



Ảnh 6 : Apxe, viêm tấy lan tỏa TSM.

BN. Viên Đình L, (HC Fournier's)(HS :25111988).

Nguyễn Thanh Quang báo cáo 30 BN có HC Fournier tại BV Nhân Dân 115 (2018-2023): Nhiễm khuẩn da 43,3%, từ đường TH 16,7%, từ đường tiết niệu 6,7%. Sưng đau TSM 66,7%, tràn khí D' da 46,7%, bí đái 20%. Bệnh ĐTĐ 56,6%. VK phân lập được chủ yếu là E coli, Klebsiella, Proteus... Tỷ lệ TV 23,3% chủ yếu do sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng trong khi tỷ lệ TV trên TG khoảng 27%. Tỷ lệ TV cao ở phụ nữ. [8]

Chúng tôi có 9/21 ca (42,85%) rò TH do ung thư trong đó UT đại trực tràng 8/21 (38,0%), 1 ca U xơ cơ viêm (Rò DD). Trong số này có 2 ca UTĐT phải thủng và rò vào tá tràng, 1 ca UTĐT trái thủng tự phát vào đoạn ĐT xích ma trực tràng. Số còn lại 3 ca UTĐT trái và xích ma-TT rò tạo thành ổ apxe được PT Hartmann. Như vậy tổn thương UT rò tạo thành ổ apxe khu trú hay rò giữa 2 tạng đường TH.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 21 trường hợp rò tự phát, không do phẫu thuật, chúng tôi kết luận:

Rò tự phát chiếm tỷ lệ thấp; có 2 nguyên nhân chính Rò tự phát do viêm (viêm ruột, viêm đại tràng thiếu máu, lao, Crohn, viêm túi thừa ĐT) chiếm tỷ lệ 52,4%, rò mật tự phát không rõ nguyên nhân 4,8%, rò tự phát do UTĐT 38%, do U xơ cơ viêm (dạ dày) 4,8%. Điều trị phẫu thuật 95,2%, Can thiệp dẫn lưu dưới siêu âm 4,8%. Không có TV, biến chứng 14,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sachar DB et al.** Proposed Classification of patients subgroups in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1992 ;5: 141-54.
2. **Jacques Cosnes et al.** Long term evaluation of disease Behavior of Crohn's Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, Volume 8, Issue 4, July 2002:244-250.
3. **Linares L et al.** Natural history and treatment of anorectal strictures complicating Crohn's diseases. *Br J Surg* 1988; 75: 653-5.
4. **Theodoropoulou Anggeliki et al.** Ischemic colitis: Clinical Practice in Diagnosis and Treatment. *World J Gastroenterol* 2008; 14:7302-8.
5. **Thái Nguyên Hưng, Nguyễn Văn Huy.** Thiếu máu vi mạch đại tràng: Các yếu tố nguy cơ, thay đổi giải phẫu mạch máu đại tràng, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm đại tràng thiếu máu. *Cận lâm sàng và điểm lại Y văn. Y học Việt nam* tập 544, tháng 9 (1) 2025:253-258.
6. **Meizhuo Gao et al.** Spontaneous Duodeno-colic fistulas: A case report and Literature review. *International journal of Pathology and Clinical Research* ISSN 2469-5807
7. **Thái Nguyên Hưng.** Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị các biến chứng muộn chấn thương gan. *Y học Việt Nam* tháng 2(1) 2022: 76-81.
8. **Nguyễn Thanh Quang et al.** Kết quả chẩn đoán và điều trị hoại thư Fournier tại bệnh viện nhân dân 115 năm 2018-2023. *Việt nam Journal of community Medicine*, Vol 65, Special Issue 4, 214-221.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GHÉP GAN NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phạm Hồng Phú^{1,2}, Trần Công Duy Long^{1,2}, Võ Phú Hậu¹

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

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Duy Long

Email: long.tcd@umc.edu.vn

Mã bài: N599

Ngày nhận bài: 15/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 13/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị, tai biến và biến chứng của ghép gan tại một trung tâm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên các người bệnh ghép gan từ tháng 08/2018 đến tháng 03/2026 tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Các chỉ số được phân tích bao gồm biến chứng, tử vong và tỉ lệ sống còn sau ghép gan từ người

hiển sống (NHS) và người hiến chết não (NHCN). Phân tích thống kê sử dụng phép kiểm Chi-square và phương pháp Kaplan-Meier.

Kết quả: Có 67 người bệnh được ghép gan (58 NHS, 9 NHCN), tuổi trung bình $54,3 \pm 1,5$, nam chiếm 74,6%. Biến chứng thường gặp nhất là hẹp tĩnh mạch cửa (4,5%) và thải ghép (8,9%). Tỷ lệ tử vong là 10,4%, chủ yếu do viêm phổi. Tỷ lệ sống còn tại 1 năm, 3 năm, và 5 năm lần lượt là 90,8%, 82,3% và 76%.

Kết luận: Ghép gan cho thấy hiệu quả điều trị khả quan, đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh gan giai đoạn cuối và ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG).

Từ khóa: Ghép gan; ghép gan từ người hiến sống; ghép gan từ người hiến chết não, phẫu thuật nội soi lấy mảnh ghép; split liver; dual graft

SUMMARY

CLINICAL OUTCOMES OF ADULT LIVER TRANSPLANTATION AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Objective: To evaluate surgical outcomes, complications, and survival following liver transplantation at a single center.

Patients and Methods: A retrospective study was conducted on patients undergoing liver transplantation between August 2018 and March 2026 at University Medical Center Ho Chi Minh City. Clinical characteristics, complications, mortality, and survival outcomes were analyzed. Statistical analysis included Chi-square test and Kaplan-Meier survival analysis.

Results: A total of 67 patients underwent liver transplantation (58 living donor and 9 deceased donor). The mean age was 54.3 ± 1.5 years, with 74.6% males. The most common complications were portal vein stenosis (4.5%) and graft rejection (8.9%). The mortality rate was 10.4%, mainly due to pneumonia. Survival rates at 1, 3, and 5 years were 90.8%, 82.3%, and 76%, respectively.

Conclusion: Liver transplantation is an effective treatment for end-stage liver disease and early hepatocellular carcinoma.

Keywords: Liver transplantation; Living donor liver transplantation; Deceased donor liver transplantation; Laparoscopic donor hepatectomy; Split liver transplantation; Dual graft liver transplantation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh lý gan vẫn là một vấn đề y tế công cộng quan trọng trên toàn cầu, đặc biệt tại các quốc gia châu Á, nơi ung thư gan nằm trong nhóm nguyên nhân tử vong hàng đầu do bệnh lý ác tính. Tại Việt Nam, viêm gan virus đóng vai trò chủ yếu trong căn nguyên bệnh gan mạn tính. Bên cạnh đó, xơ gan do rượu và ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) ngày càng gia tăng, làm gia tăng nhu cầu ghép gan.

Ghép gan hiện nay được xem là phương pháp điều trị triệt để đối với bệnh lý gan giai đoạn cuối và UTBMTBG giai đoạn sớm. Những tiến bộ trong kỹ

thuật phẫu thuật và điều trị thuốc ức chế miễn dịch đã góp phần cải thiện đáng kể kết quả sau ghép gan. Tuy nhiên, các biến chứng sau ghép gan vẫn là yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng lâu dài. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả ghép gan, các yếu tố nguy cơ và kinh nghiệm triển khai kỹ thuật tại một trung tâm.

II. ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm tất cả người bệnh được ghép gan từ NHS hoặc NHCN trong thời gian nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu

Đây là nghiên cứu đoàn hệ được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (BV ĐHYD TPHCM) trong giai đoạn từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 03 năm 2026. Trong thời gian này, chúng tôi đã thực hiện 67 trường hợp ghép gan người lớn ≥ 16 tuổi. Dữ liệu nghiên cứu bao gồm các đặc điểm nhân khẩu học và bệnh lý đi kèm của người bệnh, cùng với các đánh giá các xét nghiệm miễn dịch và viêm gan vi rút (VRVG) được thu thập tại thời điểm nhập viện.

Các dữ liệu được thu thập bao gồm xét nghiệm cận lâm sàng, phác đồ thuốc ức chế miễn dịch sử dụng, biến chứng phẫu thuật, kết cục sau ghép và các biến chứng, được ghi nhận tại thời điểm nhập viện và tại các mốc 1, 3, và 5 năm sau ghép gan.

Tất cả người bệnh và người hiến tạng đều đã ký cam kết đồng thuận tham gia trước khi được đăng ký vào Trung tâm Điều phối Quốc gia về Ghép bộ phận cơ thể người Việt Nam.

Biến số nghiên cứu

Các biến số bao gồm đặc điểm nhân khẩu học, bệnh gan nền, điểm MELD, Child-Pugh, loại người hiến, đặc điểm mảnh ghép, tương hợp ABO, và các phương pháp điều trị ức chế miễn dịch. Đối với UTBMTBG, các tiêu chuẩn Milan và dấu ấn khối u được ghi nhận.

Kết quả nghiên cứu bao gồm biến chứng sau ghép, tử vong và tỷ lệ sống còn.

Phân tích thống kê

Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị. Biến phân loại được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ phần trăm. Phân tích Chi-square và Kaplan-Meier được sử dụng, với $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

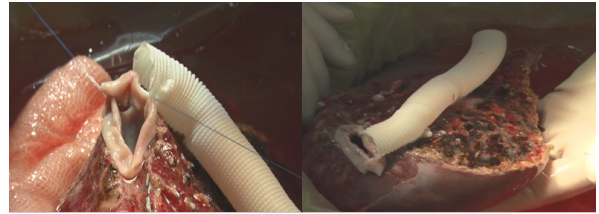
Đặc điểm dân số cơ bản

Trong thời gian nghiên cứu, 67 trường hợp phẫu thuật ghép gan được đưa vào phân tích, với thời gian

theo dõi trung bình là 27,3±3,4 tháng. Trong số này, có 58 trường hợp ghép gan từ NHS. Tuổi trung bình của nhóm người bệnh ghép gan từ NHS và NHCN lần lượt là 55,3±1,4 và 47,6±5,8 tuổi.

Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của người bệnh được trình bày trong Bảng 1. Trong đó, UTBMTBG và xơ gan là hai bệnh lý gan thường gặp nhất ở nhóm ghép gan từ NHS (lần lượt 37,9% và 43,1%) và NHCN (77,8% và 22,2%). Tất cả các trường hợp UTBMTBG đều đáp ứng tiêu chuẩn Milan, và 44% trường hợp cần điều trị bắc cầu trong thời gian chờ ghép gan (Bảng 1).

Mảnh ghép gan phải được sử dụng cho tất cả các ca ghép gan từ NHS, chúng tôi sử dụng kỹ thuật “all-in-one” tạo hình tĩnh mạch gan phải và ống ghép tĩnh mạch gan giữa thành một miệng nối, sau đó nối vào tĩnh mạch chủ dưới (Hình 1).



Hình 1: Tạo hình “all-in-one” bao gồm tĩnh mạch gan phải, ống ghép tĩnh mạch gan giữa và nối vào tĩnh mạch chủ dưới [Nguồn: BV ĐHYD TPHCM]

Đối trong khi mảnh ghép gan toàn bộ được sử dụng trong 44,4% trường hợp ghép gan từ NHCN. Các trường hợp ghép gan phải, chúng tôi cũng áp dụng kỹ thuật tạo hình “all-in-one” như ghép gan từ NHS.

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của người bệnh

Đặc điểm	Tổng cộng (n=67)	Ghép gan từ người hiến sống (n=58)	Ghép gan từ người hiến chết não (n=9)
Tuổi	54,3 ± 1,5	55,3 ± 1,4	47,6 ± 5,8
Giới (nam)	50 (74,6%)	44 (75,9%)	6 (66,7%)
BMI ≥ 25 kg/m ²	13 (19,4%)	9 (15,5%)	4 (44,4%)
Tình trạng viêm gan			
Viêm gan vi rút B	37 (55,2%)	33 (56,9%)	4 (44,4%)
Viêm gan vi rút C	12 (17,9%)	9 (15,5%)	3 (33,3%)
Rượu	7 (10,4%)	7 (12,1%)	0
Không viêm gan	11 (16,4%)	9 (15,5%)	2 (22,2%)
Bệnh nội khoa			
Tim mạch	13 (19,4%)	11 (19%)	2 (22,2%)
Đái tháo đường	19 (28,4%)	16 (27,6%)	3 (33,2%)
Tăng áp động mạch phổi nhẹ PAPm < 35mmHg	1 (1,5%)	1 (1,7%)	0
Lao phổi hoạt động	1 (1,5%)	1 (1,7%)	0
Lao phổi tiềm ẩn	3 (4,5%)	3 (5,2%)	0
Không bệnh nội khoa	30 (44,8%)	26 (44,8%)	4 (44,4%)
Chỉ định ghép gan			
UTBMTBG	29 (43,3%)	22 (37,9%)	7 (77,8%)
Xơ gan	27 (40,3%)	25 (43,1%)	2 (22,2%)
Suy gan cấp	11 (16,4%)	11 (19%)	0

Đặc điểm	Tổng cộng (n=67)	Ghép gan từ người hiến sống (n=58)	Ghép gan từ người hiến chết não (n=9)
Điều trị bắc cầu			
Cắt gan và TACE	5 (7,5%)	5 (8,6%)	0
Cắt gan	1 (1,5%)	0	1 (11,1%)
TACE	20 (29,9%)	14 (24,1%)	6 (66,7%)
RFA	1 (1,5%)	1 (1,7%)	0
Điều trị nội khoa	40 (59,7%)	38 (65,5%)	2 (22,2%)
Điểm MELD-Na			
Điểm < 15	30 (44,8%)	25 (43,1%)	5 (55,6%)
Điểm ≥ 15	37 (54,2%)	33 (56,9%)	4 (44,4%)
Điểm Child-Pugh			
A (≤ 6)	27 (40,3%)	23 (36,2%)	4 (44,4%)
B (7-9)	31 (46,3%)	27 (46,6%)	4 (44,4%)
C (≥ 10)	9 (13,4%)	8 (13,8%)	1 (11,1%)
Nhóm máu ABO			
Bất đồng 1 phần	17 (25,4%)	13 (22,4%)	4 (44,4%)
Không bất đồng	50 (74,6%)	45 (77,6%)	5 (55,6%)
Mảnh gan ghép			
Gan phải	62 (92,5%)	58 (100%)	4 (44,4%)
Toàn bộ gan	5 (7,5%)	0	5 (55,6%)
Phẫu thuật lấy gan người hiến			
Phẫu thuật nội soi	30 (44,8%)	30 (51,7%)	0
Phẫu thuật mở	37 (55,2%)	28 (48,3%)	9 (100%)
Thuốc ức chế miễn dịch			
Nhóm ức chế Calcineurin (Tacrolimus)	67 (100%)	58 (100%)	9 (100%)
Nhóm chống tăng sinh (Mycophenolate mofetil)	57 (85,1%)	50 (86,2%)	7 (77,8%)
Corticoids ≥ 1 tháng	4 (6%)	4 (6,9%)	0
Nhóm ức chế mTOR (Everolimus)	5 (7,5%)	4 (6,9%)	1 (11,1%)

Biến chứng sau phẫu thuật ghép gan

Các biến chứng thường gặp sau ghép gan liên quan đến phẫu thuật bao gồm: hẹp tĩnh mạch cửa (4,4%), tắc hoặc hẹp động mạch gan (2,9%), hẹp đường mật (2,9%) (Bảng 2). Trong số đó, 4 trường hợp phân độ Clavien-Dindo mức 3B được can thiệp phẫu thuật lại do áp xe lách, thủng ruột non, bung thành bụng, chảy máu cơ hoành; bên cạnh đó, 4

trường hợp phân độ Clavien-Dindo mức 3B được can thiệp nội mạch đặt stent do hẹp tĩnh mạch cửa > 50% và hẹp tĩnh mạch gan phải. Ngoài ra, 2 trường hợp phân độ Clavien-Dindo mức 3B được đặt stent đường mật do hẹp đường mật và rò mật. Các trường hợp còn lại thuộc phân độ Clavien-Dindo mức I-II được điều trị bảo tồn, không cần can thiệp hoặc phẫu thuật.

Các biến chứng không liên quan phẫu thuật thường gặp bao gồm thải ghép (8,8%), viêm phổi (vi khuẩn, lao, nấm) (8,8%) và suy thận (5,8%) (Bảng 2). Đối với thải ghép, người bệnh được điều trị bằng

corticosteroid liều cao và tất cả các trường hợp đều đáp ứng tốt với điều trị. Không ghi nhận trường hợp tử vong trong quá trình phẫu thuật.

Bảng 2: Biến chứng sau phẫu thuật ghép gan (phân độ biến chứng theo Clavien-Dino)

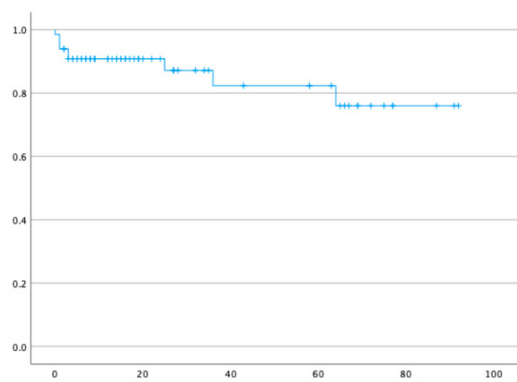
Biến số	Tổng cộng (n=67)	Ghép gan từ người hiến sống (n=58)	Ghép gan từ người hiến chết não (n=9)
Biến chứng ngoại khoa (n=12 chiếm 17,9%)			
Hẹp tĩnh mạch cửa	3 (4,4%)	3 IIIB (DSA đặt stent)	-
Tắc động mạch gan	2 (2,9%)	1 II	1 V (đặt stent động mạch gan, hội chứng tái tưới máu)
Hẹp đường mật	2 (2,9%)	1 II 1 IIIB (PTBD đặt stent)	-
Rò mật	1 (1,5%)	1 IIIB (ERCP đặt stent)	-
Thủng ruột non	1 (1,5%)	1 IIIB (phẫu thuật lại khâu lỗ thủng)	-
Áp xe lách sau thuyên tắc động mạch lách	1 (1,5%)	1 IIB (phẫu thuật cắt lách)	-
Hẹp tĩnh mạch gan phải	1 (1,5%)	1 IIIB (DSA đặt stent)	-
Bụng thành bụng	1 (1,5%)	-	1 IIB (phẫu thuật lại khâu lại thành bụng)
Tụ dịch nhiễm trùng ổ bụng	1 (1,5%)	-	1 IIIA (siêu âm bụng chọc dịch dẫn lưu)
Chảy máu cơ hoành	1 (1,5%)	-	1 IIIB (phẫu thuật lại khâu cầm máu)
Biến chứng nội khoa (n=20 chiếm 29,8%)			
Thải ghép	6 (8,8%)	2 II	4 II
Suy thận	4 (5,8%)	4 II	-
Viêm phổi	Vi khuẩn	4 V (tử vong do nhiễm trùng huyết)	-
	Nấm phổi	1 II	-
	Lao phổi	1 II	-
UTBMTBG tái phát	2 (2,9%)	2 II (liệu pháp điều trị toàn thân)	-
Ung thư cơ quan ngoài gan di căn	2 (2,9%)	2 V (ung thư buồng trứng di căn, ung thư đại tràng di căn)	-

Thời gian sống còn

Ca ghép gan đầu tiên được thực hiện vào năm 2018, với thời gian theo dõi trung bình của người bệnh là 27,3±3,4 tháng; thời gian theo dõi dài nhất đạt 92 tháng. Có 6 trường hợp ghép gan từ NHS tử vong do viêm phổi (5,8%) và ung thư cơ quan ngoài gan di căn (2,9%). Bên cạnh đó, có 1 trường hợp ghép gan từ NHCN tử vong do tắc động mạch gan (1,5%). Các người bệnh còn lại được theo dõi trong suốt thời gian nghiên cứu mà không ghi nhận thêm

biến chứng hay tử vong.

Tỉ lệ sống còn tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 1 năm lần lượt là 100%, 88,9% và 88,9%. Thời gian sống còn tại thời điểm 1 năm là 90,8%, 3 năm là 82,3% và 5 năm là 76%, với thời gian sống còn dài nhất là 92 tháng (Biểu đồ 1). Không ghi nhận trường hợp tử vong trong thời gian nằm viện. Phần lớn người bệnh trở lại sinh hoạt bình thường sau 1 tháng và quay lại làm việc sau 3 tháng.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ sống còn sau phẫu thuật ghép gan theo Kaplan Meier

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này trình bày kết quả và các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tỷ lệ sống còn ở người bệnh được ghép gan, đồng thời đánh giá các nguy cơ tiềm tàng và quá trình hồi phục của người hiến sống sau phẫu thuật. Trong các biến chứng phẫu thuật, hẹp mạch máu sau khâu nối luôn là vấn đề được đặc biệt quan tâm. Kết quả nghiên cứu cho thấy 8,9% các biến chứng có liên quan đến khâu nối mạch máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng mạch máu thường gặp nhất là hẹp tĩnh mạch cửa $\geq 50\%$ chiếm 4,4%. Tỷ lệ này cao hơn không đáng kể so với báo cáo của tác giả Nguyễn Tiến Quyết [1] là 2-3%. Tất cả các trường hợp đều được can thiệp nội mạch đặt stent thành công, không có trường hợp phẫu thuật lại, và không tái hẹp tĩnh mạch cửa.



Hình 2: Can thiệp nội mạch đặt stent tĩnh mạch cửa bị hẹp [Nguồn: BV ĐHYD TPHCM]

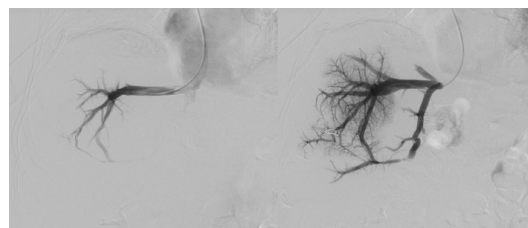
Ngoài ra, chúng tôi có 2 trường hợp tắc động mạch gan (2,9%), tương đương với kết quả các nghiên cứu trên thế giới [1, 2, 3] là 2,5% đến 10%. Trong đó, có 1 trường hợp ghép gan từ NHS tắc động mạch gan được phát hiện vào ngày thứ 14 trên phim cắt lớp vi tính tầng bụng có thuốc cản quang, tuy nhiên, do có nhánh bàng hệ cấp máu của động mạch dưới hoành phải vào nhu mô gan, nên trường hợp này người bệnh không cần can thiệp nội mạch và phẫu thuật lại, tiếp tục điều trị thuốc kháng kết tập tiểu cầu kép, và xuất viện sau phẫu thuật 21 ngày,

không có tình trạng thải ghép. Bên cạnh đó, 1 trường hợp hẹp ghép gan từ NHCN tắc động mạch gan được phát hiện vào ngày thứ 7, sau đó được can thiệp nội mạch đặt stent thành công, tuy nhiên người bệnh tử vong do nhiễm trùng huyết.



Hình 3: Can thiệp nội mạch đặt stent động mạch gan bị hẹp [Nguồn: BV ĐHYD TPHCM]

Bên cạnh đó, trong nghiên cứu có 1 trường hợp hẹp tĩnh mạch gan phải (1,5%), được phát hiện vào tháng thứ 24 sau phẫu thuật, người bệnh được can thiệp nội mạch đặt stent thành công, và không có tình trạng thải ghép được ghi nhận. Tỷ lệ này tương đương với kết quả các nghiên cứu khác [1, 4] là 1% đến 2%



Hình 4: Can thiệp nội mạch đặt stent tĩnh mạch gan phải bị hẹp [Nguồn: BV ĐHYD TPHCM]

Các biến chứng liên quan đường mật chiếm 4,4% bao gồm hẹp đường mật và rò mật. Tỷ lệ này thấp hơn trong các nghiên cứu từ 6,6% đến 36% [1, 5]. Trong đó, 1 trường hợp được nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent và 1 trường hợp được đặt stent qua da. Không ghi nhận tái hẹp đường mật.

Về biến chứng không liên quan đến phẫu thuật, thải ghép thường gặp nhất chiếm 8,8% cao hơn so với kết quả của các nghiên cứu trên thế giới là 3-5% [6, 7]. Tuy nhiên tất cả đều đáp ứng điều trị liều cao Corticoids. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận có 2 trường hợp UTBMTBG tái phát (2,9%) đang điều trị liệu pháp toàn thân; và 2 trường hợp ung thư cơ quan ngoài gan (buồng trứng, đại tràng) di căn (2,9%) không đáp ứng hoá trị, sau đó tử vong sau ghép gan lần lượt là 2 năm và 3 năm.

Từ ca phẫu thuật ghép gan đầu tiên năm 2018, thời gian theo dõi trung bình của người bệnh là $27,3 \pm 3,4$ tháng; thời gian theo dõi dài nhất là 92 tháng. Có 7 trường hợp ghép gan tử vong do viêm

phổi (5,8%), ung thư cơ quan ngoài gan di căn (2,9%), và tắc động mạch gan (1,5%). Tỷ lệ sống còn trong nghiên cứu tại thời điểm 1 năm là 90,8%, 3 năm là 82,3% và 5 năm là 76%. Tỷ lệ này gần tương đương với các kết quả của các nghiên cứu trên thế giới tại thời điểm 1 năm, 3 năm, và 5 năm lần lượt là 80-90%, 70-83%, và 60-80% [8, 9].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy ghép gan tại trung tâm đạt hiệu quả tương đương các báo cáo quốc tế. Biến chứng mạch máu và thải ghép vẫn là những thách thức chính. Tuy nhiên, với việc theo dõi chặt chẽ và can thiệp kịp thời, đa số biến chứng đều được kiểm soát hiệu quả.

Tỷ lệ sống còn ghi nhận trong nghiên cứu phù hợp với các nghiên cứu trước đây, khẳng định vai trò của ghép gan trong điều trị bệnh gan giai đoạn cuối và UTBMTBG. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá đầy đủ hiệu quả lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Quyết, Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Quang Nghĩa và cs. Ghép gan người lớn. Nhà xuất bản Y học. 2013.

2. Nguyễn Quang Nghĩa. Ghép gan trong ung thư tế bào gan. Hội Gan Mật Việt Nam. 2020.
3. Park GC, Moon DB, Kang SH, et al. Overcoming Hepatic Artery Thrombosis After Living Donor Liver Transplantations: An Experience from Asan Medical Center. *Ann Transplant*. 2019;24:588-93.
4. Piardi T, Lhuire M, Bruno O, et al. Vascular complications following liver transplantation: A literature review of advances. *World J Hepatol*. 2016;8(1):36-57.
5. Verdonk RC, Buis CI, Porte RJ, et al. Anastomotic biliary strictures after liver transplantation: causes and consequences. *Liver Transpl*. 2006;12(5):726-35.
6. Narendra S. Choudhary, Saigal S, et al. Acute and Chronic Rejection After Liver Transplantation: What A Clinician Needs to Know. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*. 2017;7(4):358-66.
7. Eguchi S, Takatsuki M, Hidaka M, Tajima Y, Kanematsu T. Evolution of living donor liver transplantation over 10 years: experience of a single center. *Surg Today*. 2008;38(9):795-800.
8. Onaca N, Marvin JS, Fulmer JM, Klintmalm GBG. Transplantation for Primary Hepatic Malignancy. In: Ronald W. Busuttil, Göran B.G. Klintmalm, editors. *Liver Transplantation 3ed*. Elsevier Saunders 2015:189-204.

NGHIÊN CỨU GIẢI PHẪU ĐỘNG MẠCH MŨ ĐÙI TRONG TRÊN XÁC NGƯỜI VIỆT NAM

Nguyễn Hoàng Vũ¹, Nguyễn Xuân Thiện¹, Đoàn Dương Chí Thiện²,
Nguyễn Thị Hồng Thắm¹, Trần Đăng Khoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm giải phẫu động mạch mũ đùi trong của người Việt Nam trưởng thành.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả 38 ĐMMĐT của 19 xác ướp (10 xác nam, 9 xác nữ).

Kết quả: 26 mẫu (chiếm tỷ lệ 68%) ĐMMĐT xuất phát từ ĐMĐ 12 mẫu (32%) xuất phát từ ĐMĐS. Đối với trường hợp nguyên ủy là ĐMĐ, ĐMMĐT xuất phát từ sau của ĐMĐ trong 21 mẫu (tỷ lệ 81%) và từ mặt trong là 5 mẫu (tỷ lệ 26%). Đối với nguyên ủy ĐMĐS, ĐMMĐT xuất phát từ mặt trong là 9 mẫu (tỷ lệ 75%) và từ mặt sau của ĐMĐS là

3 mẫu tỷ lệ 25%. Đường kính trung bình của động mạch mũ đùi trong là $3,54 \pm 0,95$ mm. ĐMMĐT có thể cho 1, 2, 3, 4 nhánh xuyên với tần suất và tỷ lệ lần lượt là 2 mẫu (chiếm 5%), 10 mẫu (26%), 18 mẫu (47%), 8 mẫu (22%). Khoảng cách trung bình từ nguyên ủy của ĐMMĐT đến dây chằng bên là $42,29 \pm 12,94$ mm.

Kết luận: Động mạch mũ đùi trong xuất phát từ ĐMĐ chiếm tỷ lệ nhiều hơn từ ĐMĐS. Đường kính trung bình của ĐMMĐT là $3,54 \pm 0,95$ mm. ĐMMĐT có thể cho từ 1 đến 4 nhánh bên. Khoảng cách trung bình từ nguyên ủy ĐMMĐT đến dây chằng bên là $42,29 \pm 12,94$ mm.

Từ khóa: Động mạch mũ đùi trong, nguyên ủy, động mạch đùi, động mạch đùi sâu, dây chằng bên.

SUMMARY

ANATOMICAL STUDY OF THE MEDIAL CIRCUMFLEX FEMORAL ARTERY IN VIETNAMESE CADAVERS

Research Objective: To describe the anatomical characteristics of the medial circumflex femoral artery (MCFA) in adult Vietnamese individuals.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
²Trường Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thiện
Email: nguyentuanthien.ump@gmail.com
Mã bài: N463

Ngày nhận bài: 11/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 10/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026