

6. Đ. T. Huế and N. T. T. Hương, "Thực trạng thực hành xử trí ban đầu của bố/mẹ trong chăm sóc trẻ sốt trước khi nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2022," (in VI), *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 543, no. 2, 2024.
7. E. U. Alum, E. I. Obeagu, and O. Ugwu, "Curbing diarrhea in children below five years old: the sub-Saharan African standpoint," *J. New Medical Innovations and Research*, vol. 5, no. 1, 2024.
8. H. T. Văn Lan and T. T. T. Hồng, "Kiến thức phòng và chăm sóc trẻ bị tiêu chảy cấp của bà mẹ có con dưới 5 tuổi điều trị tại bệnh viện nhi tỉnh Nam Định năm 2023," (in VI), *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 539, no. 1, 2024.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI GHEP GAN TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Công Duy Long^{1,2}, Phan Phước Nghĩa¹, Trần Thị Thanh Thủy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ghep gan là phương pháp điều trị cứu sống cho trẻ mắc bệnh gan giai đoạn cuối hoặc suy gan không hồi phục. Nghiên cứu nhằm báo cáo kết quả bước đầu triển khai ghep gan trẻ em tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên các bệnh nhi < 16 tuổi được ghep gan từ 12/2021 - 04/2026 tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Thu thập các đặc điểm người nhận - người hiến, các thông số liên quan phẫu thuật, biến chứng và sống còn sau ghep.

Kết quả: Trong thời gian nghiên cứu, có 44 trường hợp với thời gian theo dõi trung vị là 17,97 tháng (khoảng tứ phân vị: 6,83 - 36,93 tháng; khoảng biến thiên: 0,26 - 93,69 tháng). Tuổi trung vị 2 tuổi (nhỏ nhất 7,1 tháng; lớn nhất 15 tuổi); cân nặng trung vị 10kg (nhỏ nhất 5,7kg; lớn nhất 54kg); teo đường mật chiếm 81,8%. Ghep gan từ người hiến sống chiếm 88,6%; lấy mảnh ghep nội soi 66,7%; GRWR trung vị 2,28. Thời gian mổ trung vị 590 phút, mất máu 655 mL. Biến chứng thường gặp: tràn dịch màng phổi cần dẫn lưu 22,7%, thải ghep cấp 18,2%, nhiễm CMV 9,1%. Tỷ lệ sống còn tích lũy 1 năm và 3 năm là 90,5% (khoảng tin cậy 95%: 76,7 - 96,3%).

Kết luận: Ghep gan trẻ em bước đầu cho thấy tính khả thi và kết quả sống còn khả quan; biến chứng ngoại khoa tỷ lệ thấp, tuy nhiên biến chứng hô hấp và nhiễm trùng vẫn là thách thức cần tối ưu hóa hồi sức và chăm sóc sau ghep.

Từ khóa: Ghep gan trẻ em, teo đường mật, ghep gan từ người hiến sống, biến chứng sau ghep, tỷ lệ sống còn.

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS OF PEDIATRIC LIVER TRANSPLANTATION AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Objective: Pediatric liver transplantation (LT) is the definitive life-saving treatment for children with end-stage liver disease or irreversible liver failure. This study reports the initial outcomes of the pediatric liver transplantation program established at University Medical Center (UMC) Ho Chi Minh City.

Patients and Methods: We conducted a retrospective cohort study of pediatric patients (< 16 years old) who underwent LT between December 2021 and April 2026 at University Medical Center, Ho Chi Minh City. Data on recipient and donor characteristics, operative variables, postoperative complications, and survival rates were collected and analyzed.

Results: Forty-four cases were included with a median follow-up of 17.97 months (IQR: 6.83 – 36.93; range: 0.26 – 93.69). The median age was 2 years and median weight was 10 kg; biliary atresia was the primary indication (81.8%). Living donor liver transplantation (LDLT) accounted for 88.6% of cases, with 66.7% of donor hepatectomies performed laparoscopically. The median graft-to-recipient weight ratio (GRWR) was 2.28. Median operative time was 590 minutes, and blood loss was 655 mL. Common complications included pleural effusion requiring drainage (22.7%), acute rejection (18.2%), and CMV infection (9.1%). Cumulative 1-year and 3-year survival rates were 90.5% (95% CI: 76.7 – 96.3%).

Conclusion: Early implementation of pediatric LT at our center is feasible and demonstrates encouraging survival outcomes. While surgical complications remain

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

² Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Duy Long

Email: long.tcd@umc.edu.vn

Mã bài: N595

Ngày nhận bài: 26.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 31.3.2026

Ngày duyệt bài: 8.5.2026

low, optimizing perioperative care for respiratory and infectious challenges is essential.

Keywords: *pediatric liver transplantation, biliary atresia, living donor liver transplantation, survival, complications.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan là phương pháp điều trị triệt để và có ý nghĩa cứu sống đối với bệnh nhân mắc bệnh gan giai đoạn cuối hoặc suy gan không hồi phục, khi các biện pháp điều trị nội khoa và can thiệp khác không còn hiệu quả. Ở trẻ em, ghép gan đặc biệt quan trọng trong các bệnh lý gan bẩm sinh và nhi khoa thường gặp như teo đường mật, bệnh gan chuyển hóa, suy gan cấp... Các bệnh lý này gây tổn thương gan không hồi phục, suy giảm chức năng gan tiến triển và nguy cơ tử vong cao nếu không được ghép gan kịp thời; do đó, ghép gan là lựa chọn duy nhất giúp cải thiện sống còn và chất lượng sống cho nhiều bệnh nhi.

Trên thế giới, ghép gan trẻ em đã được triển khai từ thập niên 1980 và hiện được xem là điều trị tiêu chuẩn cho các bệnh gan giai đoạn cuối ở trẻ. Kết quả dài hạn đã được chứng minh khả quan tại nhiều quốc gia phát triển. Tại Nhật Bản, giai đoạn 1989 – 2018 ghi nhận hơn 3.347 ca ghép gan trẻ em, với tỷ lệ sống thêm sau 1, 5, 10, 20 và 30 năm lần lượt là 88,9%, 85,9%, 82,2%, 77,1% và 75,4% [1]. Tại Hoa Kỳ, theo báo cáo OPTN/SRTR năm 2021, mỗi năm có hơn 4.410 ca ghép gan, trong đó khoảng 8% là ở trẻ em [2].

Tại Việt Nam, ca ghép gan trẻ em đầu tiên được thực hiện thành công năm 2004 tại Học viện Quân Y 103 [3]. Từ đó, ghép gan trẻ em từng bước được triển khai tại một số trung tâm lớn như Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Nhi đồng 2, tuy nhiên số lượng ca ghép vẫn còn thấp so với nhu cầu thực tế. Ước tính mỗi năm khu vực miền Nam có khoảng 95 trẻ cần ghép gan [4]. Dù vậy, trong 15 năm (2005 – 2020) chỉ ghi nhận 13 ca ghép gan trẻ em được thực hiện [5]. Trước thực trạng này, các trung tâm tại miền Nam, trong đó có Bệnh viện Nhi đồng 2, đã phối hợp với các đơn vị có kinh nghiệm ghép gan người lớn như Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Chợ Rẫy nhằm mở rộng triển khai ghép gan trẻ em, tăng cơ hội sống cho bệnh nhi bệnh gan giai đoạn cuối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm những bệnh nhi được thực hiện phẫu thuật ghép gan tại Đơn nguyên Ung bướu gan mật và Ghép gan, Khoa Ngoại Gan Mật Tụy, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 12/2021 đến tháng 04/2026.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Đoàn hệ hồi cứu

2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu là các trẻ em dưới 16 tuổi, có chỉ định ghép gan do bệnh gan mạn tính giai đoạn cuối (xơ gan mất bù), suy gan cấp hoặc bệnh lý chuyển hóa di truyền (như bệnh Wilson...). Tất cả bệnh nhân đều đã được hội đồng chuyên môn thông qua chỉ định ghép và có nguồn tạng hiến phù hợp (người cho sống hoặc chết não) được chấp thuận về mặt pháp lý.

2.4. Các biến số nghiên cứu chính:

- Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, chẩn đoán nguyên nhân (teo đường mật, Wilson, suy gan cấp...), điểm số PELD/MELD trước ghép, và tiền sử phẫu thuật ổ bụng (đặc biệt là phẫu thuật Kasai).

- Đặc điểm người hiến và mảnh ghép: Tuổi, mối quan hệ với người nhận, loại mảnh ghép (gan trái, thùy trái, gan phải), tỷ lệ trọng lượng mảnh ghép trên trọng lượng người nhận (GRWR), và sự tương hợp nhóm máu.

- Đặc điểm phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, kỹ thuật tạo hình đường mật và mạch máu.

- Kết quả sau mổ: thời gian nằm viện, chức năng gan sau ghép. Biến chứng được ghi nhận bao gồm biến chứng ngoại khoa (chảy máu, hẹp/tắc mạch máu, rò mật) và biến chứng nội khoa (nhiễm trùng, thải ghép...).

- Kết quả sống còn: Tình trạng sống còn tại thời điểm kết thúc nghiên cứu và thời gian sống thêm.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm thống kê y học. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) nếu phân phối không chuẩn. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2021 đến tháng 04/2026 có 44 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh được đưa vào mẫu nghiên cứu. Thời gian theo dõi trung vị là 17,97 tháng (khoảng tứ phân vị: 6,83 – 36,93 tháng).

3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu**Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu**

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi (năm), trung vị (IQR)		2,0 (1,2 – 4,9)
Giới tính, n (%)	Nam	17 (38,6%)
	Nữ	27 (61,4%)
Cân nặng (kg), trung vị (IQR)		10,0 (8,2 – 16,8)
Chiều cao (cm), trung vị (IQR)		79 (73 – 101)
BMI, trung vị (IQR)		16,4 (15,2 – 17,4)
PELD/MELD, trung vị (IQR)		19 (13,5 – 28,0)
Chỉ định ghép gan	Teo đường mật	36 (81,8%)
	Suy gan cấp	4 (9,1%)
	Nguyên nhân khác (Caroli, PSC, PFIC)	4 (9,1%)

Bệnh nhi ghép gan trong mẫu nghiên cứu chủ yếu ở lứa tuổi rất nhỏ, với tuổi trung vị 2 năm tuổi (khoảng tứ phân vị (IQR): 1,2 – 4,9 tuổi), phản ánh đặc điểm chỉ định ghép gan nhi khoa tập trung nhiều ở giai đoạn nhũ nhi và trẻ nhỏ. Tỷ lệ nữ: nam là 1,58:1, nữ chiếm ưu thế nhẹ. Thể trạng trước ghép nhìn chung ở mức thấp, cân nặng trung vị 10,0 kg (IQR: 8,2–16,8) và BMI trung vị 16,4 (IQR: 15,2–17,4), phù hợp bối cảnh bệnh gan mạn tính kéo dài ở trẻ em.

Về mức độ nặng bệnh lý gan, điểm PELD/MELD trung vị 19 (IQR: 13,5–28,0) cho

thấy phần lớn bệnh nhi được chỉ định ghép trong tình trạng bệnh tiến triển đáng kể. Chỉ định ghép nổi bật là teo đường mật với tỷ lệ 81,8%, khẳng định đây là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến ghép gan ở trẻ em trong giai đoạn nghiên cứu; các chỉ định khác như suy gan cấp và các bệnh lý gan hiếm gặp chiếm tỷ lệ thấp. Về nguồn tạng, ghép gan từ người hiến sống (LDLT) chiếm ưu thế (88,6%), phù hợp điều kiện thực hành tại Việt Nam và góp phần rút ngắn thời gian chờ ghép cho bệnh nhi.

3.2. Đặc điểm người hiến và mảnh ghép**Bảng 2: Đặc điểm người hiến và mảnh ghép**

Đặc điểm		Giá trị
Loại hình ghép gan	LDLT, n (%)	39 (88,6%)
	DDLT, n (%)	5 (11,4%)
Quan hệ người hiến (trong nhóm LDLT, n = 39)	Cha	14 (35,9%)
	Mẹ	18 (46,2%)
	Họ hàng	7 (17,9%)
Phương pháp phẫu thuật lấy mảnh ghép gan (trong nhóm LDLT, n = 39)	Mổ mở	13 (33,3%)
	Nội soi	26 (66,7%)
GRWR, trung vị (IQR)		2,28 (1,93 – 2,84)

Trong giai đoạn nghiên cứu, ghép gan từ người hiến sống (LDLT) chiếm ưu thế (88,6%), trong khi ghép gan từ người hiến chết não (DDLT) chỉ chiếm 11,4%. Ở nhóm LDLT (n = 39), người hiến chủ yếu là cha hoặc mẹ (chiếm 82,1%), phản ánh mô hình hiến trong gia đình là nguồn tạng chính; nhóm người hiến là họ hàng chỉ chiếm 17,9%.

Đáng chú ý, phương pháp phẫu thuật lấy mảnh ghép gan ở người hiến trong nhóm LDLT chủ yếu được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi (66,7%) so với mổ mở (33,3%), phản ánh xu hướng ưu tiên kỹ thuật ít xâm lấn nhằm giảm sang chấn và hỗ trợ hồi phục cho người hiến. Kể

từ khi áp dụng phẫu thuật nội soi vào phẫu thuật cắt gan lấy mảnh ghép ở người hiến sống tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh vào tháng 05/2024, chúng tôi đã áp dụng thường quy phẫu thuật nội soi lấy mảnh ghép gan ở người hiến sống. Về đặc điểm mảnh ghép, tỉ lệ trọng lượng mảnh ghép so với trọng lượng người nhận (GRWR) trung vị đạt 2,28 (IQR: 1,93 – 2,84), cho thấy đa số trường hợp có kích thước mảnh ghép phù hợp cho trẻ em, góp phần hạn chế nguy cơ “hội chứng gan nhỏ” (small-for-size syndrome) trong giai đoạn đầu triển khai.

3.3. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3: Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	Giá trị
Thời gian phẫu thuật (phút), trung vị (IQR)	590 (548 – 658)
Mất máu (mL), trung vị (IQR)	655 (502 – 1084)
Mất máu (mL/kg), trung vị (IQR)	54,4 (36,2 – 73,4)
Thời gian nối TM gan (phút), trung vị (IQR)	20 (16 – 20)
Thời gian nối TM cửa (phút), trung vị (IQR)	20 (15 – 28)
Thời gian nối ĐM gan (phút), trung vị (IQR)	24,5 (16,8 – 35,0)
Thời gian nằm viện (ngày), trung vị (IQR)	30 (24 – 38)

Thời gian phẫu thuật trung vị 590 phút (IQR: 548 – 658), phản ánh mức độ phức tạp của kỹ thuật ghép gan ở trẻ em. Lượng máu mất trung vị 655 mL (IQR: 502–1.084), tương ứng 54,4 mL/kg (IQR: 36,2 – 73,4), cho thấy nhu cầu hồi sức và kiểm soát chảy máu trong mổ là vấn đề quan trọng ở nhóm bệnh nhân cân nặng thấp.

Thời gian nối tĩnh mạch gan và tĩnh mạch cửa có trung vị lần lượt 20 phút (IQR: 16 – 20)

và 20 phút (IQR: 15 –28), trong khi thời gian nối động mạch gan trung vị 24,5 phút (IQR: 16,8 – 35,0), phù hợp đặc điểm kỹ thuật khó ở mạch máu nhỏ của trẻ em. Sau ghép, thời gian nằm viện trung vị 30 ngày (IQR: 24 – 38), cho thấy bệnh nhân trẻ em sau ghép gan cần theo dõi và chăm sóc hậu phẫu tương đối dài trong giai đoạn đầu triển khai ghép gan.

3.4. Biến chứng sau ghép

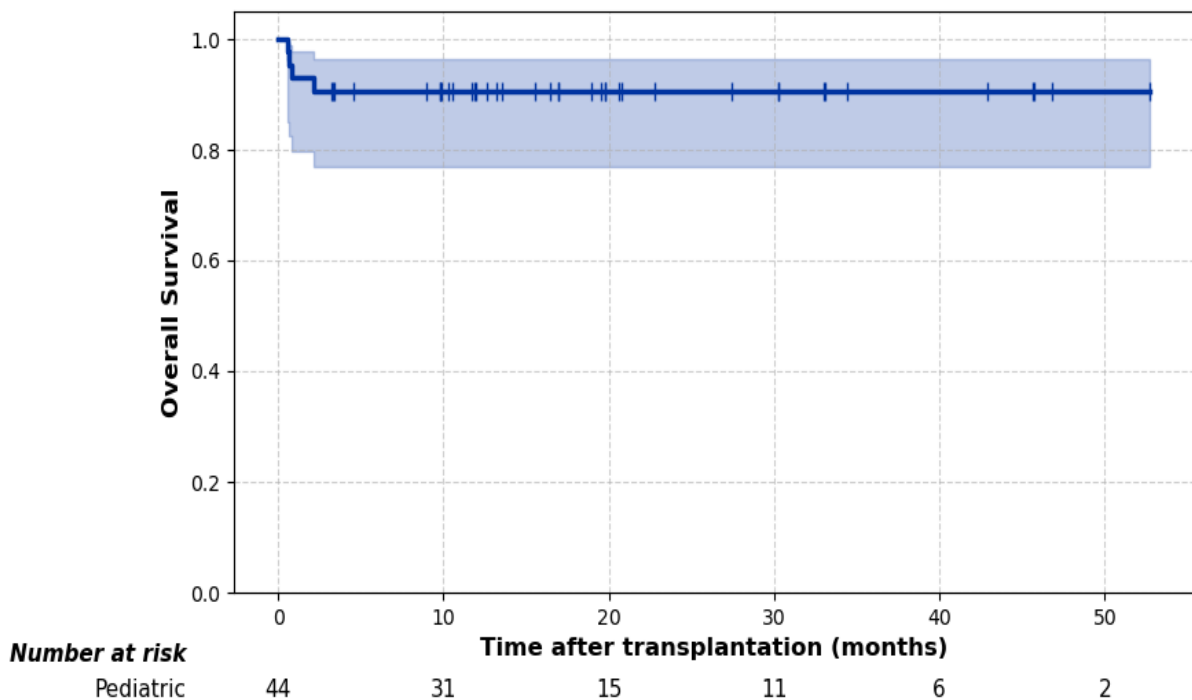
Bảng 4: Biến chứng sau ghép

Biến chứng	n (%)	Phân độ Clavien-Dindo
Hẹp động mạch gan	1 (2,2%)	IIIB
Hẹp tĩnh mạch cửa	1 (2,2%)	IIIB
Hẹp tĩnh mạch gan	1 (2,2%)	IIIB
Rò mật	2 (4,5%)	IIIB
Thủng ruột	1 (2,2%)	IIIB
Chảy máu tiêu hóa	2 (4,5%)	IIIB
Thoát vị hoành	1 (2,2%)	IIIB
Chảy máu ổ bụng	1 (2,2%)	IIIB
Viêm phổi	3 (6,8%)	II
Tràn dịch màng phổi cần dẫn lưu	10 (22,7%)	IIIA
Nhiễm CMV	4 (9,1%)	II
Nhiễm nấm	1 (2,2%)	II
Thải ghép cấp (có bằng chứng sinh thiết gan)	8 (18,2%)	II
Tử vong (90 ngày)	3 (6,8%)	V

3.5. Kết quả sống còn

Thời gian theo dõi trung vị, được ước lượng bằng phương pháp Kaplan-Meier đảo ngược, là 17,97 tháng (khoảng tứ phân vị [IQR]: 6,83 – 36,93; khoảng biến thiên: 0,26 – 93,69). Phân

tích sống còn theo Kaplan – Meier cho thấy tỷ lệ sống còn tích lũy tại 1 năm và 3 năm là 90,5% (khoảng tin cậy 95%: 76,7 – 96,3%). Do thời gian theo dõi tối đa khoảng 4,39 năm nên chưa có đủ cơ sở để ước tính và báo cáo sống còn 5 năm.



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm sau ghép gan

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhi ghép gan chủ yếu là nhũ nhi – trẻ nhỏ (tuổi trung vị 2 năm) và teo đường mật chiếm đa số. Mô hình này phù hợp với thực hành chung trên thế giới, khi teo đường mật được xem là chỉ định ghép gan thường gặp nhất ở trẻ em; nhiều tổng quan ghi nhận phần lớn bệnh nhi teo đường mật sẽ tiến triển đến xơ gan giai đoạn cuối và cần ghép gan nếu phẫu thuật Kasai thất bại hoặc xuất hiện suy dinh dưỡng/viêm đường mật tái diễn và tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Về mặt ý nghĩa lâm sàng, tuổi nhỏ và cân nặng thấp làm tăng thách thức trong gây mê - hồi sức, kiểm soát đông máu, cũng như kỹ thuật khâu nối mạch máu (đặc biệt nối động mạch gan). Đây là bối cảnh thường gặp của các chương trình ghép gan nhi trong giai đoạn triển khai ban đầu và đòi hỏi quy trình chăm sóc hậu phẫu chuẩn hoá, theo dõi sát diễn tiến sau ghép.

Tỷ lệ ghép gan từ người hiến sống (LDLT) cao trong nghiên cứu phản ánh điều kiện thực tế khi nguồn tạng từ người hiến chết nào còn hạn chế. Dữ liệu quốc tế cho thấy LDLT ở trẻ em có thể đạt kết cục rất tốt; một nghiên cứu so sánh trên quy mô lớn ghi nhận LDLT liên quan đến sống còn bệnh nhân tốt hơn so với DDLT ở các mốc 1 – 3 – 5 năm [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ lấy mảnh ghép người hiến bằng phẫu thuật nội soi ở nhóm LDLT là 66,7%. Tuy nhiên kể từ khi áp dụng phẫu thuật nội soi vào cắt gan lấy mảnh ghép ở người hiến vào tháng 5/2024, chúng tôi đã thực hiện thường quy kỹ thuật ít xâm lấn này cho tất cả các trường hợp hiến gan từ người hiến sống. Nhiều báo cáo cho thấy nội soi lấy mảnh ghép gan thùy trái cho ghép gan nhi là khả thi và an toàn khi được thực hiện tại trung tâm có kinh nghiệm, đồng thời mang lại lợi ích hồi phục cho người hiến [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm biến chứng nổi bật là tràn dịch màng phổi cần dẫn lưu và viêm phổi. Về mặt y văn, biến chứng hô hấp (đặc biệt tràn dịch màng phổi) được ghi nhận là một trong những biến chứng thường gặp sau ghép gan; cơ chế thường liên quan dịch ổ bụng “dịch chuyển” qua cơ hoành phải, quá tải dịch, giảm albumin, và tổn thương vùng cơ hoành trong mổ. Ở trẻ em sau ghép gan, tràn dịch màng phổi đã được mô tả và theo dõi bằng siêu âm / X-quang phổi trong giai đoạn sớm sau mổ. Thực hành lâm sàng cần kiểm soát dịch và phục hồi hô hấp sớm nhằm giảm thời gian nằm hồi sức tích cực và giảm nguy cơ viêm phổi.

Nhiễm CMV sau ghép gan trẻ em là biến cố thường gặp. Các khuyến nghị gần đây nhấn mạnh vai trò dự phòng bằng valganciclovir theo nhóm nguy cơ huyết thanh học (đặc biệt nhóm D+/R-) và theo dõi tải lượng CMV để phát hiện sớm [8]. Điều này phù hợp với định hướng chuẩn hoá quy trình dự phòng, giám sát CMV và cân bằng ức chế miễn dịch nhằm giảm biến chứng nhiễm trùng mà vẫn kiểm soát thải ghép.

Về miễn dịch, tỷ lệ thải ghép cấp (có bằng chứng sinh thiết gan) trong nghiên cứu nằm trong khoảng được mô tả ở nhiều báo cáo. Do đó, cần theo dõi sát chức năng gan, chỉ định sinh thiết gan khi nghi ngờ, và phác đồ điều trị thải ghép cấp.

Trong nghiên cứu, biến chứng mạch máu và rò mật xuất hiện với tần suất thấp và rải rác. Tuy vậy, đây là nhóm biến chứng điển hình ảnh hưởng trực tiếp lên chức năng mảnh ghép và có thể dẫn đến can thiệp mạch hoặc phẫu thuật lại nếu phát hiện muộn. Vì vậy, cần duy trì chiến lược siêu âm Doppler định kỳ giai đoạn sớm, chỉ định chụp CT/DSA khi nghi ngờ, cũng như theo dõi triệu chứng lâm sàng của hội chứng tắc mật và siêu âm đường mật định kỳ để phát hiện sớm biến chứng đường mật.

Tỷ lệ sống còn tích lũy sau 1 năm và 3 năm trong nghiên cứu của chúng tôi là 90,5% cho thấy kết quả bước đầu khả quan. Tỷ lệ này tương đương hoặc thậm chí cao hơn một số nghiên cứu trong phân tích gộp của Barbetta và cộng sự (gồm 10 nghiên cứu, 1622 LDLT và 6326 DDLT) [6].

V. KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu triển khai ghép gan trẻ em tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh qua 44 trường hợp cho thấy tính khả thi, an toàn và đạt kết quả khả quan, với tỷ lệ sống còn tích lũy 1 năm và 3 năm là 90,5%. Các biến chứng ngoại khoa như rò mật và hẹp mạch máu ghi nhận với tỷ lệ thấp. Tuy nhiên, các biến chứng về hô hấp và nhiễm trùng vẫn là thách thức lớn ảnh hưởng đến kết quả sau ghép gan ở

trẻ em. Trong tương lai, việc hoàn thiện kỹ thuật phẫu thuật, tối ưu hóa hồi sức sau ghép và mở rộng nguồn tạng hiến sẽ là những định hướng then chốt để nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhi bệnh gan mạn tại khu vực phía Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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 Dec 1;105(12):2587-2595.
2. **Kwong AJ, Ebel NH, Kim WR, et al.** OPTN/SRTR 2021 Annual Data Report: Liver. *Am J Transplant*. 2023 Feb;23(2 Suppl 1):S178-S263.
3. **Phạm Duy Hiền, Nguyễn Phạm Anh Khoa, Vũ Mạnh Hoàng và cs.** 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. **Trần Thanh Trí, Hồ Phi Duy, Nguyễn Hồng Văn Khánh và cs.** 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.
5. **Tran TT, Ho PD, Luu NAT, et al.** Implementing living-donor pediatric liver transplantation in Southern Vietnam: 15-year results and perspectives. *Pediatr Transplant*. 2024 Feb;28(1):e14441.
6. **Barbetta A, Butler C, Barhouma S, et al.** Living Donor Versus Deceased Donor Pediatric Liver Transplantation: A Systematic Review and Meta-analysis. *Transplant Direct*. 2021 Sep 20;7(10):e767.
7. **Kim WJ, Kim KH, Cho HD, et al.** Long-Term Safety and Efficacy of Pure Laparoscopic Donor Hepatectomy in Pediatric Living Donor Liver Transplantation. *Liver Transpl*. 2021 Apr;27(4):513-524.
8. **Knackstedt ED, Anderson SG, Anand R, et al.** Society of Pediatric Liver Transplantation. Cytomegalovirus prophylaxis in pediatric liver transplantation: A comparison of strategies across the Society of Pediatric Liver Transplantation (SPLIT) consortium. *Am J Transplant*. 2025 May;25(5):1098-1106.