

Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy ở bệnh nhân sau 6 tháng ghép gan phải từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Characteristics of multi-slice computed tomography in patients 6 months after right lobe living donor liver transplantation at 108 Military Central Hospital

Lê Hải Sơn^{1*}, Lê Duy Dũng¹, Nguyễn Thị Chung¹, Nguyễn Văn Thạc¹, Hà Thế Anh¹, Nguyễn Việt Hà¹, Lê Hải Tú¹, Phạm Tuấn Anh¹ và Nguyễn Xuân Phùng²

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
²Học viện Quân y

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy ở bệnh nhân sau 6 tháng ghép gan phải từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 48 bệnh nhân được ghép gan phải từ người cho sống. Các bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính 6 tháng sau ghép để đánh giá tình trạng nhu mô gan và các biến chứng. **Kết quả:** Tính chất nhu mô gan: 83,33% bệnh nhân có nhu mô gan đồng nhất; có 16,67% có vùng giảm tỷ trọng. Kích thước động mạch trước, tại vị trí, sau miệng nối có đường kính trung bình giảm dần, lần lượt là $3,94 \pm 1,25\text{mm}$; $3,26 \pm 1,13\text{mm}$; $2,65 \pm 1,04\text{mm}$. Hình ảnh đường mật: 13/48 (27,08%) trường hợp có biểu hiện giãn đường mật trong gan. Hình ảnh tràn dịch màng phổi: 4,17% có ở một bên, 2,08% có ở cả hai bên. **Kết luận:** Cắt lớp vi tính đa dãy là công cụ chẩn đoán hình ảnh hữu ích trong theo dõi bất thường muộn sau ghép gan.

Từ khóa: Ghép gan phải, hình ảnh gan bất thường, cắt lớp vi tính.

Summary

Objective: To evaluate some features of multi-slice computed tomography images in patients 6 months after right lobe living donor liver transplantation at the 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study on 48 patients who received right lobe living donor liver transplantation. Patients underwent CT scans 6 months after transplantation to evaluate the condition of the liver parenchyma and complications. **Result:** Liver parenchyma properties: 83.33% of patients had homogeneous liver parenchyma; 16.67% had hypodense areas. The average diameter of the arteries before, at, and after the anastomosis decreased by $3.94 \pm 1.25\text{mm}$; $3.26 \pm 1.13\text{mm}$; $2.65 \pm 1.04\text{mm}$, respectively. Biliary tract images: 13/48 (27.08%) cases showed signs of intrahepatic biliary dilatation. Pleural effusion: 4.17% were unilateral, 2.08% were bilateral. **Conclusion:** Multi-slice CT is a useful imaging tool in monitoring late abnormalities after liver transplantation.

Keywords: Right lobe liver transplantation, abnormal liver images, computed tomography.

Ngày nhận bài: 12/5/2025, ngày chấp nhận đăng: 30/6/2025

* Tác giả liên hệ: drchung0408@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự phát triển của nền y học, kỹ thuật ghép tạng đã tạo ra một cuộc cách mạng trong y học. Trong đó, ghép gan đã làm tăng thời gian sống thêm cũng như chất lượng cuộc sống cho các bệnh nhân gan giai đoạn cuối và ung thư biểu mô tế bào gan. Ghép gan là phương pháp điều trị chính cho bệnh gan mạn tính giai đoạn cuối, cũng như một số trường hợp ung thư biểu mô gan và suy gan cấp. Ghép gan góp phần khôi phục sức khỏe, và kéo dài tuổi thọ cho bệnh nhân, khi mà các phương pháp can thiệp khác đều đã thất bại¹. Mặc dù với những tiến bộ về mặt kỹ thuật và miễn dịch trong lĩnh vực ghép gan, vẫn có những biến chứng nghiêm trọng ảnh hưởng đến khả năng sống của mảnh ghép sau ghép gan. Nên việc theo dõi hình ảnh của mảnh gan sau ghép có vai trò rất quan trọng, để phát hiện các hình ảnh như các bất thường mạch máu, biến chứng đường mật, thể tích gan tái tạo thêm, thải ghép và tái phát bệnh lý ác tính sau ghép tạng². Chụp cắt lớp vi tính đa dãy được coi là một kỹ thuật chẩn đoán không xâm lấn để đánh giá tình trạng của mảnh gan ghép, phát hiện các hình ảnh biến chứng sớm và muộn sau ghép, góp phần tiên lượng sự sống còn của mảnh gan ghép, đã có một số nghiên cứu đánh giá hình ảnh gan sớm sau ghép²... Nhưng đáng giá hình ảnh muộn (sau 6 tháng) của gan ghép hiện tại trong nước vẫn chưa có nhiều báo cáo vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá: *Đặc điểm biến chứng trên cắt lớp vi tính đa dãy ở bệnh nhân sau 6 tháng ghép gan phải từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Các bệnh nhân được phẫu thuật ghép gan và theo dõi sau ghép ít nhất 6 tháng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong giai đoạn từ tháng 01/2021 đến tháng 5/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được ghép gan từ người cho sống và theo dõi sau ghép 6 tháng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Được theo dõi bằng chụp CLVT sau ghép gan 6 tháng.

Hồ sơ bệnh án được ghi chép đầy đủ các dữ liệu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Bệnh nhân ghép gan từ người cho chết não.

Không có đầy đủ dữ liệu hình ảnh CLVT trên hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh (Picture Archiving and Communication Systems - PACS).

Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z^2 \times \frac{p \times (1 - p)}{e^2}$$

Trong đó:

Z: tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn, thường lấy 95% - 95% CI, 2-side test, Z = 1,96

e: Sai số mong muốn, ta chọn e = 0,1.

p: Tỷ lệ ước tính, được lấy theo nghiên cứu của Mai Hồng Bằng³ và cộng sự có tỷ lệ biến chứng mạch máu là 8,3%, p = 0,083.

Ta tính được n = 30.

Thực tế nghiên cứu thực hiện trên 48 bệnh nhân thỏa mãn điều kiện nghiên cứu.

Phương tiện nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn được lưu trữ tại Phòng Kế hoạch Tổng hợp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Bệnh án nghiên cứu.

Các máy chụp CLVT hiện có của Khoa Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 bao gồm: Hệ thống máy chụp CLVT 32 dãy đầu thu Siemens SOMATO go.Now (Đức) và hệ thống chụp CLVT 16 dãy đầu thu GE Optima CT580 RT (Mỹ). CLVT 64-128 dãy và 512 dãy để tiến hành đo thể tích gan.

Quy trình nghiên cứu

Lựa chọn hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn được lưu trữ tại Phòng Kế hoạch Tổng hợp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính đa dãy vào khoảng thời điểm tháng thứ 6 sau ghép gan phải từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Thông số chụp: 120kV, 240mAs.

Chụp các lớp cắt trước tiêm thuốc đối quang i-ốt với mục đích: Bước đầu định vị tổn thương để thực hiện các lớp cắt sau tiêm. Đo tỷ trọng xác định tổn thương giảm tỷ trọng, để đánh giá xem tổn thương có hình ảnh dạng dạng dài, dạng nốt hay khối, tổn thương có chứa thành phần mỡ hay không, có vôi hóa hoặc chảy máu hay không; đồng thời giúp so sánh với tỷ trọng của tổn thương sau tiêm thuốc để đánh giá mức độ ngấm thuốc của tổn thương là ít hay nhiều.

Các lớp cắt ở thì động mạch được thực hiện ở giây thứ 25-30 tính từ lúc bắt đầu tiêm thuốc: Đánh giá mức độ giàu mạch của tổn thương u; tình trạng rối loạn tưới máu trong nhu mô các tạng đặc; tình trạng hiện hình tĩnh mạch dẫn lưu sớm trong bệnh cảnh dị dạng thông động-tĩnh mạch; tình trạng thoát thuốc ra ngoài lòng mạch trong trường hợp chảy máu thể hoạt động do chấn thương tạng. Dựa vào hình MIP và VRT để dựng hình ảnh động mạch máu, xác định các vị trí cần đo...

Các lớp cắt ở thì tĩnh mạch được thực hiện ở giây thứ 60-70 tính từ thời điểm bắt đầu tiêm thuốc: Đánh giá tình trạng thải thuốc nhanh hay chậm của các tổn thương u; bộc lộ rõ các tổn thương dạng như các ổ đọng dập hoặc đường vỡ trong các tạng trong bệnh cảnh chấn thương. Dựa vào hình MIP để dựng hình ảnh tĩnh mạch máu, xác định các vị trí cần đo...

3.2. Tính chất nhu mô gan

Bảng 1. Tính chất nhu mô gan sau 6 tháng ghép gan

Tính chất nhu mô gan	6 tháng n (%)	Triệu chứng lâm sàng	Biến đổi xét nghiệm
Đồng nhất	40 (83,33)	(-)	(-)
Giảm tỷ trọng nhỏ, khu trú	3 (6,25)	(-)	(-)
Giảm tỷ trọng dạng khối	2 (4,17)	(-)	(-)
Giảm tỷ trọng dạng dài	3 (6,25)	(-)	(-)

Các lớp cắt ở thì muộn được thực hiện sau 5-7 phút tùy từng trường hợp cụ thể, chẳng hạn như các u bắt thuốc ít ở thì động mạch và tĩnh mạch...

Xử lý hình ảnh: Hình chiếu cường độ tối đa (MIP), tái tạo đa mặt phẳng (MPR) và kĩ thuật hiển thị thể tích (VRT) được sử dụng để phân tích đánh giá hình ảnh. Sử dụng dữ liệu đã chụp dùng phần mềm trên máy CLVT đa dãy có phần mềm đo thể tích, để đo thể tích gan.

Các xét nghiệm sinh hoá, miễn dịch được thực hiện vào thời điểm chụp phim CLVT sau 6 tháng ghép gan.

Xử lý và phân tích số liệu

Thu thập và xử lý số liệu nghiên cứu bằng phần mềm SPSS 22.0.

Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ %.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai sau khi đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Học viện Quân y thông qua, được sự cho phép của Ban Giám đốc Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 theo số 3896/GCN-BV.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 48 bệnh nhân, tuổi trung bình là $51,97 \pm 11,99$ (13-72) tuổi. Nhóm tuổi từ 50-64 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,08% sau đó là nhóm tuổi từ 35-49 tuổi với 29,17%, hai nhóm tuổi dưới 18 và 18-34 tuổi chiếm tỷ lệ thấp. Trong nghiên cứu này, chiếm đa số người nhận gan là nam với 87,50%, còn lại tỷ lệ nữ là 12,50%.

Nhận xét: Sau 6 tháng ghép gan, tính chất nhu mô gan đa phần đồng nhất với 83,33%, có 16,67% giảm tỷ trọng trong đó 6,25% giảm tỷ trọng nhỏ, khu trú, 4,17% giảm tỷ trọng dạng khối, 6,25% giảm tỷ trọng dạng dải. Các bệnh nhân có hoặc không có giảm tỷ trọng gan đều chưa xuất hiện bất thường trên lâm sàng và xét nghiệm.

3.3. Kích thước động mạch gan

Bảng 2. Kích thước động mạch sau 6 tháng ghép gan

Động mạch	Mean $\pm$ SD	Median	Min - Max	p
(1) Kích thước ĐM trước miệng nối (mm)	3,94 $\pm$ 1,25	3,90	1,6 – 7,5	p ₁₂ <0,0001 p ₁₃ <0,0001 p ₂₂ <0,0001
(2) Kích thước ĐM tại miệng nối (mm)	3,26 $\pm$ 1,13	3,05	1,5 – 7,2	
(3) Kích thước ĐM sau miệng nối (mm)	2,65 $\pm$ 1,04	2,35	1,2 – 5,7	

Nhận xét: Kích thước động mạch trước, tại vị trí, sau miệng nối có đường kính trung bình giảm dần, lần lượt là 3,94 $\pm$ 1,25mm; 3,26 $\pm$ 1,13mm; 2,65 $\pm$ 1,04mm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kích thước động mạch trước, tại vị trí và sau miệng nối tại thời điểm 6 tháng sau ghép gan với p<0,05.

Bảng 3. Phân loại kích thước động mạch sau ghép gan 6 tháng

Động mạch		Số lượng n (%)	Triệu chứng lâm sàng	Biến đổi xét nghiệm
ĐM trước miệng nối	$\leq$ 2mm	2 (4,17)	(-)	(-)
	>2mm	46 (95,83)	(-)	(-)
ĐM tại miệng nối	$\leq$ 2mm	8 (16,67)	(-)	(-)
	>2mm	40 (83,33)	(-)	(-)
ĐM sau miệng nối	$\leq$ 2mm	20 (41,67)	(-)	(-)
	> 2mm	28 (58,33)	(-)	(-)

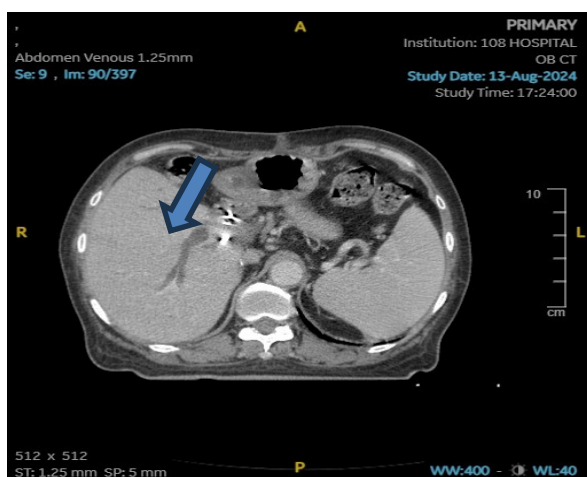
Nhận xét: Trên tổng số 48 bệnh nhân, 4,17% có đường kính động mạch trước miệng nối $\leq$ 2mm, 16,67% có đường kính động mạch tại miệng nối $\leq$ 2mm, 41,67% có đường kính sau miệng nối $\leq$ 2mm. Các bệnh nhân có hoặc không có đường kính động mạch nhỏ đều chưa xuất hiện bất thường trên lâm sàng và xét nghiệm.

3.4. Hình ảnh đường mật

Bảng 4. Hình ảnh đường mật sau 6 tháng ghép gan

Giãn đường mật trong gan	Số lượng (n, %)	Triệu chứng lâm sàng	Biến đổi xét nghiệm
Không	35 (72,92)	(-)	(-)
Có	13 (27,08)	(-)	(-)
Tổng	48 (100)	(-)	(-)

Nhận xét: Tại thời điểm sau 6 tháng ghép gan, chúng tôi ghi nhận có 13/48 (27,08%) trường hợp có biểu hiện giãn đường mật trong gan. Các bệnh nhân có hoặc không có giãn đường mật đều chưa xuất hiện bất thường trên lâm sàng và xét nghiệm.



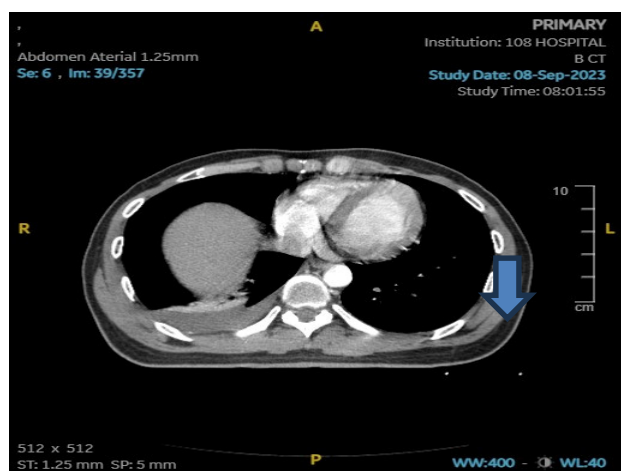
Hình 1. Hình ảnh giãn đường mật ở bệnh ghép gan trên CLVT
(Vị trí mũi xanh tên chỉ) Nguồn: BN Cao Thị D, SHS: 24818940

3.5. Hình ảnh tràn dịch màng phổi

Bảng 4. Hình ảnh tràn dịch màng phổi sau 6 tháng ghép gan

Biến chứng	Số lượng (n, %)	Triệu chứng lâm sàng	Biến đổi xét nghiệm
Một bên	2 (4,17%)	(-)	(-)
Hai bên	1 (2,08%)	(-)	(-)
Tổng	3 (6,17%)	(-)	(-)

Nhận xét: Sau 6 tháng mổ, 4,17% bệnh nhân có hình ảnh tràn dịch màng phổi một bên, 2,08% có hình ảnh tràn dịch màng phổi hai bên. Các bệnh nhân có hoặc không có dịch màng phổi đều chưa xuất hiện bất thường trên lâm sàng và xét nghiệm.



Hình 2. Hình ảnh tràn dịch phổi phải trên phim CLVT
(Vị trí mũi tên màu xanh chỉ)

Nguồn: BN Trần Huy H, Shs: 24606663

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Việc xác định những đặc tính nhân khẩu học như độ tuổi và giới tính có thể cung cấp thông tin quan trọng trong công việc quản lý sức khỏe và kế hoạch điều trị cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình là $51,97 \pm 11,99$ (13-72) tuổi. Nhóm tuổi từ 50-64 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,08% sau đó là nhóm tuổi từ 35-49 tuổi với 29,17%, hai nhóm tuổi dưới 18 và 18-34 tuổi chiếm tỷ lệ thấp. Trong nghiên cứu này, chiếm đa số người nhận gan là nam với 87,50%, còn lại tỷ lệ nữ là 12,50%. Nghiên cứu của tác giả Mai Hồng Bàng và cộng sự cho thấy tuổi trung bình: $48,87 \pm 13$ tuổi³. Về giới tính, chúng tôi ghi nhận chiếm đa số là nam bệnh nhân với 82%, còn lại tỷ lệ nữ bệnh nhân là 18%. Nghiên cứu của tác giả Mai Hồng Bàng và cộng sự cho thấy nam giới chiếm đa số với 88,3%, còn lại nữ giới chiếm 11,7%³.

4.2. Tính chất nhu mô gan

Các đặc tính nhu mô gan ở người nhận ghép gan phải có tầm quan trọng vì chúng phản ánh cả sự phục hồi chức năng gan và thành công chung của quy trình ghép. Sau 6 tháng ghép gan phải, chúng tôi ghi nhận tính chất nhu mô gan đa phần đồng nhất với 83,33%, có 16,67% giảm tỷ trọng. Sau ghép gan, có thể quan sát thấy những thay đổi mô học đáng kể ở mô gan ghép, chẳng hạn như sự tăng sinh tế bào gan. Quá trình tái tạo gan sau ghép bị ảnh hưởng bởi các yếu tố bao gồm chất lượng gan của người hiến tặng và trạng thái chuyển hóa của người nhận⁴. Tỷ lệ có nhu mô gan đồng nhất trong nghiên cứu này cao với 83,33% sau 6 tháng ghép cho thấy việc kiểm soát trước, trong và sau ghép hiệu quả đã giúp gan ghép phục hồi tốt.

4.3. Hình ảnh mạch máu

Chúng tôi ghi nhận kích thước động mạch trước, tại vị trí, sau miệng nối có đường kính trung bình giảm dần, lần lượt là $3,94 \pm 1,25\text{mm}$; $3,26 \pm 1,13\text{mm}$; $2,65 \pm 1,04\text{mm}$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kích thước động mạch trước, tại và sau miệng nối tại thời điểm 6 tháng sau ghép gan với $p < 0,05$ và 41,67% có đường kính sau miệng nối $\leq 2\text{mm}$. Kết quả của chúng tôi có phần tương đồng với các kết quả nghiên cứu khác: Nghiên cứu của Lâm Lệ Quyên và cộng sự về kích thước động mạch gan riêng trên người bình thường là $4,4 \pm 1,0\text{mm}$ ($2,4 - 7,5\text{mm}$)⁵. Nghiên cứu của Vũ Văn Quang cho thấy: Đường kính động mạch gan: 11/52 có đường kính $> 2\text{mm}$, 41/52 có đường kính $\leq 2\text{mm}$. Biến chứng hẹp động mạch gan có mối tương quan nghịch, mức độ vừa với đường kính động mạch gan⁶. Nghiên cứu khác của Vũ Văn Quang cho kết quả kích thước đường kính động mạch gan trung bình là $2,5 \pm 0,7\text{mm}$ ⁷. Kích thước động mạch gan là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến nguy cơ xuất hiện các biến chứng mạch máu trong bệnh nhân ghép gan. Nghiên cứu của Vũ Văn Quang cho thấy: Bất đồng khẩu kính của tĩnh mạch của người hiến và người nhận là yếu tố nguy cơ của biến chứng hẹp tĩnh mạch của sau ghép. Biến chứng hẹp động mạch gan có mối tương quan nghịch, mức độ vừa với đường kính động mạch gan⁶. Tương tự, theo nghiên cứu của Lê Hữu Tý: Kích thước động mạch gan nhỏ có

liên quan đến gia tăng nguy cơ huyết khối trong động mạch này, điều này có thể dẫn đến tình trạng thiếu máu cục bộ và hoại tử mô ghép². Biến chứng động mạch gan thường là chỉ định cho việc ghép lại, cho thấy tầm quan trọng của việc xác định kích thước thích hợp của động mạch gan trong quy trình ghép. Trên nghiên cứu thấy giá trị của CLVT đánh giá được sự bất đồng khẩu kính và đường kính động tĩnh mạch gan ghép, kết hợp các chỉ số xét nghiệm và tình trạng lâm sàng, để đánh giá tình trạng chức năng gan, tất cả các bệnh nhân có đường kính động mạch nhỏ đều không có chỉ định can thiệp, do tình trạng hẹp mạn tính sau 6 tháng ghép gan hoặc đã được dùng thuốc hoặc bổ xung tuần hoàn bàng hệ cho mảnh gan ghép.

4.4. Hình ảnh đường mật

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có 13/48 (27,08%) trường hợp có biểu hiện giãn đường mật trong gan, so sánh với các chỉ số xét nghiệm thì các chỉ số bilirubin biến đổi rất ít, không biểu hiện của tình trạng tắc mật, có thể là giãn cơ năng hoặc một tình trạng giãn nhẹ mạn tính, cơ thể đã có sự điều chỉnh cân bằng ở giai đoạn muộn (sau 6 tháng), không có trường hợp bệnh nhân nào ở giai đoạn này được chỉ định đặt stent đường mật điều trị hẹp đường mật. Hình ảnh bất thường đường mật sau ghép gan là mối quan tâm thường xuyên, nó ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe và tử vong của bệnh nhân. Tỷ lệ mắc các bất thường này được báo cáo dao động từ 10% đến 32%, tùy thuộc vào nguồn và tiêu chí được sử dụng để chẩn đoán^{8,9}. Nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm của Zhihao Lin và cộng sự trên 3633 bệnh nhân ghép gan từ nguồn cho sống tại 18 trung tâm ghi nhận tỷ lệ rò mật và hẹp đường mật lần lượt là 11,4% và 20,6%¹⁰. Một yếu tố chính góp phần gây ra bất thường đường mật là tổn thương do thiếu máu cục bộ tái tưới máu, có thể làm suy yếu nguồn cung cấp mạch máu của ống mật do nhiều nguyên nhân khác nhau^{8,9}. Bệnh nhân gặp bất thường đường mật có thời gian nằm viện kéo dài, tỷ lệ biến chứng lớn tăng, ảnh hưởng lớn đến sự sống còn của gan ghép. Bất thường đường mật thường xuất hiện trong năm đầu sau ghép gan, nhưng ở các giai đoạn sau thì biểu hiện lâm sàng xét nghiệm càng ít đi.

4.5. Hình ảnh tràn dịch màng phổi

Tràn dịch màng phổi là hình ảnh thường gặp trong giai đoạn hậu phẫu ở bệnh nhân ghép gan, ở giai đoạn muộn thì ít gặp. Tỷ lệ tràn dịch màng phổi có sự khác biệt nhiều giữa các báo cáo, với tỷ lệ được báo cáo dao động từ 39% đến 95% trong giai đoạn hậu phẫu sớm, mặc dù nhiều trường hợp tự khỏi trong vòng vài tuần mà không cần can thiệp xâm lấn¹¹. Ở giai đoạn muộn, sau 6 tháng mổ, chúng tôi ghi nhận 4,17% bệnh nhân có hình ảnh tràn dịch màng phổi một bên, 2,08% có hình ảnh tràn dịch màng phổi hai bên. Sự xuất hiện của tràn dịch màng phổi có thể do nhiều nguyên nhân, làm phức tạp thêm bệnh cảnh lâm sàng, tràn dịch màng phổi dai dẳng kéo dài có thể dẫn tới xẹp phổi đòi hỏi phải theo dõi và quản lý cẩn thận để giảm thiểu các rủi ro liên quan¹². Do vậy dựa vào CLVT để phát hiện tràn dịch màng phổi giúp cho quá trình tiên lượng sự sống còn của mảnh ghép.

V. KẾT LUẬN

Theo dõi bệnh nhân sau ghép gan nhằm kịp thời phát hiện các biến chứng là rất quan trọng, bởi vì nó cho phép đưa ra phương pháp điều trị bằng thuốc hoặc can thiệp phẫu thuật sớm để bảo tồn mảnh ghép, kéo dài thời gian sống của bệnh nhân sau ghép. Nghiên cứu này cho thấy chụp CLVT đa dãy là phương pháp chẩn đoán rất hữu ích trong việc phát hiện và đánh giá các bất thường ở bệnh nhân nhận gan sau ghép gan phải từ người cho sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đoàn Hiếu Trung, Trần Xuân Chương (2023) *Cập nhật chẩn đoán và điều trị suy gan cấp ở bệnh nhân viêm gan B mạn (ACLF)*. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam; Tập 2(42), tr. 106-112.
- Lê Hữu Tý, Nguyễn Thị Thu Thảo, Lê Thị Nhiều, Đoàn Văn Hoan, Lê Duy Dũng, Phạm Tuấn Anh, Vũ Đăng Lưu (2023) *Hình ảnh biến chứng mạch máu trên cắt lớp vi tính đa dãy ở bệnh nhân nhận gan từ người cho sống*. Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam. Tập 53, tr. 23-31.
- Mai Hồng Bàng, Lê Văn Thành, Vũ Văn Quang, Đào Tấn Lực, Lê Văn Lợi, Hồ Văn Linh, Vũ Ngọc Tuấn, Nguyễn Mạnh Dũng, Lê Trung Hiếu (2021) *Kết quả bước đầu ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy. Tập 16 - Số đặc biệt 4/2021, tr. 1-8.
- Brüggenwirth IM, van Reeve M, Vasiliauskaitė I et al (2021) *Donor diabetes mellitus is a risk factor for diminished outcome after liver transplantation: a nationwide retrospective cohort study*. Transplant International 34(1): 110-117.
- Lâm Lê Quyên, Nguyễn Việt Khái, Thái Huỳnh Ngọc Trân (2023) *Nghiên cứu giải phẫu động mạch gan và mối tương quan với một số yếu tố bằng chụp cắt lớp vi tính tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện*. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ (69), tr. 142-148.
- Vũ Văn Quang, Lê Trung Hiếu, Lê Văn Thành (2023) *Đánh giá các yếu tố nguy cơ biến chứng của tái tạo lưu thông mạch máu trong ghép gan phải từ người hiến sống*. Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy. Tập 18 - Số 4/2023, tr. 90-96.
- Vũ Văn Quang, Phạm Hoàn Mỹ, Lê Văn Thành. (2024) *Phẫu thuật nội soi lấy mảnh ghép gan phải trong ghép gan từ người hiến sống: Báo cáo 27 trường hợp đầu tiên tại Việt Nam*. Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy. Tập 19 - Số 1/2024, tr. 96-103.
- Lemmers A, Pezzullo M, Hadeifi A et al (2021) *Biliary cast syndrome after liver transplantation: a cholangiographic evolution study*. Journal of gastroenterology and hepatology 36(5): 1366-1377.
- Vernuccio F, Mercante I, Tong X-X, Crimi F, Cillo U, Quaia E (2023) *Biliary complications after liver transplantation: A computed tomography and magnetic resonance imaging pictorial review*. World journal of gastroenterology 29(21): 3257.
- Li Z, Rammohan A, Gunasekaran V et al (2024) *Biliary complications after adult-to-adult living-donor liver transplantation: An international multicenter study of 3633 cases*. American Journal of Transplantation 24(7): 1233-1246.
- Feltracco P, Carollo C, Barbieri S, Pettenuzzo T, Ori C (2013) *Early respiratory complications after liver transplantation*. World Journal of Gastroenterology: WJG 19(48):9271.
- Cuk N, Melamed KH, Vangala S et al (2022) *Postoperative Trapped Lung After Orthotopic Liver Transplantation is a Predictor of Increased Mortality*. Transplant International 35: 10387.