

thần kinh nào cũng tương tự tác giả Bromley⁸ công bố năm 1994 đã báo cáo kết quả tuyệt vời mà không có bất kỳ biến chứng lớn nào trong phẫu thuật mở nhỏ tối thiểu điều trị hội chứng ống cổ tay. Cách để có một phẫu thuật mở nhỏ an toàn trong nghiên cứu này là chúng tôi sử dụng phẫu tích bộc lộ rõ dây chằng ngang cổ tay và thần kinh giữa, dùng một pank không mẫu tách dây chằng ngang cổ tay khỏi thần kinh giữa và dùng một lực đẩy nhẹ kéo về phía trục dọc theo kẽ ngón 3 và ngón 4, đầu kéo hướng về mặt trước gan tay, đầu kéo sẽ được chặn và dùng lại ngay lập tức khi lực cản của dây chằng giảm đột ngột khi cắt hết bờ xa của dây chằng ngang cổ tay. Đường rạch da cũng ở phía trụ của gân gan tay dài, tránh nhánh da lòng bàn tay của thần kinh giữa. Phương pháp phẫu thuật mở nhỏ này đã được nghiên cứu và cải tiến trong gần 30 năm trở lại đây góp phần làm giảm tỷ lệ biến chứng và tái phát sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay với đường mổ mở nhỏ tối thiểu ngang cổ tay là một phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, giúp hồi phục cảm giác da vùng gan tay tốt hơn và giảm khó chịu với vết mổ mở so với mổ mở thông thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Leti Acciaro, A. Landi, N. Della Rosa, A. Pellacani** (2007). Carpal Tunnel Syndrome: Rare Causes. *Carpal Tunnel Syndrome*. Vol 13. Springer, 13: p138-169.
2. **Ignazio Gaspare Vetrano, Grazia Devigili and Vittoria Nazzi** (2022). Minimally Invasive Carpal Tunnel Release: A Technical Note and a 20-Year Retrospective Series. *Cureus*. 2022 Jan; 14(1): e21426.
3. **Sudqi A. Hamed, Falah Z. Harfoushi** (2006). Carpal Tunnel Release via Mini-Open Wrist Crease Incision: Procedure and Results of Four Years Clinical Experience. *Pak J Med Sci*, Vol. 22 No. 4: p367-372.
4. **Daniel B Nora, Jefferson Becker** (2004). Clinical features of 1039 patients with neurophysiological diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 107(1): p. 64-69.
5. **Frederic Schuind** (2002). Canal pressure before, during, and after endoscopic release for idiopathic carpal tunnel syndrome. *J Hand surg*, 27A.
6. **Serhan Yağdı Ufuk Şener Tuğrul Bulut, Cemal Kazımoğlu** (2011). Relationship between clinical and electrophysiological results in surgically treated carpal tunnel syndrome. *Eklemler Hastalıkları Cerrahisi*, 22(3): p. 140 - 144.
7. **R. A. Brown, et al.** (1993). Carpal tunnel release. A prospective, randomized assessment of open and endoscopic methods. *J Bone Joint Surg Am*, 75(9): p. 1265-75.
8. **Bromley GS**. Minimal-incision open carpal tunnel decompression(1994), *J Hand Surg*; 19A: 119-120.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH DẠNG ĐỘNG TĨNH MẠCH TIỂU NÃO VỠ

Phạm Văn Cường¹, Nguyễn Thế Hào¹,
Phạm Quỳnh Trang¹, Nguyễn Quang Thành¹

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh dị dạng động tĩnh mạch tiểu não vỡ. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 31 bệnh nhân dị dạng động tĩnh mạch tiểu não vỡ được phẫu thuật tại BV Bạch Mai từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2023. **Kết quả:** 16 nam: 15 nữ, tuổi trung bình 38 (9-58 tuổi). Trị giá lúc nhập viện: GCS > 9 điểm (80,3%), < 9 điểm (9,7%), hội chứng tăng áp lực nội sọ (96,8%), hội chứng tiểu não (67,7%), không có bệnh nhân biểu hiện co giật, chảy máu tiểu não (77,4%), chảy máu não thất (29%), giãn não thất (38,7%), vị trí dưới chẩm hay gặp

(35,5%), kích thước <3cm (51,6%), 3-6cm (48,4%), khối dị dạng được cấp máu bởi 1 nguồn (58,1%), tĩnh mạch dẫn lưu sâu (38,7%), khối dị dạng có tính chất lan tỏa (41,9%). Phân độ theo Spetzler-Martin: 7 bệnh nhân độ I, 15 độ II và 9 độ III. **Kết luận:** DDĐTM tiểu não vỡ, lâm sàng hay gặp là hội chứng tăng áp lực nội sọ, không có biểu hiện co giật, cấp máu cho khối dị dạng có thể từ một nguồn hoặc nhiều nguồn, tĩnh mạch dẫn lưu sâu, khối có tính chất lan tỏa.

Từ khóa: DDĐTM tiểu não vỡ, đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học.

SUMMARY

CLINICAL AND RADIOLOGICAL FEATURES OF HAEMORRHAGE ASSOCIATED WITH CEREBELLAR ARTERIOVENOUS MALFORMATION RUPTURES

Objectives: Evaluation of clinical and radiological features of haemorrhage in cerebellar arteriovenous malformation (AVM) ruptures. **Methods:** A

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Cường

Email: cuongpham2911@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2023

Ngày duyệt bài: 17.5.2023

retrospective study of 31 patients who were diagnosed with cerebellar hemorrhage due to AVM and underwent surgery in Bach Mai hospital from January 2021 to January 2023. **Results:** 16M:15F with mean age of 38 (9-58 years old). Most patient has an initial GCS > 9 (80.3%). Headache was the most prevalent symptom (96.8%), but no patients showed convulsions; followed by cerebellar haemorrhage (77.4%), intraventricular haemorrhage (29%), ventricular dilatation (38.7%). The most common location was the suboccipital area (35.5%), size < 3 cm (51.6%), 3-6 cm (48.4%), malformed mass supplied by one single source of circulation (58.1%), deep venous drainage (38.7%), mass with diffused nature (41.9%). Spetzler-Martin grading: 7 patients grade I, 15 grade II and 9 grade III. **Conclusions:** Hemorrhage by cerebellar AVM rupture has a typical clinical manifestation with intracranial hypertension, absent of convulsions, the blood supply to the AVM can be from one or more sources, deep venous drainage, and diffused nature.

Keywords: Haemorrhage, Cerebellar arteriovenous malformations, clinical features and radiological diagnosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng động tĩnh mạch não (DDĐTMN) là một dạng tổn thương của hệ thống mạch máu não, trong đó máu từ các động mạch đổ trực tiếp vào búi mạch bất thường, đến các tĩnh mạch dẫn lưu mà không thông qua hệ thống mao mạch ở giữa. DDĐTM tiểu não là nhóm khác hẳn các loại DDĐTMN trên lều về đặc điểm chảy máu, triệu chứng lâm sàng cũng như kết quả điều trị phẫu thuật [1]. DDĐTM tiểu não chiếm tỷ lệ khoảng 8-15% các loại DDĐTMN trong não [2]. Trên thế giới có nhiều cách phân nhóm DDĐTM tiểu não nhưng phân nhóm của Lawton được sử dụng nhiều nhất: bao gồm 5 nhóm: Dưới chẩm, dưới lều tiểu não, thùy nhộng, cạnh xương đá và hạnh nhân tiểu não [3]. Để giúp tiên lượng cuộc mổ DDĐTM tiểu não, Lawton phân độ bổ sung bên cạnh phân độ Spetzler-Martin, gồm các yếu tố tuổi, biểu hiện chảy máu, khối DDĐTMN khu trú hay lan toả [4]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh DDĐTM tiểu não vỡ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 31 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là DDĐTM tiểu não vỡ tại khoa Phẫu thuật Thần kinh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2021 đến tháng 01/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, dựa trên hồ sơ, phim ảnh, đánh giá thực tế trong mổ, khám lại bệnh nhân sau mổ.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân có chảy máu tiểu não.

Bệnh nhân được chụp phim MSCT, MRI hoặc DSA chẩn đoán là DDĐTM tiểu não vỡ.

Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật.

Có kết quả giải phẫu bệnh là DDĐTMN Đủ hồ sơ, phim ảnh

Tiêu chuẩn loại trừ. Các bệnh nhân >70 tuổi Toàn trạng bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính nặng phối hợp: Bệnh về máu, rối loạn đông máu, suy thận giai đoạn cuối...

Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng được đánh giá dựa trên: tuổi, giới, tiền sử, triệu chứng lâm sàng, điểm Glasgow

- Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: chụp CLVT đa dãy có tiêm thuốc hoặc chụp DSA để đánh giá đặc điểm chảy máu, tình trạng giãn não thất, vị trí, kích thước khối dị dạng và nguồn mạch nuôi...

- Kết quả điều trị: thang điểm Rankin sửa đổi (mRS). Điểm mRS được đánh giá trước mổ và sau mổ một tháng thu thập từ hồ sơ hoặc qua quá trình tái khám.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới. Nghiên cứu 31 BN gồm: 16 nam, 15 nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,07:1, tuổi bệnh nhân từ 9 đến 58 tuổi (trung bình là 38 tuổi).

3.2. Triệu chứng lâm sàng

Tình trạng tri giác của bệnh nhân khi nhập viện

Điểm Glasgow	Số lượng bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
13 – 15	16	51,6
9 – 12	12	38,7
3 – 8	3	9,7
Tổng	31	100

Tri giác của bệnh nhân lúc nhập viện: Glasgow 13-15 điểm (51,6%), G 9-12 điểm (38,7%), Glasgow < 9 điểm có 3 BN (9,7%).

Các hội chứng - triệu chứng lâm sàng

Các hội chứng - triệu chứng lâm sàng	Số lượng bệnh nhân (N)	Tỷ lệ %
H/C TALNS	30	96,8
H/C tiểu não	21	67,7
Rối loạn ý thức	12	38,7
Hội chứng thần kinh khu trú	2	6,5
Co giật	0	0

Hội chứng tăng áp lực nội sọ (H/C TALNS) là hay gặp nhất (96,8%). Không có trường hợp nào bị co giật.

3.3. Chẩn đoán hình ảnh

Chụp cắt lớp vi tính:

Đặc điểm và hình thái chảy máu của

DDĐTM tiểu não võ

Đặc điểm chảy máu	Số lượng	Tỷ lệ %
Chảy máu tiểu não	15	48,4
Chảy máu não thất	1	3,2
Chảy máu dưới nhện	3	9,7
Chảy máu tiểu não+não thất	6	19,4
Chảy máu tiểu não+XHDN	4	12,9
Chảy máu tiểu não+NT+XHDN	2	6,4

Chảy máu tiểu não 27BN (87,1%), chảy máu não thất 9 BN (29,0%).

Trong đó chảy máu tiểu não đơn thuần chiếm 15 BN (48,4%).

Phân độ chảy máu não thất theo thang điểm Graeb (Graeb D.A, 1982)

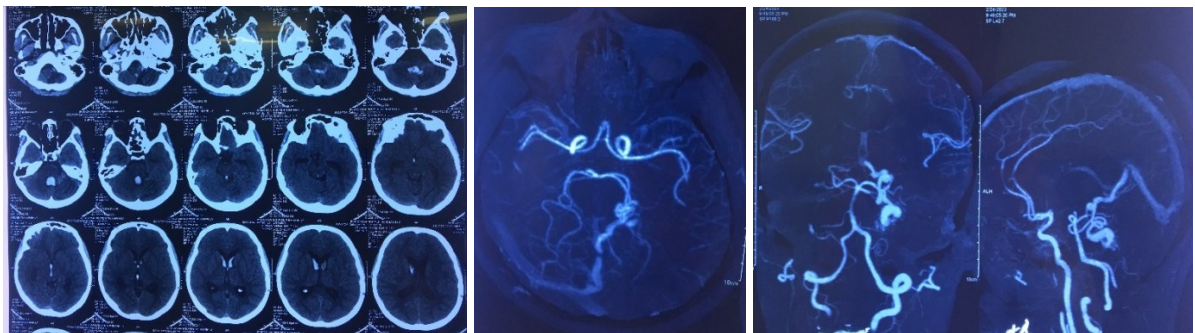
Mức độ nặng	Điểm Graeb	Số BN	Tỷ lệ %
Nhẹ	1-4	1	11,1
Trung bình	5-8	3	33,3
Nặng	9-12	5	55,6

Theo Graeb: Chảy máu não thất mức độ nặng (55,6%), mức độ nhẹ (11,1%).

Chụp cắt lớp vi tính đa dãy có tiêm thuốc cản quang

Vị trí, mức độ lan tỏa của khối dị dạng

Vị trí	Khu trú/lan tỏa	
Dưới chẩm	7	
Dưới lều tiểu não	5	
Thùy nhộng	3	
Cạnh xương đá	2	
Hạnh nhân	1	
Vị trí hỗn hợp	Dưới chẩm-Dưới lều	4
	Dưới chẩm-Thùy nhộng	2
	Dưới chẩm-Cạnh xương đá	2
	Dưới lều-Thùy nhộng	4
	Cạnh xương đá-Hạnh nhân	1



Hình ảnh: DDĐTM tiểu não võ vị trí dưới chẩm trái, Spetzler-Martin độ II

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, dịch tễ: Trong 31 BN nghiên cứu của chúng tôi thấy nhóm tuổi từ 9-58 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,07:1, Theo Xianzeng Tong (2016) [5] nghiên cứu về

Hay gặp vị trí dưới chẩm, có 1 trường hợp vị trí hạnh nhân, có 18 trường hợp khối dị dạng khu trú, 13 trường hợp khối dị dạng có tính chất lan tỏa

Phân độ DDĐTMN theo Spetzler-Martin

Phân độ Spetzler-Martin	Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
I	S1 E0 V0	7	22,6
II	S1 E0 V1	7	22,6
	S1 E1 V0	1	3,2
	S2 E0 V0	7	22,6
III	S1 E1 V1 (III-)	1	3,2
	S2 E0 V1 (III)	8	25,8
	S2 E1 V0 (III+)	0	0
	S3 E0 V0 (III*)	0	0

DDĐTM tiểu não võ độ II chiếm tỷ lệ lớn nhất (48,4%). Không có trường hợp DDĐTM tiểu não võ vùng vận động có kích thước >3cm.

Nguồn nuôi cấp máu cho khối DDĐTMN

Nguồn nuôi cấp máu	N	Tỷ lệ (%)
ĐM tiểu não trên	21	67,7
ĐM tiểu não trước dưới	4	12,9
ĐM tiểu não sau dưới	6	19,4
Phối hợp nhiều nguồn nuôi	13	41,9

Động mạch cấp máu cho khối DDĐTM tiểu não có thể từ một nguồn hoặc nhiều nguồn.18 BN khối dị dạng có 1 động mạch nuôi đơn thuần (58,1%), 13 BN có khối DDĐTMN được cấp máu từ nhiều nguồn nuôi khác nhau (41,9%).

Tính chất lan tỏa của khối DDĐTMN

Tính chất của khối dị dạng	Số BN	Tỷ lệ %
Khu trú	18	58,1
Khối lan tỏa	13	41,9

Khối dị dạng có tính chất lan tỏa cao (41,9), khu trú (58,1%).

DDĐTMN nhóm tuổi ≤ 60 tuổi chiếm 96,7%. BN nhập viện trong tình trạng GCS: 13-15 điểm (51,6%), GCS 9-12 điểm (38,7%). BN có GCS > 9 điểm (90,3%) cao, có thể do triệu chứng DDĐTM tiểu não võ có triệu chứng rầm rộ khiến

BN đến sớm, sơ cứu và điều trị kịp thời. GCS <9 điểm có 3 BN, có thể do tri giác thấp ảnh hưởng đến chỉ định mổ, hoặc gia đình BN không đồng ý phẫu thuật. Triệu chứng lâm sàng khi vào viện với biểu hiện đột ngột, hội chứng TALNS chiếm tỷ lệ cao (96,8%). Khác với các triệu chứng của dị dạng động tĩnh mạch não trên lều, DDĐTMM tiểu não vỡ không có biểu hiện co giật. Theo Rodriguez-Hernandez, tỷ lệ chảy máu của DDĐTMM tiểu não cao hơn hẳn so với DDĐTMM trên lều (78%-53%), Trong khi đó, tỷ lệ co giật của dị dạng động tĩnh mạch trên lều là 17%-30% [2].

4.2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: Chảy máu nhu mô tiểu não là hay gặp nhất 23/26 (88,5%), chảy máu nhu mô đơn thuần (57,7%). Nghiên cứu của Xianzeng Tong và cộng sự (2016) [5], chảy máu nhu mô tiểu não là 81,6%, và hình thái chảy máu nhu mô tiểu não đơn thuần chiếm 49,3%, máu tụ trong não thất chiếm 29%, phân loại theo Graeb thì mức độ nặng (55,6%), mức độ trung bình (33,3%). Do giải phẫu hố sau là vùng hẹp nên khối DDĐTMM tiểu não vị trí thùy nhộng vỡ có nguy cơ chảy máu vào não thất, 12 bệnh nhân giãn não thất (38,7%). Nguyên nhân có thể do khối DDĐTMM tiểu não lớn, máu tụ lớn chèn ép vào não thất IV và cống não hoặc máu tụ trong não thất làm tắc cống não gây lên tình trạng giãn não thất cấp. Năm 2012, Kim và cộng sự dựa vào vị trí giải phẫu và chiến lược phẫu thuật khác nhau [2], chia DDĐTMM tiểu não thành 5 loại, trong đó DDĐTMM tiểu não ở thùy nhộng chiếm tỷ lệ cao nhất (30%) và vị trí ở hạnh nhân tiểu não hiếm gặp nhất (8,3%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí dưới chẩm là hay gặp, ít gặp nhất là DDĐTMM ở hạnh nhân tiểu não (3,2%), DDĐTMM tiểu não có kích thước < 3 cm (51,6%), không có trường hợp nào khối DDĐTMM có kích thước > 6cm. Một số tác giả cho rằng, kích thước khối DDĐTMM tiểu não nhỏ có xu hướng làm tăng nguy cơ chảy máu đối với DDĐTMM tiểu não nói chung. Phân độ theo Spetzler-Martin, độ I và độ II chiếm 22 BN (71%), 9 BN độ III trong đó có 1 BN vùng chức năng (S1 E1 V1). Kết quả này tương tự với kết quả của Kim và Xianzeng Tong (2016). Sự đa dạng về hình thái, cấu trúc và tiên lượng của những khối DDĐTMM độ III khác nhau, giúp cho quá trình điều trị cũng khác nhau. Đối với DDĐTMM tiểu não trừ các tĩnh mạch bán cầu tiểu não đổ trực tiếp về xoang ngang hoặc xoang xích ma thì đều là các tĩnh mạch dẫn lưu sâu. Chỉ các nhân sâu tiểu não và cuống tiểu não được coi là vùng chức năng [3]. Trong

nghiên cứu của chúng tôi có 3/31 bệnh nhân (6,5%) có khối dị dạng nằm ở vùng chức năng. DDĐTMM được cấp máu bởi 1 nguồn (58,1%) hoặc nhiều nguồn (41,9%), trong đó nguồn từ ĐM tiểu não trên hay gặp (67,7%). Theo nghiên cứu của Xiazeng Tong và cộng sự (2016) [5], DDĐTMM tiểu não với một động mạch nuôi là yếu tố làm tăng nguy cơ chảy máu. Theo Pollock (1996), yếu tố nguy cơ gây DDĐTMM vỡ là có tĩnh mạch dẫn lưu sâu, có 1 tĩnh mạch dẫn lưu duy nhất và khối DDĐTMM có tính chất lan toả [7]. Chúng tôi nhận thấy rằng các khối DDĐTMM tiểu não vỡ hầu như đều được dẫn lưu vào hệ thống tĩnh mạch sâu (51,6%) và tỷ lệ khối DDĐTMM có tính chất lan toả (41,9%) cũng cao hơn so với DDĐTMM trên lều, do tuần hoàn sau có nhiều nguồn mạch hơn nên nguồn nuôi cho khối DDĐTMM tiểu não cũng cao hơn. Phân độ DDĐTMM tiểu não theo Spetzler-Martin ít có ý nghĩa tiên lượng do hầu hết các khối DDĐTMM đều có tĩnh mạch dẫn lưu sâu và vùng tiểu não là vùng não có ít chức năng. Rodriguez-Hernandez cũng nhận xét thấy không có trường hợp DDĐTMM độ 5 Spetzler-Martin [2]. Phân độ bổ sung của Lawton được sử dụng để tiên lượng kết quả điều trị phẫu thuật DDĐTMM nói chung, độ cao thì tiên lượng phẫu thuật sẽ nặng hơn, phân độ này có ý nghĩa đối với DDĐTMM tiểu não do tính chất lan toả (41,9%).

V. KẾT LUẬN

DDĐTMM tiểu não vỡ có biểu hiện lâm sàng là hội chứng tăng áp lực nội sọ, không có biểu hiện co giật. hình ảnh chảy máu nhu mô tiểu não cao, tỷ lệ giãn não thất hay gặp, khối dị dạng thường nằm ở vùng dưới chẩm, khối dị dạng theo phân độ của Spetzler-Martin hay gặp độ I và độ II, cấp máu cho khối dị dạng có thể từ một nguồn hoặc nhiều nguồn, khối dị dạng có tính chất lan toả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Robert T, Blanc R, Ciccio G, et al. Anatomic and angiographic findings of cerebellar arteriovenous malformations: Report of a single center experience. *J Neurol Sci.* 2015;358(1-2):357-361. doi:10.1016/j.jns.2015.09.361
2. Rodríguez-Hernández A, Kim H, Pourmohamad T, Young WL, Lawton MT, University of California, San Francisco Arteriovenous Malformation Study Project. Cerebellar arteriovenous malformations: anatomic subtypes, surgical results, and increased predictive accuracy of the supplementary grading system. *Neurosurgery.* 2012;71(6):1111-1124. doi:10.1227/NEU.0b013e318271c081
3. Lawton M.T (2015), Seven AVMs, Thieme Publisher
4. Lawton M.T, Kim H., McCulloch C.E., Mikhak B, Young W.L. (2010), A supplementary grading

scale for selecting patients with brain arteriovenous malformation for surgery, Neurosurgery 66: 702-713.

5. **Tong X, Wu J, Lin F, et al.** Risk Factors for Subsequent Hemorrhage in Patients with Cerebellar Arteriovenous Malformations. World Neurosurg. 2016;92:47-57. doi:10.1016/j.wneu.2016.04.082

6. **Graed D.A and Roberto J.S,** "Computer dianostic of intraceculer hemorrhage". Etiology and prognosis. Radiology, 1982.143(1): p. 91- 96.

7. **Pollock E., Flickinger J.C., Lunsford L.D., Bissonette D.J., Konziolka D.** (1996), Factors that predict the bleeding risk of cerebral arteriovenous malformations, Stroke 27:1-6.

KẾT QUẢ GHÉP GAN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG ĐIỀU TRỊ TEO MẬT BẨM SINH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phạm Duy Hiền¹, Nguyễn Phạm Anh Hoa¹, Vũ Mạnh Hoàn¹,
Trần Anh Quỳnh¹, Tô Mạnh Tuấn¹, Nguyễn Lý Thịnh Trường¹,
Đặng Hanh Tiệp¹, Trần Hùng¹, Đặng Ánh Dương¹, Trần Phan Ninh¹,
Lê Đình Công¹, Hoàng Tùng Lâm¹, Nguyễn Đức Hạnh¹, Trần Đức Tâm¹,
Phan Hồng Long^{2,1}, Nguyễn Thọ Anh¹, Trần Xuân Nam¹, Nguyễn Công Sơn¹,
Trần Thị Hồng Quyên¹, Hoàng Ngọc Thạch¹, Đỗ Văn Đô¹, Phạm Thị Hải Yên¹,
Bạch Thị Ly Na¹, Hoàng Thị Vân Anh¹, Trịnh Thị Thủy¹, Trần Minh Điền¹, Lê Văn Thành³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Teo mật bẩm sinh (TMBS) và các bệnh xơ gan ứ mật là những chỉ định thường gặp nhất cho phẫu thuật ghép gan ở trẻ em. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm và trung hạn phẫu thuật ghép gan từ người hiến sống điều trị TMBS ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu 22 bệnh nhân (BN) được ghép gan từ người hiến sống tại bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 7/2018 đến 11/2022. **Kết quả:** 22 BN trong đó có 10 BN nam (45,5%) và 12 BN nữ (54,5%). Tuổi trung vị 29,5 tháng (8 tháng – 14 tuổi). Cân nặng trung vị tại thời điểm phẫu thuật là 10,0 kg (7,5 – 26 kg). Mảnh ghép thùy gan trái được sử dụng ở 20 BN (91%), mảnh ghép gan phải được sử dụng ở 2 BN (9%), trong đó 9 BN (40,9%) bất đồng nhóm máu ABO. Không có biến chứng nào gặp phải ở người cho gan. 54,6% BN sau mổ có kết quả tốt. Chảy máu sau mổ (4 BN, 18,2%), hẹp tĩnh mạch gan (4 BN, 18,2%), rò đường chấp kéo dài sau mổ (5 BN, 22,7%), 1 BN hẹp động mạch gan (4,5%), 1 BN thủng ruột sau mổ (4,5%) được mổ lại làm hậu môn nhân tạo, 1 BN tử vong sớm sau mổ (4,5%) do rối loạn đông máu, 1 BN (4,5%) tử vong sau 3 tháng do tình trạng nhiễm trùng tiến triển. Tỷ lệ sống sau 3 năm là 88,1%. **Kết luận:** Ghép gan là phương pháp điều trị có hiệu quả cho những trẻ bị TMBS với kết quả tốt sau 3 năm đạt 88,1%.

Từ khóa: Ghép gan từ người hiến sống, ghép gan trẻ em, teo đường mật bẩm sinh.

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền

Email: honglong.phan14091993@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

SUMMARY

RESULT OF LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION TREATMENT BILIARY ATRESIA IN CHILDREN AT THE VIET NAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Background: Biliary atresia is the most common indication for liver transplantation in children. **Aims:** To evaluate the results of living donor liver transplantation treatment biliary atresia in children at Viet Nam National Children's Hospital. **Materials and Methods:** A retrospective review early and mid-term outcome of 22 patients with biliary atresia were performed living donor transplantation from July 2018 to November 2022. **Results:** There were 22 living donor liver transplantation cases were performed in National Children Hospital, 10 male (45,5%) and 12 female (54,5%). The median age at operation was 29,5 months (8 months old to 14 years old). The median body weight was 10,0 kg (7,5kg to 26kg). The left lateral segments were used in 20 cases (91%), right lobe were used in 2 cases (9%). There are 9 cases (40,9%) were performed with ABO blood group incompatibility. No donor complication was encountered. Intra-abdominal bleeding (4 cases, 18,2%), hepatic vein stenosis (4 cases, 18,2%), prolong chylous ascites (5 cases, 22,7%), hepatic artery thrombosis (1 case, 4,5%), intestinal perforation (1 case, 4,5%), 1 case (4,5%) died in post operation day 1 because of coagulation disorders, 1 case (4,5%) died after 3 months because of severe infection progress. **Conclusion:** Liver transplantation in our center provides encouraging outcomes for pediatric recipients with biliary atresia with the good result 3-years patient survival rate of 88,1%.

Keywords: Living donor liver transplantation, pediatric liver transplantation, biliary atresia.