

THÔNG BÁO LÂM SÀNG TRƯỜNG HỢP GHEP GAN TOAN BỘ TỪ NGƯỜI CHO CHẾT NÃO

**NGUYỄN TIẾN QUYẾT, NGUYỄN QUANG NGHĨA,
TRINH HỒNG SƠN, NGUYỄN QUỐC KÍNH,
DƯƠNG ĐỨC HÙNG, HÀ PHAN HẢI AN, ĐỖ MẠNH
HÙNG**

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan là phẫu thuật thay thế một phần hay toàn bộ gan bị bệnh bằng một phần hay toàn bộ gan lành từ người cho. Thomas E. Starzl tại Denver – Colorado (Mỹ) là người đầu tiên thực hiện ghép gan năm 1963 [5]. Ghép gan có 5 loại hình chính với 2 nguồn cho tạng chủ yếu là từ người cho chết não và người cho sống. Tại các nước Châu Âu và Mỹ thì mô hình ghép gan toàn bộ

đúng vị trí chiếm đa số > 90% với nguồn cho từ người chết (chết não hoặc ngừng tuần hoàn), còn tại các nước châu Á thì mô hình ghép gan liên quan đến người cho khỏe chiếm đa số. Tại Việt Nam đã thực hiện được 12 trường hợp ghép gan theo mô hình từ người cho khỏe mạnh (1 người lớn, 11 trẻ em). Tháng 11/2006 Quốc hội khóa XI đã thông qua luật hiến, lấy ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến lấy xác gồm 6 chương, 40 điều. Luật

này quy định về việc hiến lấy ghép mô ở cơ thể người sống và người chết mất não, và các cơ sở được phép thực hiện. Như vậy Việt Nam có đủ điều kiện về mặt pháp lý để thực hiện việc lấy tạng từ người cho chết não để tiến hành ghép tạng. Ngày 21/05/2010, lần đầu tiên tại Việt Nam, bệnh viện hữu nghị Việt Đức đã tiến hành thành công trường hợp ghép gan theo mô hình ghép gan toàn bộ từ người cho chết não. Bài viết này nhằm mô tả toàn bộ quá trình thực hiện ca ghép gan trên.

BỆNH ÁN LÂM SÀNG NGƯỜI CHO TẶNG

Bệnh nhân nam, 20 tuổi, địa chỉ: Chương Mỹ, Hà Tây, nghề nghiệp: công nhân. Tiền sử: khỏe mạnh. Bị tai nạn ngã cao 4m đập đầu nền gạch lúc 12h ngày 19/05/2010. Sau tai nạn mê ngay, đã được sơ cứu tại bệnh viện 103, đến 0h ngày 20/05/2010 được chuyển đến bệnh viện Việt Đức. Tình trạng khi vào viện: hôn mê sâu, Glasgows 3 điểm, đồng tử 2 bên giãn 4 mm, phản xạ ánh sáng mất, duỗi cứng tứ chi. Da niêm mạc nhợt, mạch 128 chu kỳ/phút, HA 80/50 mmHg (có vận mạch), SpO₂ 100%, có nội khí quản và hô hấp nhân tạo bằng bóp bóng. Các bộ phận khác không phát hiện tổn thương. Hình ảnh chụp CLVT sọ não: máu tụ DMC 2 bên bán cầu, vỡ xương thái dương (T). Các xét nghiệm cận lâm sàng: số lượng bạch cầu 17,94×10⁹/L, số lượng hồng cầu 3,17×10¹²/L, số lượng tiểu cầu 52×10⁹/L, máu nhóm A, Rh dương tính. Tỷ lệ prothrombin 51.5%, APTT 32,1". Đường máu 7,6mmol/L, Ure 5,9 mmol/L, Creatinin 91μmol/L, Na⁺ 153mmol/L, K⁺ 2,9mmol/L, Cl⁻ 121mmol/L, Ca⁺⁺ 2,02mmol/L, SGOT 77U/L, SGPT 27U/L, Bilirubin toàn phần 11,3 μmol/L, protein toàn phần 51g/L. Các xét nghiệm virus: HIV âm tính, HbsAg âm tính, HbeAg âm tính, HCV âm tính, αFP – CEA – CA19-9 bình thường. Bệnh nhân được đưa vào phòng hồi sức tích cực, được tiến hành làm test chẩn đoán chết não trên lâm sàng và siêu âm Doppler xuyên sọ 9h30 ngày 21/5/2010 (BS Khuyển – NT Linh): động mạch não giữa trái phổ mạch yếu và mất sóng tâm trương, động mạch não giữa phải phổ mạch yếu và mất sóng tâm trương, động mạch mắt (T) còn tín hiệu mạch, các động mạch khác còn dạng phổ mất sóng tâm trương. Kết luận: có phổ mạch của chết não. Điện não đồ (8h33' ngày 21/05/2010), BS Trần Viết Lực Viện Lão khoa: điện não còn điện thế rất thấp, còn hoạt động điện não. Đến 22h ngày 21/05/2010, bệnh nhân có đầy đủ các test chết não trên lâm sàng dương tính, siêu âm Doppler không thu được tín hiệu mạch và không có sóng điện não trên điện não đồ.

Bệnh nhân được chẩn đoán chết não và được tiến hành phẫu thuật lấy tạng vào hồi **23h30 ngày 22/5/2010**. **Kíp mổ:** PGS Trịnh Hồng Sơn, TS Thành 14, TS Hùng 1B, PGS Ước 1B, BS Thế Anh, BS Gia Anh, BS Hội, NT Nghĩa. Gây mê: BS Hoa. Thi bụng: Mở bụng đường trắng giữa từ mũi ức tới xương mu, OB khô, gan 2 thùy hồng đẹp, không xơ, không có u, ĐM ngoài gan không giãn, ĐM gan không có biến đổi giải phẫu. Dạ dày, ruột non, đại tràng không có gì đặc biệt. TMCD tách sớm thành 2 tĩnh mạch chạy song song 2 bên ĐMCB trên chỗ đổ vào của TM thận 2 bên. TM sinh dục (T) đổ vào TMCD. ĐM thận (P) có 2 nhánh trực tiếp từ ĐMCB, nhánh cực dưới ra sát ngã ba chủ chậu. Làm thủ thuật Kocher, cắt chỗ bám của mạc treo ruột, phẫu tích cắt dây chằng lách thận, di động toàn bộ thân đuôi tụy –

lách, dạ dày, di động gan tối đa. Thi lấy thận (T) theo mô hình living donor: Phẫu tích bộc lộ ĐM và TM thận sát gốc, phẫu tích NQ sát tiểu khung. Cặp cắt ĐM, TM thận và niệu quản --> Chuyển sang bàn rửa tạng bằng Ringerlactat theo protocol. Thi lấy gan – thận (P): theo mô hình cadaver donor, phẫu tích luân lác ĐM, TM chậu 2 bên, phẫu tích luân lác ĐMCB đoạn sát cơ hoành, mở ngực, cửa xương ức vào khoang màng tim, luân lác TMCD. Đặt canuyn ĐM vào ĐM chậu (T). Thắt ĐMCB sát cơ hoành. Thắt ĐM chậu hai bên, Cắt đôi TMCT ở ngay trên cơ hoành. Tiến hành rửa tạng bằng dịch rửa Costodioli, đổ đá vào ổ bụng, khoang màng tim và màng phổi hai bên. Lấy gan cả khối cả đoạn TMCD và ĐMCB. Gan sau khi lấy ra khỏi cơ thể được bảo quản trong dung dịch Custodioli ở nhiệt độ 40C và phẫu tích chuẩn bị các cuống mạch bao gồm: phẫu tích TMC dưới đoạn sau gan; đm gan đến tận ĐMC bụng; tĩnh mạch cửa đến chỗ chia TMMTTT; đường mật (cắt túi mật); đặt đường rửa vào TM cửa (truyền Albumin 5%). Trường hợp này không có biến đổi giải phẫu của động mạch gan, tĩnh mạch cửa và đường mật ngoài gan.

BỆNH ÁN NGƯỜI NHẬN GAN

Bệnh nhân nam 46 tuổi, địa chỉ: Mường Ảng, Điện Biên, làm ruộng. Vào viện ngày 27/04/2010. Bệnh nhân không có tiền sử đặc biệt, do đau bụng và kém ăn đi khám phát hiện u gan tại bệnh viện Điện Biên rồi được chuyển đến bệnh viện Việt Đức. Khám lúc vào viện: thể trạng trung bình, cao 160cm, nặng 52,5 kg, mạch 84 chu kỳ/phút, huyết áp 120/70mmHg. Da và củng mạc mắt không vàng, bụng không chướng, không có u cục, không có dịch ổ bụng. Các xét nghiệm cận lâm sàng: số lượng bạch cầu 7,63×10⁹/L, số lượng hồng cầu 4,7×10¹²/L, số lượng tiểu cầu 230×10⁹/L, máu nhóm A, Rh dương tính. Tỷ lệ prothrombin 107,7%, APTT 24"7. Đường máu 5,1 mmol/L, Ure 5,2 mmol/L, Creatinin 95 μmol/L, Na⁺ 136 mmol/L, K⁺ 4,1 mmol/L, Cl⁻ 105 mmol/L, Ca⁺⁺ 2,46 mmol/L, SGOT 41 U/L, SGPT 25 U/L, ALP 65 U/L, LDH 169 U/L, GGT 151 U/L, Bilirubin toàn phần 8,2 μmol/L, protein toàn phần 80 g/L. Các xét nghiệm virus: HIV âm tính, HbsAg dương tính, HbeAg âm tính, Anti Hbe dương tính, HBV-DNA 74cp/ml, anti HCV âm tính, αFP 78 ng/ml, CEA 2,2ng/ml, CA19-9 20U/ml. Xét nghiệm miễn dịch: người cho A24A33 B35B40 DR14 DR08; người nhận: A24A* B13B38 DRB112 DRB114.

Siêu âm Doppler bụng (PGS.Huê ngày 21/05/2010): gan kích thước không to, gan trái có khối u đặc đường kính 5×4cm, cấu trúc tương đối đều, có viền giảm âm xung quanh. Khối nằm một phần ở hpt 4 và thùy trái. Gan phải nhu mô đều, không có khối. Đường mật trong và ngoài gan không giãn. Túi mật không căng, thành mỏng dịch mật trong không có sỏi. Tĩnh mạch cửa đoạn ngoài gan, các nhánh gan phải, đoạn đầu nhánh gan trái không giãn, không có huyết khối. Riêng nhánh thứ cấp sát u có huyết khối trên một đoạn ngắn. Tụy không to, nhu mô đều, wirsung không giãn, sau đầu tụy có hạch 1,8cm. Lách kích thước bình thường, nhu mô đều. Thận niệu quản 2 bên bình thường, không thấy khối ở tiểu khung, không thấy dịch ổ bụng. Kết luận: u gan phải hướng HCC. Chụp cắt lớp vi tính ngực – bụng độ dày lát cắt 5 và 8mm trước và sau tiêm thuốc cản quang (PGS Huê - 21/05/2010): không thấy bất thường ở trung thất

và phổi 2 bên. Gan không to, nhu mô thùy trái có 2 khối nằm sát nhau, đồng tỷ trọng trước tiêm, sau tiêm ngấm thuốc mạnh, thải thuốc nhanh, kích thước khối 55×41mm, có cuống mạch nuôi khối rõ. Kết luận: hình ảnh u gan trái, nghi ngờ đến HCC, theo dõi huyết khối tĩnh mạch cửa nhánh phân thùy bên. Siêu âm tim (BS Thăng – 21/05/2010): cấu trúc tim hiện tại bình thường, chức năng tâm thu trong giới hạn bình thường. Nội soi dạ dày – đại tràng (TS Hội – ngày 10/05/2010): dạ dày – đại tràng bình thường. Sinh thiết u (BS Hương – 29/04/2010) cho kết quả Carcinoma, số GPB: Y8431. Chẩn đoán trước mổ: ung thư gan nguyên phát trên nền gan xơ do viêm gan B mạn tính. Hướng điều trị: Mổ cắt gan (nếu u chỉ có gan trái, nhu mô gan về mặt đại thể lành, không có biểu hiện xơ gan); Ghép gan (nếu chỉ có u ở gan trái, nhu mô gan còn lại về mặt đại thể có xơ, có biểu hiện xơ gan như lách to, tuần hoàn bàng hệ, dịch ổ bụng); Chỉ thăm dò (trường hợp ung thư đã di căn phúc mạc).

QUÁ TRÌNH GHÉP GAN

Bệnh nhân được đưa vào phòng mổ lúc 23h30' ngày 21/05/2010, gây mê: PGS Kính. Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đặt đường truyền trung ương (catheter 3 nòng); catheter Swan Ganz; 2 catheter động mạch; 2 máy làm ấm (Bair Hugger). Phẫu thuật được bắt đầu lúc 0h40' ngày 22/05/2010, đây là thời điểm đã thăm dò gan của người cho có khả năng ghép được. Kíp phẫu thuật: PGS Quyết, PGS Sơn, TS Hùng, BS Nghĩa, BS Khải, BS Phương. Mỡ bụng đường Mercedes, ổ bụng có dịch ascite, lách to. Gan xơ toàn bộ, sinh thiết phần gan lành trả lời xơ độ 4/6. Có khối u gan đường kính 5cm ở hpt 3 xâm lấn sang hpt 4. Các tạng khác không có tổn thương. Chẩn đoán trong mổ: ung thư gan/ gan xơ. Chỉ định ghép gan.

Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ gan: giải phóng toàn bộ dây chằng tam giác, dây chằng vành và dây chằng liềm, di động toàn bộ gan phải và gan trái. Lật gan phải khỏi mặt trước tĩnh mạch chủ dưới, thắt các nhánh tĩnh mạch gan phải phụ (3 nhánh) và các nhánh từ hpt1, hpt 9 đổ vào mặt trước tĩnh mạch chủ dưới. Bằng đường lật từ bên phải cũng giải phóng luôn cả thùy Spigel khỏi mặt trước tĩnh mạch chủ dưới. Đến lúc kiểm soát được 3 tĩnh mạch gan, đặt thử clamp mạch máu thì dừng lại. Phẫu tích cuống gan gồm cắt ống mật chủ đoạn sát ống cổ túi mật, phẫu tích thắt động mạch gan phải, động mạch gan trái, phẫu tích đến sát gốc động mạch gan

riêng chỗ chia của động mạch vị tá tràng thì dừng lại. Phẫu tích các thành phần còn lại của cuống gan: phúc mạc, thần kinh, hạch khối tĩnh mạch cửa, luôn clamp tĩnh mạch cửa.

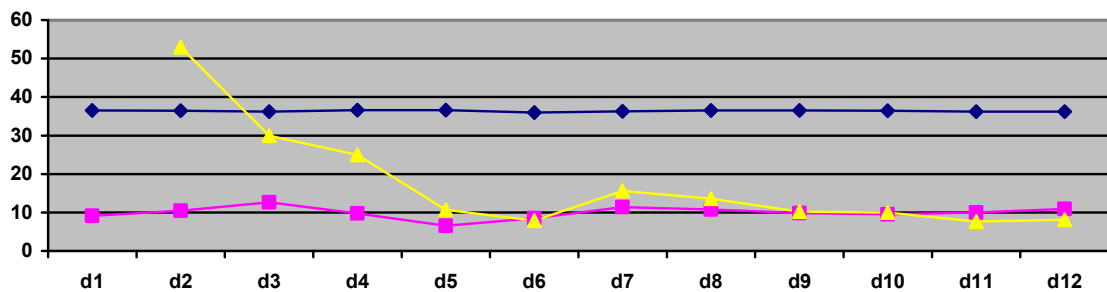
Khi gan đã được chuẩn bị và để lên bàn mổ ghép tạng, tiến hành truyền dung dịch Albumine 5% qua tĩnh mạch cửa (20 chai 50ml). Tiến hành clamp đồng thời tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch gan, cắt bỏ và đưa toàn bộ gan ra khỏi cơ thể. Tiến hành nối tĩnh mạch chủ dưới của gan cho với tĩnh mạch chủ dưới của người nhận (chỗ hợp lưu của 3 tĩnh mạch gan) bằng chỉ Prolene 3.0 (thời gian làm miệng nối: 5'); sau đó nối tĩnh mạch cửa của gan cho và người nhận miệng nối tận – bên bằng chỉ Prolene 4.0 (thời gian làm miệng nối 7'). Mở clamp tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch gan, khâu lại tĩnh mạch chủ dưới ở gan cho phía dưới. Lúc này gan bắt đầu ngả màu từ màu trắng sang màu đỏ, tuy nhiên màu gan thay đổi không đều còn loang lổ. Quyết định thực hiện miệng nối động mạch không cần vi phẫu, nối động mạch gan riêng của gan cho với chỗ chạc ba động mạch gan riêng và động mạch vị mạc nối phải (tổng thời gian làm 3 miệng nối mạch máu là 22'). Ngay sau đó gan hồng toàn bộ, sau 5' dịch mật bắt đầu chảy. Siêu âm Doppler trong mổ thấy miệng nối tĩnh mạch cửa, động mạch gan thông tốt. Tiến hành nối đường mật miệng nối tận – tận 1 lớp Monosyl 5.0 mũi rời có dẫn lưu mật kiểu Volkehr. Kiểm tra khâu cầm máu tỷ lệ, đặt 4 dẫn lưu ổ bụng. Đóng bụng 03 lớp. Tổng thời gian mổ 360'. Trong mổ truyền 02 đơn vị hồng cầu khối, lượng máu mất trong mổ: 400ml.

DIỄN BIẾN SAU GHÉP GAN

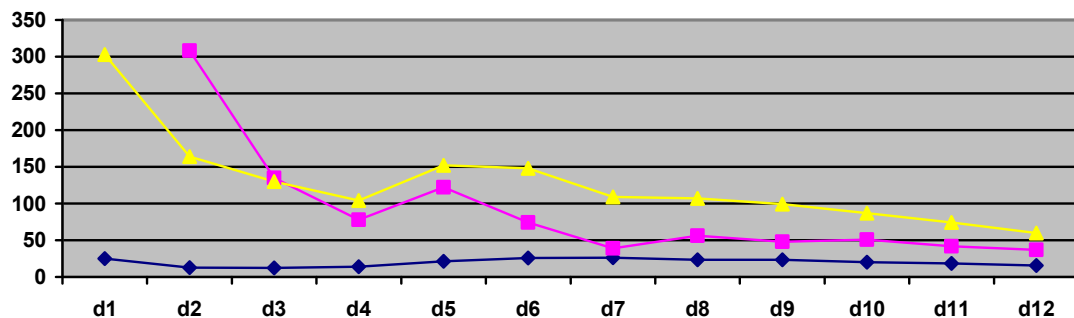
Bệnh nhân được rút ống nội khí quản sau 10h, điều trị tại phòng hồi sức tích cực. Kháng sinh gồm Pipeazam 4.5gr × 6 lọ/ngày × 7 ngày; nystatin 4 viên/ngày trong 6 tháng. Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch: Lipofundin 500ml – Albumin 20% 100ml – Morihopamin 200ml, tổng lượng dịch truyền 3000 – 4000ml/ngày. Thuốc ức chế miễn dịch: Solumedrol 500mg/ngày 1 – 250mg/ngày 2 – 120mg/ngày 3 – 80mg/ ngày 4; Prednisolon 20mg/ngày liên tục; Tacrolimus 6 viên/ ngày; Cellcept 4 viên/ngày. Thuốc điều trị virus: Lamivudine 100mg/ngày. Ngày thứ 3 bệnh nhân có biểu hiện khó thở, chụp Xquang có mờ đáy phổi phải, quyết định đặt dẫn lưu màng phổi phải ra 200ml dịch hồng. Sau 10 ngày bệnh nhân được rút dẫn lưu bụng, về đơn vị ghép tạng, ra viện ngày 14/06/2010. Thời gian nằm viện sau ghép gan là 24 ngày.

Bảng 1: theo dõi các chỉ số sau ghép gan

Thông số	D1	D2	D3	D4	D5	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16	D17	D18	D23
Nhiệt độ	36,5	36,4	36,2	36,2	36,6	36	36,3	36,6	36,5	36,4	36,2	36,6	36	36,3	36,6	36,5	36,4	36,2	36,6	
DL mắt	200	500	400	350	400	300	400	360	400	350	400	300	400	360	400	350	400	300	400	300
SLBC	9.15	10.46	12.61	9.72	6.54	8.5	11.42	10.8	9.8		10	10.9				8.86				
PT	87	72	83	127	82	89	101	96	94							3.54				
CRE	113	89	80	82	82	85	79	78	78	84	87	89	95			89	77		78	89
BIL	25.2	12.9	12.4	14	21.3	25.9	26.1	23.4	23.2	20	18.6	15.4	14.7			11.7	10.1		9.1	9.6
SGOT	1353	308	135	78	122	74	39	56	48	51	42	37	39			73	50		44	32
SGPT	303	164	130	104	152	148	109	107	99	87	74	60	57			56	49		45	37
Albu	39	33	39	35	32	37	38	38	44	43	42	40	41			41	38		38	41
CRP		53	30		10.7	7.85	15.6	13.6	10.2		7.66	8.14				4.97			6.67	6.78



Biểu đồ 1: sự thay đổi các thông số liên quan đến nhiễm trùng sau mổ (◊: nhiệt độ; Δ: CRP; □: số lượng bạch cầu)



Biểu đồ 2: sự thay đổi các thông số liên quan đến chức năng gan sau ghép (◊: bilirubine; Δ: SGOT; □: SGPT)

BÀN LUẬN

Kể từ sau thành công ca ghép gan người lớn đầu tiên tháng 11/2007, bệnh viện Việt Đức đã tuyển chọn nhiều trường hợp bệnh lý gan để ghép gan. Tuy nhiên khó khăn lớn nhất là nguồn tạng do vậy nhiều trường hợp đã không chờ đợi được đến khi ghép gan. Việc quốc hội thông qua luật hiến, lấy ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến lấy xác đã tạo ra nhiều cơ hội cho các bệnh nhân có chỉ định ghép tạng, trong đó chủ yếu là ghép gan và thận. Ca ghép gan theo mô hình ghép gan từ người cho chết não đã được tiến hành ngày 22/05/2010 bởi các thầy thuốc bệnh viện Việt Đức là trường hợp đầu tiên tại Việt Nam.

Chỉ định ghép gan: Chỉ định ghép gan chủ yếu ở 3 nhóm bệnh: xơ gan virus (B,C); xơ gan rượu và ung thư gan kèm xơ gan. Theo nghiên cứu của Salizzoni năm 2005 qua 1000 ghép gan: xơ gan virus (71%); xơ gan rượu (9%); ung thư gan (22%); riêng nhóm suy gan cấp chỉ chiếm 3% [7]. Trường hợp bệnh nhân nghiên cứu là

ung thư gan trên nền gan xơ dựa vào các tiêu chuẩn: khối u gan giàu mạch, đường kính < 5cm, HbsAg dương tính, nhu mô gan thô. Hiện nay có nhiều tiêu chuẩn lựa chọn HCC để chỉ định ghép gan [3]. Tiêu chuẩn Milan: một u < 5cm hoặc < 3 u kích thước < 3cm; tiêu chuẩn USCF: một u < 6,5cm hoặc 2-3 u kích thước < 4,5cm và tổng đường kính 3 khối không quá 8cm; tiêu chuẩn Paul Brouse – Paris: dưới 2u, đường kính < 3cm... tuy nhiên tiêu chuẩn hiện được áp dụng nhiều trên thế giới và tại Việt Đức là tiêu chuẩn Milan.

Lựa chọn người cho: Để đảm bảo cho chức năng gan ghép hoạt động tốt, các tiêu chuẩn cơ bản đối với người cho bào gồm: tuổi < 40, nguyên nhân chết do chấn thương, người cho chết não, huyết động ổn định đến khi lấy tạng, không bị nhiễm mỡ gan, không có bệnh lý gan mạn tính, bệnh lý lây truyền. Các tiêu chuẩn này gọi là **Tiêu chuẩn cơ bản (Standard criteria donor – SCD)**, với các tiêu chuẩn đạt được thì tỷ lệ mảnh ghép bị giảm hoặc không có chức năng sau ghép là rất thấp

[8]. Việc chẩn đoán chết não của bệnh nhân theo đúng quy định của Bộ Y tế:

- **Tiêu chuẩn về lâm sàng:** Hôn mê sâu (thang điểm hôn mê Glasgow bằng 3 điểm); đồng tử cố định (đường kính đồng tử hai bên giãn trên 4 mm); đồng tử mất phản xạ với ánh sáng; mất phản xạ giác mạc; mất phản xạ ho khi kích thích phế quản; không có phản xạ đầu - mắt; mắt không quay khi bơm 50ml nước lạnh vào tai; mất khả năng tự thở khi bỏ máy thở. Tiêu chuẩn lâm sàng phải được xác định 2 lần cách nhau 12h và không hồi phục mới được chẩn đoán chết não.

- **Tiêu chuẩn về cận lâm sàng:** phải sử dụng một trong các kỹ thuật Ghi điện não; Chụp cắt lớp vi tính xuyên não; Siêu âm Doppler xuyên sọ; Chụp X quang động mạch não; Chụp đồng vị phóng xạ.

- Được ba chuyên gia trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu, thần kinh hoặc phẫu thuật thần kinh, giám định pháp y trực tiếp khám và kết luận là chết não.

Bệnh nhân cho tạng trong nghiên cứu này thỏa mãn đầy đủ các tiêu chuẩn trên, mặc dù trong hoàn cảnh cấp cứu vẫn phải thực hiện đầy đủ các xét nghiệm để chẩn đoán chết não đồng thời đánh giá chức năng các tạng cần lấy để ghép.

Quy trình lấy và bảo quản gan: Quy trình được áp dụng đối với trường hợp nghiên cứu là quy trình lấy đa tạng: tim, phổi, gan, thận, được thực hiện đồng bộ bởi 3 kíp mổ gồm các phẫu thuật viên tim mạch; gan và thận. Tuy nhiên có thay đổi khi thực hiện để giảm tối đa thời gian thiếu máu lạnh: thì đầu là cắt thận trái để ghép thận giống mô hình lấy từ người cho sống để ghép, sau đó mới thực hiện giống quy trình lấy đa tạng (gan, tụy, lách, thận phải, tim) để ghép. Dung dịch bảo quản tạng hiện nay được sử dụng nhiều loại gồm: Stanford để bảo quản tim với thời gian 4-5h; dung dịch của Cambridge để bảo quản phổi trong 8h; dung dịch Wiscosin (Viaspan) để bảo quản gan, tụy và thận trong khoảng thời gian 12h; dung dịch Celsior (Euro-Collins) hiện nay được sử dụng nhiều nhất trong bảo quản gan, tụy và thận và dung dịch HTK (Custodiol) để bảo quản gan và thận. Tại bệnh viện Việt Đức sử dụng Custodiol trong ghép thận và ghép gan.

Quy trình ghép gan: Kỹ thuật cắt gan toàn bộ và ghép gan theo kinh điển, quá trình phẫu tích tỷ mỉ kiểm soát các mạch máu đã hạn chế tối đa lượng máu mất trong mổ. Do mức độ xơ gan không nặng nên không thực hiện shunt cửa chủ tạm thời trong mổ. Miệng nối tĩnh mạch trên gan được thực hiện đầu tiên, sau đó là miệng nối tĩnh mạch cửa, động mạch gan và đường mật. Toàn bộ quy trình cắt và ghép gan diễn ra thuận lợi, sau khi thực hiện xong miệng nối động mạch gan thì gan hồng đẹp, mật tiết ra. Tổng thời gian phẫu thuật là 330', thời gian thiếu máu nóng: 22 phút, không có biến chứng trong quá trình ghép gan.

Theo dõi sau ghép gan: Bệnh nhân được rút nội khí quản sau 10 giờ, nằm tại phòng hồi sức 10 ngày và đơn vị ghép tạng 14 ngày. Dẫn lưu màng phổi phải đặt ngày 3 sau mổ do tràn dịch màng phổi phải. Bệnh nhân được xét nghiệm chức năng gan hàng ngày, siêu âm Doppler kiểm tra mạch máu 3 ngày/ lần, trong quá trình theo dõi sau ghép bệnh nhân không có biến chứng

niêm trùng, suy gan, thải ghép, tắc mạch.... Trong các biến chứng có thể gặp sau ghép gan thì 2 biến chứng nặng nhất là không chức năng gan nguyên phát (PNF) và tắc động mạch gan vì khi có 2 biến chứng này cần chỉ định ghép lại gan và tỷ lệ tử vong cao [4].

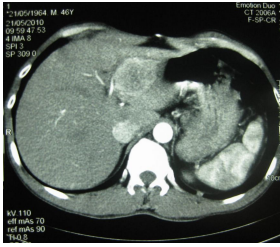
Miễn dịch trong ghép gan: Đánh giá mức độ hoà hợp miễn dịch của người cho và nhận trong ghép gan dựa vào các xét nghiệm xác định nhóm máu hệ ABO, HLA, và Cross-match. Trong đó quan trọng nhất là xét nghiệm hoà hợp nhóm máu hệ ABO của người cho và người nhận để dự phòng nguy cơ thải ghép tối cấp trong ghép gan. Một số nghiên cứu cho thấy rằng tỉ lệ sống sót khi ghép cùng nhóm máu cao hơn rõ rệt khi ghép khác nhóm máu, ghép khác nhóm máu chỉ nên tiến hành trong các trường hợp cấp cứu không trì hoãn được (suy gan tối cấp, PNF). 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 tỉ lệ sống sót theo mức độ hoà hợp HLA [6]. Trong quy trình ghép gan tại bệnh viện Việt Đức, cả người cho và người nhận đều phải làm nhóm máu 2 lần (hệ ABO và Rh), làm phần ứng chéo Crossmatch và hệ HLA. Bệnh nhân trong thông báo này có cùng nhóm máu A, Rh dương, phần ứng chéo âm tính, không có chỉ định dùng Simulect trong mổ.

Thuốc UCMD: Hiện nay có 2 phác đồ điều trị miễn dịch là FK + MMF + Pred (đối với bệnh nhân không bị viêm gan C) và CyA + MMF + Pred (đối với bệnh nhân bị viêm gan C) [7]. Trong các thuốc miễn dịch chỉ có FK phải thay đổi liều lượng hàng ngày tùy thuộc vào nồng độ thuốc trong máu. Bệnh nhân trong thông báo những ngày đầu dùng FK liều 4mg, từ ngày thứ 10 dùng ổn định với liều 6mg/ngày.

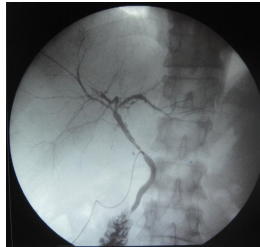
Thải ghép: Báo cáo của UNOS tỉ lệ thải ghép cấp trong ghép gan rất cao 50-75%, nhất là từ ngày thứ 5 đến 14 sau ghép. Tuy nhiên nếu được điều trị kịp thời sẽ không ảnh hưởng đến chức năng gan về sau, do vậy có thể coi thải ghép chỉ là một diễn biến bệnh sau ghép gan chứ không phải là một biến chứng [5,6,9]. Biểu hiện của thải ghép chủ yếu là sự thay đổi trên các xét nghiệm cận lâm sàng: men gan (SGOT, SGOT), bilirubin, GGT... Sự tăng bất thường của các chỉ số trên trong thời gian 48h là chỉ định để sinh thiết gan chẩn đoán thải ghép. Sinh thiết gan rất quan trọng không chỉ cho chẩn đoán xác định mà còn là căn cứ để có phác đồ điều trị phù hợp theo mức độ và đánh giá hiệu quả điều trị [4]. Có nhiều phác đồ điều trị thải ghép hiện vẫn chưa thống nhất nhưng sử dụng liều cao Corticosteroid vẫn là sự lựa chọn đầu tay tại các trung tâm ghép gan [1,6]. Bệnh nhân trong thông báo này không có bất kỳ sự thay đổi về các chỉ số xét nghiệm, sau 10 ngày tất cả các thông số trở về bình thường.

KẾT LUẬN

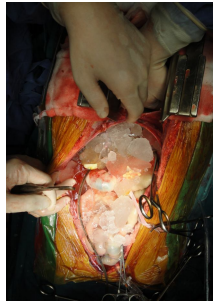
Trường hợp ghép gan đầu tiên tại Việt Nam từ người cho chết não được thực hiện thành công bởi các bác sỹ bệnh viện Việt Đức. Đây là mô hình ghép gan đòi hỏi sự phối hợp đồng bộ của nhiều chuyên ngành: ngoại thần kinh, gây mê hồi sức, gan mật, tim mạch, miễn dịch theo quy trình chuẩn. Mô hình ghép gan này không quá phức tạp, an toàn hiệu quả.



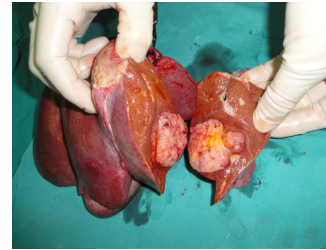
Ảnh 1: CLVT gan - khối u gan trái



Ảnh 2: chụp đường mật sau ghép gan



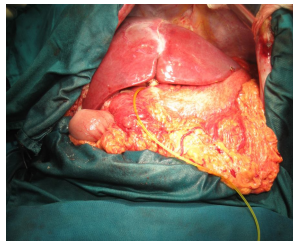
Ảnh 3: bảo quản tạng trong cơ thể



Ảnh 4: khối u gan/ gan xơ



Ảnh 5: gan đổi màu sau nối tĩnh mạch cửa



Ảnh 6: sau khi ghép gan

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barbara S.H., Marco B., Bridget K.G., Simon R.B., Peter N., Stefan G.H., James M.N. (2006), Liver transplantation. *Does the Banff Rejection Activity Index Predict Outcome in Patients With Early Acute Cellular Rejection Following Liver Transplantation?*, 12:1144-1151.
2. David J. P., David D.D., David C.M. (2005), Immunosuppression in Liver Transplantation. *Liver Transplantation*, Vol 11, 11: pp 1307-1314.
3. Kurtovic J., Riordan S. M., Williams R. (2005), Liver

transplantation for hepatocellular carcinoma. *Best practice and Research Clinical Gastroenterology*, Vol 19, 1: 147 – 160.

4. Mueller A.R., Platz K.P., Kremer B. (2004), Early postoperative complications following liver transplantation. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, Vol 18; 5: 881-900

5. Osman A. (2008), Liver transplantation: Yesterday, today and tomorrow *World J Gastroenterol*, 14(20): 3117-3122

6. Ronald W.B., Goran K.K., et al (2005), Transplantation of the liver, *Rejection after transplantation*, 72:1167-1182.

7. Salizzoni M., Cerutti E., Romagnoli R. Et al (2005). The first one thousand liver transplants in Turin: a single-center experience in Italy. *Transplant International*, 18: 1328-1335.

8. Yandza T., Aubert F., Fourcade L et al (2003). Mise au point sur les critères de sélection des donneurs cadavériques pour la transplantation du foie. *Gastroentero/ Clin Biol*; 27: 163-175.

Wiesner R.H., Demetris A.J., Belle S.H., et al (1998), Acute hepatic allograft rejection: incidence, risk factors, and impact on outcome. *Hepatology*, 28 :45.