

Ghép khối tim - phổi, hiện trạng và tương lai

Combined heart lung transplantation: Present and future

Bùi Đức Phú

Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Ca ghép khối tim-phổi tim đầu tiên được thực hiện tại Đại học Stanford vào năm 1981 bởi Bác sĩ Bruce Reitz. Nếu tăng huyết áp động mạch phổi vô căn (IPAH) là chỉ định chính cho ghép tim-phổi trong những năm 1980, thì hiện tại chỉ định chủ yếu là dị tật tim bẩm sinh không thể chữa được với tăng huyết áp phổi (phức hợp Eisenmenger). Kể từ những năm 1990 các kỹ thuật cải tiến trong ghép phổi đơn và đôi đã cải thiện kết quả điều trị những bệnh nhân mắc bệnh phổi giai đoạn cuối. Kinh nghiệm cho thấy sau ghép phổi, áp lực phổi trở về bình thường cho phép phục hồi đáng kể tâm thất phải. Hơn nữa, ở những bệnh nhân có thương tổn tim không phức tạp, việc sửa chữa các thương tổn này kết hợp với ghép phổi đơn hoặc đôi có thể là một biện pháp thay thế ghép tim-phổi. Những yếu tố này đã dẫn đến sự sụt giảm đáng kể số lượng ghép tim-phổi hiện nay. Tại Việt Nam, ca ghép tim-phổi đầu tiên được thực hiện vào năm 2015 tại Bệnh viện Trung ương Huế cho một bệnh nhân được cấy LVAD có tăng huyết áp phổi tiến triển sau 14 tháng cấy LVAD. Thật không may, bệnh nhân tử vong vào ngày thứ 5 sau mổ.

Mặc dù tỷ lệ sống sớm sau ghép tim-phổi vẫn thấp hơn so với sau ghép phổi, ghép tim riêng biệt, lựa chọn bệnh nhân cẩn thận kết hợp với tiến bộ phẫu thuật đang tạo ra những cải thiện. Ở đây, chúng tôi sẽ nhìn lại chuẩn hóa kỹ thuật mổ và xử trí sau mổ nhằm đạt được hiệu quả cao nhất.

Summary

The first heart-lung transplant (HLT) was performed at Stanford University in 1981 by Dr. Bruce Reitz. If Idiopathic pulmonary arterial hypertension (IPAH) was the main indication for HLTx in the 1980s, currently the main indication of HLTx is Irreparable congenital cardiac anomalies with pulmonary hypertension (Eisenmenger complex). Improved techniques for single- and double-lung transplantation have improved outcomes in patients with end-stage lung disease since the 1990s. Experience shows that normalization of pulmonary pressures following lung transplantation allows for significant recovery of the right ventricle. Further, in patients with noncomplex cardiac defects, repair of the defect combined with single- or double - lung transplantation may be a viable alternative. These factors have led to a significant decline in the number of combined HLTs performed yearly. In Viet Nam, the first heart lung transplantation was performed in 2015 at Hue Central Hospital for a patient who was implanted LVAD and advanced pulmonary hypertension after 14 months of implantation. Unfortunately he died on 5th day. Although early survival rate after HLTx remains lower than after lung transplantation, careful patient selection combined with surgical advances are producing improvements. Here, we review a standardized surgical technique and postoperative management to optimize outcomes of HLTx.