

MỘT CUỘC ĐỜI ĐƯỢC CỨU SỐNG

Ngày 25-2-1981 tại tỉnh Gia Lai - Kontum (cũ) Nguyễn Việt & Nguyễn Đức chào đời với hình hài dị thường: song sinh dính theo kiểu "Ischiopagus Tripus" (dính phần xương chậu, có hai chân và một chân cụt).

Ngày 25-2-1981 tại tỉnh Gia Lai - Kontum (cũ) Nguyễn Việt & Nguyễn Đức chào đời với hình hài dị thường: song sinh dính theo kiểu "Ischiopagus Tripus" (dính phần xương chậu, có hai chân và một chân cụt).

Hai cháu được đưa ra Bệnh viện (BV) Việt - Đức Hà Nội điều trị, đến đầu tháng 12-1982 được chuyển vào BV Từ Dũ. Ngày 22- 5-1986, Việt bị hội chứng não cấp, sốt cao và hôn mê, sau đó được Hội Chữ thập đỏ Nhật đưa sang Tokyo, sau bốn tháng mười ngày chữa trị, ngày 29-10-1986 trở về VN.

Việt - Đức trước ngày mổ (Ảnh: TTO)

Việt đã khỏi bệnh nhưng mất vỏ não, không còn tri giác để tiếp xúc với thế giới bên ngoài, ăn thường xuyên bị sặc, ngưng thở, nhiều lần phải cấp cứu. Nguy cơ chết đột ngột của Việt luôn đe dọa mạng sống của Đức. Vì vậy đầu năm 1988, BV Từ Dũ đã đề nghị Sở Y tế TP.HCM cho mổ tách hai cháu.

Ngày 4-10-1988, ca mổ Việt - Đức kéo dài 15 giờ với sự tham gia của 70 giáo sư bác sĩ (GS-BS) đã thành công vang dội, được cả thế giới biết tiếng và được ghi vào sách kỷ lục Guinness năm 1991. Đúng 18 năm sau, từ một hài nhi được cứu sống một cách ngoạn mục, nay Đức đã trưởng thành và chuẩn bị "bước lên xe hoa" để lật cuộc đời mình sang một trang mới.

Mời bạn đọc theo dõi hồ sơ này của Tuổi Trẻ Cuối Tuần do phóng viên Kim Sơn thực hiện.

Chuyện bây giờ mới kể

Cuộc mổ tách được chuẩn bị trong bảy tháng với không biết bao nhiêu lần tranh cãi. Bởi lẽ, cả hai có ba chân, chung một bàng quang, một hậu môn, chung bộ phận sinh dục, vậy nên chia như thế nào để đảm bảo vừa công bằng, hợp lý và sử dụng tối ưu?

Bác sĩ Trần Đông A và Việt - Đức tại Bệnh viện Từ Dũ trước khi thực hiện ca mổ tách (ảnh chụp ngày 22 - 9 - 1988)

Quả là rắc rối khi hai cháu có các cái phải "xài" chung và tất cả bộ phận chung này đều có một nửa được kiểm soát bởi thần kinh của Việt và một nửa được kiểm soát bởi thần kinh của Đức.

Trong các cuộc họp trước mổ, nhiều ý kiến cho rằng phải tách đúng đường giữa cho sinh học, vì

nếu tách lệch thì sau này sẽ có những phần bị thối do hệ thống thần kinh, mạch máu không tới đó nữa. Mổ bàng quang thì ai cũng muốn ưu tiên phần lớn dành cho Đức, nhưng lại sợ có nguy cơ phần không xài sẽ biến thành bàng quang thần kinh hoặc túi thừa nếu nó không hoạt động. Đến bộ phận sinh dục thì càng "căng", vì nếu tách kiểu nào đó thì không khéo nó sẽ trở thành... cái "quả lắc" vô dụng! Tôi thì lý luận rằng các cơ điều khiển hậu môn cũng như bàng quang, sinh dục của hai cháu đan xen nhau như cài răng lược - chứ không tiếp giáp nhau đơn thuần thành một đường thẳng ở giữa, nên một mình thần kinh mỗi đứa có thể điều khiển cả hoạt động của bộ phận chung. Vì vậy, nếu chúng ta ưu tiên dành cho Đức (do tình trạng bại não của Việt) thì Đức vẫn có thể điều khiển nó để nó hoạt động như bình thường.

Ca phẫu thuật tách đôi cặp song sinh dính nhau Việt - Đức diễn ra tại Bệnh viện Từ Dũ ngày 4-10-1988, bắt đầu từ 7 giờ và kết thúc lúc 17 giờ cùng ngày (ảnh chụp ngày 4-10-1988)

Điều này đã được minh chứng bằng thực tế khoảng ba tháng sau mổ, Đức tự đi tiểu bằng đường dưới mà không cần ống thông bàng quang nữa. Còn có một điều thầm kín mà bây giờ tôi... mới kể, đó là sau khi bóc tách hết tất cả cơ lẫn những cấu trúc liên hệ đến hậu môn và hệ thống sinh dục lệch về phía của Việt khoảng 2,5cm thì đến phần các BS Lê Kính, Võ Văn Thành đục xương. Vì xương cứng nên rất sợ nếu đục lệch vào trong một tí thì... "khả năng đàn ông" của Đức sau này sẽ không thể trở thành hiện thực! Đó là lý do tại sao sau khi bóc tách, để bảo vệ tất cả cấu trúc của các bộ phận này, đích thân tôi đã để đầu ngón tay trở vào để hướng dẫn mũi đục của anh em đục đúng đường. Nếu lỡ có lệch thì sẽ đục ngay vào ngón tay tôi.

Chuyện về cái hậu môn chung cũng vậy. Khung đại tràng thì hoàn toàn do hệ thống mạch máu của Việt nuôi, phần của Đức chỉ kiểm soát chung với Việt ở khúc đầu tiên của khung đại tràng và khúc cuối cùng của trực tràng sát với hậu môn. Tôi muốn dành hậu môn cho Đức thì bắt buộc chỉ giữ lại đoạn ruột cuối được nuôi bởi mạch máu của Đức chung với Việt và khung đầu tiên của khung đại tràng.

Cháu Đức vui cười với các Y bác sĩ ngay trên giường mổ (ảnh chụp lúc 17 giờ ngày 7-10-1988).
(Ảnh Nguyễn Công Thành)

Và như vậy là hai đoạn này rất xa nhau (một nằm ở hốc chậu phải, còn một nằm ở tiểu khung sát hậu môn). Thế làm sao nối vào nhau để sau này Đức có thể tự mình đi tiêu được? Tôi nảy ra ý là xoay toàn bộ ruột của cháu từ tá tràng trở xuống thành dạng của ruột nguyên thủy lúc còn thời kỳ bào thai: đoạn đầu tiên của khung đại tràng thay vì nằm ở hốc chậu phải đã được đưa sang hốc chậu trái.

Như thế ngoài mục đích để đóng hậu môn, nó còn có một nhiệm vụ khác là tạo thành một phần của giới hạn dưới của ổ bụng Đức do thiếu phúc mạc. Nếu không để như vậy thì bất cứ khúc ruột nào của Đức cũng có thể dính vào thành bụng gây ra tắc, còn khúc ruột này là khúc cuối cùng nên càng dính kỹ bao nhiêu càng tốt, không sợ gây tắc, và hoạt động đường tiêu hóa sau khi đóng hậu môn của cháu sau này đã minh chứng cho sáng tạo này là hoàn toàn chính xác mà báo Pháp gọi là "sự chính xác siêu hạng".

GS.BS TRẦN ĐÔNG A