MỘT SỐ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG KẾT QUẢ DẪN LƯU MẬT Ở BỆNH NHÂN TEO MẬT BẨM SINH SAU PHẪU THUẬT KASAI

Nguyễn Phạm Anh Hoa¹, Phạm Thị Hải Yến², Phạm Duy Hiền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Teo mật bẩm sinh (TMBS) là một trong những dị dạng đường mật hay gặp ở trẻ em. Việc tiên lượng kết quả phẫu thuật Kasai ở bệnh nhân teo mật bẩm sinh hiện còn nhiều khó khăn

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố góp phần tiên lượng kết quả dẫn lưu mật sau phẫu thuật Kasai ở bệnh nhân TMBS. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu các bệnh nhân teo mật bẩm sinh (TMBS) được điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian 2017-1/2019. Các thông số được đánh giá bao gồm: Nồng độ AST, ALT, GGT, ALP, Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp, Albumin, Protein, tiểu cầu trước mổ, nhiễm CMV trước mổ, dấu hiệu TC sign trước và sau mổ, thời gian xuất hiện phân vàng sau mổ, tỉ lệ bilirubin toàn phần và trực tiếp sau mổ 2 tuần so với trước mổ, tình trạng nhiễm trùng đường mật sau mổ, số đợt nhiễm trùng đường mật sau mổ. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được theo dõi ít nhất 6 tháng sau phẫu thuật.

Kết quả: Có 117 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, thời gian theo dõi trung bình 16,97 tháng. 56,4% bệnh nhân dẫn lưu mật thành công sau 6 tháng, 83,8% bệnh nhân sống đến thời điểm kết thúc nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Nhóm nhiễm CMV trước mổ các xác suất sống sót kém hơn so với nhóm không nhiễm CMV ($p=0,031$), TC sign dương tính trước mổ không ảnh hưởng đến kết quả thoát mật song làm ảnh hưởng tới tiên lượng lâu dài. Các bệnh nhân có phân vàng sớm trong 7 ngày sau mổ có khả năng thoát mật tốt gấp 4,464 lần nhóm có phân vàng sau 7 ngày. Tỉ số Bilirubin ở ngày thứ 14/ Bilirubin trước mổ dưới 1,156 dự đoán khả năng thành công với độ nhạy 72,1% độ đặc hiệu 54,2%. Nhiễm trùng đường mật tái diễn dự đoán xác suất tử vong với độ nhạy 84,2%, độ đặc hiệu 48%.

¹ Bệnh viện Nhi Trung ương

² Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phạm Anh Hoa. Email: dranhhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/12/2019; Ngày phản biện khoa học: 21/01/2020; Ngày duyệt bài: 16/02/2020

Kết luận: Các yếu tố nhiễm CMV trước phẫu thuật, phân vàng sớm trong 7 ngày sau mổ, tỉ số Bilirubin ở ngày thứ 14 và trước mổ, nhiễm trùng đường mật tái diễn có ý nghĩa tiên lượng kết quả dẫn lưu mật sau phẫu thuật Kasai ở bệnh nhân TMBS

Từ khóa: CMV, TC sign, Tỉ lệ Bilirubin D14/D0, nhiễm trùng đường mật tái diễn

Abstract

PROGNOSTIC FACTORS FOR THE OUTCOME OF KASAI PORTOENTEROSTOMY FOR PATIENTS WITH BILIARY ATRESIA

Context: Biliary atresia is one of the common biliary malformations in children. The prognosis of Kasai's surgery results still faces with many difficulties.

Aims: To evaluate the factors contributing to prognosis Kasai's surgery outcomes.

Materials and Methods: A prospective clinical and laboratory study in biliary atresia patients who underwent Kasai operation at the NCH from 1/2017 to 1/2019. AST, ALT, GGT, ALP, total bilirubin, direct bilirubin, albumin, protein, number of platelet, CMV infection, TC sign before and after surgery, time of appearance of yellow stool after surgery, the ratio of total and direct bilirubin in 2 weeks after surgery and before surgery, cholangitis and the number of cholangitis episodes after surgery were evaluated. The patients in research group were followed at least 6 months after surgery.

Results: A total of 117 patients with biliary atresia were operated from 1/2017 to 1/2019. The mean follow-up time was 16,97 months. 56,4% of patients successfully after 6 months, 83,8% of patients lived to the time end of the study. The results showed that: CMV infected group before surgery had lower survival chance than the non- CMV infected group ($p=0,031$), the positive TC sign before surgery did not affect the results after 6 months but it was the long-term prognosis. The appearance of yellow stool within 7 days after surgery had more successful results after 6 months than the other group by 4,464 times. The ratio Bilirubin D14/D0 $<1,156$ predicted the probability of success with a sensitivity of 72,1% and specificity 54,2%. The repeated cholangitis predicted the probability of death with a sensitivity of 84,2%, specificity 48%.

Conclusion: Preoperative CMV infection, yellow stool appearance within 7 days after surgery, the ratio bilirubin D14/D0, repeated cholangitis are the prognostic factors of Kasai's surgery outcomes.

Key words: CMV infection, TC sign, the ratio Bilirubin D14/D0, repeated cholangitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo mật bẩm sinh (TMBS) là bệnh lý đặc trưng bởi quá trình viêm, xơ hóa tiến triển, gây phá hủy toàn bộ đường mật trong và ngoài gan dẫn đến sự cản trở lưu thông của mật. Đây là một trong những dị tật bẩm sinh đường mật phổ biến nhất gây vàng da ứ mật ở trẻ em Châu Á. TMBS nếu không được điều trị sẽ dẫn đến suy gan, xơ gan và tử vong. Năm 1959 Kasai và Suzuki giới thiệu phương pháp phẫu thuật Kasai giúp tái lập lưu thông dòng chảy mật trong TMBS. Phẫu thuật này được triển khai thành công tại Việt Nam từ năm 1994.

Mức độ thành công sau phẫu thuật Kasai phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó tuổi tại thời điểm phẫu thuật và type teo đường mật đã được xác định là yếu tố quan trọng trong việc tiên lượng kết quả phẫu thuật. Tuy nhiên còn chưa nhiều nghiên cứu đề cập đến ảnh hưởng của các yếu tố khác tới kết quả phẫu thuật như lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau mổ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả dẫn lưu mật sau phẫu thuật Kasai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Các bệnh nhân được chẩn đoán TMBS và phẫu thuật theo phương pháp Kasai tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 1/2017 đến 7/2019, có thời gian theo dõi ít nhất 6 tháng sau phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc loạt ca bệnh. Các bệnh nhân được kiểm tra xét nghiệm chức năng gan: AST, ALT, GGT, ALP, bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, Prothrombin, INR, protein, albumin, siêu âm gan mật trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 1 tuần, 2 tuần, 4 tuần, 3 tháng, 6 tháng.

Phẫu thuật Kasai: Phẫu thuật được đánh giá dẫn lưu mật thành công nếu: sau phẫu

thuật bệnh nhân có phân vàng, bilirubin < 34 mmol/l tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật. Phẫu thuật được đánh giá là dẫn lưu mật thất bại nếu không đáp ứng đủ 3 tiêu chuẩn trên hoặc bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật.

Xử lý số liệu: Các kết quả được nhập liệu và làm sạch bởi epidata, phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các test kiểm định X², Fisher Exact test, Log-rank test được sử dụng để tìm mối liên quan giữa các chỉ số nghiên cứu và kết quả dẫn lưu mật.

- Nhiễm trùng đường mật được chẩn đoán theo đồng thuận ở Đài Loan [1], các tiêu chí bao gồm: Sốt cao hơn 38 độ C, vàng da tăng lên, phân bạc màu hơn so với trước khi sốt, không có nhiễm khuẩn ở cơ quan khác hoặc cấy máu dương tính. Xét nghiệm: Bạch cầu, CRP tăng, Bilirubin, Transaminase tăng hơn trước.

- Nhiễm trùng đường mật tái diễn: Nhiễm trùng đường mật xảy ra từ 2 đợt trở lên.

- Màu sắc phân: Đánh giá theo bảng màu phân thống nhất, so sánh trước và sau phẫu thuật.

- Nhiễm CMV: Trẻ được xác định nhiễm CMV khi có CMV PCR dương tính. Trẻ được xác định mắc CMV đang hoạt động khi có CMV IgM dương tính.

- Dấu hiệu TC (Triangular cord sign). Đo độ dày dải xơ vùng rốn gan trước tĩnh mạch cửa trên siêu âm. Dương tính: TC sign $\geq$ 3mm. Âm tính: TC sign < 3mm.

III. KẾT QUẢ

Có 117 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình khi vào viện $67,4 \pm 21,9$ ngày và tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là $81,0 \pm 20,6$ bệnh nhân nhỏ nhất là 43 ngày tuổi và lớn nhất là 134,0 ngày tuổi. Tỷ lệ thoát mật thành công là 56,4% và thoát mật thất bại là 43,6%. Thời gian theo dõi trung bình 16,97

tháng, tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 83,8% (98) bệnh nhân còn sống, tỉ lệ tử vong 19,2%. Tỉ lệ sống tích lũy đến 6 tháng, 1 năm, 2 năm lần lượt là 91,5%, 86,9%, 80,1%.

Bảng 1: Liên quan giữa các chỉ số hóa sinh trước phẫu thuật và kết quả phẫu thuật

Xét nghiệm trước mổ	Kết quả phẫu thuật		P
	Thành công	Thất bại	
AST	207,3 ±111,7	239,7 ±156,2	0,194
ALT	117,3 ±69,5	138,0 ±93,9	0,172
GGT	664,5 ±528,4	593,5 ±442	0,463
ALP	705,3 ±312,5	682,9 ±250,9	0,712
Bilirubin TP	173,1 ±48,2	179,1 ±49,9	0,510
Bilirubin TT	98,7 ± 30,0	98,8 ±30,1	0,976
Protein TP	55,8 ±4,5	56,6 ±4,7	0,352
Albumin	37,7 ±3,7	37,6 ±2,6	0,785
Tiểu cầu	395,05 ±16,4	375,96 ±137,9	0,451

Không có sự khác biệt về các chỉ số AST, ALT, GGT, Bilirubin TP, Bilirubin TT, protein, albumin và tiểu cầu trước phẫu thuật giữa 2 nhóm dẫn lưu mật thành công và dẫn lưu mật thất bại ($p > 0,05$).

Bảng 2: Liên quan giữa nhiễm CMV và kết quả dẫn lưu mật sau phẫu thuật

Nhiễm CMV	Tỉ lệ chung	Dẫn lưu mật		P
		Thành công	Thất bại	
Có	61,5% (72)	51,4% (37)	48,6% (35)	0,166
Không	38,5% (45)	64,4% (29)	35,6 % (16)	
Tổng	100% (117)	100% (72)	100% (45)	

Có 61,5% BN nhiễm CMV, tỉ lệ dẫn lưu mật thành công ở nhóm không nhiễm CMV có xu hướng cao hơn nhóm có nhiễm CMV song sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p=0,166$.

Biểu đồ: Xác suất sống ở bệnh nhân nhiễm CMV và không nhiễm CMV

Xác suất sống lâu dài ở nhóm bệnh nhân không nhiễm CMV cao hơn so với nhóm nhiễm CMV. Xác suất sống tích lũy của 2 nhóm không nhiễm CMV và nhiễm CMV tại thời điểm 6 tháng lần lượt là 94,0%, 81,8% , 12 tháng là 90,2% và 74,6% và 24 tháng là 86,7% và 62,2%: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,031$.

Bảng 3: Liên quan giữa TC Sign trên siêu âm trước và sau phẫu thuật và kết quả phẫu thuật

TC sign		Kết quả dẫn lưu mật		P
		Thành công	Thất bại	
Trước phẫu thuật	Dương tính (79)	55,7%	44,3%	0,082
	Âm tính (38)	57,6%	42,1%	
Sau phẫu thuật	Dương tính (2)		100%	

TC sign dương tính trước phẫu thuật không có mối liên quan đến kết quả dẫn lưu. Có 2 bệnh nhân có dấu hiệu TC sign trên siêu âm đều có kết quả dẫn lưu mật thất bại.

Bảng 4: Liên quan giữa thời điểm có phân vàng sau phẫu thuật và kết quả dẫn lưu mật

Thời điểm có phân vàng	Kết quả dẫn lưu mật		P	OR (95%CI)
	Thành công (n= 72)	Thất bại (n= 45)		
≤7 ngày sau mổ	50 (70,4%)	21 (29,6%)	0,000	4,464 (2,021 - 9,860)
>7 ngày sau mổ	16 (42,1%)	22 (57,9%)		
Không có phân vàng	0 (0%)	8 (100%)		
Thời gian trung bình (ngày) Max - Min	6,58 ± 2,9 (2 - 17)	8,07 ± 3,6 (3 - 17)	0,001	

Số ngày xuất hiện phân vàng ở nhóm thành công thấp hơn nhóm thất bại lần lượt là $6,58 \pm 2,9$ và $8,07 \pm 3,6$ ($p=0,001$). Nhóm có phân vàng trước 7 ngày sau phẫu thuật có tỉ lệ thoát mật thành công cao hơn các nhóm xuất hiện phân vàng sau 7 ngày và không thấy phân vàng. Khả năng thoát mật thành công ở nhóm có phân vàng trước 7 ngày gấp 4,464 lần so với 2 nhóm còn lại.

Bảng 5: So sánh Bilirubin trước phẫu thuật và các thời điểm sau mổ

Tỉ lệ	Kết quả phẫu thuật		P
	Thành công	Thất bại	
Bilirubin D7/D0	1,17 ± 0,43	1,26 ± 0,54	0,363
Bilirubin D14/D0	0,99 ± 0,41	1,24 ± 0,58	0,014

Bilirubin D7/D0: tỷ lệ Bilirubin toàn phần ngày thứ 7/ Bilirubin toàn phần trước phẫu thuật

Bilirubin D14/D0: tỷ lệ Bilirubin toàn phần ngày thứ 14/ Bilirubin toàn phần trước phẫu thuật

Tỉ lệ Bilirubin toàn phần sau mổ 2 tuần so với trước mổ ở nhóm thành công thấp hơn so với nhóm thất bại có ý nghĩa thống kê với $p= 0,014$.

Biểu đồ 3: Đường cong Roc biểu thị mối liên quan giữa Bilirubin D14/D0 và xác suất dẫn lưu mật thành công sau phẫu thuật

Tỉ lệ Bilirubin D14/D0 cao hơn ở nhóm dẫn lưu mật thất bại với diện tích dưới đường cong ROC đạt 0,618 ($p = 0,035$). Tại điểm cut off Bilirubin D14/D0 = 1,156 cho dự đoán tỉ lệ dẫn lưu mật thất bại với độ nhạy 72,1% và độ đặc hiệu đạt 54,2%.

Bảng 6: Nhiễm trùng đường mật sớm sau mổ và kết quả dẫn lưu mật

Nhiễm trùng đường mật sớm	Dẫn lưu mật		P
	Thành công	Thất bại	
Có (59)	49,2% (29)	50,8% (30)	0,110
Không (58)	63,8% (37)	36,2% (21)	

Tỉ lệ dẫn lưu mật thành công ở nhóm không có nhiễm trùng đường mật sớm sau mổ cao hơn nhóm có nhiễm trùng (63,8% so với 49,2%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Biểu đồ 4:

- A. Mối liên quan giữa số đợt nhiễm trùng đường mật và xác suất sống sau phẫu thuật**
B. Xác suất sống theo thời gian 2 nhóm nhiễm trùng đường mật < 2 lần và nhóm ≥ 2 lần

Số đợt nhiễm trùng đường mật của nhóm tử vong cao hơn nhóm sống sót với diện tích đường cong ROC đạt 0,668 với $p = 0,021$. Tại điểm cut off số đợt nhiễm trùng đường mật ≥ 2 đợt dự đoán xác suất tử vong với độ nhạy 84,2% độ đặc hiệu đạt 48%. Xác suất sống sót của nhóm nhiễm trùng đường mật từ 2 lần trở lên thấp hơn so với nhóm nhiễm trùng đường mật dưới 2 lần. Kiểm định Log rank cho thấy sự khác biệt với $p = 0,015$. Xác suất sống tích lũy tại thời điểm 6 tháng là 94,0% và 89,6%, 1 năm là 94% và 81,8%, 2 năm là 94% và 70,6%.

IV. BÀN LUẬN

TMBS gây ứ mật và hủy hoại tế bào gan với hậu quả tăng bilirubin, tăng AST, ALT và rối loạn chức năng gan. GGT và ALP là những enzyme tăng ở những bệnh nhân có tổn thương đường mật. Cho tới nay phẫu thuật Kasai điều trị TMBS hiện nay được coi là phẫu thuật tiêu chuẩn cho bệnh nhân TMBS trên toàn thế giới, tuy nhiên các bệnh nhân TMBS thường xuyên có biến chứng sau phẫu thuật và có nhiều khó khăn trong việc tiên lượng kết quả phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ bilirubin, AST, ALT, protein, albumin, số lượng tiểu cầu trung bình trước mổ giữa hai nhóm dẫn lưu mật thành công và dẫn lưu mật thất bại (bảng 1). Kết quả này tương tự với nhận xét của Sanghai và cộng sự [2].

Tỉ lệ nhiễm CMV của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 61,5% (bảng 2) cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Xuyên năm 2014 [3]. Sự khác biệt này có thể do chúng tôi sử dụng cả 2 phương pháp xác định kháng thể CMV IgM và phản ứng khuếch đại chuỗi gen PCR, trong khi đó tác giả chỉ sử dụng phương pháp khuếch đại chuỗi gen PCR. Tỉ lệ dẫn lưu mật thành công ở nhóm nhiễm CMV có xu hướng thấp hơn

nhóm không nhiễm CMV (51,4% so với 64,4%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Theo dõi sự sống sót lâu dài chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Xác suất sống tích lũy ở nhóm không nhiễm CMV và nhiễm CMV lần lượt ở thời điểm 6 tháng 94,0% và 81,8%, 1 năm 90,2% và 74,6%, 2 năm 86,7% và 62,2% (biểu đồ 1). Có nhiều giả thuyết đưa ra CMV có thể là nguyên nhân của một chuỗi các phản ứng miễn dịch và chính kháng thể sinh ra từ phản ứng viêm trung gian này đã thúc đẩy quá trình các đường mật xơ hóa tiến triển, gây phá hủy dẫn đường mật trong gan và trong các ống dẫn mật nhỏ dẫn đến biểu hiện của TMBS. Có thể sự tồn tại dai dẳng của CMV trong đường mật sau mổ tiếp tục gây phá hủy đường mật, làm thay đổi kết cục lâu dài của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Hoàng Thị Xuyên năm 2014 cho kết luận không có sự khác biệt về kết quả sau phẫu thuật của hai nhóm bệnh nhân TMBS có nhiễm CMV và không nhiễm CMV. Nghiên cứu năm 2015 của Zani A và cộng sự đánh giá nhiễm CMV trên 210 trẻ TMBS trên tiêu bản mô bệnh học cho thấy ở nhóm nhiễm CMV tỉ lệ thoát mật kém hơn và tăng tỉ lệ tử vong [4], sự khác biệt trong nghiên cứu của Zani A là ông dùng xét nghiệm hóa mô miễn dịch để xác định sự có mặt của CMV trong mô gan sinh thiết, trong khi các nghiên cứu khác hầu hết chỉ dùng xét nghiệm huyết thanh học. Điều này cho thấy sự cần thiết của các nghiên cứu tiếp theo về ảnh hưởng của CMV trên bệnh nhân TMBS với nhiều cách tiếp cận đầy đủ hơn trong tương lai.

TC sign là dấu hiệu của sự xơ hóa, có thể bệnh nhân có dấu hiệu TC sign trước phẫu thuật có kết quả phẫu thuật kém hơn so với những người không có dấu hiệu này. Trong

ngghiên cứu của tác giả Shehata và cộng sự năm 2018 kết luận rằng xu hướng về kết quả kém trong nhóm có dấu hiệu này dương tính với 78% thất bại so với 45 % thất bại ở nhóm có dấu hiệu này âm tính [5]. Nghiên cứu của tác giả Kobt MA và cộng sự năm 2005 đánh giá trên 27 bệnh nhân, kết luận 14,3% trẻ có xuất hiện lại dấu hiệu TC sign sau phẫu thuật và những trẻ này có tỉ lệ tử vong cao hơn, phản ánh việc loại bỏ dải xơ rốn gan không hoàn toàn trong quá trình phẫu thuật [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi TC sign dương tính hiện diện ở 67,5% bệnh nhân trên siêu âm gan mật trước phẫu thuật, không có sự khác biệt về kết quả dẫn lưu mật thành công giữa 2 nhóm có TC sign dương tính và TC sign âm tính. Có 2 bệnh nhân có dấu hiệu TC sign trên siêu âm sau phẫu thuật, 2 bệnh nhân này có kết quả dẫn lưu mật kém và tử vong lúc 3 tháng tuổi và 6 tháng tuổi (bảng 3).

Sự xuất hiện của phân vàng sau mổ là minh chứng cho tình trạng lưu thông mật đã được khắc phục sau phẫu thuật nối mật ruột và sự thành công của phẫu thuật Kasai. Trong nghiên cứu này, nhóm dẫn lưu mật thành công có thời gian có phân vàng sau mổ sớm hơn đáng kể so với nhóm dẫn lưu mật thất bại $6,58 \pm 2,9$ so với $8,07 \pm 3,6$ ($p=0,001$), tỉ lệ dẫn lưu mật thành công ở nhóm có phân vàng trong 7 ngày đầu sau phẫu thuật đạt 70,4% trong khi đó tỉ lệ này chỉ đạt 42,1% ở nhóm có phân vàng sau 7 ngày, và 0% ở nhóm phân không cải thiện màu (bảng 4). Việc theo dõi màu phân sau phẫu thuật tuy đơn giản nhưng giúp đánh giá hiệu quả kết quả của cuộc phẫu thuật.

So sánh sự thay đổi bilirubin toàn phần và trực tiếp ở ngày thứ 7 và ngày thứ 14 sau phẫu thuật so với lượng bilirubin trước phẫu thuật chúng tôi thấy rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm dẫn lưu mật thành công và dẫn lưu mật thất bại về tỉ số bilirubin toàn

phần ngày thứ 14 / bilirubin toàn phần trước phẫu thuật (bilirubin D14/D0) với các tỉ lệ lần lượt là $0,99 \pm 0,41$ và $1,24 \pm 0,58$ (bảng 5). Phân tích ROC cho thấy tỉ số BilirubinD14/D0 giúp dự đoán kết quả sớm sau phẫu thuật. Tại điểm cut off BilirubinD14/D0= 1,156 cho dự đoán với độ nhạy 72,1% và độ đặc hiệu đạt 54,2% (biểu đồ 3). Đây là một chỉ số đơn giản, dễ tính toán và có thể sử dụng một cách khách quan để giải thích cho cha mẹ về kết quả dự kiến của phẫu thuật Kasai trong thời gian theo dõi sau phẫu thuật và dự kiến những phương án điều trị tiếp theo một cách hợp lí và khoa học.

Nghiên cứu đa trung tâm của tác giả Ng VL và cộng sự năm 2014 tại Bắc Mỹ báo cáo rằng trong số 219 bệnh nhân TMBS sau mổ Kasai có 162 (62,1%) viêm đường mật ít nhất 1 lần và đây được coi là yếu tố quan trọng đẩy nhanh quá trình xơ gan. Phân tích đa biến về các yếu tố nguy cơ của ghép gan thì nhiễm trùng đường mật sớm không phải là yếu tố nguy cơ độc lập đối với ghép gan. Mật khác nghiên cứu của Wildhaber BE và cộng sự cho thấy viêm đường mật tái diễn trong vòng 2 năm đầu khi phẫu thuật là yếu tố quan trọng góp phần làm tăng nguy cơ cần chỉ định ghép gan sớm của bệnh nhân [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy bệnh nhân có nhiễm trùng đường mật sớm sau mổ không làm ảnh hưởng tới kết quả thoát mật (bảng 6) nhưng số đợt nhiễm trùng sau mổ từ 2 đợt trở lên trong vòng 2 năm đầu sau phẫu thuật Kasai là dấu hiệu tiên lượng dự đoán xác suất tử vong trong tương lai với độ nhạy 84,2% và độ đặc hiệu 48% (biểu đồ 4).

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy vai trò của lâm sàng, cận lâm sàng trong tiên lượng dẫn lưu mật thành công sau phẫu thuật Kasai của các bệnh nhân TMBS. Các bệnh nhân không

nhễm CMV tại thời điểm trước mổ, có phân vàng sớm trong 7 ngày sau mổ, bệnh nhân có số đợt nhiễm trùng đường mật dưới 2 đợt, tỉ lệ Bilirubin TP D14/Do < 1,156 là các yếu tố tiên lượng tốt cho kết quả của bệnh nhân TMBS sau phẫu thuật Kasai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hung P.-Y., Chen C.-C., Chen W.-J. và cộng sự. (2006). Long-term prognosis of patients with biliary atresia: a 25 year summary. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 42(2), 190-195.
2. Sanghai S.R., Shah I., Bhatnagar S. và cộng sự. (2009). Incidence and prognostic factors associated with biliary atresia in western India. *Ann Hepatol*, 8(2), 120-122.
3. Hoàng Thị Xuyên (2014). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân loại và tỉ lệ nhiễm cytomegalovirus ở bệnh nhân teo đường mật bẩm sinh*. Luận văn Thạc sĩ Y học.
4. Zani A., Quaglia A., Hadzić N. và cộng sự. (2015). Cytomegalovirus-associated biliary atresia: An aetiological and prognostic subgroup. *J Pediatr Surg*, 50(10), 1739-1745.
5. Sammeh M Shehata, Saber M Waheeb (2018). Prognostic factors for the outcome of Kasai portoenterostomy for infants with biliary atresia in Egypt. *Alexandria Journal of Pediatrics*, 31(3), 112-119.
6. Kotb M.A., Sheba M., El Koofy N. và cộng sự. (2005). Post-portoenterostomy triangular cord sign prognostic value in biliary atresia: a prospective study. *Br J Radiol*, 78(934), 884-887.
7. Wildhaber B.E., Coran A.G., Drongowski R.A. và cộng sự. (2003). The Kasai portoenterostomy for biliary atresia: A review of a 27-year experience with 81 patients. *J Pediatr Surg*, 38(10), 1480-1485.