GHÉP GAN CHO NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Quang Nghĩa*; Nguyễn Tiến Quyết*
Trịnh Hồng Sơn*; □□ M□nh H□ng*

TÓM TẮT

Ở Việt Nam, ghép gan người lớn chưa phát triển. Nghiên cứu này tổng kết 5 trường hợp ghép gan từ người lớn (2 từ người cho sống và 3 từ người cho chết não) được thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức từ 11 - 2007 đến 01 - 2012. Kết quả: 4 nam, 1 nữ, do viêm gan B: 4 bệnh nhân (BN), do rượu 1 BN. 3 BN ung thư gan nguyên phát/gan xơ, 2 BN xơ gan mất bù. 5 BN cùng nhóm máu, thành công 4 BN, 1 BN tử vong sau ghép 8 ngày do tắc tĩnh mạch trên gan. Kết luận: ghép gan cho người lớn được thực hiện theo cả 2 mô hình (từ người cho sống và người cho chết não), cần có sự phối hợp đồng bộ của nhiều chuyên ngành.

* Từ khoá: Ghép gan; Ghép gan người lớn.

LIVER TRANSPLANTATION IN ADULT AT VIETDUC HOSPITAL

SUMMARY

Adult liver transplantation remains an underdeveloped technique in Vietnam. Currently, there is very little research on the techniques as well as the effects of this procedure. Our study analyzed 5 cases of adult liver transplantation that had been performed at Vietduc Hospital from November, 2007 to January, 2012 (including 2 cases of living donor, 3 cases of cadaveric donor). Results: there were 4 males, 1 female with four-fifths (4/5) of cases positive to HBsAg, one-fifths (1/5) was alcoholism; all patients with ABO Rh compatibility. Diagnostically, 3/5 of cases were hepatocellular carcinoma/liver cirrhosis and 2/5 of cases were decompensated liver cirrhosis. Four patients had good outcome, one patient died on the eighth day post-transplant because of the hepatic vein outflow obstruction. Conclusions: Adult liver transplantation can be performed with living donor or cadaveric donor. The combined efforts of many staff and departments were required to achieve the best outcomes.

** Key words: Liver transplantation; Adult liver transplantation.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trường hợp ghép gan đầu tiên ở Việt Nam được tiến hành tại Học viện Quân y vào ngày 31 - 1 - 2004, BN nhận gan là bé gái, 10 tuổi, bị teo đường mật bẩm sinh, người cho gan là bố đẻ. Sau đó, Bệnh viện Nhi TW và Bệnh viện Nhi Đồng 1 đã thực hiện nhiều ca ghép gan cho trẻ em [5]. Đến ngày 28 - 1 - 2007, ca ghép gan cho người lớn đầu tiên tại Việt Nam được thực hiện thành công tại Bệnh viện Việt Đức, người nhận là BN nữ, 48 tuổi, bị xơ gan mất bù do viêm gan B, người cho là cháu ruột. Ngày 21 - 05 - 2010, ca ghép gan toàn bộ từ người cho chết não được thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức [4]. Cho đến nay, Bệnh viện Việt Đức là cơ sở đầu tiên và duy nhất thực hiện ghép gan cho người lớn với nguồn tạng từ người cho sống và người cho chết não. Nghiên cứu này nhằm tổng kết kinh nghiệm qua 5 trường hợp ghép gan cho người lớn được thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức.

** B□nh vi□n Vi□t □□c*

Phản biện khoa học: GS. TS. Lê Trung Hải
PGS. TS. Nguyễn Văn Xuyên

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

5 trường hợp được ghép gan tại Bệnh viện Việt Đức từ 11 - 2007 đến 01 - 2012.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Tiến cứu mô tả.

** Chuẩn bị người nhận:*

Chỉ định chính của ghép gan bao gồm xơ gan mất bù hoặc có biến chứng (xơ gan cổ trướng, bệnh não gan, ung thư gan, xuất huyết tiêu hóa). Người nhận gan được đánh giá: nhóm máu, toàn bộ sinh hóa máu, nước tiểu, công thức máu, đông máu, xét nghiệm virut, khám tim mạch, hô hấp, tâm thần, răng hàm mặt, soi dạ dày, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính bụng.

** Chuẩn bị người cho:*

- Người cho sống: mục đích để lựa chọn được người cho gan phù hợp và an toàn, nội dung đánh giá bao gồm: đánh giá toàn thân bệnh lý ác tính và nhiễm trùng; đánh giá gan chức năng - nhu mô; đánh giá hòa hợp miễn dịch giữa người cho - người nhận; đánh giá về giải phẫu và thể tích (V) gan để lựa chọn phần gan sẽ lấy. Loại trừ gan cho nhiễm mỡ (BMI > 28, rối loạn chuyển hóa, hình ảnh gan nhiễm mỡ, sinh thiết), viêm gan virut, thể tích gan còn lại không đủ (chỉ số V gan còn lại/V gan chuẩn < 30%), biến đổi giải phẫu phức tạp.

- Người cho chết não: xét nghiệm đánh giá chức năng gan, đánh giá nhu mô gan bằng siêu âm màu, các test chẩn đoán chết não… và đặc biệt có sự đồng ý của gia đình.

** Quy trình lấy và bảo quản gan:*

- Lấy gan từ người cho sống: bao gồm các thì đánh giá mảnh gan ghép (sinh thiết tức thì đánh giá độ nhiễm mỡ); chụp đường mật trong mổ đánh giá biến đổi giải phẫu đường mật, phẫu tích cuống gan (động mạch gan và tĩnh mạch cửa bên lấy); siêu âm tìm đường đi của tĩnh mạch gan giữa; cặp cuống gan tạm thời để xác định ranh giới diện cắt gan; cắt gan bằng dao siêu âm có bảo tồn các nhánh bên của tĩnh mạch gan giữa (> 5 mm); clamp và cắt cuống mạch gan. Rửa gan bằng dung dịch custodiol ở nhiệt độ 4^0C.

- Lấy gan từ người cho chết não: theo quy trình lấy đa tạng (gan - thận), gồm các bước: mở bụng, thăm dò đánh giá; chuẩn bị mạch máu (động mạch chủ [ĐMC] bụng và tĩnh mạch chủ dưới [TMCD] đoạn trên ngã ba chủ chậu; ĐMC bụng đoạn ngay dưới cơ hoành); đặt canul ĐMC bụng, clamp ĐMC bụng và rửa tạng bằng custodiol 4.000 ml/15 phút (trước đó 5 phút cho heparine toàn thân 300 IU/kg); lấy tạng bao gồm gan - lách - tụy - đoạn ĐMC bụng (trên động mạch thân tạng và dưới động mạch mạc treo tràng trên) đoạn TMCD (từ trên 3 tĩnh mạch gan đến trên chỗ chia 2 tĩnh mạch thận) toàn bộ cuống gan (động mạch gan - tĩnh mạch cửa - đường mật).

** Quy trình chuẩn bị gan:*

- Gan từ người cho sống: chuẩn bị chỗ nối của tĩnh mạch gan, tạo hình các nhánh bên của tĩnh mạch gan giữa, tĩnh mạch gan phải phụ để thuận lợi cho việc khâu nối.

- Gan từ người cho chết não: phẫu tích TMCD đoạn sau gan; động mạch gan đến tận ĐMC bụng; tĩnh mạch cửa đến chỗ chia tĩnh mạch mạc treo tràng trên; đường mật (cắt túi mật); đặt đường rửa vào tĩnh mạch cửa (truyền albumin 5%). Nếu có biến đổi giải phẫu, cần tạo hình động mạch gan.

** Quy trình ghép gan:*

Cắt toàn bộ gan có bảo tồn TMCD, nối tĩnh mạch gan với tĩnh mạch gan, tĩnh mạch

cửa với tĩnh mạch cửa (giai đoạn không gan), nối động mạch gan (dùng vi phẫu đối với động mạch có đường kính < 3 mm), nối đường mật (có dẫn lưu Kehr).

** Điều trị miễn dịch sau ghép:*

- Thuốc ức chế miễn dịch: thường dùng phối hợp 3 loại thuốc, bao gồm: phác đồ 1: corticosteroid + tacrolimus + mycophenolate mofetil; phác đồ 2: corticosteroid + cyclosporine A + mycophenolate mofetil).

- Thuốc điều trị viêm gan virut B - HBIG (hepatitis B imunoglobulin) trong mổ 10.000 UI; 2.000 UI/ngày trong 7 ngày; 2.000 UI/tháng trong 12 tháng. Kết hợp dùng thuốc diệt virut viêm gan B (entercavir).

- Chỉ định sinh thiết: khi có thay đổi bất thường của chức năng gan và để đánh giá hiệu quả điều trị thải ghép.

** Xử lý số liệu:* bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của BN ghép gan.

NGÀY GHÉP	SỐ TT	GIỚI	TUỔI	NGUÊN NHÂN	CHẨN ĐOÁN BỆNH
28 - 11 - 2007	1	Nữ	47	Viêm gan B	Ung thư gan/xơ gan
21 - 05 - 2010	2	Nam	47	Viêm gan B	Ung thư gan/xơ gan
01 - 12 - 2010	3	Nam	52	Rượu	Xơ gan/hôn mê gan/suy thận
15 - 04 - 2011	4	Nam	53	Viêm gan B	Xơ gan/xuất huyết tiêu hoá đã đặt TIPS
14 - 01 - 2012	5	Nam	38	Viêm gan B	Ung thư gan/xơ gan

Bảng 2: Mối liên quan giữa người cho - nhận gan.

SỐ TT	NGƯỜI NHẬN	TUỔI	NGƯỜI CHO	TUỔI	TÌNH TR¹NG
1	Nữ	47	Nam	33	Cháu ruột hiến gan phải
2	Nam	47	Nam	19	Chết não do tai nạn ngã cao
3	Nam	52	Nam	36	Em họ hiến gan phải
4	Nam	53	Nam	18	Chết não do tai nạn giao thông
5	Nam	38	Nam	22	Chết não do tai nạn giao thông

Bảng 3: Mức độ hoà hợp miễn dịch người cho - nhận.

NHÓM MÁU		HLA			PHẢN ỨNG ĐỌ CHÉO
Người nhận	Người cho	Người nhận	Người cho	Hoà hợp	
O/Rh+	ORh+	A*24-A*24-B*15-B*46 DRB1*14-DRB1*09	A*36-A*24-B*51-B*15 DRB1*12-DRB1*12	2/6	Âm tính
ARh+	ARh+	A*24-A*33-B*35-B*40 DRB1*08-DRB1*14	A*24-A*-B*13-B*38 DRB1*12-DRB1*14	2/6	Âm tính

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
ORh+	ORh+	A*02-A*11-B*13-B*18 DRB1*15-DRB1*12	A*33-A*11-B*15-B*58 DRB1*14-DRB1*12	2/6	Âm tính
BRh+	BRh+	A*11-A*66-B*15-B*46 DRB1*12-DRB1*09	A*02-A*11-B*15-B846 DRB1*14-DRB1*15	2/6	Âm tính
ORh+	ORh+	A*02-A*15-B*09-B*13 DRB1*09-DRB1*10	A*02-A*29-B*07-B*15 DRB1*10-DRB1*12	1/6	Âm tính

- Lấy gan và bảo quản gan: 2 BN lấy gan từ người cho sống, 3 BN lấy gan từ người cho chết não. Cả 2 BN lấy từ người cho sống đều lấy gan phải, không kèm tĩnh mạch gan giữa, 1 BN phải tạo hình 1 nhánh của hpt5 để nối với TMCD của người nhận, 1 BN phải tạo hình tĩnh mạch gan phải và nhánh tĩnh mạch hpt8 thành một thân chung để nối với tĩnh mạch gan phải người nhận. 3 BN lấy gan từ người cho chết não theo mô hình lấy đa phủ tạng: 2 BN lấy kèm thận và tim, 1 BN lấy kèm 2 thận và 2 van tim. 1 BN (số 4) do gan của người cho chết não quá lớn so với ổ bụng người nhận, phải tiến hành cắt giảm thể tích gan cho (cắt gan hpt 2-3). 1 BN (số 5) có biến đổi giải phẫu: động mạch gan trái từ động mạch vị trái, động mạch này phải nối với động mạch vị tá tràng trước khi nối. Tất cả BN đều được rửa bằng dung dịch custodiol: 2.000 ml đối với gan từ người cho sống và 4.000 ml đối với gan từ người cho chết não.

- Ghép gan: phẫu thuật cắt toàn bộ gan bảo tồn TMCD, 2 BN kiểm soát được toàn bộ 3 tĩnh mạch gan, 3 BN còn lại phải cặp riêng tĩnh mạch gan phải và thân chung tĩnh mạch gan giữa - trái, sau đó cặp toàn bộ TMCD để mở 3 tĩnh mạch gan. 2/3 BN ghép gan toàn bộ thực hiện miệng nối TMCD của người cho với thân chung 3 tĩnh mạch gan người nhận (kỹ thuật pyggy back). 1 BN ghép gan từ người cho chết não (số 5) thực hiện tạo hình lại TMCD của người cho tạo thành 2 miệng nối: một với tĩnh mạch gan phải và 1 với tĩnh mạch gan trái, BN này bị ứ máu gan do 2 miệng nối không đủ khẩu kính và gây xung huyết nhồi máu tĩnh mạch gan, sau đó phải nối đoạn TMCD ở dưới gan của người cho với mặt trước TMCD của người nhận để giảm ứ máu gan ghép. Miệng nối tĩnh mạch cửa tận-tận thực hiện dễ dàng ở 4/5 BN, 1 BN (số 4) đã đặt TIPS làm thân tĩnh mạch cửa bị xơ hoá, không thể thực hiện miệng nối trực tiếp giữa tĩnh mạch cửa người cho với tĩnh mạch cửa người nhận, phải làm miệng nối giữa tĩnh mạch cửa người cho với tĩnh mạch mạc treo tràng trên của người nhận trên đoạn mạch nhân tạo. Thời gian thiếu máu nóng 30 phút đối với ghép gan toàn bộ và 60 phút đối với ghép gan bán phần. Miệng nối động mạch gan được thực hiện bằng kính phóng đại đối với ghép gan toàn bộ và dưới kính vi phẫu đối với ghép gan bán phần. Thời gian mổ trung bình ở nhóm ghép toàn bộ là 400 phút (300 - 480 phút), nhóm ghép bán phần là 720 phút.

- Kết quả gần sau ghép gan: 1 BN biến chứng chảy máu (số 1) phải mổ lại cầm máu, 4/5 BN có tràn dịch màng phổi phải dẫn lưu màng phổi, không BN nào bị áp xe tồn dư. 2 BN biến chứng thải ghép, biểu hiện bằng tăng bilirubin vào ngày thứ 7, được sinh thiết và điều trị nội khoa ổn định. 1 BN biến chứng suy thận (số 5) ngày thứ 3 sau mổ, sau đó suy đa tạng và tử vong ngày

thứ 8. 4 BN còn lại đều khoẻ mạnh ra viện, thời gian nằm viện 32 ngày (21 - 54 ngày).

- Kết quả xa: 3/4 BN khám định kỳ tại Bệnh viện Việt Đức, 1 BN khám tại Bệnh viện TW Huế. Hiện sức khoẻ của 4 BN ổn định, 2/3 BN viêm gan B được điều trị bằng HBIG, 1 BN chỉ điều trị bằng entecavir (do điều kiện kinh tế không cho phép dùng HBIG). 2 BN ung thư gan được ghép gan không có biểu hiện tái phát (1 BN sống được 5 năm, 1 BN sống được 2 năm).

BÀN LUẬN

1. Chỉ định ghép gan.

Chỉ định ghép gan chủ yếu ở 2 nhóm bệnh: xơ gan (do viêm gan virut B hoặc rượu) và ung thư gan kèm xơ gan. Đây cũng là 2 nguyên nhân chính để chỉ định ghép gan trên thế giới [7, 9]. Theo tổng kết năm 2005 qua 1.000 ca ghép gan tại Torino: xơ gan do virut (71%); xơ gan do rượu (9%); ung thư gan (22%); suy gan cấp chỉ chiếm 3%. Chỉ định ghép gan trong nhóm xơ gan phụ thuộc vào điểm Child Pugh: Child A: chưa có chỉ định ghép; Child B: hội chẩn với trung tâm ghép và Child C: chuyển BN đến trung tâm ghép. Chỉ định ghép gan trong ung thư gan theo tiêu chuẩn của Milan: 1 u < 5 cm hoặc $\leq$ 3 u với kích thước $\leq$ 3 cm [7]. Đối với ung thư gan, nếu thực hiện ghép gan theo tiêu chuẩn Milan, thời gian sống thêm sau 5 năm đạt 49 - 70% [7]. BN đầu tiên của nghiên cứu có 1 ung thư gan 3 cm trên nền gan xơ, được ghép gan và theo dõi sau 51 tháng chưa có biểu hiện tái phát. Các chỉ định khác của ghép gan như suy gan tối cấp, xơ gan do viêm gan virut C chưa được tuyển chọn nhiều do tình trạng BN nặng (nhóm suy gan tối cấp) hay tỷ lệ tái phát cao (nhóm viêm gan C).

2. Lựa chọn người cho.

Để đảm bảo cho chức năng gan ghép hoạt động tốt, các tiêu chuẩn cơ bản đối với người cho bao gồm: tuổi < 60, gan không bị nhiễm mỡ, không có bệnh lý gan mạn tĩnh, bệnh lý lây truyền [1, 2]. Ngoài ra, đối với gan từ người cho khoẻ mạnh phải đảm bảo tiêu chuẩn về thể tích gan: tỷ lệ V gan cho/ trọng lượng người nhận > 1% và tỷ lệ V gan còn lại/V toàn bộ của người cho > 35% [1]. Với tiêu chuẩn này sẽ tránh được biến chứng suy gan sau mổ ở cả người cho và người nhận gan. Tất cả các chỉ tiêu về thể tích gan phải được đo đạc tỉ mỉ và chính xác trên máy chụp cắt lớp vi tính đa dãy. Đối với người cho chết não, do yêu cầu nằm hồi sức nên việc kiểm tra nhu mô gan chỉ được đánh giá bằng siêu âm màu trước mổ, do vậy, trong mổ phải đánh giá tỉ mỉ, nếu có nghi ngờ, phải sinh thiết tức thì trong mổ. Cả 5 BN cho gan đều đạt được các tiêu chuẩn trên, 3 BN chết não đều có đánh giá trước mổ và trong mổ phù hợp. Riêng 2 BN ghép gan từ người cho sống phải tuyển chọn từ 2 - 3 người cho gan mới có người phù hợp với tiêu chuẩn, trong đó 2 yếu tố quan trọng không cho phép thực hiện lấy gan từ người cho sống là mức độ gan nhiễm mỡ (> 30%) hay thể tích gan còn lại không đủ.

3. Quy trình ghép gan.

Ghép gan được chia làm 3 giai đoạn chính: cắt gan toàn bộ - thiếu máu nóng (từ lúc cắt gan ra khỏi cơ thể đến khi kết thúc miệng nối tĩnh mạch cửa) - nối động mạch gan và đường mật. Yêu cầu của cắt gan toàn bộ là phải bộc lộ tối đa 3 tĩnh mạch gan và thân tĩnh mạch cửa, đồng thời hạn chế mất máu [6, 8]. Do phần lớn BN gan xơ, nhiều tuần hoàn bàng hệ, nên việc giải phóng toàn bộ gan rất khó khăn, đặc biệt là

phần nhu mô gan dính vào mặt trước của TMCD [6, 8]. Trong nghiên cứu này, 2 BN giải phóng được toàn bộ gan trước khi cắt các tĩnh mạch gan, 3 BN còn lại phải cắt tĩnh mạch gan trước, sau đó mới giải phóng nốt thuỳ Spiegel khỏi TMCD. Ưu điểm của kỹ thuật giải phóng toàn bộ gan trước là giảm được thời gian thiếu máu nóng của gan, đồng thời cho phép thực hiện miệng nối tĩnh mạch gan dễ dàng. Giai đoạn thiếu máu nóng chính là thời gian thực hiện 2 miệng nối tĩnh mạch gan và tĩnh mạch cửa, đây là 2 tĩnh mạch có đường kính lớn nên thực hiện tương đối dễ dàng. Điểm cần lưu ý là không đóng kín đoạn TMCD dưới gan của người cho (đối với ghép gan toàn bộ) để đuổi khí, trình tự thả clamp mạch máu sau khi nối mạch: tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch gan và khâu kín TMCD đoạn dưới gan. Việc khâu nối động mạch gan do phẫu thuật viên mạch máu thực hiện bằng kính phóng đại thông thường đối với ghép gan toàn bộ, còn đối với ghép gan từ người cho sống do phẫu thuật viên thẩm mỹ thực hiện dưới kính hiển vi để đảm bảo miệng nối thông tốt. 4 BN sau khi thực hiện miệng nối động mạch, dịch mật đã tiết ra, riêng BN số 5 không có dịch mật sau mổ, đây là yếu tố quan trọng đánh giá chức năng mảnh ghép. 100% BN được nối đường mật trực tiếp và có dẫn lưu mật ngay thì đầu, nghiên cứu tại Torino có 6/20 BN phải nghỉ trong mổ và 4/20 BN nối đường mật thì 2 [2].

4. Biến chứng sau ghép gan.

Chăm sóc và đề phóng các biến chứng sau ghép đóng vai trò quan trọng đối với kết quả ghép gan. Phải theo dõi chức năng gan 6 giờ/lần trong 3 ngày đầu, 12 giờ/lần trong 4 ngày tiếp và 24 giờ/lần đến khi ra viện. Công tác kiểm soát nhiễm trùng là yếu tố rất quan trọng, quy trình cấy máu, xét nghiệm vi khuẩn trong nước tiểu, dịch mật, dịch dẫn lưu... được thực hiện đều đặn 3 ngày/lần, kháng sinh dùng theo kháng sinh đồ. Siêu âm Doppler ngày thứ nhất sau ghép và khi có yêu cầu để đánh giá tình trạng các miệng nối mạch máu. Cả 5 BN đều được thực hiện nghiêm ngặt theo quy trình trên và đã phát hiện sớm các biến chứng: BN số 1 sau ghép 6 giờ ổn định, sau đó nước tiểu ít dần, xét nghiệm men gan tăng cao (SGOT, SGOT > 5.000 UI/l), siêu âm có nhiều máu cục quang gan, phải mổ lại cầm máu diện bóc tách gan. BN số 5 sau giai đoạn suy thận là suy đa tạng, có huyết khối tĩnh mạch cửa, nguyên nhân chính là gan bị xung huyết nặng trong mổ, dẫn đến phần lớn nhu mô gan bị hoại tử. Mặc dù chức năng gan đã phục hồi trong 2 - 3 ngày đầu, nhưng sau đó lại suy gan sau ghép và không đáp ứng với điều trị, kể cả lọc gan.

5. Miễn dịch trong ghép gan.

Đánh giá mức độ hoà hợp miễn dịch của người cho và nhận trong ghép gan dựa vào các xét nghiệm xác định nhóm máu hệ ABO, HLA và cross match. Hiện nay, nhiều trung tâm không quan tâm nhiều đến mức độ hoà hợp HLA trong tiêu chuẩn lựa chọn BN trước ghép do ít có sự khác biệt về tỷ lệ sống theo mức độ hoà hợp HLA [2]. Trong các trường hợp ghép gan tại Torino [2], tỷ lệ hoà hợp HLA rất thấp (0/6 = 50%, 1/6 = 35,7% và 2/6 = 15,3%) và không có cặp nào hoà hợp từ 3/6 trở lên, có 2 cặp cross match dương tính. Cả 5 BN có mức độ hoà hợp HLA 2/6, đều cùng nhóm máu. 2 BN có biến chứng thải ghép ở ngày 7 và 14, biểu hiện duy nhất là tăng bilirubin không do nguyên nhân cơ giới. BN số 1 được phát hiện thải ghép muộn do chưa có kinh nghiệm,

sau khi loại trừ tất cả các nguyên nhân gây tăng bilirubin: tắc nghẽn cơ giới, virut nhân lên, nhiễm trùng, nồng độ thuốc miễn dịch… mới nghĩ đến thải ghép và điều trị thử thấy có kết quả. BN số 4 khi tăng bilirubin đơn thuần ngày thứ 7 đã chỉ định sinh thiết và điều trị theo hướng thải ghép, cả 2 trường hợp diễn biến tốt sau điều trị, chức năng gan về bình thường sau 2 ngày. Hiện nay, thải ghép không được coi là biến chứng của ghép gan mà là diễn biến thường gặp sau ghép, quan trọng là phải theo dõi sát sự thay đổi của các chỉ số sinh hoá và chỉ định sinh thiết gan sớm khi có nghi ngờ thải ghép. Đây cũng là kinh nghiệm của một số trung tâm ghép gan trên thế giới, đặc biệt đối với ghép gan toàn bộ, thường để ngỏ 1 - 2 cm vết mổ dưới ức thuận lợi cho việc sinh thiết gan. Tuy nhiên, việc sinh thiết lại gan sau khi điều trị thải ghép là không cần thiết nếu chức năng gan đã cải thiện.

KẾT LUẬN

Ghép gan tại Bệnh viện Việt Đức theo cả 2 mô hình: ghép toàn bộ từ người cho chết não (3 trường hợp) và ghép gan bán phần từ người cho khoẻ mạnh (2 trường hợp). Thành công của ghép gan phụ thuộc vào nhiều yếu tố: trước ghép, trong ghép, sau ghép, việc lựa chọn cả người cho và người nhận gan, cũng như sự phối hợp đồng bộ giữa các kíp chuyên môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Nghĩa, Thái Nguyên Hưng. Tiêu chuẩn lựa chọn người cho gan và tình hình ghép gan tại Đài Loan. Y học Việt Nam. 2006, 11 (328), tr.47-52.

2. Nguyễn Quang Nghĩa, Trần Minh Tuấn, Cấn Văn Sơn và CS. Ghép gan toàn bộ đúng vị trí: kinh nghiệm của trung tâm ghép gan Torino - Italia. Y học thực hành. 2010, 7 (728), tr.102-105.

3. Nguyễn Tiến Quyết. Mô hình tổ chức ghép gan, thận từ người cho chết não. Y học thực hành. 2010.

4. Nguyễn Tiến Quyết, Nguyễn Quang Nghĩa, Trịnh Hồng Sơn và CS. Thông báo lâm sàng trường hợp ghép gan toàn bộ từ người cho chết não. Y học thực hành. 2011, 3 (755), tr.39-44.

5. Nguyễn Tiến Quyết. Nghiên cứu triển khai ghép gan ghép thận từ người cho chết não. Đề tài cấp nhà nước KC10.25. 2011.

6. Davila D, Bartlett A, Heaton N. Temporary portocaval shunt in orthotopic liver transplantation: need for a standardized approach? Liver Transp. 2008, 14, pp.1414-1419.

7. Kurtovic J, Riordan SM, Williams R. Liver transplantation for hepatocellular carcinoma. Best Practice and Research Clinical Gastroenterology. 2005, 19 (1), pp.1470-160.

8. Margarit C, Lázaro JL, Cancino JD et al. Porta caval shunt and inferior vena cava preservation in Orthotopic liver transplantation. Transplant Proc. 2005, 37, pp.3896-3898.

9. Mutimer D. Liver transplantation. Management problems in liver disease. 2006, 35 (2), pp.112-115.

10. Ronald WB, Goran KK, et al. Transplantation of the liver. Rejection after transplantation. 2005, 72, pp.1167-1182.