

doi:10.1016/S0022-5223(96)70011-9

7. **Long-term survival after resection of primary adenoid cystic and squamous cell carcinoma of the trachea and carina - PubMed.** Accessed June 12, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15560996/>

8. **Kaminski JM, Langer CJ, Movsas B.** The role of radiation therapy and chemotherapy in the management of airway tumors other than small-cell carcinoma and non-small-cell carcinoma. *Chest Surg Clin N Am.* 2003;13(1):149-167. doi:10.1016/s1052-3359(02)00040-6

KINH NGHIỆM BƯỚC ĐẦU GHÉP GAN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH CỬA

Ninh Việt Khải¹, Hoàng Tuấn¹, Dương Đức Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kinh nghiệm bước đầu và đánh giá kết quả ghép gan ở bệnh nhân xơ gan có huyết khối tĩnh mạch (TM) cửa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu các bệnh nhân được ghép gan do xơ gan huyết khối TM cửa tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ 01/2021 – 6/2024. **Kết quả:** Có 2 bệnh nhân trong số 34 bệnh nhân được ghép gan trong thời gian nghiên cứu. Bệnh nhân số 1 là bệnh nhân nam, 54 tuổi được chẩn đoán là xơ gan do rượu có biến chứng tăng áp lực tĩnh cửa (Giãn TM thực quản độ II, lách to) – Huyết khối bán phần TM cửa la (loại 2 theo Yerdel và loại 1 theo Jamieson) với điểm MELD 7 điểm và Child-Pugh A (5 điểm) và bệnh nhân số 2 là bệnh nhân nam, 42t được chẩn đoán xơ gan do viêm gan B có biến chứng tăng áp lực TM cửa (Giãn TM thực quản độ II đã được thắt vòng cao su, lách to) – Huyết khối bán phần TM cửa (loại 1 theo cả Yerdel và Jamieson) với điểm MELD 10 điểm, Child-Pugh A (5 điểm). Cả 2 bệnh nhân được ghép gan từ người cho chết não, được lấy tối đa huyết khối TM cửa và được tái lưu thông TM cửa bằng miệng nối tận – tận. 2 bệnh nhân có diễn biến lâm sàng thuận lợi sau ghép, ra viện sau 28 ngày, không gặp bất kỳ biến chứng gì sau ghép. hiện tại ổn định tại thời điểm sau ghép lần lượt là 24 và 14 tháng. **Kết luận:** Ghép gan cho bệnh nhân xơ gan có huyết khối TM cửa có thể thực hiện an toàn với kết quả tốt. Tuy nhiên cần đánh giá đúng mức độ tổn thương để có kế hoạch điều trị trước mổ, trong mổ và sau mổ hợp lý giúp cải thiện kết quả lâu dài của bệnh nhân.

Từ khóa: Huyết khối TM cửa, ghép gan

SUMMARY

INITIAL EXPERIENCE OF LIVER TRANSPLANTATION FOR LIVER CIRRHOSIS PATIENTS WITH PORTAL VEIN THROMBOSIS

Objective: Describe clinical and paraclinical characteristics, initial experience and evaluate the results of liver transplantation in patients with cirrhosis

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

and portal vein thrombosis. **Methods:** Retrospective study of all patients who underwent liver transplantation due to cirrhosis with portal vein thrombosis at Viet Duc Hospital from January 2021 to June 2024. **Results:** There were 2 patients out of 34 patients who underwent liver transplantation during the study period. Patient 1 is a 54-year-old male diagnosed with alcoholic cirrhosis with complications of portal hypertension (grade II esophageal varices, splenomegaly) - Partial portal vein thrombosis (type 2 according to Yerdel classification, type 1 according to Jamieson classification) with MELD score of 7 points and Child-Pugh A (5 points) and patient 2 is a 42-year-old male diagnosed with hepatitis B cirrhosis with complications of portal hypertension (grade II esophageal varices with rubber band ligation, splenomegaly) - Partial portal vein thrombosis (type 1 according to both Yerdel and Jamieson classification) with MELD score of 10 points, Child-Pugh A (5 points). Both patients received liver transplants from brain-dead donors, portal vein thrombosis was removed and the portal vein was revascularized by end-to-end anastomosis. The two patients had a favorable clinical course after transplantation, were discharged after 28 days, and did not have any posttransplanted complications. currently stable at 24 and 14 months post-transplant, respectively. **Conclusion:** Liver transplantation for liver cirrhosis with portal vein thrombosis can be performed safely with good results. However, it is necessary to properly assess the extent of lesion to have a reasonable pre-operative, intra-operative and post-operative treatment strategies to improve the long-term results of patients.

Keywords: liver transplantation, portal vein thrombosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối TM cửa gặp ở bệnh nhân xơ gan tại thời điểm đánh giá ghép gan hoặc trong ghép gan khác nhau ở từng nghiên cứu, dao động từ 5%-26% [1]. Huyết khối TM cửa xuất hiện mới trong vòng 1 năm theo dõi ở bệnh nhân xơ gan từ 3,7% - 17,9% và tổn thương xơ gan và mức độ tăng áp lực TM cửa càng nặng thì tần suất gặp huyết khối TM cửa càng cao [2]. Trong cơ chế bệnh sinh của huyết khối TM cửa thì có 3 yếu tố chính thường được nói đến tạo ra 3 đỉnh của tam giác Virchow; sự ứ trệ, tổn thương

thành mạch và tình trạng tăng đông. Trước đây, huyết khối TM cửa được xem là chống chỉ định ghép gan. Tuy nhiên, năm 1985 Shaw lần đầu thông báo kết quả thành công khi thực hiện ghép gan cho bệnh nhân xơ gan có huyết khối TM cửa đã là dấu mốc để từ đó có nhiều nghiên cứu báo cáo thực hiện ghép gan cho dạng tổn thương này. Có nhiều phân loại về huyết khối TM cửa được đưa ra như Yerdel, Jamieson... và gần đây hơn là Bhangu, tuy nhiên phân loại của Yerdel với 4 dạng tổn thương huyết khối và cách thức xử lý và sau đó là sự bổ sung thêm tình trạng bàng hệ cửa chủ của Jamieson thường được nói đến [3],[4]. Tại Việt Nam, có rất ít nghiên cứu và thông báo về ghép gan cho bệnh nhân xơ gan có huyết khối TM cửa. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kinh nghiệm bước đầu thực hiện kỹ thuật và đánh giá kết quả ghép gan ở bệnh nhân xơ gan có huyết khối TM cửa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được ghép gan do xơ gan huyết khối TM cửa tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ 01/2021 – 6/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu. Nghiên cứu mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kỹ thuật ghép gan và kết quả ở bệnh nhân xơ gan có huyết khối TM cửa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2021 – 6/2024 có 34 ca ghép gan được thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức, trong đó có 2 bệnh nhân xơ gan huyết khối TM cửa được ghép gan.

3.1. Bệnh nhân số 1

3.1.1. Lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ. Bệnh nhân nam, 54 tuổi, tiền sử xơ gan rượu cách vào viện 2 năm, điều trị không thường xuyên, đã bỏ rượu từ khi phát hiện xơ gan. Giãn TM thực quản độ II, chưa có biến chứng xuất huyết tiêu hóa. Khám lúc vào viện, bệnh nhân tỉnh, BMI 25,5 kg/m², không có dấu hiệu của xuất huyết tiêu hóa, bụng mềm, không có cổ trướng. Chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ có hình ảnh gan xơ, biến đổi hình thái, không có u, lách to 150mm nhiều tuần hoàn bàng hệ trên và dưới rốn, TM cửa giãn 17mm, huyết khối gần hoàn toàn thân chung TM cửa đến ngã ba TM cửa, phía dưới lan đến đoạn đầu TM mạc treo tràng trên, không có dịch tự do ổ bụng. Soi dạ dày có hình ảnh giãn TM thực quản độ II, viêm

niêm mạc dạ dày, loét hành tá tràng

Xét nghiệm HbsAg, anti-HCV âm tính. Bệnh nhân có chức năng gan Child-pugh A với các thông số sau: Sinh hóa máu có GOT/GPT: 55/59 U/l, Bilirubin TP/TT: 17,5/3,1 μ mol/l, Albumin 41,3g/l. Công thức máu: Hồng cầu 4,98T/l, Hematocrit 49,1%, Hb 163 g/l, Bạch cầu 6,69 G/l, Tiểu cầu 112G/l. Đông máu: tỷ lệ Prothrombin 100%, INR 1,00

Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ: Xơ gan do rượu child A – tăng áp lực TM cửa (Giãn TM thực quản độ II, lách to) – Huyết khối bán phần TM cửa (điểm MELD 7 điểm, Child-Pugh A 5 điểm)

3.1.2. Đặc điểm phẫu thuật ghép gan.

Bệnh nhân được ghép gan toàn bộ từ người cho chết não với mức độ hòa hợp HLA 4/6 (A02, A11, B15, DR12), độ chéo âm tính.

Trong mổ: ổ bụng có khoảng 500ml dịch tiết, gan xơ đầu dính toàn bộ, biến đổi hình thái, TM rốn giãn to, TM cửa giãn 2cm, trong có huyết khối tắc gần hoàn toàn phần trên thân TM cửa lan xuống đến vị trí dưới ngã ba TM mạc treo tràng trên – TM lách chiếm hơn 50% chu vi lòng TM cửa. Bệnh nhân được ghép gan toàn bộ đồng thời lấy huyết khối TM cửa xuống dưới tối đa qua vị trí miệng cắt TM cửa. Thời gian vô gan 80 phút, thời gian thiếu máu lạnh 2 giờ, thời gian mổ 10 giờ, lượng máu mất trong mổ 1000ml, truyền máu trong mổ 250ml khối hồng cầu, 1000ml huyết tương tươi đông lạnh, 0ml tiểu cầu máy.

3.1.3. Diễn biến sau mổ và tình trạng hiện tại

Về lâm sàng: bệnh nhân được rút ống nội khí quản ngày 1 sau mổ, nằm hồi sức tích cực 7 ngày, được rút hết dẫn lưu ổ bụng sau 10 ngày, ra viện sau 28 ngày

Về xét nghiệm: bệnh nhân có diễn biến xét nghiệm thuận lợi sau ghép

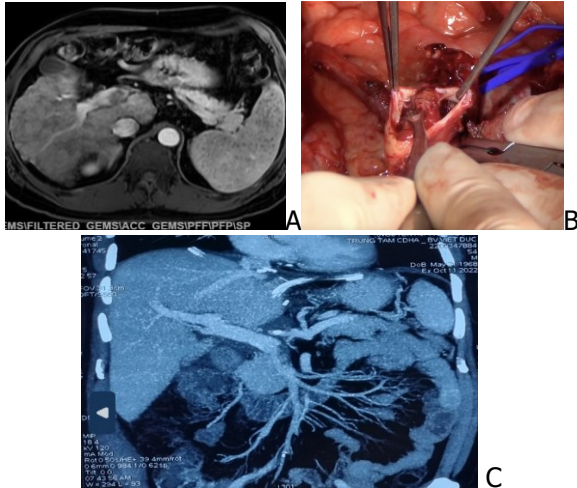
Bảng 1: Diễn biến xét nghiệm sau ghép bệnh nhân số 1

	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 5	Ngày 7	Ngày 14	Ngày 21	Ngày 28
GOT/GPT	660/233	294/201	67/139	28/79	29/29	40/49	40/64
Bil TP/TT	33,7/19,3	28,3/16,7	33/15,7	26,9/11,2	14,6/5,7	14/4,1	11,1/2,6
Albumin	37,9	35,2	36,1	35,4	36,8	34,9	
Hồng cầu	3,89	3,45	4,33	4,50	4,25	4,04	4,20
Bạch cầu	11,7	9,7	13,2	17,0	18,9	8,4	11,4
Tiểu cầu	77	104	149	165	358	241	248
Prothrom	71	84	83	90	76	97	100

bìn							
INR	1,27	1,13	1,14	1,07	1,22	1,02	1,00
Nồng độ Tacrolimus	6,6	12,9	17,8	13,1	6,4	6,8	7,2

Về chẩn đoán hình ảnh: bệnh nhân được siêu âm doppler thường quy ngày 1 lần sau ghép cho kết quả các miện nổi mạch máu, đường mật thông tốt, không có huyết khối TM cửa. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng kiểm tra sau 1 tuần cho thấy các miện nổi động mạch gan, TM cửa, TM gan thông tốt, còn huyết khối bán phần ở TM mạc treo tràng trên lan vào hội lưu TM cửa và đoạn gốc TM lách.

Bệnh nhân được duy trì chống đông Heparin liều thấp 3000UI/ngày trong 1 tuần đầu sau mổ, sau đó chuyển sang duy trì lovenox 4000UI/ngày trong vòng 2 tuần và chuyển sang Aspirin 81mg/ngày cho đến khi ra viện và duy trì cho đến hiện tại



Hình 1: Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính bệnh nhân số 1

(Hình A: huyết khối TM cửa trước mổ, Hình B: huyết khối TM cửa trong mổ, Hình C: TM cửa sau ghép 1 tuần)

3.2. Bệnh nhân số 2

3.2.1. Lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ. Bệnh nhân nam, 42 tuổi, tiền sử phát hiện viêm gan B 23 năm, điều trị thuốc thường xuyên Tenofovir Alafenamide 25mg/ngày. Xơ gan 5 năm này, điều trị nội khoa. Giãn TM thực quản độ II đã được thắt vòng cao su 2 lần, lần gần nhất cách vào viện 2 tháng. Khám lúc vào viện, bệnh nhân tỉnh, BMI 25,2 kg/m², không có dấu hiệu của xuất huyết tiêu hóa, bụng mềm. Chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh gan xơ, biến đổi hình thái, không có u, lách to 157mm nhiều tuần hoàn bằng hệ trên và dưới rốn, TM cửa giãn

29mm, đoạn gốc có huyết khối bám thành trên một đoạn dài 26mm, TM lách giãn 16mm, sát đoạn hợp lưu có huyết khối bám thành trên một đoạn dài 22mm, không có dịch tự do ổ bụng. Soi dạ dày có hình ảnh giãn TM thực quản độ II đã được thắt vòng cao su

Xét nghiệm HbsAg dương tính, tải lượng HBV-DNA dưới ngưỡng, anti-HCV âm tính. Bệnh nhân có chức năng gan Child-pugh A với các thông số sau: Sinh hóa máu có GOT/GPT 33/40 U/l, Bilirubin TP/TT 24,4/7,2μmol/l, Albumin 41g/l. Công thức máu: Hồng cầu 4,53T/l, Hematocrit 41,9%, Hb 152g/l, Bạch cầu 3,16 G/l, Tiểu cầu 40G/l. Đông máu: tỷ lệ Prothrombin 71%, INR 1,28

Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ: Xơ gan do viêm gan B có biến chứng tăng áp lực TM cửa (Giãn TM thực quản độ II đã được thắt vòng cao su, lách to) – Huyết khối bán phần TM cửa (điểm MELD 10 điểm, Child-Pugh A 5 điểm)

3.2.2. Đặc điểm kỹ thuật ghép gan.

Bệnh nhân được ghép gan toàn bộ từ người cho chết não với mức độ hòa hợp HLA 2/6 (A02, B46), độ chéo âm tính.

Trong mổ: ổ bụng có ít dịch, gan xơ đầu đình toàn bộ, TM rốn giãn to, TM cửa giãn, sờ ngoài có huyết khối bán phần, đến sát TM lách. Bệnh nhân được lấy huyết khối TM cửa đến sát ngã ba với TM lách, lấy bỏ gan bệnh bảo tồn TM chủ dưới sau gan, ghép gan toàn bộ với tái lập lưu thông TM gan kiểu Piggyback, nối TM cửa tận – tận, nối động mạch gan. Thời gian vô gan 70 phút, thời gian thiếu máu lạnh 2 giờ, thời gian mổ 9 giờ, lượng máu mất trong mổ 2000ml, truyền máu trong mổ 500ml khối hồng cầu, 1350ml huyết tương tươi đông lạnh, 250ml tiểu cầu máy.

3.2.3. Diễn biến sau mổ và tình trạng hiện tại

- Về lâm sàng: bệnh nhân được rút ống nội khí quản ngày 1 sau mổ, nằm hồi sức tích cực 2 ngày, được rút dẫn lưu ổ bụng sau 7-10 ngày, ra viện sau 28 ngày

- Về xét nghiệm: bệnh nhân có diễn biến xét nghiệm thuận lợi sau ghép

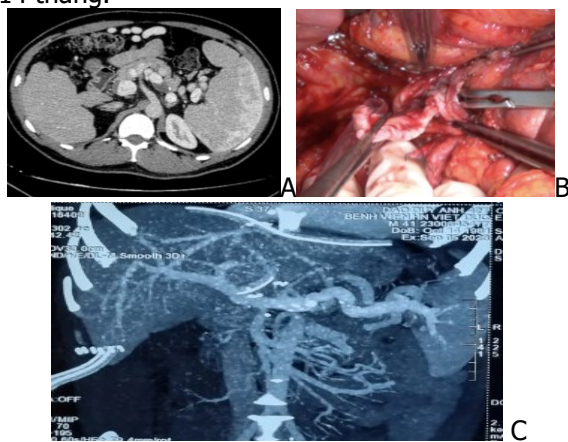
Bảng 2: Diễn biến xét nghiệm sau mổ bệnh nhân 2

	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 5	Ngày 7	Ngày 14	Ngày 21	Ngày 28
GOT/GPT	315/412	57/219	36/144	22/86	23/62	20/48	27/65
Bil	60,7/330,1/15,6	30,1/112,8	33,8/111	31,5/8,6	16,4/3,4	12,4/4,3	9,7/2,2
Albumin	32,1	33,5	40	33,6	34,1	37,7	36,7
Hồng	3,64	3,58	3,99	3,57	3,36	3,37	3,79

cầu							
Bạch cầu	5,3	6,4	8,0	9,8	7,7	4,8	2,8
Tiểu cầu	34	36	52	95	140	127	98
Prothro mbin	81	75	78	85			
INR	0,96	1,23	1,19	1,12			
Nồng độ Tacrolimus	7,1	6,1	6,8	8,7	11,5	6,5	11,4

- Về chẩn đoán hình ảnh: bệnh nhân được siêu âm doppler thường quy ngày 1 lần sau ghép cho kết quả các miện nổi mạch máu, đường mật thông tốt, không có huyết khối TM cửa. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng kiểm tra sau 1 tuần cho thấy các miện nổi động mạch gan, TM cửa, TM gan thông tốt, còn ít huyết khối bám thành ở TM mạc treo tràng trên.

- Bệnh nhân được duy trì chống đông Heparin liều thấp 2500UI/ngày trong 2 ngày đầu sau mổ, sau đó chuyển sang duy trì lovenox 4000UI/ngày trong vòng 2 tuần và chuyển sang Aspirin 81mg/ngày cho đến khi ra viện và duy trì cho đến hiện tại với chức năng gan ổn định và các tình trạng miện nổi TM cửa thông tốt sau 14 tháng.



Hình 2: Hình ảnh bệnh nhân số 2

(Hình A: huyết khối TM cửa trước mổ, Hình B: Huyết khối TM cửa trong ổ, Hình C: TM cửa sau ghép 1 tuần)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Điều trị huyết khối tĩnh mạch cửa và phân loại tổn thương. Huyết khối TM cửa khi xuất hiện ở bệnh nhân xơ gan sẽ làm tăng tình trạng tăng áp lực TM cửa. Nhiều nghiên cứu cho rằng việc sử dụng thuốc chống đông giúp cho huyết khối giảm, mất đi nhờ đó cải thiện được tình trạng tăng áp lực TM cửa hoặc huyết

khối ổn định và không tiến triển thêm giúp tránh được khó khăn cho quá trình ghép sau này, đồng thời nguy cơ chảy máu liên quan đến thuốc chống đông ở những bệnh nhân này không nhiều [5]. Tuy nhiên, trước khi dùng chống đông nên soi thực quản dạ dày đánh giá búi giãn TM và nên thắt dự phòng nếu giãn mức độ 2, 3, tránh dùng các thuốc giảm áp lực TM cửa nhóm chẹn beta giao cảm không chọn lọc do thuốc gây giảm vận tốc TM cửa, tăng nguy cơ hình thành huyết khối [6]. Các thuốc chống đông có thể là Heparin, Heparin trọng lượng phân tử thấp (Lovenox) khá hiệu quả trong việc kiểm soát hoặc làm thoái chuyển huyết khối và nhất là khi bệnh nhân cần can thiệp (chọc hút dịch ổ bụng ...), sau đó là các thuốc kháng Vitamin K, các thuốc chống đông đường uống tác dụng trực tiếp thường dùng khi bệnh nhân ổn định. Trong trường hợp xơ gan có huyết khối TM cửa kèm ascites kháng trị hoặc xuất huyết do tăng áp lực TM cửa thì có thể đặt TIPS (shunt cửa chủ trong gan qua tĩnh mạch) giúp điều trị các biến chứng này đồng thời giúp cải thiện huyết khối và tăng khả năng ghép gan sau đó [6], [7].

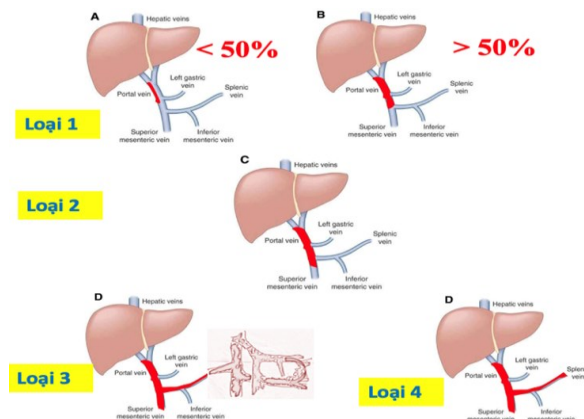
Huyết khối TM cửa gây ảnh hưởng đến lưu lượng máu TM cửa vào gan ghép nên trước đây được xem là chống chỉ định ghép gan do tỉ lệ tử vong cao. Tuy nhiên, Shaw đã lần đầu tiên thông báo những trường hợp xơ gan có huyết khối TM cửa được ghép gan thành công vào năm 1985. Từ đó đến nay, có nhiều nghiên cứu về cách thức xử trí, kết quả ghép gan và đặc biệt là phân loại huyết khối TM cửa dựa trên phạm vi và vị trí huyết khối trên hệ thống TM cửa (TM mạc treo tràng trên, TM lách và TM cửa). Phân loại huyết khối TM cửa hay được sử dụng là phân loại của Yerdell với 4 loại tổn thương và cách thức xử lý trong ghép gan, sau đó được Jamieson bổ sung thêm tổn thương shunt cửa chủ vào phân loại và gộp loại 1 và 2 của Yerdell thành 1 loại [3], [8]. Xin giới thiệu phân loại Yerdell – Jamieson, cụ thể gồm 4 độ

- Loại 1: Huyết khối hoàn toàn hoặc bán phần ở TM cửa, lan xuống hội lưu TM mạc treo tràng trên và TM lách

- Loại 2: Huyết khối hoàn toàn TM cửa, lan xuống đoạn đầu TM mạc treo tràng trên nhưng nhánh mạch dưới thông tốt

- Loại 3: Huyết khối hoàn toàn TM cửa và lan toả xuống toàn bộ hệ TM tạng nhưng có các nhánh bàng hệ cửa chủ có kích thước lớn

- Loại 4: Huyết khối lan toả TM cửa và toàn bộ TM mạc treo tràng trên, TM lách nhưng nhánh bàng hệ cửa chủ có kích thước nhỏ.



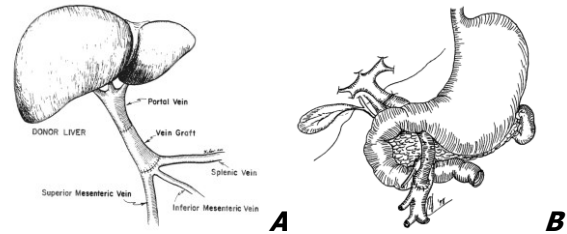
Hình 3: Phân loại huyết khối TM cửa theo Yerdell – Jamieson

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân 1 có huyết khối TM cửa > 50% chu vi, lan xuống đoạn đầu TM mạc treo tràng trên nên thuộc loại 2 của Yerdell nhưng là loại 1 theo Yerdell – Jamieson. Bệnh nhân 2 có huyết khối bám thành, < 50% chu vi TM cửa. Cả 2 bệnh nhân này đều được dùng Lovenox 0,4 ml ngày 2 bơm tiêm dưới da chia 2 và được nội soi thắt búi giãn TM thực quản dự phòng, không gặp biến chứng gì trong quá trình sử dụng.

4.2. Chiến lược xử trí huyết khối và tái lập lưu thông tĩnh mạch cửa trong ghép gan. Việc xử lý huyết khối và tái lập lưu thông TM cửa sẽ tùy thuộc vào loại hình huyết khối theo phân loại của Yerdell – Jamieson (dựa vào mức độ lan rộng, vị trí và tuần hoàn bàng hệ của chủ), việc nắm bắt được nguyên lý là rất quan trọng. Trong tái lập lưu thông TM cửa chúng ta cần phân biệt khái niệm tái lập theo giải phẫu (đúng theo giải phẫu cửa – cửa tận tận), không theo giải phẫu (mạch nhánh trong hệ cửa hoặc các mạch thuộc hệ chủ người nhận với – TM của gan ghép) cũng như khái niệm tái lập sinh lý và không sinh lý trong đó tái lập sinh lý là khi toàn bộ hoặc 1 phần dòng máu tạng phải được đi vào gan ghép nhờ đó mà tình trạng tăng áp lực TM cửa và cổ trướng sẽ cải thiện [4].

Huyết khối TM cửa loại 1, 2: Việc lấy bỏ huyết khối hoặc trong trường hợp huyết khối có xơ hẹp lòng TM cửa thì sẽ cắt đoạn TM cửa hẹp hoặc tạo hình làm rộng lòng TM cửa và tái lập lưu thông theo giải phẫu [3], [9]. Đối với loại 2, cần phẫu tích TM mạc treo tràng trên dưới huyết khối, lấy bỏ huyết khối và trong nhiều trường hợp khi TM cửa xơ hẹp cần thực hiện tái lập không theo giải phẫu kiểu “Jump graft” (bắc cầu), gần đây một số tác giả đã thực hiện tái lập theo giải phẫu cửa – cửa tận tận [3], [10]. Cả 2 trường hợp của chúng tôi, huyết khối TM cửa

thuộc loại 1 và 2 của Yerdell – Jamieson, đều được lấy huyết khối tối đa, đồng thời bảo vệ được lớp nội mạc của TM cửa. Việc thực hiện tái thông TM cửa được thực hiện theo giải phẫu bằng nối tận – tận với lưu lượng dòng cửa đáp ứng đủ tiêu chuẩn vào gan.



Hình 4: Tái lập lưu thông TM cửa theo giải phẫu với đoạn mạch trung gian (A), tái lập không theo giải phẫu kiểu Jump graft (B) [3], [9]

Huyết khối TM cửa loại 3: huyết khối TM cửa hoàn toàn và lan toả xuống các nhánh TM mạc treo tràng trên và lách, tuy nhiên do có tuần hoàn bàng hệ, shunt cửa – chủ nên việc tái lập lưu thông có thể thực hiện không theo giải phẫu nhưng vẫn đảm bảo sinh lý, bao gồm; TM thận trái - TM cửa tận tận khi có shunt lách thận, TM vị trái - TM cửa khi TM vị trái giãn tốc đường thông với TM lách, TM lớn trong đám rối TM quanh đường mật – TM cửa. Các báo cáo liên quan đến các thức xử lý trên cho kết quả khá tốt [4].

Huyết khối TM cửa loại 4: huyết khối TM cửa hoàn toàn, lan toả các nhánh TM nhưng tuần hoàn bàng hệ nhỏ, việc tái lập lưu thông TM cửa vừa không theo giải phẫu và không sinh lý bao gồm; chuyển vị bán phần chủ - cửa (tỉ lệ tử vong sớm sau ghép 15%, biến chứng huyết khối TM cửa gan ghép 12%...), TM thận T – TM cửa, động mạch hoá TM cửa (thêm vào dòng TM cửa đã có để tăng lưu lượng hoặc hoàn toàn là dòng động mạch mà không có dòng cửa), các báo cáo về những cách thức này đa phần là thông báo trường hợp và có kết quả hạn chế [4]. Cách thức tốt nhất để xử lý loại tổn thương này là ghép đa tạng gồm ghép cả khối gan, dạ dày, tá tụy, ruột non.

Có điểm rất cần lưu ý đó là khi tái lập lưu thông TM cửa, đặc biệt là khi có huyết khối TM cửa và tuần hoàn bàng hệ, shunt cửa – chủ, chúng ta cần thực hiện siêu âm ngay trong ghép để biết rõ lưu lượng cửa vào gan ghép đảm bảo đủ, nhiều nghiên cứu cho thấy lưu lượng cửa từ 1000 – 1300 ml/phút là phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Huyết khối TM cửa ở bệnh nhân xơ gan không phải là chống chỉ định ghép gan. Ghép

gan cho bệnh nhân xơ gan có huyết khối TM của cơ thể thực hiện an toàn với kết quả tốt. Tuy nhiên cần đánh giá đúng mức độ tổn thương để có kế hoạch điều trị trước mổ, trong mổ và sau mổ hợp lý giúp cải thiện kết quả lâu dài của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Francoz, C., D. Valla, and F. Durand. Portal vein thrombosis, cirrhosis, and liver transplantation. J Hepatol. Jul 2012;57(1):203-12. doi:10.1016/j.jhep.2011.12.034
2. Senzolo, M., G. Garcia-Tsao, and J.C. Garcia-Pagan. Current knowledge and management of portal vein thrombosis in cirrhosis. J Hepatol. Aug 2021;75(2): 442-453. doi:10.1016/j.jhep.2021.04.029
3. Yerdel, M.A., et al. Portal vein thrombosis in adults undergoing liver transplantation: risk factors, screening, management, and outcome. Transplantation. May 15 2000;69(9):1873-81. doi:10.1097/00007890-200005150-00023
4. Bhangu, P., et al. Novel classification of non-malignant portal vein thrombosis: A guide to surgical decision-making during liver transplantation. J Hepatol. Nov 2019;71(5):1038-1050. doi:10.1016/j.jhep.2019.08.012
5. Chen, H., et al. Nontumoral portal vein thrombosis in patients awaiting liver transplantation. Liver Transpl. Mar 2016;22(3):352-65. doi:10.1002/lt.24387
6. Odriozola, A., et al. Portal Vein Thrombosis in the Setting of Cirrhosis: A Comprehensive Review. J Clin Med. Oct 30 2022;11(21)doi:10.3390/jcm11216435
7. Rodrigues, S.G., et al. Systematic review with meta-analysis: portal vein recanalisation and transjugular intrahepatic portosystemic shunt for portal vein thrombosis. Aliment Pharmacol Ther. Jan 2019;49(1):20-30. doi:10.1111/apt.15044
8. Jamieson, N.V. Changing perspectives in portal vein thrombosis and liver transplantation. Transplantation. May 15 2000;69(9):1772-4. doi:10.1097/00007890-200005150-00006
9. Shaw, B.W., Jr., et al. Portal vein grafts in hepatic transplantation. Surg Gynecol Obstet. Jul 1985;161(1):66-8.
10. Kasahara, M., et al. Novel technique for pediatric living donor liver transplantation in patients with portal vein obstruction: The "pullout technique". Pediatr Transplant. Dec 2018;22(8): e13297. doi:10.1111/petr.13297

TÁC ĐỘNG CỦA CƯỜNG CẬN GIÁP THỨ PHÁT TRONG ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU Ở BỆNH NHÂN LỌC MÁU CHU KỲ: NGHIÊN CỨU BỆNH CHỨNG

Nguyễn Như Nghĩa¹, Nguyễn Thị Diễm Thúy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm đánh giá ảnh hưởng của tình trạng cường cận giáp thứ phát trong điều trị thiếu máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 120 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 10 năm 2023, chia làm hai nhóm: nhóm 1 gồm những bệnh nhân có nồng độ PTH ≤ 300 pg/mL và nhóm 2 gồm những bệnh nhân có nồng độ PTH >300 pg/mL. **Kết quả:** Về đặc điểm chung của hai nhóm, kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới tính, tiền sử tăng huyết áp và đái tháo đường cũng như thời gian lọc máu ($p>0,05$). Đồng thời, nồng độ CRPhs, ferritin, albumin, Ca và liều EPO giữa 2 nhóm cũng không có sự khác biệt ($p>0,05$). Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân có tình trạng cường tuyến cận giáp thứ phát (PTH >300 pg/mL) có số lượng HC và nồng độ Hb thấp hơn so với nhóm có PTH ≤ 300 pg/mL ($p<0,05$). Đồng thời,

nhóm này cũng có nồng độ phospho, tích số canxi-phospho (Ca x P) và chỉ số kháng erythropoietin (ERI) cao hơn đáng kể so với nhóm còn lại ($p<0,05$). Nồng độ PTH máu có mối tương quan tuyến tính nghịch mức độ vừa với nồng độ Hb với $r = -0,528$, $p<0,001$.

Kết luận: Tình trạng cường cận giáp thứ phát làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ và làm tăng đề kháng erythropoietin. Vì vậy, để quản lý hiệu quả tình trạng thiếu máu ở những bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối, việc kiểm soát nồng độ PTH máu là rất cần thiết.

Từ khóa: cường cận giáp thứ phát, điều trị thiếu máu, lọc máu chu kỳ.

SUMMARY

THE IMPACT OF SECONDARY HYPERPARATHYROIDISM ON THE TREATMENT OF ANEMIA IN PATIENTS UNDERGOING REGULAR HEMODIALYSIS: A CASE-CONTROL STUDY

Objective: The study aims to evaluate the effect of secondary hyperparathyroidism on the management of anemia in patients undergoing hemodialysis. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 120 end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis at Can Tho City General Hospital from October 2022 to October 2023. The patients were divided into two groups: Group 1 consisted of patients with parathyroid hormone (PTH)

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Nghĩa

Email: nnnghia@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025