

Kết quả bước đầu ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

A preliminary result of living donor liver transplantation using right lobe graft at 108 Military Central Hospital

Mai Hồng Bằng, Lê Văn Thành, Vũ Văn Quang,
Đào Tấn Lực, Lê Văn Lợi, Hồ Văn Linh,
Vũ Ngọc Tuấn, Nguyễn Mạnh Dũng, Lê Trung Hiếu

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu loạt trường hợp được ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải, từ tháng 10/2017 đến tháng 1/2021, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** 60 bệnh nhân được ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải. Độ tuổi trung bình là: $48,87 \pm 13,49$ tuổi (13 - 72 tuổi). Tỷ lệ nam/ nữ là 9/1. Trong nhóm nghiên cứu có 27 bệnh nhân ung thư gan, 18 bệnh nhân xơ gan mất bù và 15 bệnh nhân suy gan cấp với điểm MELD trung bình là: $29,4 \pm 8,5$ (15 - 40). 100% các trường hợp ghép sử dụng mảnh ghép gan phải. 15 trường hợp được thực hiện với kỹ thuật tạo hình tĩnh mạch trên gan giữa sử dụng đoạn mạch nhân tạo và 45 trường hợp thực hiện với kỹ thuật lấy mảnh ghép gan phải mở rộng kèm theo tĩnh mạch gan giữa. Biến chứng liên quan đến mạch máu là 8,3% bao gồm: Huyết khối động mạch, hẹp động mạch gan và hẹp tĩnh mạch cửa. 7 trường hợp hẹp đường mật, đã được can thiệp đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng thành công. Thời gian sống thêm 1 năm sau ghép là 86,7%. **Kết luận:** Phẫu thuật ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải đạt kết quả tốt.

Từ khóa: Ghép gan từ người hiến sống, cắt gan.

Summary

Objective: To evaluate results of living donor liver transplantation using right lobe graft. **Subject and method:** This was a prospective study to review the clinical outcomes in living donor liver transplantation using right lobe graft. **Result:** A total of 60 cases of living donor liver transplantation using right lobe graft were collected. The average age was 48.87 ± 13.49 years (13 - 72 years old). Male/female ratio was 9/1. In our group study, there were 27 patients with liver cancer, 18 patients with decompensated cirrhosis and 15 patients with acute liver failure. The average MELD score was 29.4 ± 8.5 points (15 - 40). 15 cases underwent middle hepatic vein reconstruction using GORE-TEX vascular graft, 45 cases was performed living donor liver transplantation using extended right lobe graft. Vascular complications were 8.3% including: hepatic artery thrombosis, hepatic artery and portal vein stenosis. Biliary stenosis were detected in 7 patients whom were successfully treated with endoscopic stent placement. The 1-year-survival rate was 86.7%. **Conclusion:** Living donor liver transplantation using right lobe graft provide good results. The technique is safe and effective.

Ngày nhận bài: 25/1/2021, ngày chấp nhận đăng: 18/03/2021

Người phản hồi: Lê Văn Thành, Email: liversurg108@gmail.com – Bệnh viện TWQĐ 108

Keywords: Living donor liver transplantation, hepatectomy.

1. 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 hiến. Phẫu thuật ghép gan lần đầu tiên được thực hiện trên chó bởi C. Stuart Welch tại Trường Đại học Albany (Mỹ) theo mô hình ghép thêm gan phụ vào chó. Đến năm 1958 mô hình ghép gan toàn bộ đúng vị trí đã được mô tả bởi Jack Canon tại Trường Đại học California (Mỹ). Cho đến khi xuất hiện thuốc ức chế miễn dịch và quy trình bảo quản tạng đã hoàn thiện quá trình thực nghiệm ghép gan. Và đến ngày 01/03/1963 tại Denver - Colorado (Mỹ), Thomas E. Starzl lần đầu tiên thực hiện ghép gan trên người cho bệnh nhân 3 tuổi bị teo đường mật bẩm sinh, tuy nhiên không thành công, cháu bé đã chết trên bàn do rối loạn đông máu, sau đó 6 trường hợp ghép gan tiếp theo được thực hiện tại Denver, Boston và tại Paris cũng không thành công, bệnh nhân sống lâu nhất là 75 ngày. Sau 3 năm với sự phát triển của các nghiên cứu về hòa hợp miễn dịch, thuốc chống thải ghép, ngày 23/07/1967 cũng chính Starzl đã thực hiện thành công trường hợp ghép gan với thời gian sống thêm sau mổ là 16 tháng. Đến nay, sau hơn 50 năm kể từ trường hợp ghép gan đầu tiên, phẫu thuật ghép gan đã được phổ biến rộng rãi trên toàn thế giới.

Hiện nay, có 2 loại hình ghép gan: Toàn bộ từ người chết mất não và từ người sống. Nếu tại Châu Âu và Mỹ, ghép gan từ người chết mất não chiếm đa số (95%) do có luật lấy tạng từ người chết mất não thì tại các nước châu Á ghép gan từ người cho sống lại chiếm ưu thế do liên quan đến vấn đề tín ngưỡng. Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan những là quốc gia có số lượng ghép gan từ người sống nhiều nhất thế giới, cho tới tháng 11/2018, tại Trung tâm Asan, Hàn Quốc đã thực hiện hơn 5000 trường hợp ghép gan từ người hiến sống. Tại Việt Nam, ngày 31/1/2004, Học viện Quân y tiến hành trường hợp ghép gan trên người đầu tiên với sự hỗ trợ của các chuyên gia Nhật Bản. Người hiến gan là bố đẻ của bệnh nhân. Đến nay, ở nước ta đã có gần 200 bệnh nhân được ghép gan, trong đó bệnh lý để chỉ định

ghép gan gặp nhiều nhất là ung thư gan, sau đó là teo đường mật bẩm sinh, xơ gan, suy gan cấp.

Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thực hiện thành công ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải từ tháng 10/2017 và đến nay phẫu thuật đã được thực hiện thường quy cho các bệnh nhân mắc bệnh gan giai đoạn cuối như ung thư gan, xơ gan mất bù và suy gan cấp. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu để đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật ghép gan từ người hiến sống.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Các bệnh nhân ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 10/2017 đến tháng 1/2021.

2.2. Phương pháp

Phương pháp: Tiến cứu mô tả.

2.3. Quy trình phẫu thuật ghép gan từ người hiến sống

Chỉ định ghép gan

Bệnh nhân xơ gan Child B-C, xơ gan có biến chứng.

Bệnh nhân ung thư gan nguyên phát không có di căn xa.

Bệnh nhân suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính.

Chọn lựa người hiến

Trọng lượng mảnh ghép gan phải/ trọng lượng cơ thể người nhận $\geq 0,8\%$; tỷ lệ thể tích gan trái còn lại $\geq 30\%$.

Không có biến đổi giải phẫu phức tạp của mạch máu và đường mật.

Độ nhiễm mỡ gan hiến dưới 20%.

Kiểm tra pháp lý đầy đủ, nghiêm ngặt tuân thủ theo quy trình ghép tạng của Bộ Y tế và báo cáo Trung tâm Điều phối Ghép tạng Quốc gia.

Phương pháp tạo hình tĩnh mạch gan của mảnh ghép gan phải ở người hiến

Mảnh ghép gan phải được lấy cùng tĩnh mạch gan giữa khi tỷ lệ thể tích gan trái còn lại của người hiến $\geq 35\%$ và tĩnh mạch gan phải, tĩnh mạch gan giữa được tạo hình thành 1 miệng nối duy nhất. Khi tỷ lệ thể tích gan trái còn lại của người hiến $< 35\%$, sẽ tạo hình lại tĩnh mạch gan giữa ở mảnh ghép sử dụng đoạn mạch nhân tạo Goretex, sau đó tạo hình với tĩnh mạch gan phải của mảnh ghép thành 1 miệng nối duy nhất.

Phương pháp phẫu thuật ghép gan

Cắt bỏ hoàn toàn gan bệnh lý bảo tồn tĩnh mạch chủ dưới.

Nối tĩnh mạch gan của mảnh ghép sau tạo hình vào vị trí tĩnh mạch gan phải của bệnh nhân, mở rộng về phía dưới và phía ngang của tĩnh mạch chủ dưới. Các trường hợp tĩnh mạch gan phải phụ có đường kính trên 5mm đều được bảo tồn và nối tận – bên vào tĩnh mạch chủ dưới.

Nối tĩnh mạch cửa - tĩnh mạch cửa tận-tận. các clamp tĩnh mạch gan và tĩnh mạch cửa, bắt đầu tái tưới máu gan.

Nối động mạch gan - động mạch gan kiểu tận-tận. Siêu âm trong mổ đánh giá lưu thông các động tĩnh mạch nối qua tốc độ dòng chảy.

Tái lập lưu thông đường mật kiểu tận-tận hoặc nối mật ruột.

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

Đặc điểm		Kết quả (n = 60)
Giới	Nam	53 (88,3%)
	Nữ	07 (11,7%)
Tuổi		48,87 $\pm$ 13,49 (13 - 72)
MELD		29,4 $\pm$ 8,5 (15 - 40)
Thay huyết tương trước ghép		11/60 (18,3%)
Lọc máu trước ghép		04
Rối loạn đông máu nặng		12
Hôn mê gan trong suy gan cấp	Độ I	05
	Độ II	02
	Độ III	02
	Độ IV	04

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy nam giới chiếm đa số (88,3%), tuổi trung bình: 48,87 $\pm$ 13 tuổi. Có 11/60 bệnh nhân phải thay huyết tương trước ghép. Trong nhóm suy gan cấp có 6/15 bệnh nhân (40%) có hôn mê gan độ III - IV.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

Tuổi, giới, tiền sử điều trị, điểm MELD và tình trạng trước mổ, chẩn đoán bệnh.

Loại hình mảnh ghép và kỹ thuật tạo hình tĩnh mạch trên gan.

Số bệnh nhân phải truyền khối hồng cầu trong ghép, thời gian phẫu thuật.

Phương pháp tái lập lưu thông đường mật.

Các biến chứng ghi nhận được phân độ theo Clavien-Dindo. Các biến chứng nặng độ III (cần can thiệp ngoại khoa, nội soi hoặc chẩn đoán can thiệp) và độ IV (biến chứng đe dọa tính mạng, cần hồi sức tích cực...), được ghi nhận, thống kê.

Tỷ lệ sống 1 năm được đánh giá trên những bệnh nhân có thời gian phẫu thuật đủ 12 tháng hoặc đã tử vong trong vòng 1 năm.

3. Kết quả

Từ tháng 10/2017 đến tháng 1/2021, có 60 bệnh nhân được ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong đó có 58 bệnh nhân người lớn và 2 bệnh nhân trẻ em.

3.2. Chỉ định của phẫu thuật ghép gan, tiền sử bệnh

Bảng 2. Chỉ định của phẫu thuật ghép gan

Chỉ định	Số bệnh nhân (%)
Ung thư gan	27 (45%)
Xơ gan mất bù	18 (30%)
Suy gan cấp	15 (25%)

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy ung thư gan được chỉ định ghép gan chiếm đa số (45%). Tiền sử: 55 (91,6%) bệnh nhân có tiền sử viêm gan virus B, C mạn tính; 05 (8,4%). Xơ gan rượu; 08 (13,3%) bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật.

3.3. Kết quả phẫu thuật

3.3.1. Trong mổ

Bảng 3. Trong mổ

Đặc điểm	Số bệnh nhân (%)
Đường mổ chữ J bên phải	60 (100%)
Mảnh ghép gan phải có TMG giữa	45 (75%)
Mảnh ghép gan phải tạo hình TMG giữa bằng đoạn mạch nhân tạo	15 (25%)
Tái lập lưu thông đường mật: Nối mật ruột Nối mật -mật theo kiểu tận tận Dẫn lưu	04 (6,7%) 56 (93,3%) 09 (15%)
Số bệnh nhân không truyền khối hồng cầu trong mổ	9 (15%)

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy 100% đường mổ chữ J bên phải. mảnh ghép gan phải mở rộng kèm theo tĩnh mạch gan giữa chiếm chủ yếu (75%), miệng nối mật mật kiểu tận tận chiếm đa số (93,3%). Có 15% số bệnh nhân không phải truyền khối hồng cầu trong mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là $570 \pm 48,6$ phút (460 - 750).

3.3.2. Biến chứng

Bảng 4. Biến chứng

Biến chứng		Số BN (n = 60)	Tỷ lệ %
Ngoại khoa	Chảy máu sau mổ	03	5
	Hẹp ĐM gan	01	1,6
	Huyết khối ĐM gan	01	1,6
	Hẹp TM cửa	02	3,2
	Huyết khối TM cửa	01	1,6
	Rò mật	05	8,3
	Hẹp đường mật	07	11,6
Nội khoa	Suy thận tiến triển	01	1,6
	Mất chức năng nguyên phát	01	1,6
	Nhiễm CMV	02	3,2

Hội chứng mảnh ghép chống chủ	01	1,6
-------------------------------	----	-----

Nhận xét: Bảng 4 cho thấy biến chứng gặp về ngoại khoa chủ yếu liên quan đến mạch máu chiếm 8,3% và đường mật chiếm 20%.

3.3.3. Kết quả xa

Tỷ lệ sống thêm 1 năm sau ghép: 52 (86,7%) bệnh nhân, tái phát ung thư, di căn xa: 4 (16,8%) bệnh nhân.

5. Bàn luận

Loại hình ghép gan: Hiện tại, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 thực hiện ghép gan theo mô hình ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải mở rộng hoặc cải tiến, tức là có hoặc không kèm theo tĩnh mạch gan giữa. Mảnh ghép gan phải mở rộng là cắt gan phải kèm theo phần thân chính của tĩnh mạch gan giữa khi tỷ lệ thể tích gan trái còn lại của người hiến $\geq 35\%$ hoặc cắt gan phải để lại thân chính của tĩnh mạch gan giữa, tạo hình hồi lưu nhánh tĩnh mạch từ hạ phân thùy 5 hoặc 8 hoặc cả 2 theo kỹ thuật bảo tồn nhánh đuôi của tĩnh mạch gan giữa cho hạ phân thùy 4 khi tỷ lệ thể tích gan trái còn lại của người nhận $< 35\%$.

Chỉ định ghép gan:

Tỷ lệ mắc virus viêm gan B, C mạn tính nói chung trong số bệnh nhân nghiên cứu là 55 (91,6%) bệnh nhân. Có 27 bệnh nhân ung thư gan được chỉ định ghép. 100% bệnh nhân ung thư gan đều liên quan mắc virus viêm gan B không điều trị hoặc điều trị không đủ liệu trình. 15 trường hợp ghép gan cấp cứu đều phải tiến hành lọc huyết tương và hồi sức tích cực trước mổ.

Chỉ định ghép gan cấp cứu trong bệnh cảnh suy gan cấp nói chung dựa trên tiêu chuẩn King's College và/hoặc tiêu chuẩn Clichy [2]. Tuy nhiên, ghép gan vẫn có thể áp dụng ở những bệnh nhân không đạt tiêu chuẩn King's College, vì sự hồi phục tự nhiên là không chắc chắn [4]. Ở các nước phương Tây, suy gan cấp tối cấp chung được ưu tiên lựa chọn hàng đầu chỉ định ghép ở những khu vực phổ biến hoạt động hiến tạng (gan) ở người chết não.

Do đó, ghép gan từ người hiến sống hiếm khi còn được chỉ định ở những trung tâm này, căn cứ trên nhu cầu thể tích gan lớn hơn là 1 phần gan ghép (gan phải) vốn có thể không đủ thể tích cần thiết để cứu sống bệnh nhân suy gan quá nặng, cũng như với 1 quy trình sàng lọc đánh giá vôi vàng thì có thể dẫn đến chọn lựa người hiến không phù hợp.

Điều này là khác biệt lớn với nhiều nước Châu Á, nơi hiến tạng từ người chết não vẫn còn rất hiếm và ghép gan từ người hiến sống chiếm trên 90% trường hợp [3]. Suy gan cấp chiếm 5,7% chỉ định ghép gan từ người hiến sống ở Trung tâm Asan - Hàn Quốc, 12% ở nhóm nghiên cứu Hồng Kông và 14,6% theo nghiên cứu Kyoto [5]. Theo Lee SG, ở Asan Medical Center – ghép gan từ người hiến sống cấp cứu giúp gia tăng số bệnh nhân cần được ghép gan từ 5% lên 75%, và tỷ lệ bệnh nhân suy gan cấp sống sót đạt 85% so với 5% ở những bệnh nhân không được ghép cấp cứu với ghép gan từ người hiến sống [2].

Đặc điểm kỹ thuật

Hiện nay điểm mấu chốt trong kỹ thuật ghép gan từ người hiến sống chủ yếu liên quan đến việc lấy kèm hay không tĩnh mạch gan giữa của người hiến và kỹ thuật tạo hình tĩnh mạch gan giữa. Các trung tâm ghép gan trên thế giới đề xuất giới hạn tỷ lệ lấy gan phải làm mảnh ghép có kèm hay không lấy tĩnh mạch gan giữa với điều kiện khác nhau. Theo nghiên cứu của Đại học Kyoto mảnh ghép có kèm tĩnh mạch gan giữa khi mảnh ghép được dẫn lưu chủ yếu bởi tĩnh mạch này, hoặc khi tỷ lệ GRWR $< 1\%$, với điều kiện gan trái còn lại trên 35% [5].

Bệnh viện Chang Gung Memorial (Đài Loan) sẽ lấy tĩnh mạch gan giữa khi mảnh ghép $< 50\%$ thể tích gan chuẩn người nhận, hoặc khi tĩnh mạch hạ phân thùy 5 và 8 (V5, V8) có khẩu kính lớn trong khi tĩnh mạch gan phải lại nhỏ [3]. Đánh giá trên CT gan 3 thì, phần lớn trường hợp phân thùy 4 trong nghiên cứu được dẫn lưu máu vào tĩnh mạch gan giữa tĩnh mạch gan giữa đồng thời cả tĩnh mạch gan trái, bên cạnh đó tỷ lệ thể tích gan trái còn lại của người hiến

chủ yếu $\geq 35\%$. Lo CM và cộng sự (Hong Kong) chủ trương lấy mảnh ghép gan phải kèm thân tĩnh mạch gan giữa [4]. Tại Bệnh viện Asan - Hàn quốc, 85% trường hợp ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải theo kỹ thuật cải tiến - bảo tồn thân chính tĩnh mạch gan giữa cho người hiến, do đó cần phải tạo hình hồi lưu tĩnh mạch gan cho phân thủy trước bằng đoạn mạch ghép [2].

Trong nghiên cứu, có 15 trường hợp được thực hiện với kỹ thuật tạo hình tĩnh mạch trên gan phải theo phương pháp tạo hình lại tĩnh mạch gan giữa bằng đoạn mạch nhân tạo. 45 trường hợp thực hiện với kỹ thuật tạo hình tĩnh mạch trên gan phải và giữa thành 1 miệng nối duy nhất. Kiểm tra siêu âm Doppler và CT sau ghép các miệng nối tĩnh mạch gan đều lưu thông tốt.



Hình 1. Kỹ thuật tạo hình tĩnh mạch trên gan phải và giữa thành 1 miệng nối duy nhất

Sau thực hiện miệng nối tĩnh mạch gan là miệng nối tĩnh mạch cửa. Tĩnh mạch cửa phải của người hiến sẽ được nối tận - tận với tĩnh mạch cửa của người nhận với chỉ prolene 5/0. Thực hiện xong thì nối TM cửa sẽ thả clamp tĩnh mạch cửa, sau đó là miệng nối tĩnh mạch chủ dưới - tĩnh mạch gan để tái tưới máu gan, kết thúc thời kì không gan.

Động mạch sẽ được thực hiện nối tận-tận với động mạch gan của người nhận (có thể ĐM phải hoặc ĐM gan riêng) bằng chỉ prolene 8/0. Không có trường hợp nào phải tạo hình hoặc thực hiện nhiều miệng nối động mạch. Các trường hợp ghép gan từ người cho sống, miệng nối động mạch rất nhỏ (nối động mạch gan phải người cho với động mạch gan của người nhận) thường được thực hiện với kính lúp ngoại khoa. Miệng nối động mạch rất quan trọng bởi nếu xảy ra hẹp, tắc động mạch gan, bệnh nhân sẽ có chỉ định ghép lại gan do hoại tử đường mật.

56 trường hợp các miệng nối đường mật được thực hiện nối tận-tận bằng chỉ PDS 6/0, 4 trường hợp được nối mật ruột, có 9/38 trường hợp được đặt dẫn lưu mật, các trường hợp đặt dẫn lưu đường mật trong nghiên cứu thuộc nhóm những bệnh nhân đầu tiên, về sau khi kỹ thuật ghép gan thành thạo hơn, chúng tôi không đặt dẫn lưu đường mật do thời gian rút dẫn lưu đường mật kéo dài, nguy cơ rò mật sau rút.

07 trường hợp có hẹp đường mật sau ghép và phải đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng, trong đó có 04 trường hợp có tiền sử đặt dẫn lưu đường mật trong ghép. 05 trường hợp bị rò mật, được điều trị bằng dẫn lưu ổ dịch dưới hướng dẫn của siêu âm, kết quả bệnh nhân ổn định.



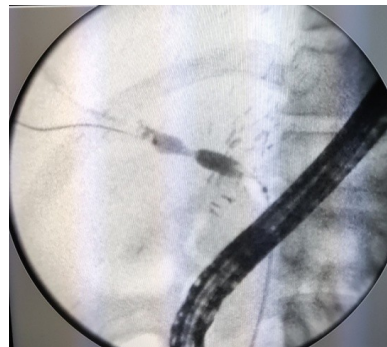
Hình 2. Tạo hình hồi lưu nhánh tĩnh mạch từ hạ phân thủy 5 hoặc 8 hoặc cả 2 theo kỹ thuật bảo tồn nhánh đuôi của tĩnh mạch gan giữa cho hạ phân thủy 4

Biến chứng

Có 3 trường hợp xuất hiện chảy máu trong ổ bụng được chẩn đoán ngay sau mổ, được mổ lại, vị trí chảy máu là tại chân dẫn lưu ổ bụng và chảy rỉ rỉ ở diện cắt gan, diện cơ hoành do tình trạng rối loạn đông máu.

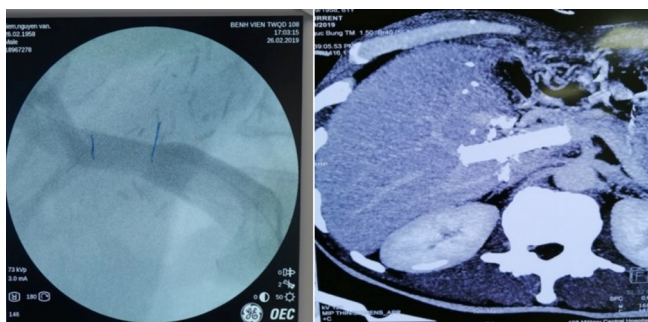
Biến chứng đường mật thường gặp nhất của phẫu thuật ghép gan từ người hiến sống. Nguyên nhân có thể do thiếu máu đường mật, do kỹ thuật gây hẹp miệng nối, rò miệng nối, rò mật sau rút dẫn lưu đường mật, xoắn hoặc nguyên nhân vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường mật. Trong nghiên cứu có 7 trường hợp bị hẹp đường mật, đều đã được can thiệp qua nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent thành công, có 5 trường hợp rò mật sau mổ trong đó có 2 trường hợp rò mật sau mổ 3 tháng xảy ra ngay sau khi rút dẫn lưu đường mật, được điều trị bảo tồn thành công.

Dẫn lưu mật có tác dụng làm giảm áp cho miệng nối, làm thẳng đường mật và theo dõi lượng dịch mật sau mổ, chức năng gan sau ghép, tuy nhiên nó lại gây biến chứng liên quan đến vị trí đặt dẫn lưu đường mật, rò mật sau rút dẫn lưu, nguyên nhân do có chất xơ nhầy dọc theo ống (đặc biệt khi dùng corticoid) [6]. Do vậy việc đặt dẫn lưu đường mật còn đang là vấn đề còn gây nhiều tranh luận: Theo nghiên cứu của Baker [1], biến chứng đường mật ở nhóm đặt dẫn lưu là 20%, còn nhóm không đặt dẫn lưu gặp 8%. Chúng tôi chỉ đặt dẫn lưu đường mật ở 9 bệnh nhân đầu tiên và số còn lại không đặt dẫn lưu đường mật. Các tác giả Kawachi (2002), Pomfret (2003) và Goldolesi (2004), ghi nhận tỉ lệ biến chứng đường mật từ 20 đến 60% [1]. Theo Moon DB, tỉ lệ biến chứng đường mật ở bệnh nhân ghép gan từ người hiến sống cộng dồn sau 5 năm là 20,2% chủ yếu là hẹp đường mật, hầu hết được can thiệp thành công bằng nong [2].



Hình 3. Bệnh nhân Nguyễn Văn Đ. 1980 - Chẩn đoán: Hẹp đường mật sau ghép gan từ người hiến sống, đã được can thiệp đặt stent thành công qua ERCP

1 trường hợp có huyết khối động mạch gan đã đặt stent nhưng không thành công, bệnh nhân này sau đó tử vong vì shock nhiễm khuẩn, suy đa tạng. 1 trường hợp có hẹp động mạch gan và 2 trường hợp có hẹp tĩnh mạch cửa đều được can thiệp mạch đặt stent thành công.



Hình 4. Bệnh nhân Nguyễn Văn T. 1957 - Chẩn đoán: Hẹp tĩnh mạch cửa sau ghép gan từ người hiến sống, đã được can thiệp mạch đặt stent thành công

Tỷ lệ sống thêm 3 tháng sau ghép là 54 (90%) bệnh nhân. Tỷ lệ này theo Lee NR và cộng sự ở Bệnh viện Samsung Medical Center (Hàn Quốc) là 92%. Cũng theo nhóm tác giả này, bệnh nhân phải hồi sức tích cực trước ghép và chỉ số MELD Score > 35 điểm là 2 yếu tố nguy cơ độc lập đối với tỷ lệ sống thêm 3 tháng sau ghép [7].

Tỷ lệ sống thêm sau 1 năm là 52 (86,7%) bệnh nhân; tỷ lệ sống sau 1 năm ở nhóm ghép gan cấp cứu là 11 (73,3%) bệnh nhân. Kết quả này là đáng khích lệ, bởi theo Lee SG, tỷ lệ sống thêm nói chung ở nhóm chọn lọc không cấp cứu là 73 - 88%, và nhóm ghép gan từ người hiến sống cấp cứu khoảng 50% [2]. Chen CL và cộng sự (năm 2003) cũng ghi nhận tỷ lệ sống sau 1 năm thực tế là 78,7 - 97,8% ở 5 trung tâm ghép gan hàng đầu châu Á trong 12 năm đầu triển khai ghép gan từ người hiến sống, với 1508 bệnh nhân [3]. 3/15 bệnh suy gan cấp tử vong sau ghép nhiễm khuẩn huyết nặng, viêm phổi ARDS, 1 trường hợp suy gan tối cấp - hôn mê gan được ghép gan cấp cứu diễn biến tử vong sau mổ do mảnh ghép không hoạt động.

4/27 trường hợp ghép gan do ung thư gan xuất hiện tái phát di căn tại phúc mạc và phổi. Những bệnh nhân này đều là những trường hợp ung thư gan đa ổ, kèm theo huyết khối nhánh tĩnh mạch cửa, có tiền sử điều trị TACE, RFA hoặc phẫu thuật trước đó.

5. Kết luận

Phẫu thuật ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải cho thấy tỷ lệ sống thêm

1 năm sau ghép là 86,7% với chức năng gan ổn định. Phẫu thuật ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải là phương pháp an toàn và hiệu quả điều trị bệnh lý gan giai đoạn cuối bao gồm ung thư gan, xơ gan mất bù và suy gan cấp đem lại cơ hội sống cho nhiều bệnh nhân hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Baker TB, Caicedo JC (2017) *Chapter 17: Living-donor liver transplantation: Indications, outcomes, and surgical considerations; Blungart's Surgery of the Liver. Biliary Tract and Pancreas 6th Edition* 1816: 33.
2. Lee SG (2010) *Living-donor liver transplantation in adults*. British Medical Bulletin 94: 33-48.
3. Chen CL et al (2013) *Why does living donor liver transplantation flourish in Asia?* Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol 10: 746-751.
4. Lo CM, Chan SC (2015) *Adult living donor right hepatectomy and recipient operation*. Transplantation of the Liver 50: 667-675.
5. Nakamura T, Tanaka K, Kiuchi T et al (2002) *Anatomical variations and surgical strategies in right lobe living donor liver transplantation: Lessons from 120 cases*. Transplantation 73: 1896-1903.
6. Lee NR, Kim JM et al (2014) *Pre-transplant predictors for 3-month mortality after living donor liver transplantation*. J Korean Soc Transplant 28: 226-235
7. Nguyễn Tiến Quyết (2013) *Ghép gan người lớn*. Nhà xuất bản Y học.