

- 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". *E tilogy 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 Hiền<sup>1</sup>, Nguyễn Phạm Anh Hoa<sup>1</sup>, Vũ Mạnh Hoàn<sup>1</sup>,  
Trần Anh Quỳnh<sup>1</sup>, Tô Mạnh Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Lý Thịnh Trường<sup>1</sup>,  
Đặng Hanh Tiệp<sup>1</sup>, Trần Hùng<sup>1</sup>, Đặng Ánh Dương<sup>1</sup>, Trần Phan Ninh<sup>1</sup>,  
Lê Đình Công<sup>1</sup>, Hoàng Tùng Lâm<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Hạnh<sup>1</sup>, Trần Đức Tâm<sup>1</sup>,  
Phan Hồng Long<sup>2,1</sup>, Nguyễn Thọ Anh<sup>1</sup>, Trần Xuân Nam<sup>1</sup>, Nguyễn Công Sơn<sup>1</sup>,  
Trần Thị Hồng Quyên<sup>1</sup>, Hoàng Ngọc Thạch<sup>1</sup>, Đỗ Văn Đô<sup>1</sup>, Phạm Thị Hải Yến<sup>1</sup>,  
Bạch Thị Ly Na<sup>1</sup>, Hoàng Thị Vân Anh<sup>1</sup>, Trịnh Thị Thủy<sup>1</sup>, Trần Minh Điền<sup>1</sup>, Lê Văn Thành<sup>3</sup>

### 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.

### 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.

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung Ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh 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

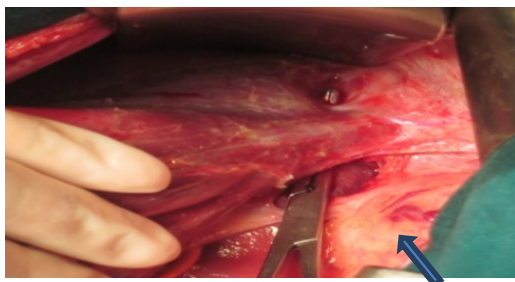
Ngày duyệt bài: 22.5.2023

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

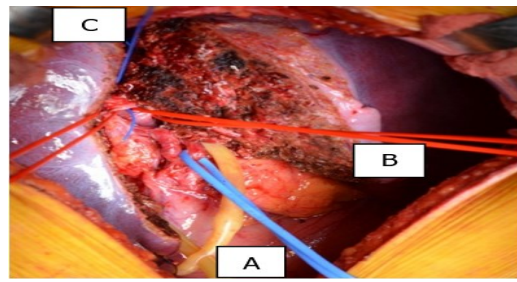
Teo mật bẩm sinh (TMBS) là bệnh lý đặc trưng bởi quá trình viêm tiến triển của đường mật trong gan và ngoài gan, dẫn đến xơ hóa và tắc nghẽn đường mật, hậu quả cuối cùng dẫn đến xơ gan. Mặc dù phẫu thuật Kasai đã cải thiện đáng kể kết quả điều trị ở trẻ TMBS, tuy nhiên hầu hết trẻ TMBS cuối cùng đều cần phải ghép gan ngay cả sau khi phẫu thuật Kasai thành công [1].

Với những tiến bộ trong kỹ thuật phẫu thuật, gây mê và hồi sức tích cực cho trẻ em, cũng như cách tiếp cận đa chuyên khoa, ghép gan trẻ em đã đạt được kết quả tốt ngay cả ở trẻ rất nhỏ. Ở Nhật Bản, tỷ lệ sống sau 5 và 10 năm ở trẻ em TMBS được ghép gan lần lượt là 91% và 87% [1]. Tại Việt Nam, ca ghép gan ở trẻ TMBS được thực hiện đầu tiên vào năm 2004 tại Bệnh viện Quân Y 103. Sau đó, năm 2005 Bệnh viện Nhi Trung ương là cơ sở đầu tiên tiến hành các ca ghép đòi hỏi kỹ thuật cao ở trẻ em như ghép gan cho cặp ghép bất đồng nhóm máu, ghép gan cho trẻ có cân nặng thấp, ghép gan cấp cứu cho trẻ suy gan cấp. Đến tháng 11/2022 Bệnh viện Nhi Trung Ương đã thực hiện được 39 ca ghép gan từ người hiến sống, trong đó có 22 ca TMBS. Hiện nay, số lượng ghép gan cho trẻ TMBS từ người hiến sống cho trẻ em ở Việt Nam còn ít, do đó chưa có nghiên cứu nào tổng kết, đánh giá đầy đủ về kết quả điều trị. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm và trung hạn ghép gan từ người hiến sống điều trị TMBS ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU



Phẫu tích tĩnh mạch gan trái (đầu mũi tên)



**Hình 1. Lấy mảnh ghép thùy gan trái (Nguồn: Võ Ngọc Diệu H, mã bệnh án: 210231302)**

**Rửa gan và tạo hình tĩnh mạch gan.** Truyền rửa gan trái bằng dung dịch Custadiol qua tĩnh mạch cửa cho đến khi dịch rửa trong. Đo đường kính các mạch máu, đường mật. Tạo hình mạch máu và đường mật. Cắt mảnh ghép

**Đối tượng:** Tất cả BN đã được phẫu thuật ghép gan từ người hiến sống điều trị TMBS tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 7/2018 đến 11/2022.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc loạt ca bệnh.

**Chỉ định ghép gan ở trẻ TMBS:** Thất bại của phẫu thuật Kasai; chẩn đoán muộn; suy dinh dưỡng nghiêm trọng; viêm đường mật tái phát không đáp ứng kháng sinh; biến chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa; giảm tiểu cầu có triệu chứng; ngứa trầm trọng do ứ mật; hội chứng gan- phổi; tăng áp cửa- phổi; hội chứng gan- thận mà chưa có chống chỉ định ghép gan. Ngoài ra, còn đưa vào điểm bệnh gan giai đoạn cuối ở trẻ em (PELD) > 10 để lựa chọn thời điểm ghép gan phù hợp [2],[3].

**Lấy mảnh ghép thùy gan trái ở người hiến gan.** Mở bụng theo đường trắng giữa trên rốn, di động gan. Phẫu tích vào cuống gan bộc lộ từng thành phần trong cuống Glisson gan trái bao gồm động mạch gan trái, tĩnh mạch cửa trái, đường mật gan trái. Đánh dấu đường cắt thùy gan trái bên phải dây chằng liềm 1cm. Cắt nhu mô gan bằng dao CUSA, cầm máu bằng clip titan hoặc khâu, buộc chỉ. Bơm thuốc cản quang qua đáy túi mật chụp đường mật bằng máy C-Arm xác định vị trí cắt ống gan trái. Cắt đường mật gan trái theo vị trí đã đánh dấu. Buộc động mạch gan trái sát vị trí ngã ba của động mạch gan riêng bằng chỉ Prolen 5/0. Kẹp cắt tĩnh mạch cửa trái sát ngã ba tĩnh mạch cửa, khâu đóng móm tĩnh mạch bằng chỉ Prolen 5/0. Kẹp cắt tĩnh mạch gan trái sát vị trí đổ vào tĩnh mạch chủ, khâu đóng móm tĩnh mạch bằng chỉ Prolen 5/0.

sau khi đã rửa và tạo hình.

**Cắt bỏ gan toàn bộ và ghép gan.** Mở bụng theo đường dưới sườn hai bên. Gỡ dính và giải phóng gan. Phẫu tích kiểm soát tĩnh mạch gan. Phẫu tích cắt bỏ hồng tràng sát miệng nối,

đóng kín đầu tận. Động mạch gan chung được phẫu tích đến mức thấp nhất sau đó đắp xylocain xung quanh động mạch. Phẫu tích tĩnh mạch cửa đến sát rốn gan và sát bờ trên tụy. Tiến hành cặp cắt tĩnh mạch cửa đầu dưới khâu bằng prolene 5/0 vắt. Cắt rời gan ra khỏi cơ thể.

**Nội tĩnh mạch gan:** Nội tĩnh mạch gan người cho với tĩnh mạch gan tương ứng người nhận bằng đường khâu vắt chỉ Prolen 5/0 hoặc 6/0.

**Nội tĩnh mạch cửa:** Bơm rửa hai đầu tĩnh mạch cửa bằng heparin. Khâu 2 mép tĩnh mạch cửa của người nhận và mảnh ghép bằng hai sợi chỉ 5-6/0 mũi vắt. **Tái tưới máu:** Thả kẹp tĩnh mạch gan và tĩnh mạch cửa, kiểm tra lại miệng nối, nếu cần có thể khâu tăng cường bằng các mũi chỉ Prolen 5/0 – 6/0. **Nội động mạch gan:** Nội động mạch gan được thực hiện dưới kính lúp bởi phẫu thuật viên tim mạch sử dụng chỉ Prolen 7-8/0 mũi rời. Siêu âm kiểm tra các miệng nối

động mạch, tĩnh mạch gan, tĩnh mạch cửa về mức độ lưu thông, có hẹp tắc, huyết khối hay không. **Nội đường mật:** Chuẩn bị quai ruột Roux-en-Y dài khoảng 40cm. Mở ruột ở mặt bên sau đó làm miệng nối mật- ruột bằng chỉ PDS 6/0 mũi rời. Cầm máu, lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu và đóng bụng.

**Các chỉ tiêu nghiên cứu ở người nhận:**

Tuổi, giới, cân nặng, nhóm máu, đặc điểm trong mổ, kết quả sớm, biến chứng sau mổ, xác suất sống thêm toàn bộ sau 3 năm. Kết quả sớm, biến chứng sau mổ được phân loại theo Clavien-Dindo (những BN thuộc phân loại biến chứng  $\leq$  độ 2 được xếp loại kết quả tốt, độ 3a, 3b xếp loại kết quả trung bình, độ 4 hoặc độ 5 xếp loại kết quả xấu). Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, sử dụng thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm, đồ thị Kaplan-Meier để tính xác suất sống thêm toàn bộ.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 07/2018 đến tháng 11/2022 có 22 BN được ghép gan điều trị TMBS tại bệnh viện Nhi Trung Ương, trong đó có 10 BN nam (45,5%) và 12 BN nữ (54,5%).

**Bảng 1. Đặc điểm người nhận gan**

| Đặc điểm bệnh nhân                                         | Trung bình $\pm$ SD | Trung vị (nhỏ nhất - lớn nhất) |
|------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| Tuổi (tháng)                                               | 46,3 $\pm$ 8,7      | 29,5 (8- 168)                  |
| Cân nặng (kg)                                              | 13,2 $\pm$ 1,2      | 10 (7,5- 26)                   |
| Điểm PELD                                                  | 16,1 $\pm$ 2,4      | 18 (0- 39)                     |
| Thời gian phẫu thuật (phút)                                | 585,4 $\pm$ 20,3    | 575 (470- 890)                 |
| Thời gian thiếu máu lạnh (phút)                            | 47,3 $\pm$ 6,5      | 46 (40- 70)                    |
| Lượng máu truyền trong mổ (mL/kg)                          | 29,3 $\pm$ 16,8     | 25,7 (8,0-120,0)               |
| Trọng lượng mảnh ghép trên trọng lượng người nhận (GRWR %) | 2,25 $\pm$ 0,15     | 2,42 (1,05- 3,72)              |
| <b>Hòa hợp nhóm máu ABO</b>                                | <b>N (n=22)</b>     | <b>Tỷ lệ %</b>                 |
| Cùng nhóm máu                                              | 13                  | 59,1                           |
| Bất đồng nhóm máu                                          | 9                   | 40,9                           |
| <b>Đặc điểm mảnh ghép</b>                                  | <b>N (n=22)</b>     | <b>Tỷ lệ %</b>                 |
| Thùy trái                                                  | 18                  | 82                             |
| Thùy trái cắt giảm thể tích                                | 2                   | 9                              |
| Gan phải không tạo hình V5,V8                              | 2                   | 9                              |
| Tạo hình tĩnh mạch cửa bằng tĩnh mạch chậu ngoài đảo chiều | 1                   | 4,5                            |

Có 9 BN (40,9%) ghép gan bất đồng nhóm máu ABO. Mảnh ghép thùy trái được sử dụng nhiều nhất 18 BN chiếm 82%, mảnh ghép gan phải được sử dụng ở 2 BN chiếm 9%. Trọng lượng mảnh ghép trên trọng lượng người nhận trung bình 2,25  $\pm$  0,15%, thời gian thiếu máu lạnh trung bình 47,3  $\pm$  6,5 phút và lượng máu phải truyền trong mổ trung bình 29,3 mL/kg.

**Bảng 2. Chỉ định ghép gan**

| Chỉ định                                     | N (n=22) | Tỷ lệ % |
|----------------------------------------------|----------|---------|
| Phẫu thuật Kasai thất bại                    | 16       | 73      |
| Teo mật chưa phẫu thuật Kasai                | 2        | 9       |
| Viêm đường mật tái phát sau phẫu thuật Kasai | 1        | 4,5     |
| Hội chứng gan- phổi                          | 2        | 9       |
| Hội chứng tăng áp cửa- phổi                  | 1        | 4,5     |

Chỉ định ghép gan thường gặp nhất là thất bại sau phẫu thuật Kasai chiếm 73%.

**Bảng 3. Biến chứng sau mổ ở người nhận gan**

| Biến chứng           | N (%)<br>(n=22) | Xử trí                                                                                                                                                                                    | Kết quả             |
|----------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Hẹp động mạch gan    | 1 (4,5)         | Can thiệp lấy huyết khối + đặt stent                                                                                                                                                      | Còn sống            |
| Hẹp tĩnh mạch cửa    | 2 (9)           | 2 BN được can thiệp đặt stent                                                                                                                                                             | Còn sống            |
| Hẹp tĩnh mạch gan    | 4 (18,2)        | 1 BN được can thiệp đặt stent ngay sau đóng bụng, 1 BN được can thiệp đặt stent HPT 3 sau mổ 4 tiếng và đặt stent HPT 2 sau 2 ngày, 2 BN được can thiệp đặt stent ngày thứ 8 và 15 sau mổ | Còn sống            |
| Hẹp đường mật        | 1 (4,5)         | Can thiệp nong, bơm rửa đường mật, không đặt stent                                                                                                                                        | Còn sống            |
| Rò mật               | 2 (9)           | Rò mật tại diện cắt gan, 1 BN được dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm, 1 BN theo dõi                                                                                                          | Còn sống            |
| Thủng đường tiêu hóa | 1 (4,5)         | Thủng ruột sau mổ 10 ngày, làm hậu môn nhân tạo                                                                                                                                           | Còn sống            |
| Chảy máu sau mổ      | 4 (18,2)        | 2 BN mổ lại cầm máu, 2 BN theo dõi, truyền máu                                                                                                                                            | Còn sống            |
| Nhiễm trùng vết mổ   | 2 (9)           | Thay băng vết mổ hằng ngày                                                                                                                                                                | Còn sống            |
| Rò đường thấp        | 5 (22,7)        | Điều trị nội khoa                                                                                                                                                                         | Còn sống            |
| Nhiễm khuẩn huyết    | 1 (4,5)         | Hồi sức tích cực                                                                                                                                                                          | Tử vong sau 3 tháng |
| Tử vong sớm sau mổ   | 1 (4,5)         | Miệng nối động mạch kéo dài, sốc tiến triển, hồi sức tích cực                                                                                                                             | Tử vong sớm sau mổ  |

Biến chứng hay gặp nhất sau mổ là rò đường thấp chiếm 22,7%, chảy máu sau mổ 18%, hẹp tĩnh mạch gan 18,2%, biến chứng đường mật 13,5%, hẹp tĩnh mạch cửa (9%), các biến chứng hẹp động mạch gan, nhiễm khuẩn huyết và tử vong sớm sau mổ gặp tương ứng 4,5%.



Can thiệp đặt stent động mạch gan

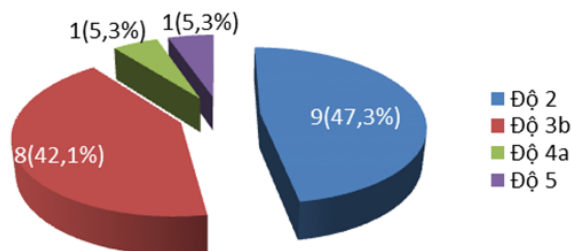
Hình A: Vị trí hẹp động mạch gan (Mũi tên trắng)

Hình B: Stent động mạch gan (Mũi tên đen)

Đặt stent tĩnh mạch gan

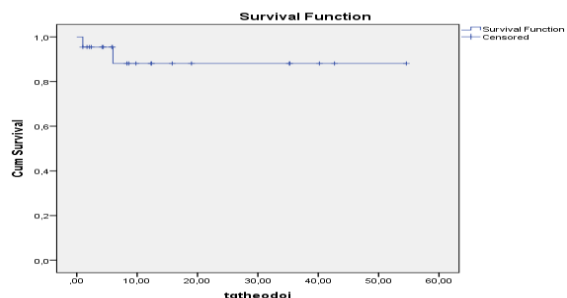
Hình C: Vị trí hẹp và stent tĩnh mạch gan (Mũi tên trắng)

**Hình 2. Can thiệp mạch xử trí biến chứng mạch máu (Nguồn: BN Trần Gia B, mã số: 190578867)**



**Biểu đồ 1. Kết quả sớm theo phân loại Clavien-Dindo**

Kết quả tốt ở 12/22 BN (54,6%), trong đó có 3 BN (13,6%) không có biến chứng, 9 BN (47,3%) bị biến chứng độ 2, 8 BN (42,1%) biến chứng độ 3b, 1 BN (5,3%) biến chứng độ 4a, 1 BN (5,3%) biến chứng độ 5.



**Biểu đồ 2. Xác suất sống thêm toàn bộ theo Kaplan-Meier**

Thời gian theo dõi trung bình là  $14,9 \pm 3,4$  tháng (2- 54,6 tháng). Xác suất sống thêm toàn bộ sau 3 năm là 88,1%.

#### IV. BÀN LUẬN

**Kết quả sớm.** Trong nghiên cứu có 9 BN gặp các biến chứng nhẹ  $\leq$  độ 2 theo phân loại Clavien- Dindo (54,6%), 8 BN đạt kết quả trung bình (36,4%) và 2 BN đạt kết quả xấu (9,1%).

Chảy máu sau mổ là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong sau mổ, liên quan đến rối loạn đông máu trước mổ, giảm số lượng tiểu cầu do cường lách, do phẫu thuật, sử dụng chống đông sau mổ hoặc do chức năng khối ghép kém. Trong nghiên cứu có 4 BN (18,2%) chảy máu trong ổ bụng, 1 BN chảy máu từ diện cắt, 1 BN chảy máu từ thành bụng vị trí đặt dẫn lưu phải mổ lại khâu cầm máu, 2 BN chảy máu sau mổ do sử dụng thuốc chống đông, theo dõi hồi sức, không phải mổ lại. Cả 4 BN theo dõi ra viện ổn định sau ghép. Tỷ lệ chảy máu trong ổ bụng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Roberto Tambucci (2021) là 4,1% chảy máu trong ổ bụng [4], có thể do số lượng BN trong nghiên cứu còn ít và kinh nghiệm của phẫu thuật viên còn hạn chế.

Biến chứng đường mật là biến chứng hay gặp và được gọi là "gót chân Achilles" trong ghép gan chiếm tỷ lệ 20-30% [6],[5]. Nguyên nhân có thể do thiếu máu đường mật, hẹp động mạch gan, kỹ thuật khâu nối đường mật hoặc do bảo quản mảnh ghép. Trong nghiên cứu có 1 BN (4,5%) hẹp hẹp mật tĩnh nối mật- ruột được can thiệp nội mật tĩnh, không đặt stent và dẫn lưu mật ra da, theo dõi đến hiện tại 6 tháng sau ghép bệnh nhân vẫn còn những đợt tắc mật, chỉ định mổ làm lại mật tĩnh nối được đặt ra nhưng gia đình không đồng ý; có 2 BN (9%) rò mật tại vị trí diện cắt gan được điều trị nội khoa diễn biến ổn định. Kết quả này thấp hơn các nghiên cứu Zhu (2012) [5] trên 43 BN, 11 BN có biến chứng đường mật (25,6%), trong đó 7 BN bị nhiễm trùng đường mật, 2 BN bị rò mật, 2 BN bị hẹp mật tĩnh, 2 BN tử vong do nhiễm trùng sau mổ làm lại mật tĩnh nối mật- ruột (18,2%); tuy nhiên, cao hơn nghiên cứu của Roberto Tambucci [4] tỷ lệ rò mật là 5,4% và hẹp mật tĩnh là 2%.

Hẹp động mạch gan là biến chứng phổ biến thường gặp ở trẻ em do mật tĩnh nối động mạch nhỏ, gấp khoảng 1,7- 26% [5]. Hậu quả của tắc, hẹp động mạch gan gây thiếu máu mảnh ghép, tổn thương tế bào gan, hoại tử đường mật và cuối cùng dẫn đến mất mảnh ghép; trường hợp phát hiện muộn có thể bảo tồn vì có sự bù trừ của tĩnh mạch cửa, tuy nhiên biến chứng đường mật vẫn tiếp diễn và nguy cơ phải ghép lại cho những bệnh nhân này là rất cao. Trong nghiên cứu có 1 BN hẹp động mạch gan được phát hiện

ngày thứ 2 sau ghép, yếu tố nguy cơ là mật tĩnh nối động mạch dài và gấp góc; bệnh nhân được can thiệp lấy huyết khối và đặt stent thành công.

Đặc điểm tĩnh mạch cửa ở trẻ TMBS thường xơ cứng và hẹp do xơ gan, tăng áp tĩnh mạch cửa kéo dài hoặc những can thiệp phẫu thuật trước đó. Ở một số trung tâm đường kính tĩnh mạch cửa  $\leq$  4mm là có chỉ định tạo hình tĩnh mạch cửa [5],[1]. Tác giả Kasahara (2017) [1] lựa chọn phương pháp xé dọc thân tĩnh mạch cửa để làm rộng khẩu kính hoặc thay thế tĩnh mạch cửa bằng tĩnh mạch chậu ngoài của người cho. Trong nghiên cứu có 1 BN sau nối tĩnh mạch cửa dòng chảy qua tĩnh mạch cửa không tốt, chúng tôi đã tiến hành thắt các tuần hoàn bàng hệ lách- thân kèm thắt tĩnh mạch thân trái, sau đó dòng chảy cải thiện; 1 BN đường kính tĩnh mạch cửa người nhận là 3,8mm, được thay thế bằng tĩnh mạch chậu ngoài của người cho, sau thay thế dòng chảy ổn định.

**Kết quả trung hạn.** Kết thúc nghiên cứu, có 20 BN còn sống, thời gian theo dõi trung bình là 14,9 tháng. Tỷ lệ sống thêm sau 3 năm là 88,1%. Kết quả này tương đương với một số nghiên cứu khác trên thế giới [1],[4]. Tác giả Kasahara (2017) phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến xấu đến tỷ lệ sống của khối ghép như người cho gan tuổi  $\geq$  50, BMI  $\geq$  25 kg/cm<sup>2</sup>, bất đồng nhóm máu ABO, loại mảnh ghép; và các yếu tố khác như kinh nghiệm của trung tâm ghép gan dưới 50 ca [9]. Ngoài ra, các biến chứng sau mổ, nồng độ thuốc ức chế miễn dịch, cân nặng người nhận thấp ( $\leq$  6kg), chất lượng cuộc sống và rối loạn tâm lý người nhận cũng là những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả xa của ghép gan [5],[9]. Trong nghiên cứu có 1 BN (4,5%) tử vong sau 3 tháng sau mổ do sốc nhiễm trùng, suy đa tạng đó là bệnh nhân có cân nặng thấp nhất trong nghiên cứu (7,5kg). Theo nghiên cứu của Tambucci (2021) [4] trên 393 BN nguyên nhân tử vong sau mổ bao gồm sốc nhiễm trùng suy đa tạng (2,3%), mất chức năng khối ghép nguyên phát (0,5%), xuất huyết não do rối loạn đông máu (0,3%), ngừng tim đột ngột (0,3%) và một số không tìm được nguyên nhân (0,5%).

#### V. KẾT LUẬN

Ghép gan từ người hiến sống điều trị TMBS ở trẻ em bước đầu cho kết quả khả quan, an toàn, giảm thời gian chờ đợi và cải thiện tỷ lệ sống còn với kết quả sớm sau mổ phân loại tốt đạt 54,6%; tỷ lệ sống sau 3 năm là 88,1%. Không có biến chứng nào gặp phải ở người cho gan. Việc nắm

vững các chỉ định, tối ưu hóa bệnh nhân trước ghép và kỹ thuật đóng vai trò quan trọng trong thành công của phẫu thuật ghép gan. Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu còn ít, kinh nghiệm của trung tâm còn chưa nhiều, cần đánh giá trên số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian nghiên cứu dài hơn để đánh giá tỷ lệ sống 5 năm và xa hơn nữa.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kasahara M., Umeshita K., et al** (2017). Liver transplantation for biliary atresia: a systematic review. *Pediatr Surg Int*, 33(12), 1289–1295.
2. **Sundaram S.S., Mack C.L., et al.** (2017). Biliary atresia: Indications and timing of liver transplantation and optimization of pretransplant care. *Liver Transpl*, 23(1), 96–109.
3. **Swenson S.M., Roberts J.P., et al.** (2019). Impact of the Pediatric End-Stage Liver Disease (PELD) growth failure thresholds on mortality among pediatric liver transplant candidates. *American Journal of Transplantation*, 19(12), 3308–3318.
4. **Tambucci R., de Magnée C., et al.** (2021). Sequential Treatment of Biliary Atresia With Kasai Hepatopuertoenterostomy and Liver Transplantation: Benefits, Risks, and Outcome in 393 Children. *Front Pediatr*, 9, 697581.
5. **Zhu J.-J., Xia Q., et al.** (2012). Living donor liver transplantation in 43 children with biliary atresia: a single-center experience from the mainland of China. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International*, 11(3), 250–255.
6. **Cortes-Cerisuelo M., Boumpourea C., et al.** (2021). Liver Transplantation for Biliary Atresia in Adulthood: Single-Centre Surgical Experience. *JCM*, 10(21), 4969.
7. **Qiao G., Li L., et al.** (2015). Conditional probability of survival in patients with biliary atresia after Kasai portoenterostomy: a Chinese population-based study. *Journal of Pediatric Surgery*, 50(8), 1310–1315.
8. **Caglar C., Arif M., et al.** (2016). Hepatopulmonary Syndrome and Liver Transplantation: A Recent Review of the Literature. *JCTH*, 4(1), 47–53.
9. **Kasahara M., Umeshita K., et al.** (2018). Living donor liver transplantation for biliary atresia: An analysis of 2085 cases in the registry of the Japanese Liver Transplantation Society. *American Journal of Transplantation*, 18(3), 659–668.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT CẮT BÈ CÙNG GIÁC MẠC ÁP DỤNG KỸ THUẬT KHÂU CHỈ RÚT TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH GLÔCÔM

Trần Tất Thắng<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Độ<sup>2</sup>, Lê Thị Thanh Trà<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc áp dụng kỹ thuật khâu chỉ rút trong điều trị bệnh glôcôm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng trên 19 mắt được chẩn đoán Glôcôm có chỉ định phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An trong thời gian từ tháng 03/2017 tới tháng 10/2017; **Kết quả.** 100% các trường hợp sau rút chỉ có mức nhãn áp điều chỉnh. Tỷ lệ nhãn áp điều chỉnh sau phẫu thuật trung bình là 49.19%. Sau phẫu thuật cắt bè tháo chỉ rút sau 1 tuần nhãn áp trung bình giảm từ  $32.63 \pm 4.99$  mmHg trước điều trị xuống  $16.58 \pm 1.17$  mmHg, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $P < 0.05$ ). Thị lực ổn định và cải thiện sau phẫu thuật. Độ sâu tiền phòng tốt 100% sau rút chỉ. Bọng thấm khá và tốt chiếm 89.5%. Không có biến chứng cần xử lý.

**Từ khóa:** Cắt bè, bọng thấm, glôcôm.

#### SUMMARY

#### EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF TRABECULECTOMY USING RETRACTABLE SUTURE TECHNIQUE IN THE TREATMENT OF GLAUCOMA

**Objectives:** Evaluating the effectiveness of trabeculectomy using retractable suture technique in the treatment of glaucoma. **Subjects and methods:** A non-comparative interventional study of 19 glaucoma patient with indications for trabeculectomy at Nghe An general friendship hospital from March 2017 to October 2017. **Results:** 100% of cases after withdrawal only have corrected intraocular pressure. The average rate of IOP correction after surgery was 49.19%. After trabeculectomy, the mean IOP decreased from  $32.63 \pm 4.99$  mmHg before treatment to  $16.58 \pm 1.17$  mmHg after 1 week of trabeculectomy. This difference is statistically significant ( $P < 0.05$ ). Vision stabilized and improved after surgery. 100% of Anterior chamber is good after thread draw. Filtering bleb is quite and good accounted for 89.5%. No complications to treat

**Keywords:** Trabeculectomy, filtering bleb, glaucoma.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù được ra đời từ rất lâu nhưng phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc của Cairns (1968)

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Nghệ An

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An  
Chịu trách nhiệm chính: Trần Tất Thắng  
Email: thangmatna@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023