với $27,0 \pm 10,2$; $p=0,91$) tương đương giữa ECD và nhóm chứng. Biến chứng sớm: nhóm ECD có thải ghép 4,0% và suy chức năng mảnh ghép 4,0%. Tử vong 90 ngày: 8% (ECD) so với 2,5% (nhóm chứng). Không có sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa 2 nhóm. **Kết luận:** Ghép gan từ người hiến chết não tiêu chuẩn mở rộng cho kết quả sống thêm tương đương; tuy nhiên cần lưu ý nguy cơ biến chứng nặng và tử vong 90 ngày cao hơn ở ECD. Kết quả cho thấy sử dụng ECD trong bối cảnh thiếu

tạng là an toàn, tuy nhiên cần tiêu chuẩn chọn lọc phù hợp và quy trình kiểm soát nguy cơ chặt chẽ.

Từ khóa: Ghép gan, người hiến chết não, tiêu chuẩn mở rộng, sống thêm

SUMMARY

EVALUATION OF LIVER TRANSPLANTATION OUTCOMES USING EXTENDED CRITERIA DONOR DECEASED DONORS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the characteristics of donors and recipients and the outcomes of liver transplantation using extended criteria donor (ECD) deceased donors at Viet Duc University Hospital from January 2012 to December 2023. **Methods:** A retrospective descriptive study; convenience sampling was used to select cases of liver transplantation from ECD deceased donors. Primary endpoints included donor/recipient characteristics, early (≤ 90 days) and late (> 3 months) complications, ICU/hospital stay duration, 90-day mortality, and survival time. **Results:** A total of 65 liver transplant recipients were included, of which 25 (38.5%) received ECD livers. Common ECD criteria were $\text{Na}^+ > 170$ mmol/L (12%), bilirubin > 34 $\mu\text{mol/L}$ (12%), and 4 donors had ≥ 2 criteria. Among recipients: 93.8% were male; mean age was 52.1 years; primary indications were HCC ($> 65\%$) on a background of hepatitis B ($> 80\%$). ICU stay (4.7 ± 1.7 vs. 5.2 ± 2.3 days; $p=0.35$) and hospital stay (27.2 ± 8.3 vs. 27.0 ± 10.2 days; $p=0.91$) were comparable between ECD and control groups. Early complications in the ECD group included graft rejection (4%) and primary graft dysfunction (4%). Ninety-day mortality was 8% (ECD) compared to 2.5% (control group). No significant difference in survival time was observed between the two groups.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hải Đăng

Email: dangsp94@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 29.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Conclusion: Liver transplantation using ECD deceased donors yields comparable survival outcomes; however, the higher risk of severe complications and 90-day mortality in the ECD group warrants attention. The results suggest that ECD use is safe in the context of organ shortage, provided appropriate selection criteria and careful assessment protocols are applied.

Keywords: Liver transplantation, extended criteria donor, brain-dead donor, outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan từ lâu đã được coi là phương pháp điều trị tối ưu cho các bệnh nhân mắc bệnh gan giai đoạn cuối, giúp cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống và kéo dài tuổi thọ. Tuy nhiên, thực trạng thiếu hụt các cơ quan hiến tặng, đặc biệt là gan, vẫn là một trong những vấn đề lớn. Nhiều biện pháp đã được áp dụng để giải quyết tình trạng trên, như ghép gan từ người hiến chết não tiêu chuẩn mở rộng (ECD), hay ghép gan từ người hiến sống, chia gan để ghép.

Trong đó, ECD bao gồm những mô tạng không đáp ứng hoàn toàn các tiêu chuẩn nghiêm ngặt truyền thống, nhưng vẫn có thể được sử dụng cho một số bệnh nhân phù hợp. Người hiến ECD thường có các đặc điểm như tuổi cao, chức năng gan bất thường (nồng độ men gan tăng), nồng độ natri huyết thanh cao (>170 mEq/L), chỉ số khối cơ thể (BMI) >35 , tiền sử lạm dụng rượu.... làm tăng nguy cơ không chức năng gan nguyên phát hay ảnh hưởng tiên lượng mảnh ghép. Tuy nhiên, Joseph Tector (2006) nghiên cứu 68 BN tiêu chuẩn mở rộng cho thấy tiên lượng sống thêm là tương đương so với nhóm còn lại, ngoại trừ người hiến trên 60 tuổi. Tỷ lệ sống mảnh ghép sau 90 ngày là 88%, sau 2 năm là 77%, thời gian sống thêm của BN sau 2 năm là 79% [1].

Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, đa phần các ca ghép gan đến từ người cho chết não. Nhằm nâng cao số lượng bệnh nhân được ghép, một số chỉ định mở rộng cũng đã được áp dụng. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu (NC) đánh giá về kết quả của các trường hợp này. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả ghép gan từ người hiến chết não tiêu chuẩn mở rộng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng NC, tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân (BN) ghép gan từ người hiến chết não tiêu chuẩn mở rộng từ 01/2012-12/2023, có đầy đủ hồ sơ bệnh án của người hiến và người nhận.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN ghép đa cơ quan (Gan-thận, gan-tim), ung thư gan giai đoạn muộn, tiên lượng tái phát cao, hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu, BN không theo dõi ngoại trú tại bệnh viện sau ghép,

BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp NC: Mô tả theo dõi dọc, chọn mẫu thuận tiện. So sánh kết quả với nhóm hiến gan tiêu chuẩn thông thường (SCD).

Chỉ tiêu NC: Đặc điểm chung của người hiến và người nhận (tuổi, giới), tiêu chuẩn mở rộng của người hiến gan, mức độ nhiễm mỡ, cũng như thời gian thiếu máu lạnh. Về người nhận, nghiên cứu ghi nhận chỉ định ghép, bệnh lý nền và điểm MELD. Các chỉ tiêu sau ghép bao gồm thời gian nằm ICU, diễn biến chức năng gan và men gan, các biến chứng (mảnh ghép, nội khoa và ngoại khoa). Thời gian nằm viện, tỷ lệ tử vong trong 90 ngày, thời gian sống thêm và nguyên nhân tử vong.

Tiêu chuẩn người hiến gan mở rộng được áp dụng theo Joseph Tector, bao gồm các yếu tố: tuổi trên 60, BMI >35 , men gan >500 U/L, bilirubin >34 $\mu\text{mol/L}$, natri máu >170 mmol/L, có viêm gan B hoặc C, thời gian thiếu máu lạnh trên 12 giờ, thời gian nằm hồi sức ≥ 5 ngày, sử dụng ≥ 3 loại vận mạch, chấn thương gan, tiền sử lạm dụng rượu, nhiễm trùng nặng hoặc viêm màng não, người hiến chết tuần hoàn, hoặc có u thần kinh trung ương/ung thư (ngoại trừ ung thư da) [1].

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức NC: Nghiên cứu được sự chấp thuận của bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Số liệu chỉ được dùng cho mục đích khoa học. BN đều đồng ý tham gia NC. Các tác giả không có xung đột lợi ích trong NC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 65 BN được ghép gan trong thời gian nghiên cứu, trong đó 25 người hiến đáp ứng tiêu chuẩn mở rộng. Đa phần người hiến là nam (89,2%), tỉ lệ nam:nữ là 8,3/1. 63,08% BN hiến tạng dưới 30 tuổi, sau đó là nhóm 30-40 tuổi (18,46%). Trong nhóm tiêu chuẩn mở rộng, nhóm Natri > 170 mmol/l là chỉ định hiến gan mở rộng thường gặp nhất (12%), sau đó là bilirubin toàn phần > 34 $\mu\text{mol/l}$ (12%), thời gian nằm ICU quá 5 ngày (12,0%). Có 12% người hiến trong nhóm tiêu chuẩn mở rộng có viêm gan B; 8,0% lạm dụng rượu; nhiễm khuẩn huyết/viêm màng não; u thần kinh trung ương (trong đó 1 một ca tiền sử có bố phơi nhiễm với chất độc da cam); men gan > 500 U/l; còn lại 4% thuộc nhóm tuổi >60 và chấn thương gan trên độ I. Trong các người hiến tiêu chuẩn mở rộng, có 4 người hiến đáp ứng nhiều tiêu chuẩn (2 ca có Natri > 170 mmol/l kèm viêm gan B, 1 ca có men gan cao >500 U/L và bilirubin > 34 $\mu\text{mol/l}$, 1 ca có nhiễm trùng huyết Klebsiella kèm

theo tiền sử uống rượu > 300 ml/ngày) (bảng 3.1)

Bảng 3.1. Đặc điểm của người hiến tiêu chuẩn mở rộng

Đặc điểm	Phân loại	Nhóm tiêu chuẩn, N(%)	Nhóm mở rộng, N(%)	p-value
Giới	Nam	39 (97,5)	19 (76,0)	0,006
	Nữ	1 (2,5)	6 (24,0)	
Tuổi	<30	28 (70,0)	13 (52)	0,51
	30-40	6 (15,0)	6 (24)	
	40-50	5 (12,5)	4 (16,0)	
	50-60	1 (2,5)	1 (4,0)	
	≥60	0 (0)	1 (4,0)	
Thời gian thiếu máu lạnh <480 phút		40 (100)	25 (100)	-
Độ nhiễm mỡ <30%		40 (100)	25 (100)	-

Người nhận là nam giới chiếm đa số (93,8%), tỉ lệ nam:nữ là 10,3/1. Tỉ lệ người hiến là nam giới ở nhóm tiêu chuẩn và mở rộng lần lượt là 95,2% và 91,3%. 47,7% BN nhận gan nằm ở nhóm 50-60 tuổi, sau đó là nhóm trên 60 tuổi (20%). Tuổi trung bình là 52,1 tuổi. Tỉ lệ BMI <18 ở 2 nhóm lần lượt là 2,4 và 4,3%; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Chỉ định

ghép gan chủ yếu ở 2 nhóm đều là ung thư gan (65,2%), nguyên nhân thường gặp nhất là viêm gan B (82,7%). Tỉ lệ điểm MELD cao (15-30 điểm và ≥30 điểm ở nhóm tiêu chuẩn cao hơn (25,6% và 15,4% so với 8,3% và 8,3% ở nhóm mở rộng); sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng là không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) (bảng 3.2).

Bảng 3.2: Đặc điểm người nhận

Đặc điểm	Phân loại	Nhóm tiêu chuẩn, N(%)	Nhóm mở rộng, N(%)	p-value
Giới	Nam	38 (95,0)	23 (92,0)	0,62
	Nữ	2 (5,0)	2 (8,0)	
BMI	<18	1 (2,5)	1 (4,0)	0,64
	18-25	30 (75,0)	15 (64,0)	
	≥25	9 (22,5)	8 (32,0)	
Chỉ định ghép gan	Ung thư gan	29 (75,0)	15 (60,0)	0,51
	Xơ gan	6 (15,0)	7 (28,0)	
	Suy gan cấp	4 (10,0)	3 (12,0)	
	Khác	1 (2,5)	0 (0)	
Bệnh lý nền	Rượu	1 (2,4)	0 (0)	0,66
	Viêm gan B	35 (83,3)	19 (82,7)	
	Viêm gan C	2 (4,8)	1 (4,3)	
	Khác	4 (9,5)	3 (13,0)	
Điểm MELD (n=63)	<15	23 (59,0)	20 (83,4)	0,12
	15-30	10 (25,6)	2 (8,3)	
	≥30	6 (15,4)	2 (8,3)	

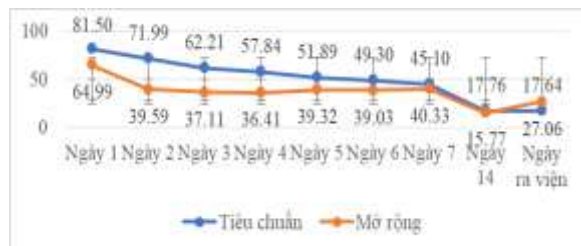
Thời gian nằm ICU ở 2 nhóm lần lượt là $4,7\pm 1,7$ và $5,2\pm 2,3$ ngày, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,35$). Thời gian nằm viện ở 2 nhóm lần lượt là $27,2\pm 8,4$ và $27,0\pm 10,2$ ngày, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (bảng 3.3). AST và ALT có thể tăng hoặc giảm chậm trong vài ngày đầu sau ghép do quá trình bảo quản lạnh và thiếu máu gan, sau đó giảm dần đến ngày thứ 14 và ra viện. Có 1 BN có suy chức năng mảnh ghép kèm sốc nhiễm trùng và suy đa

tạng nên giá trị trung bình ngày ra viện cao hơn trước đó (đồ thị 3.1). Ở nhóm tiêu chuẩn, có 2,5% chậm chức năng mảnh ghép, 12,5% có nhiễm trùng, 2,5% chảy máu trong ổ bụng; 7,5% có hẹp/rò miệng nối đường mật, tỉ lệ tử vong 90 ngày là 2,5%. Ở nhóm mở rộng, 4% có thải ghép và 4% suy chức năng mảnh ghép, tỉ lệ tử vong 90 ngày là 8% (bảng 3.3). Nguyên nhân là do sốc nhiễm trùng, suy đa tạng.

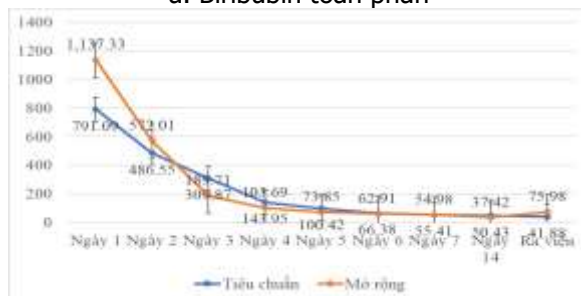
Bảng 3.3. Kết quả sau ghép

Phân loại	Nhóm tiêu chuẩn, N(%)	Nhóm mở rộng, N(%)	p-value
Thời gian nằm ICU (mean±SD) (min-max) (ngày)	$4,7\pm 1,7$ (1-8)	$5,2\pm 2,3$ (2-12)	0,35
Thời gian nằm viện (mean±SD) (min-max) (ngày)	$27,2\pm 8,4$ (15-52)	$27,0\pm 10,2$ (9-68)	0,91

Mảnh ghép - Thải ghép, chậm chức năng mảnh ghép, suy chức năng mảnh ghép - Không chức năng gan nguyên phát	1 (2,5) 0 (0)	2 (8,0) 0 (0)	-
Nội khoa - Nhiễm trùng - Rò tá tràng	5 (12,5) 0 (0)	4 (16) 1 (4,0)	0,69 -
Ngoại khoa - TDMP phải dẫn lưu - Chảy máu trong ổ bụng - Đường mật (hẹp, rò...) - TM cửa, TM gan, ĐM gan (hẹp, huyết khối)	23 (57,5) 1 (2,5) 3 (7,5) 0 (0)	8 (32,0) 3 (13,0) 1 (4,0) 0 (0)	0,039 0,12 0,50 -
Tỉ lệ tử vong 90 ngày	1 (2,5)	2 (8,0)	0,25



a. Bilirubin toàn phần



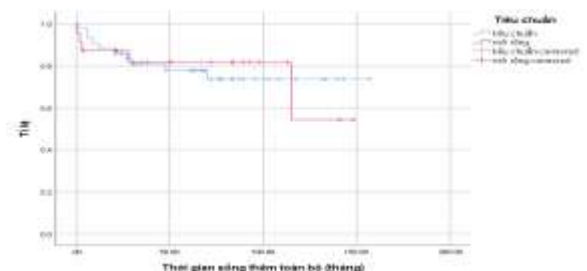
b. AST



c. ALT

Đồ thị 3.1. Diễn biến men gan, bilirubin sau ghép gan

Tỉ lệ sống thêm toàn bộ ở nhóm tiêu chuẩn sau 1 năm, 5 năm và 10 năm ở nhóm tiêu chuẩn là 87,5%; 71,9% và 71,9%; ở nhóm mở rộng là 88,0%; 83,1% và 66,5%. Gan từ người hiến tiêu chuẩn mở rộng mang lại kết quả tương đương với nhóm tiêu chuẩn trong ngắn và trung hạn, chỉ thấp hơn tỉ lệ sống thêm sau 10 năm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (đồ thị 3.2).



Đồ thị 3.2. Thời gian sống thêm toàn bộ

IV. BÀN LUẬN

Nhóm ECD chiếm 38,5%, với natri >170 mmol/l (36%), bilirubin >34 μ mol/l, viêm gan, nhiễm trùng nặng và thời gian ICU >5 ngày (12%) là các chỉ định phổ biến nhất. Trong khi nghiên cứu của Tector (2006) trên 571 người hiến, có đến 68% theo tiêu chuẩn mở rộng, chỉ định thường gặp nhất là do bilirubin/men gan cao (20,5%). Nguyên nhân natri máu cao thường là do chức năng bất thường của tuyến yên sau, dẫn đến suy giảm vasopressin, và biểu hiện lâm sàng là đái tháo nhạt, xảy ra ở đến 90% người hiến tạng trưởng thành và nhi. Tình trạng tăng natri máu cao không kiểm soát được do phù tế bào và tăng tổn thương do tái tưới máu [2]. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy mảnh ghép này đủ an toàn và không có sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa nhóm có Natri cao >160 hoặc >170 so với phần còn lại [1, 3-5]. Ngoài ra, các yếu tố như tuổi cao gây suy giảm chức năng gan do giảm dòng chảy mật, và sự giả mao mạch hóa của nội mạc xoang gan, BMI làm giảm khả năng chịu đựng thiếu máu cục bộ và tăng tổn thương tái tưới máu hay viêm gan làm tăng nguy cơ xơ gan và lây nhiễm cho người nhận... Với nhóm có bilirubin cao, nhiễm trùng nặng và ICU > 5 ngày, cần kiểm soát nguy cơ nhiễm trùng và đánh giá tình trạng tổn thương gan qua sinh thiết gan hiến trước khi quyết định có tiến hành ghép hay không.

Về người nhận, chỉ định ghép chủ yếu là ung

thư gan (>65%), nguyên nhân chính là viêm gan B (>80%). Tỷ lệ MELD cao (15-30 và ≥ 30) ở nhóm tiêu chuẩn, nhưng không khác biệt thống kê. So với Mazzaferro (1996), tỷ lệ ung thư gan do viêm gan B cao hơn tại Việt Nam. Cơ chế là viêm gan B mạn tính dẫn đến xơ gan và ung thư gan, là chỉ định chính ở khu vực châu Á [6]. Bệnh nhân khi được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) và được cho vào danh sách chờ ghép gan cần được theo dõi định kỳ đánh giá sát, mục tiêu là ngăn ngừa sự phát triển của khối u ra ngoài tiêu chuẩn và "hạ giai đoạn" để đưa về tiêu chuẩn có thể chỉ định ghép gan.

Về kết quả, thời gian nằm ICU ($4,7 \pm 1,7$ ngày nhóm tiêu chuẩn, $5,2 \pm 2,3$ ngày ở nhóm mở rộng, $p=0,35$) và nằm viện ($27,2 \pm 8,4$ ngày nhóm tiêu chuẩn, $27,0 \pm 10,2$ ngày ở nhóm mở rộng, $p=0,91$) không khác biệt thống kê. So với Tector (2006), thời gian này tương đương, cho thấy quản lý sau ghép tốt. Nghiên cứu của Stratigopoulou (2017) tại Đức báo cáo có 60% BN nằm ICU trên 3 ngày, tổng thời gian nằm viện $35,23 \pm 22,48$ ngày ở nhóm nằm ICU kéo dài [7].

Biến chứng ghép gan là một thách thức lớn, ảnh hưởng đến tiên lượng sống. So với Tector (2006), tỷ lệ biến chứng nhóm tiêu chuẩn mở rộng cao hơn [1]. Cơ chế là gan từ người hiến tiêu chuẩn mở rộng có nguy cơ tổn thương tế bào cao hơn, dẫn đến thải ghép hoặc suy chức năng. Nghiên cứu của Nemes (2015) tại Hungary báo cáo tỷ lệ rò mật là 8,5%, hẹp đường mật là 14,7% [8]. Mảnh gan từ ECD có nguy cơ biến chứng cao hơn. Tỷ lệ tử vong 90 ngày ở nghiên cứu trong nhóm mở rộng (8%) cao hơn nhóm tiêu chuẩn (2,5%), do tình trạng sốc nhiễm trùng dẫn đến suy đa tạng của người nhận. Nghiên cứu của Tector (2006) cho thấy tiêu chuẩn mở rộng tăng nguy cơ không chức năng gan nguyên phát lên 5-7% so với 2% ở tạng tiêu chuẩn. Nguyên nhân tử vong chính ở nhóm SCD là ung thư tái phát (20%), nhóm ECD là sốc nhiễm trùng (16%). Yếu tố tiên lượng tái phát sau ghép gan do HCC là một vấn đề quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và chất lượng sống của bệnh nhân. Theo các nghiên cứu, các yếu tố chính bao gồm kích thước và số lượng khối u, mức độ AFP trước ghép, xâm lấn mạch, và điểm MELD cao [9].

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 1, 5, và 10 năm ở nhóm tiêu chuẩn là 87,5%; 71,9% và 71,9%; nhóm mở rộng là 88,0%; 83,1% và 66,5%, không khác biệt thống kê ($p>0,05$). So với Tector (2006), tỷ lệ sống thêm của nhóm ECD tại Việt Nam tương đương, nhưng thấp hơn sau 10

năm, có thể do tỷ lệ ung thư tái phát cao [1].

Hiến gan từ người hiến chết não theo tiêu chuẩn mở rộng đóng vai trò quan trọng trong việc giải quyết tình trạng thiếu hụt tạng ghép, đặc biệt tại các quốc gia như Việt Nam, nơi số lượng người hiến tạng còn hạn chế. Kết quả của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức – nơi có số lượng ca hiến tạng từ người cho chết não nhiều nhất cả nước cho thấy việc áp dụng ECD đã tăng số lượng BN được ghép gan thêm khoảng 50%, với tỷ lệ sống thêm tương đương nhóm tiêu chuẩn trong ngắn hạn (1 năm: 88% so với 87,5%, $p>0,05$). ECD giúp mở rộng nguồn cung tạng và giúp giảm thời gian chờ ghép và tỷ lệ tử vong trên danh sách chờ.

V. KẾT LUẬN

Người hiến chết não tiêu chuẩn mở rộng giúp mở rộng nguồn tạng hiến, với kết quả gần và xa gần như tương đương ở nhóm tiêu chuẩn, tuy nhiên cần kiểm soát thật tốt tình trạng nhiễm trùng và chỉ định ghép gan do HCC phù hợp nhằm cải thiện tỉ lệ sống thêm. Và có thể tiến tới sử dụng máy tưới máu tạng trong các trường hợp cần thiết nhằm tăng khả năng sử dụng tạng hiến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tector, A.J., et al., Use of extended criteria livers decreases wait time for liver transplantation without adversely impacting posttransplant survival. *Ann Surg*, 2006. 244(3): p. 439-50.
2. Khosravi, M.B., et al., Early outcomes of liver transplants in patients receiving organs from hypernatremic donors. *Exp Clin Transplant*, 2013. 11(6): p. 537-40.
3. Chen, Y., et al., Effects of donors' and recipients' preoperative serum sodium on the prognosis of liver transplantation. *Scientific Reports*, 2024. 14(1): p. 20304.
4. Ladron de Guevara Cetina, A.L., et al., Association between donor hypernatremia and liver transplant graft function. *HPB*, 2018. 20: p. S78.
5. Mangus, R.S., et al., Severe hypernatremia in deceased liver donors does not impact early transplant outcome. *Transplantation*, 2010. 90(4): p. 438-43.
6. Mazzaferro, V., et al., Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. *The New England Journal of Medicine*, 1996. 334(11): p. 693-699.
7. Stratigopoulou, P., et al., High MELD score and extended operating time predict prolonged initial ICU stay after liver transplantation and influence the outcome. *PLOS ONE*, 2017. 12(3): p. e0174173.
8. Nemes, B., G. Gámán, and A. Doros, Biliary complications after liver transplantation. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 2015. 9(4): p. 447-66.
9. Ninh, K.V., et al., Outcomes of liver transplantation for hepatocellular carcinoma: Experiences from a Vietnamese center. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2024. 28(1): p. 34-41.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHOLESTEATOMA BẨM SINH TẠI GIỮA GIAI ĐOẠN POTSIK III

Nguyễn Viết Thanh Tùng¹, Phạm Trần Anh^{1,2}, Nguyễn Đức Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cholesteatoma bẩm sinh tại giữa giai đoạn Potsic III. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh. **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện tai mũi họng trung ương, thời gian nghiên cứu từ năm 2017 tới năm 2025. **Bệnh nhân nghiên cứu:** 38 bệnh nhân. **Kết quả nghiên cứu:** Qua nghiên cứu 38 trường hợp cholesteatoma bẩm sinh giai đoạn Potsic III được phẫu thuật, bước đầu chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: bệnh nhân trung bình 5,5±3,6 tuổi; Tất cả bệnh nhân được theo dõi ít nhất 6 tháng cho thấy màng nhĩ liền kín trong 36 trường hợp, tỷ lệ cải thiện sức nghe là 28 trường hợp. Có 26 ca không có tồn dư cholesteatoma sau phẫu thuật lần 1, 12 ca tồn dư sau lần thứ 1 và 2 ca trải qua phẫu thuật lần 3 để loại bỏ bệnh tích; chưa phát hiện trường hợp nào xảy ra tai biến trong và sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật trên bệnh nhân cholesteatoma bẩm sinh tại giữa giai đoạn Potsic III là an toàn, đem lại kết quả tốt, giúp loại bỏ bệnh tích và cải thiện sức nghe cho bệnh nhân, tỷ lệ tai biến thấp, nhưng tỷ lệ tái phát còn cao.

Từ khóa: Cholesteatoma bẩm sinh, giai đoạn Potsic III.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF CONGENITAL MIDDLE EAR CHOLESTEATOMA AT POTSIK STAGE III

Objective: To assess surgery outcomes of congenital middle ear cholesteatoma - Potsic stage III. **Methods:** Case series report. **Research location:** National Otorhinolaryngology Hospital, research period from 2017 to 2025. **Study patients:** 38. **Results:** Through the study of 38 cases of congenital cholesteatoma - Potsic stage III, we initially drew some conclusions as follows: Cholesteatoma congenital Potsic stage III is detected in young patients, average 5,5±3,6 years old. All patients were followed up for at least 6 months, and found that the tympanic was completed closed in 36 cases, the rate of hearing improvement was 28 cases, No residual cholesteatoma after the first surgery in 26 cases, Residual cholesteatoma after the first operation in 12 cases, and 2 cases required a third surgery to remove the residual cholesteatoma. There were no cases of complications during and after surgery. **Conclusion:** Surgery in patients with congenital

middle ear cholesteatoma at Potsic stage III is safety, operation with good result and low complication, but high residual rate. **Keywords:** Congenital cholesteatoma, Potsic stage III.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cholesteatoma là những tổn thương thường phát sinh do sự tích tụ bất thường của biểu mô vảy phân tầng có chứa lớp sừng keratin phát triển trong xương thái dương. Cholesteatoma được phân loại thành cholesteatoma bẩm sinh và cholesteatoma mắc phải, dù ở loại nào nhưng đều có tính chất phá hủy, xâm lấn cục bộ, có thể gây các biến chứng nguy hiểm.

Cholesteatoma bẩm sinh được mô tả lần đầu tiên bởi Muler năm 1838, là cholesteatoma phát triển phía sau màng nhĩ còn nguyên vẹn, bệnh nhân không có tiền sử chảy nước tai, can thiệp hay phẫu thuật tai trước đó.¹

Bệnh thường diễn biến âm thầm, 80% bệnh nhân thường không có triệu chứng nên thường được phát hiện tình cờ hoặc chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển, độ tuổi trung bình hay gặp ở trẻ 5-6 tuổi.² Cholesteatoma bẩm sinh potsic III gây ăn mòn và tổn thương xương con, ảnh hưởng đến chức năng nghe – nói của trẻ và sự phát triển của trẻ, ở giai đoạn này bệnh tích bắt đầu lan tràn, nên nguy cơ tồn dư bệnh tích ở giai đoạn này khá cao, khoảng 44%.³

Hiện nay với sự phát triển của các trang thiết bị hiện đại như kính hiển vi, hệ thống nội soi và các kỹ thuật phẫu thuật giúp cho việc kiểm soát bệnh tích ở các vị trí khó như: hố trên vòi, ngách mắt, xoang nhĩ, ... được hiệu quả hơn nâng cao hiệu quả điều trị cũng như giảm khả năng tái phát.

Tại bệnh viện Tai mũi họng Trung ương có nhiều công trình nghiên cứu về cholesteatoma bẩm sinh, tuy nhiên chủ yếu nghiên cứu về cholesteatoma bẩm sinh trong giai đoạn sớm, chưa có nghiên cứu đánh giá một cách hệ thống về đặc điểm lâm sàng, đặc điểm trong chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị của cholesteatoma bẩm sinh tại giữa giai đoạn Potsic III. Bởi vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu thuật trên bệnh nhân có cholesteatoma bẩm sinh giai đoạn Potsic III."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 38 bệnh nhân Cholesteatoma bẩm sinh hòm nhĩ giai đoạn

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Viết Thanh Tùng

Email: drtung22021998@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025