

# GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG - KẾT QUẢ TỪ MỘT TRUNG TÂM GHÉP THẬN TẠI VIỆT NAM

LÊ ĐÌNH HIẾU, PHẠM MẠNH SÙNG,  
TẠ PHƯƠNG DUNG, TRƯƠNG HOÀNG MINH,  
*Khoa ngoại niệu-ghép thận Bệnh viện Nhân Dân 115*  
M MEURISSE, JP SQUIFFLET  
*Viện trường đại học Liege-Vương quốc Bỉ*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn giai đoạn cuối là vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn tại Việt Nam. Ước tính mỗi năm có khoảng 10000 trường hợp STMGĐC mới (dân số Việt Nam khoảng 88 triệu), tuy nhiên chỉ 1/4 đến 1/3 trường hợp tiếp cận được với các phương pháp điều trị thay thế thận, chủ yếu là chạy thận nhân tạo. Nhiều trường hợp tử vong do không được điều trị và nhiều trường hợp phải ra nước ngoài để ghép.

Ghép thận tại Việt Nam bắt đầu năm 1992 và đến nay cả nước có 12 trung tâm ghép thận, tuy nhiên số bệnh nhân được ghép vẫn còn hạn chế (khoảng 250-300).

Khoa Thận-Lọc Máu bệnh viện Nhân Dân 115 tại thành phố Hồ Chí Minh được thành lập từ 1996, hàng năm tiếp nhận và điều trị khoảng 100-150 bệnh nhân STMGĐC, với khoảng 350 bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo và 250 bệnh nhân đang thẩm phân phúc mạc, trong đó nhiều bệnh nhân có nhu cầu ghép thận. Năm 2002 khoa được xây mới hoàn toàn, chuẩn bị cơ sở vật chất và nhân lực cho ghép thận. Tháng 11.2003, hội thảo y khoa Việt-Bỉ được tổ chức lần đầu tiên tại Việt Nam nhằm chia sẻ kinh nghiệm và thúc đẩy các chương trình hợp tác. Chúng tôi đã đặt vấn đề với trường đại học Liège, Bỉ nhằm giúp phát triển chương trình ghép thận tại bệnh viện 1 cách toàn diện. Điều này cũng phù hợp với mong muốn của Sở Y Tế thành phố và Bộ Y Tế thiết lập bệnh viện thành 1 trung tâm đào tạo ghép thận chuẩn đạt trình độ quốc gia và khu vực. Chúng tôi trình bày những kết quả bước đầu của chương trình hợp tác Việt-Bỉ này.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

### 1 Thiết kế nghiên cứu.

Mô tả các trường hợp bệnh

### 2. Đối tượng nghiên cứu.

33 cặp người cho và nhận thận được phẫu thuật lấy và ghép thận tại bệnh viện Nhân Dân 115 từ 1.2004 đến 7.2008.

### 3. Phương pháp nghiên cứu.

Việc tuyển chọn các cặp cho và nhận thận được thực hiện theo qui trình ghép thận của Bộ Y Tế và Trường Đại Học Liège, Bỉ. Ế kíp ghép gồm các bác sĩ thận và niệu học đánh giá toàn diện người cho và người nhận nhằm phát hiện các yếu tố nguy cơ ghép thận, các thăm dò và điều trị cần bổ sung trước ghép. Hồ sơ sau đó được hội chẩn với các giáo sư Bỉ để quyết định phẫu thuật.

Đầu tiên, người cho và nhận thận được yêu cầu chứng minh quan hệ họ hàng hoặc huyết thống; được

tư vấn về nguy cơ phẫu thuật, nguy cơ khi sống với một thận còn lại, biến chứng hậu ghép; và được đánh giá về tâm lý, khả năng tuân thủ điều trị, tình trạng tài chính gia đình.

Kế tiếp, chúng tôi thực hiện các xét nghiệm về miễn dịch gồm phản ứng chéo, định type HLA, phản ứng tiền miễn cảm (PRA: panel reactivity alloantibody) và các xét nghiệm sinh hóa và hình ảnh học, trong đó với người cho lưu ý chức năng thận và giải phẫu đường niệu (BUN, creatinine huyết thanh, protein niệu 24 giờ, cặn Addis, xạ hình thận, siêu âm hệ niệu, UIV, chụp mạch máu thận); với người nhận lưu ý tình trạng tim mạch, nhiễm trùng, bệnh ác tính, tái phát của bệnh thận và tình trạng đường tiểu dưới (siêu âm hệ niệu, chụp bóng đái ngược dòng).

Ở người cho, thận với chức năng thấp hơn sẽ được chọn để lấy. Nếu chức năng 2 thận tương đương nhau, thận được chọn để lấy sẽ dựa trên cơ sở giải phẫu. Đa số cắt thận được thực hiện qua mổ hở với đường mổ ở vị trí liên sườn 10 ngoài phúc mạc. Sáu trường hợp cắt thận qua nội soi ổ bụng do các chuyên gia Bỉ thực hiện. Thận sau khi cắt được truyền rửa bằng dung dịch bảo quản (Eurocollins hoặc UW) và được ghép ngay cho bệnh nhân. Ghép thận được thực hiện theo các kỹ thuật ngoại khoa chuẩn. Nếu thận lấy ở người cho là ở bên phải, thận sẽ được đặt ở hố chậu trái ở người nhận và ngược lại. Ba trường hợp thận trái người cho được đặt ở hố chậu trái người nhận và 1 trường hợp thận phải người cho đặt ở hố chậu phải người nhận.

Phác đồ ức chế miễn dịch gồm điều trị dẫn nhập (Simulect hoặc Zanepax ở 1 số bệnh nhân có nguy cơ miễn dịch cao) và điều trị duy trì với cyclosporin hoặc tacrolimus, mycophenolate mofetyl hoặc acid myfortic và corticosteroid. Liều cyclosporine và tacrolimus được điều chỉnh để đạt nồng độ điều trị trong máu và tránh độc thận.

Sau ghép, bệnh nhân được theo dõi tại khoa Thận-Lọc Máu và siêu âm Doppler định kỳ được thực hiện mỗi 6 tháng hoặc khi có thay đổi chức năng thận. Thải ghép cấp được chẩn đoán xác định bằng sinh thiết thận ghép dưới hướng dẫn siêu âm. Điều trị thải ghép cấp gồm solumedrol 500mg/ngày trong 3 ngày.

### 4. Biến số nghiên cứu.

Biến chứng sau cắt thận ở người cho, biến chứng sau ghép thận ở người nhận, sống còn của bệnh nhân và thận ghép 1 năm và 3 năm sau ghép, tử vong của bệnh nhân.

## 5. Xử lý số liệu.

Số liệu được tổng hợp và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 11.5

Biến số định tính trình bày dưới dạng tỷ lệ %, biến số định lượng dưới dạng số trung bình và độ lệch chuẩn.

## KẾT QUẢ

Từ 1.2004 đến 7.2008, 33 cặp người cho và nhận thận có quan hệ họ hàng hoặc huyết thống đã được phẫu thuật lấy và ghép thận tại bệnh viện Nhân Dân 115.

Bảng 1 và 2 trình bày các đặc điểm lâm sàng của người cho và nhận thận.

Bảng 3 trình bày kết quả ghép thận dựa trên sống còn của bệnh nhân và của thận ghép ở thời điểm 6 tháng, 1 năm và 3 năm sau ghép. Sống còn của thận ghép bao gồm cả các trường hợp tử vong với thận ghép còn chức năng.

Bảng 4 trình bày các biến chứng hậu ghép, trong đó biến chứng nhiễm trùng, miễn dịch và mạch máu thường gặp nhất.

Đối với biến chứng mạch máu, 3 trường hợp máu tụ quanh thận xảy ra ở ngày 1-16 hậu phẫu, biểu hiện lâm sàng là đau và sưng vùng thận ghép kèm dẫn lưu ra máu. Siêu âm là phương tiện chẩn đoán đầu tiên, khi kết quả không rõ ràng hoặc nghi ngờ, chụp cắt lớp được chỉ định. Hai trường hợp được mổ lại 2 lần để lấy máu tụ và cầm máu với kết quả xấu: bệnh nhân tử vong do rối loạn đông máu, nhiễm trùng, viêm gan do thuốc mê và thận ghép không hoạt động. Một trường hợp sau phẫu thuật, bệnh diễn tiến tốt.

Ba trường hợp hẹp động mạch thận xảy ra ở tháng 3-4 sau ghép. Không có biểu hiện lâm sàng ở 2 trường hợp và 1 trường hợp biểu hiện bằng tăng creatinine huyết thanh khi dùng thuốc ức chế men chuyển. Siêu âm Doppler là phương tiện tầm soát hiệu quả. Tất cả các trường hợp nghi ngờ hẹp động mạch thận có ý nghĩa huyết động trên siêu âm Doppler sẽ được chụp mạch máu thận để chẩn đoán xác định và can thiệp. Cả 3 trường hợp đã được đặt stent với chức năng thận ghép tốt.

13 lần thải ghép cấp xảy ra ở 8 trường hợp, trong đó 5 trường hợp xảy ra 1 lần, 1 trường hợp 2 lần và 2 trường hợp 3 lần. Đa số xuất hiện ở thời điểm 3-6 tháng sau ghép (7/13 lần), với 12 lần được chẩn đoán xác định bằng sinh thiết thận ghép và 1 lần bằng chẩn đoán lâm sàng. Theo phân loại Banff 97, gồm 1 thải ghép thể dịch, 4 thải ghép giáp biên, 4 thải ghép type 1, 2 thải ghép type 2 và 1 thải ghép type 3. Các thải ghép giáp biên và type 1 đáp ứng tốt với điều trị thải ghép (chức năng thận trở về mức ban đầu), trong khi các thải ghép type 2 và thể dịch chỉ đáp ứng 1 phần (chức năng thận cải thiện 1 phần nhưng không trở về mức ban đầu), thải ghép type 3 hoàn toàn không đáp ứng. Về nguyên nhân, 1 trường hợp do tự giảm liều và ngưng thuốc ức chế miễn dịch dẫn đến 3 lần thải ghép cấp với mức độ tổn thương thận ngày càng nặng phải cắt bỏ thận ghép; và 3 trường hợp do

bệnh nhân bị nhiễm trùng nặng phải ngưng hoàn toàn các thuốc ức chế miễn dịch.

Viêm phổi cấp tính, nặng diễn tiến nhanh đến suy hô hấp cấp và tử vong xảy ra ở 5 trường hợp. Dịch rửa phế quản và huyết thanh chẩn đoán xác nhận CMV ở 1 trường hợp, aspergillus fumigatus ở 1 trường hợp, candida ở 2 trường hợp và không rõ tác nhân gây bệnh ở trường hợp còn lại. Một trường hợp khác viêm phổi do vi trùng thường, diễn tiến thuận lợi sau điều trị kháng sinh phổ rộng. Hầu hết viêm phổi xảy ra 3-4 tháng sau ghép, 1 trường hợp duy nhất ở năm thứ 3 sau ghép. X-quang phổi cho thấy viêm phổi đốm hoặc viêm phổi mô kê-phế nang. Dù bệnh nhân được điều trị bao vây tích cực (kháng sinh phổ rộng, bactrim, thuốc kháng nấm, thuốc kháng CMV) và thậm chí ngưng các thuốc ức chế miễn dịch, diễn tiến lâm sàng vẫn xấu đi nhanh chóng và tử vong.

Tái hoạt virus viêm gan B gây viêm gan cấp ở 1 trường hợp do bệnh nhân tự ngưng lamivudine đang dùng điều trị dự phòng. Điều trị lại bằng lamivudine, diễn tiến viêm gan thuận lợi, và tải lượng virus máu trở nên âm tính.

Biến chứng niệu khoa với dò nước tiểu do hoại tử niệu quản xảy ra ở 1 trường hợp. Biểu hiện là khối tụ nước tiểu quanh thận, vùng thận ghép đau, nước tiểu 24 giờ giảm. Mổ lại lần 1 (ngày 10 hậu phẫu), không tìm thấy chỗ dò nước tiểu. Mổ lại lần 2 (ngày 14 hậu phẫu), thành bên niệu quản gần bể thận bị thủng do hoại tử niệu quản. Khâu lại chỗ thủng, hậu phẫu diễn tiến tốt.

Hai trường hợp ung thư xảy ra ở năm thứ 3 sau ghép, gồm carcinoma tế bào gai cổ tử cung và carcinoma tuyến tiền liệt, điểm số Gleason 8. Ở trường K cổ tử cung, bệnh nhân bị rong kinh và rong huyết kéo dài, K giai đoạn 3b, xạ trị trong và ngoài hết hợp. Ở trường K tiền liệt tuyến, bệnh nhân bị tiểu máu, K giai đoạn 3, cắt 2 tinh hoàn và dùng ức chế androgen.

Bảy trường hợp tử vong sau ghép chủ yếu do nhiễm trùng (5 bệnh nhân), 1 do nhồi máu cơ tim và 1 do nhồi máu não. Đa số xảy ra ở tháng 1-5 sau ghép, 2 trường hợp ở tháng 25 và 30 sau ghép. Trong đó, gồm 2 trường hợp thận không hoạt động ngay sau ghép và 5 trường hợp thận ghép còn chức năng.

Đặc biệt 1 trường hợp phải cắt bỏ thận ghép do thải ghép cấp nặng, thận mất chức năng, vùng thận ghép đau nhiều. Bệnh nhân được chạy thận nhân tạo trở lại.

Một trường hợp có thai ở năm thứ 3 sau ghép, chức năng thận ổn định trong thai kỳ, điều trị ức chế miễn dịch với cyclosporine, azathioprine và prednisone, được mổ lấy thai ở tuần 38 do khung chậu giới hạn và thiếu ối, bé trai 2700g, điểm số APGA tốt.

## BÀN LUẬN

Chương trình hợp tác giữa trường đại học Liège-Bỉ, bệnh viện Nhân Dân 115 và trường đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch bắt đầu tháng 2/2004, với việc ghép 4 trường hợp đầu tiên. Dù 4 trường hợp ghép thận thành công mỹ mãn, nhưng đã bộc lộ những thiếu sót về tổ chức và những kiến thức cần thiết để

chương trình ghép thận tại bệnh viện có thể hoạt động tự chủ và cũng đã cho thấy lợi ích của chương trình đào tạo nhân lực y tế.

Dự án PIC (projet inter-universitaire ciblé) ra đời, thực hiện từ 1.2005 đến 12.2007, nhằm phát triển các kỹ năng cần thiết trong việc chẩn đoán, điều trị và dự phòng suy thận mạn và ghép thận, đồng thời tăng cường nguồn nhân lực y tế thích hợp có năng lực nhờ thiết lập hệ thống đào tạo phù hợp. Trong 3 năm, chúng tôi đã hợp tác cùng nhau tổ chức 2 đợt giảng dạy lý thuyết và thực hành ghép thận cho nhân viên y tế cả nước vào 4.2006 và 12.2007, tổ chức 9 đợt ghép thận với tổng cộng 33 bệnh nhân được ghép. Đồng thời, trường đại học Liège-Bỉ cũng đã tiếp nhận đào tạo tại đây cho các bác sĩ và điều dưỡng của bệnh viện.

Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng người cho thận.

Đặc điểm lâm sàng		Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tuổi	<20	2	6.06
	20-29	14	42.42
	30-39	10	30.30
	40-49	5	15.15
	50-59	2	6.06
Giới tính	Nam	24	72.72
	Nữ	9	27.27
Quan hệ người cho-người nhận thận	Mẹ ruột cho con	1	3.03
	Anh chị em ruột cho nhau	7	21.21
	Con dâu cho mẹ chồng	1	3.03
	Cháu cho dì /cô/bà	10	30.30
	Anh em họ cho nhau	14	42.42
Vị trí lấy thận	Thận phải	8	24.24
	Thận trái	25	75.75
Kỹ thuật cắt thận	Mổ hở	27	81.81
	Nội soi ổ bụng	6	18.18
Số lượng động mạch thận	1	26	78.78
	2	7	21.21
Biến chứng trong mổ	Rách màng phổi	7	21.21
	Tước kẹp động mạch hoặc tĩnh mạch thận	3	9.09
Biến chứng sau mổ	Tràn máu màng phổi	1	3.03
	Nhiễm trùng vết mổ	2	6.06
	Đau vai 2 bên	2	6.06

Quá trình thực hiện dự án gặp không ít khó khăn chủ yếu do việc tổ chức không đồng bộ, kiểu quản lý tập trung hóa. Trước 9.2007, khoa Thận-Niệu-Lọc Máu-Ghép Thận là một, do 1 trưởng khoa quản lý, sau đó đã được tách thành 2 khoa riêng, khoa Thận-Lọc Máu và khoa Niệu-Ghép Thận, vận hành độc lập và hỗ trợ nhau. Các cặp ghép thận được tiếp nhận và chọn lọc bước đầu bởi các bác sĩ thận học (tư vấn và làm bilan trước ghép). Sau đó, các cuộc hội chẩn liên khoa Thận-Niệu được tổ chức để xem xét các yếu tố nguy cơ ghép thận, các thăm dò và điều trị cần làm bổ sung trước ghép cũng như quyết định phẫu thuật. Với cách tổ chức mới, từ sau 9.2007 qui trình ghép thận đã vận hành tốt, và từng bước trở thành phẫu thuật thường qui tại bệnh viện.

Bảng 2: Một số đặc điểm lâm sàng người nhận thận.

Đặc điểm lâm sàng		Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tuổi	20-29	5	15.15
	30-39	10	30.30
	40-49	9	27.27
	50-59	5	15.15
	60-69	4	12.12
Giới tính	Nam	18	54.55
	Nữ	15	45.45
Nguyên nhân suy thận mạn	Bệnh cầu thận mạn	24	72.72
	Bệnh thận do Lupus	1	3.03
	Bệnh thận do Gout	1	3.03
	Bệnh thận tiểu đường	3	9.09
	Bệnh thận cao huyết áp	1	3.03
	Thận đa nang	2	6.06
Điều trị trước ghép thận	Chạy thận nhân tạo	26	78.78
	Thăm phân phúc mạc	4	12.12
	Điều trị nội khoa	3	9.09
Vị trí đặt thận ghép	Hố chậu phải	23	69.69
	Hố chậu trái	10	30.30
Khâu nối động mạch	Động mạch chậu ngoài	19	57.57
	Động mạch chậu trong	7	21.21
	Động mạch chậu chung	7	21.21
Phẫu thuật tạo hình mạch máu	Lột bỏ lớp nội mô động mạch	1	3.03
	Tạo hình lỗ mở động mạch chậu	2	6.06
	Kéo dài động mạch nhờ bóc tách rốn thân	1	3.03
	Cắm động mạch cực vào động mạch thận	2	6.06
	Nối động mạch cực dưới vào động mạch thượng vị dưới	2	6.06
	Cột động mạch cực trên	3	9.09
Đặt thông JJ làm nóng niệu quản	Có	15	45.45
	Không	18	54.54
Phục hồi chức năng thận sau ghép	Nhanh	23	69.69
	Muộn	7	21.21
	Chậm (delayed graft function)	3	9.09

Bảng 3: Kết quả ghép thận.

	6 tháng	1 năm	3 năm
Sống còn bệnh nhân (%)	79.16	100	81.81
Sống còn thận ghép (%)	91.66	100	90.90

Bảng 4: Biến chứng hậu ghép ở người nhận thận.

Biến chứng		Số trường hợp	Tỷ lệ %
Mạch máu	Tụ máu quanh thận	3	9.09
	Hẹp động mạch thận	3	9.09
Niệu	Tụ nước tiểu quanh thận	1	3.03
	Nhiễm trùng tiểu	3	9.09
Nhiễm trùng	Viêm phổi	6	18.18
	Lao phổi	1	3.03
	Zona	2	6.06
Miễn dịch	Viêm gan B tái hoạt	1	3.03
	Thải ghép cấp	8	24.24
	Thải ghép mạn	1	3.03
Ung thư	K cổ tử cung	1	3.03
	K tiền liệt tuyến	1	3.03

Cắt thận ghép		1	3.03
Tử vong	Viêm phổi	5	15.15
	Nhồi máu cơ tim	1	3.03
	Nhồi máu não	1	3.03
Mất thận ghép	Thận không hoạt động ngay sau ghép	2	6.06
	Thả ghép cấp	1	3.03
	Bệnh nhân tử vong với thận ghép còn chức năng	5	15.15

Tại Việt Nam ghép thận chỉ mới thực hiện từ người cho sống có quan hệ họ hàng hoặc huyết thống. Ghép thận từ người cho chết não chưa thực hiện dù Luật hiến, lấy, ghép mô - bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác đã được quốc hội ban hành ngày 29.11.2006 và có hiệu lực từ ngày 1.7.2007, do đa số dân cư theo Phật giáo, với tín ngưỡng tái sinh luân hồi. Ghép từ người cho sống dễ được chấp nhận hơn vì mối quan hệ huyết thống chặt chẽ, 1 đặc trưng của các nước Châu á. Rất thường thấy cả 3 thế hệ cùng sống trong 1 gia đình, thậm chí cả những người thân ở cấp anh em họ, cô chú...Khái niệm cho, tặng vì thế phổ biến hơn ở các nước phương tây.

Cũng như tại các nước tiên tiến trên thế giới, mua bán tạng người để ghép bị nghiêm cấm tại Việt Nam. Chúng tôi luôn yêu cầu các cặp cho nhận chứng minh quan hệ họ hàng hoặc huyết thống bằng văn bản có xác nhận của chính quyền địa phương và bằng điều tra phả hệ (nếu được) trước khi tiến hành các thăm dò y khoa trước ghép. Vấn đề đặt ra là liệu các giấy tờ chứng minh nói trên có thể bị làm giả và người bác sĩ khi tiếp xúc với các cặp cho nhận có đủ năng lực để phát hiện sự gian lận. Nên chăng cần 1 bác sĩ tâm lý hay 1 người đánh giá độc lập để đảm bảo tính khách quan và minh bạch. Trong nghiên cứu chúng tôi, 10 trường hợp cháu tự nguyện cho bà/cô/dì với sự chênh lệch tuổi tác khá nhiều. Một trường hợp con dâu cho mẹ chồng với quan hệ không huyết thống nhưng gần gũi về mặt tình cảm. Tuổi người cho trẻ đặt ra vấn đề cần theo dõi lâu dài sau phẫu thuật, mặc dù các nghiên cứu theo dõi người cho đến 20 năm hay thậm chí 45 năm chưa ghi nhận tăng nguy cơ bệnh tật so với quần thể chung (1;2).

Tại Việt Nam, tuổi thấp nhất được chấp nhận hiến tạng là 18. Có 2 trường hợp 18 và 19 tuổi trong nghiên cứu chúng tôi. Mặc dù đây là tuổi tối thiểu được quyết định hợp pháp các vấn đề cá nhân, người cho cũng được yêu cầu có sự đồng ý của bố mẹ bằng văn bản là những người giám hộ cao nhất. Người cho trên 60 tuổi thường không được chấp nhận vì nguy cơ phẫu thuật cao và cũng như ghép thận từ người cho chết não, sống còn của thận ghép từ người cho sống cũng lệ thuộc tuổi người cho.

Không như các bệnh nhân ngoại khoa khác, người cho thận trải qua 1 cuộc mổ mà không có bất kỳ lợi ích thể chất nào được dự kiến mang lại, ngoại trừ được tầm soát y khoa tích cực với việc phát hiện và điều trị các bệnh lý tiềm ẩn và lợi ích tâm lý của việc cho tặng. Vì vậy, người cho cần được giải thích cặn kẽ

về nguy cơ phẫu thuật (biến chứng và tử vong chu phẫu), nguy cơ sống lâu dài với 1 thận (protein niệu, cao huyết áp, suy thận), ảnh hưởng tâm lý, mất mát thời gian và thu nhập. AJ Matas và cs khảo sát biến chứng và tử vong sau lấy thận từ người cho sống, so sánh mổ hở và nội soi ổ bụng cắt thận (3). Tác giả nhận thấy tử vong chu phẫu là 0.03%, biến chứng hậu phẫu < 10% chủ yếu là các biến chứng nhẹ, tỷ lệ mổ lại và nhập viện lại ở từng tiêu chí đều < 1.3%, dù ở nội soi ổ bụng biến chứng nhiều hơn chút ít. Trong nghiên cứu chúng tôi, 7 trường hợp rách màng phổi khi mổ hở (do đường mổ hông lưng, khoảng liên sườn 10) đã được khâu kín màng phổi, không ảnh hưởng chức năng hô hấp hậu phẫu; 3 trường hợp tuột kẹp mạch máu thận khi cắt cuống thận do dụng cụ phẫu thuật không phù hợp, hậu phẫu phải truyền máu bồi hoàn cho cả 3. Ở giai đoạn hậu phẫu, 1 trường hợp tràn máu màng phổi lượng nhiều, không đáp ứng với điều trị dẫn lưu màng phổi đơn thuần, phải phẫu thuật lại mổ màng phổi cầm máu do chảy máu từ bó mạch liên sườn. Người cho này cũng được truyền máu bồi hoàn. Ngoài ra, 2 trường hợp khác bị nhiễm trùng vết mổ. Đau vết mổ khi mổ hở và đau vai 2 bên khi nội soi ổ bụng cũng là những biến chứng nhẹ thường gặp sau mổ.

Sau cắt thận, người cho được đánh giá lại chức năng thận dựa trên creatinine huyết thanh trước khi xuất viện. Chúng tôi thường dặn họ tái khám lại sau 1 tháng và ít nhất mỗi năm 1 lần, nhưng rất ít người cho thận quay trở lại bệnh viện. Mặc dù các nghiên cứu theo dõi người cho lâu dài từ 20 đến 45 năm không ghi nhận tăng nguy cơ bệnh tật, 1 số người cho bị suy thận mạn giai đoạn cuối phải điều trị thay thế thận (0.04-0.15%) (1;2). Điều này cho thấy cần có kế hoạch theo dõi người cho định kỳ nhằm phát hiện sớm các biến chứng.

Không có cơ sở y học hay đạo đức để không ghép thận ít ra ở người <70 hay thậm chí 75 tuổi. Sống còn lâu dài của bệnh nhân tốt hơn, chất lượng cuộc sống được cải thiện, chi phí điều trị rẻ hơn so với người lớn tuổi lọc máu ngoài cơ thể và sống còn của thận ghép tương tự như ở người trẻ hơn (4). Tại Châu Âu, tỷ lệ bệnh nhân ghép thận >60 tuổi đã tăng từ 2.9% năm 1983 lên 10.2% năm 1992; tại Mỹ, là 2.8% năm 1985 tăng lên 6.8% năm 1998 và hiện tại tiếp tục tăng (4). Nguyên nhân chính của mất thận ghép ở người lớn tuổi là bệnh nhân tử vong, trong đó bệnh lý tim mạch, nhiễm trùng và bệnh ác tính là các nguyên nhân tử vong thường gặp nhất (4;5) (6). Do đó, chọn lựa bệnh nhân lớn tuổi để ghép thận trung vào việc tầm soát bệnh lý tim mạch, tiểu đường nhằm giảm biến chứng và tử vong sau ghép. Ở 4 bệnh nhân trên 60 tuổi trong nghiên cứu chúng tôi, 2 tử vong do viêm phổi với thận ghép còn chức năng, 1 bị ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn muộn.

Bệnh cầu thận mạn là nguyên nhân gây suy thận mạn thường gặp nhất (24/33 bệnh nhân), kế tiếp là tiểu đường (3/33 bệnh nhân) và thận đa nang (2/33 bệnh nhân). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với

nhiều nghiên cứu về nguyên nhân suy thận mạn tại Việt Nam.

Hầu hết bệnh nhân đã được lọc máu ngoài thận một thời gian trước ghép, chỉ 3 bệnh nhân được ghép ngay khi phát hiện bệnh. Lý do là bệnh nhân cần chạy thận nhân tạo ngay sau khi chẩn đoán bệnh (đây có lẽ là lý do phổ biến nhất, phản ánh việc phát hiện bệnh muộn và chuyển bệnh muộn đến các bác sĩ thận học), bệnh nhân chưa tìm được người cho phù hợp, bệnh nhân đã chạy thận nhân tạo trước khi chương trình ghép thận bắt đầu, ghép thận được tổ chức từng đợt cách nhau vài tháng khiến bệnh nhân phải chờ đợi. Ghép thận trước lọc máu giúp cải thiện sống còn của bệnh nhân và thận ghép so với ghép thận sau khi đã lọc máu, làm giảm tỷ lệ suy thận ghép khoảng 52% trong năm đầu và nhiều hơn nữa trong các năm tiếp theo ở người ghép thận từ người cho sống và khoảng 25% ở người ghép thận từ người cho chết não. Tỷ lệ ghép thận trước lọc máu tại Mỹ chiếm khoảng 25% ghép thận từ người cho sống (7).

Ghép thận thực tế là khâu nối mạch máu thận người cho với mạch máu chậu người nhận và khâu nối niệu quản người cho với bóng đái người nhận. Vì vậy, đánh giá trước mổ giải phẫu mạch máu thận người cho, tình trạng mạch máu chậu người nhận, giải phẫu đường niệu người cho và tình trạng bóng đái người nhận giúp phát hiện các bất thường mạch máu và đường niệu có thể cần can thiệp trước hoặc trong ghép hay thậm chí chống chỉ định với ghép. Xơ vữa động mạch chậu ở bệnh nhân STMGDC thường gặp, có thể gây hẹp nặng động mạch mà không có triệu chứng lâm sàng và mức độ xơ vữa hoặc hẹp được đánh giá lúc mổ có thể nặng hơn trước mổ. Ví dụ, 3-13% người nhận cần lột bỏ mảng xơ vữa và cố định lớp nội mạc trong khi ghép (8). Xơ vữa mạch máu chậu người nhận ảnh hưởng xấu đến sống còn của bệnh nhân và thận ghép, là yếu tố nguy cơ hẹp chỗ nối động mạch. 1 bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi có mảng xơ vữa ở động mạch chậu trong làm hẹp khoảng 50% lòng mạch được lột bỏ mảng xơ vữa và khâu nối động mạch tận-tận, diễn tiến hậu ghép tốt. Ở 7 trường hợp ghép đầu tiên, động mạch thận được khâu nối tận-tận với động mạch chậu trong. Về sau, động mạch thận được khâu nối tận-bên với động mạch chậu ngoài hoặc chậu chung bằng 2 nửa đường khâu liên tục ở mọi trường hợp. Thành bên động mạch chậu sẽ được mở 1 lỗ có đường kính phù hợp với đường kính động mạch thận. Có thể dùng puncher với kích cỡ phù hợp hoặc dùng kéo pott. Lỗ tạo ra bằng puncher là 1 hình tròn, đường viền đều đặn với kích thước đúng với đường kính động mạch thận, và thực hiện rất nhanh; trong khi lỗ tạo ra bằng tay và kéo pott thường có hình bầu dục, không đều, kích thước có thể lớn hoặc nhỏ hơn đường kính động mạch thận và mất nhiều thời gian hơn. Trong nghiên cứu chúng tôi, 1 trường hợp đục lỗ bằng tay và kéo pott khiến lỗ tạo ra nhỏ hơn so với đường kính động mạch thận, sau khi khâu nối và thả kẹp mạch máu, thận

thiếu máu phải thực hiện khâu nối lại động mạch. Một trường hợp khác lỗ tạo ra lại lớn hơn đáng kể so với đường kính động mạch thận gây rò rỉ máu tại chỗ nối sau thả kẹp mạch máu, phải khâu hẹp lại bớt. Do đó làm tăng thời gian thiếu máu ảm. Các biến chứng mạch máu trong phẫu thuật đều ảnh hưởng xấu lên sống còn của thận ghép (9).

Bảy trường hợp thận người cho có 2 động mạch thận (động mạch thận chính và động mạch cực trên (4 trường hợp) hoặc dưới (3 trường hợp)). Ở các trường hợp động mạch cực trên, 1 trường hợp động mạch cực trên được cắm vào động mạch thận, 3 trường hợp động mạch cực trên được khâu cột lại do kích thước nhỏ (<1mm) với vùng tưới máu nhu mô thận không đáng kể, hoặc bị tổn thương khi lấy thận do không phát hiện được khi chụp mạch máu thận trước mổ. Ở 3 trường hợp động mạch cực dưới, 1 trường hợp động mạch cực dưới được cắm vào động mạch thận chính, 2 trường hợp động mạch cực dưới được nối với động mạch thượng vị dưới. Nhiều động mạch thận là yếu tố nguy cơ đối với thận ghép vì không phát hiện ra và không bảo tồn được các động mạch thận phụ có thể gây hoại tử niệu quản, vỡ thận ghép, nhồi máu thận từng vùng, dò đài thận hoặc cao huyết áp hậu phẫu. Do đó, các điều kiện quan trọng để ghép thận thành công khi có nhiều động mạch thận là đánh giá hình chụp mạch máu thận người cho cẩn thận, kỹ thuật lấy thận đúng và chọn lựa phương pháp tái tưới máu thận thích hợp.

Một trường hợp trong nghiên cứu chúng tôi tĩnh mạch chậu ngoài bị viêm tắc huyết khối do đặt catheter tĩnh mạch đùi để chạy thận nhân tạo, phải khâu nối tĩnh mạch thận vào tĩnh mạch chậu chung mà siêu âm Doppler mạch máu chậu trước mổ không phát hiện được (bỏ sót thương tổn).

Nhiễm trùng, thải ghép và hẹp động mạch thận là các biến chứng thường gặp nhất sau ghép. Nhiễm trùng chủ yếu do virus (CMV, HBV, VZV) và nấm (candida, aspergillus); do đó đặt ra vấn đề điều trị dự phòng và tiêm vaccin ngừa virus trước và sau ghép.

Nếu không kể trường hợp cắt thận ghép do thải ghép cấp (3 lần) ở bệnh nhân không tuân thủ điều trị được ghép từ thận người cho cùng huyết thống, phù hợp 1 haplotype (anh em ruột cho nhau) thì đa số thải ghép cấp xảy ra ở 6 tháng đầu sau ghép (7/10 lần thải cấp), chủ yếu là 3 tháng đầu (6/10 lần thải ghép cấp). Tỷ lệ bệnh nhân bị thải ghép cấp ở năm đầu sau ghép là 18.18% (6/33 bệnh nhân) và tính chung sau ghép là 24.24% (8/33 bệnh nhân). Tỷ lệ thải ghép cấp ở 1 số trung tâm được báo cáo là 10-15% (2). Tỷ lệ của chúng tôi cao hơn vì 1 trường hợp chẩn đoán chỉ dựa trên lâm sàng có đáp ứng với điều trị thải ghép sau khi không tìm thấy nguyên nhân khác (không làm sinh thiết thận); các trường hợp thải ghép giáp biên chẩn đoán theo giải phẫu bệnh lý có thể thực sự không phải thải ghép mà chỉ là hiện tượng xâm nhiễm nhẹ, rải rác bạch cầu lympho thường thấy ở ống thận và mô kẽ sau ghép (t1 và i1) và không làm

thay đổi chức năng thận (3 trường hợp trong nghiên cứu chúng tôi xảy ra ở bệnh nhân bị nhiễm trùng nặng phải ngưng thuốc ức chế miễn dịch). Thả ghép cấp ảnh hưởng xấu đến sống còn lâu dài của thận ghép và chính khả năng hồi phục của thả ghép cấp quyết định sống còn lâu dài của thận ghép.

Sau ghép, chúng tôi siêu âm Doppler thận ghép định kỳ (khi xuất viện, mỗi 6 tháng và bất cứ khi nào có sự thay đổi chức năng thận); các trường hợp siêu âm nghi ngờ hẹp động mạch thận đều được chụp động mạch thận kiểm tra. Kết quả phát hiện 3 trường hợp hẹp động mạch thận có ý nghĩa huyết động (hẹp >50% đường kính) đã được nong và đặt stent, trong đó 2 trường hợp không có triệu chứng lâm sàng; 2 trường hợp khác hẹp <50% đường kính động mạch thận; 1 trường hợp không hẹp do động mạch thận nối với động mạch chậu trong dài và gấp khúc. Tỷ lệ hẹp động mạch thận ghép vì thế là 9.09% (3/33 trường hợp). S Bruno và cs nhân thấy tỷ lệ hẹp động mạch thận là 2.4% khi siêu âm Doppler được làm để xác nhận nghi ngờ lâm sàng ở bệnh nhân có triệu chứng và là 12.4% khi siêu âm Doppler được làm thường qui ở bệnh nhân ghép thận không triệu chứng. Điều này cho thấy tỷ lệ cao hẹp động mạch thận ghép không triệu chứng và lợi ích của Doppler sau ghép thường qui.

Một trường hợp hoại tử niệu quản đoạn gần bể thận gây tụ nước tiểu quanh thận xảy ra sớm ngay sau mổ. Các nguyên nhân chính gây biến chứng niệu sau ghép gồm thiếu máu niệu quản, mở bóng đài để khâu nối trong bóng đài và chỗ nối không chặt (kín). Vì thế bảo tồn mạch máu niệu quản và mỡ quanh niệu quản, giảm chiều dài niệu quản sử dụng, tránh mở rộng bóng đài và chỗ nối niệu quản-bóng đài được bảo vệ bằng thông JJ giúp giảm các biến chứng niệu. Kỹ thuật Lich-Grégoir cắm niệu quản ngoài bóng đài, cho phép sử dụng đoạn niệu quản ngắn hơn nên tránh gấp góc niệu quản. Ở các trường hợp ghép đầu tiên, chúng tôi thực hiện Lich-Grégoir với thông JJ, sau đó là không đặt thông JJ, vì theo các đồng nghiệp tại trường đại học Liège - Bỉ, nếu thực hiện đúng kỹ thuật, các biến chứng hẹp, dò và trào ngược niệu quản-bóng đài không khác biệt giữa 2 nhóm.

Hai trường hợp ung thư trong nghiên cứu chúng tôi phát hiện ở giai đoạn muộn do không được tầm soát thường qui sau ghép. Ung thư tiền liệt tuyến, ung thư cổ tử cung có thể phát hiện sớm bằng xét nghiệm PSA, phết tế bào âm đạo-cổ tử cung định kỳ. Việc tầm soát ung thư ở người nhận vì thế cần được tiếp tục thực hiện sau ghép vì nguy cơ ung thư tăng cao sau ghép do dùng thuốc ức chế miễn dịch và nhất là ở người nhận thận lớn tuổi (4;5).

Đa số bệnh nhân trở lại làm việc sau ghép 3 tháng. Chất lượng cuộc sống cải thiện rõ rệt so với khi chạy thận nhân tạo hoặc thẩm phân phúc mạc. Một bệnh nhân có thai và sinh con ở năm thứ 3 sau ghép. Điều này cho thấy ưu điểm vượt trội của ghép thận so

với các phương pháp điều trị thay thế thận khác và cần được khuyến cáo ở mọi bệnh nhân STMGĐC.

Tỷ lệ sống còn của bệnh nhân ở thời điểm 6 tháng, 1 năm và 3 năm sau ghép lần lượt là 79.16%, 100% và 81.81%. Đa số tử vong xảy ra ở 6 tháng đầu sau ghép (5/7 trường hợp tử vong), chủ yếu do nhiễm trùng (4/5 trường hợp).

Tỷ lệ sống còn của thận ghép ở thời điểm 6 tháng, 1 năm và 3 năm sau ghép lần lượt là 91.66%, 100% và 90.90%. Các tỷ lệ này cũng tương đương với các tỷ lệ được báo cáo trong y văn tại các trung tâm ghép ở Âu-Mỹ.

## KẾT LUẬN

Những thành công bước đầu của chương trình hợp tác Việt-Bỉ giữa bệnh viện Nhân Dân 115, trường đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch và trường đại học Liège đã giúp thiết lập và phát triển chương trình ghép thận từ người cho sống cùng huyết thống tại bệnh viện, từng bước đưa ghép thận trở thành phẫu thuật thường qui. Các kết quả có được về sống còn của bệnh nhân và thân ghép tương tự kết quả tại các trung tâm ghép ở Âu-Mỹ. Đây là tiền đề quan trọng để từng bước phát triển ghép thận tại bệnh viện đạt trình độ quốc gia và khu vực.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ramcharan T, Matas AJ. Long-term (20-37 years) follow-up of living kidney donors. *Am J Transplant* 2002;2(10):959-64.
2. Drognitz O, Donauer J, Kamgang J, Baier P, Neeff H, Lohrmann C et al. Living-donor kidney transplantation: the Freiburg experience. *Langenbecks Arch Surg*. 2007;392(1):23-33.
3. Matas AJ, Bartlett ST, Leichtman AB, Delmonico FL. Morbidity and mortality after living kidney donation, 1999-2001: survey of United States transplant centers. *Am J Transplant* 2003;3(7):830-4.
4. Cameron JS. Renal transplantation in the elderly. *Int Urol.Nephrol* 2000;32(2):193-201.
5. Adams PL. Long-term patient survival: strategies to improve overall health. *Am J Kidney.Dis* 2006;47(4 Suppl 2):S65-S85.
6. Kaplan B. Overcoming barriers to long-term graft survival. *Am J Kidney.Dis* 2006;47(4 Suppl 2):S52-S64.
7. Weng FL, Mange KC. A comparison of persons who present for preemptive and nonpreemptive kidney transplantation. *Am J Kidney.Dis* 2003;42(5):1050-7.
8. Droupy S, Eschwege P, Hammoudi Y, Durrbach A, Charpentier B, Benoit G. Consequences of iliac arterial atheroma on renal transplantation. *J Urol*. 2006;175(3 Pt 1):1036-9.
9. Fechner G, von Pezold C, Hauser S, Gerhardt T, Klehr HU, Muller SC. Impairment of long-term graft function after kidney transplantation by intraoperative vascular complications. *Int Urol.Nephrol* 2008.
10. Ali-el-Dein B, Osman Y, Shokeir AA, Shehab El-Dein AB, Sheashaa H, Ghoneim MA. Multiple arteries in live donor renal transplantation: surgical aspects and outcomes. *J Urol*. 2003;169(6):2013-7.