

KẾT QUẢ GHÉP THẬN - THẬN GHÉP LẤY TỪ NGƯỜI CHO CHẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN VIỆT - ĐỨC: NHÂN SÁU TRƯỜNG HỢP ĐẦU TIÊN

ĐỖ TRƯỜNG THÀNH

TÓM TẮT:

Mục đích: Ở Việt Nam hiện nay ghép thận đã là một phẫu thuật thường qui tại một số trung tâm phẫu thuật lớn. Tuy nhiên nguồn tạng ghép là từ người cho sống. Trong thời gian qua bệnh viện Việt Đức lần đầu tiên tổ chức phẫu thuật lấy tạng từ ba người cho chết não và ghép thành công cho 6 bệnh nhân nhận thận. Từ 6 trường hợp ghép này, chúng tôi tổng kết kết quả ghép thận, thận ghép từ người cho chết não.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu trên sáu bệnh nhân được ghép thận, thận ghép từ người cho chết não. Thời gian từ tháng 5/2010 đến tháng 10/2010.

Kết quả: Sáu bệnh nhân ghép đều đạt được kết quả tốt. Không có biến chứng trong và sau mổ.

Kết luận: Với kết quả thành công ban đầu từ 6 trường hợp đầu tiên, chúng tôi đã khẳng định được qui trình phẫu thuật ghép thận từ người cho chết não cũng như qui trình theo dõi và điều trị sau ghép thận.

Từ khóa: ghép thận, người cho thận chết não.

SUMMARY:

Kidney transplants from brain dead donor in Việt Đức Hospital: The first six cases.

Purpose: In Viet Nam now kidney transplant is a routine surgery in a large number of surgical centers. However the source organs from living people. The Viet-Duc hospital perform first surgery took organs from brain dead of three patients and successful transplants for six patients receiving kidney. From 6 cases of transplantation, we summarize the results of kidney transplants, kidney transplants from brain dead people.

Materials and Methods: prospective study on six patients with renal transplant, kidney transplants from brain dead people. Period from May 2010 to May 10/2010. **Results:** six transplant patients are achieving good results. No complications during and after operation. **Conclusion:** With the initial success results from the first six cases, we have confirmed the surgical techniques for kidney transplants from brain dead people as well as process monitoring and treatment after renal transplantation.

Keyword: Kidney transplantation, deceased donor.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một phương pháp điều trị tiên tiến cho bệnh nhân suy thận mãn giai đoạn cuối, giúp người

bệnh có sức khỏe và chất lượng cuộc sống tốt nhất [1,3]. Ở Việt Nam, ghép thận từ người cho sống được thực hiện từ năm 1992, tuy nhiên nó chỉ được thực hiện một cách không thường xuyên tại các bệnh viện lớn do nguồn thận ghép phụ thuộc vào sự hy sinh cao cả của người hiến thận.

Bệnh viện Việt Đức được Bộ Y tế cho phép thực hiện đề tài nghiên cứu ghép thận từ người cho chết não. Lần đầu tiên chúng tôi đã thực hiện lấy thận ở 3 bệnh nhân chết não và ghép cho 6 bệnh nhân suy thận mãn giai đoạn cuối. Với kết quả đã đạt được chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích: **Đánh giá kết quả ghép thận, thận ghép lấy từ người cho chết não.**

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là 6 bệnh nhân ghép thận, thận ghép được lấy từ ba BN chết não.

2. Phương pháp nghiên cứu: Là nghiên cứu tiến cứu, mỗi một cặp ghép đều được thực hiện theo một qui trình chuẩn, về phẫu thuật và điều trị săn sóc sau mổ. Thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 5/2010 đến tháng 10/2010.

3. Thực hiện nghiên cứu

3.1. Người cho thận

* Tuổi, giới người cho thận: 3 người cho thận gồm: 2 nam, tuổi 17 tuổi và 20 tuổi. Một nữ, 40 tuổi.

* Nguyên nhân chết não là tai nạn giao thông và tai nạn lao động.

* Thời gian từ khi chẩn đoán chết não đến khi lấy tạng trung bình là 48h.

3.2. Các chỉ số của người nhận thận

* Tuổi, giới, nguyên nhân suy thận của người nhận thận

Bảng 1: Tuổi, giới, nguyên nhân suy thận của người nhận thận

Số tt	Họ tên	Tuổi	Giới	Nguyên nhân suy thận
1	Nguyễn Thị Thu T	22	Nữ	Viêm cầu thận mãn
2	Nguyễn Huy K	38	Nam	Viêm cầu thận mãn
3	Nguyễn Thị Thanh H	30	Nữ	Viêm cầu thận mãn
4	Phạm Diệu L	33	Nữ	Viêm cầu thận mãn
5	Hoàng Đăng K	36	nam	Viêm cầu thận mãn
6	Nguyễn Minh Đ	66	Nam	Viêm cầu thận mãn

*** Nhóm máu và HLA của người cho và người nhận**

- Cùng nhóm máu giữa người cho và người nhận: 5/6 Bn, 1 trường hợp không trùng nhóm máu: người cho nhóm máu O, người nhận nhóm máu A.

- Hoà hợp về HLA: 1 trường hợp hoà hợp ở mức 2/6, 2 trường hợp hoà hợp ở mức 1/6, 3 trường hợp không hoà hợp.

* **Phản ứng chéo:** Tỷ lệ âm tính 100% (6/6). Thời gian thực hiện phản ứng chéo: 6h

3.3 Kết quả phẫu thuật ghép thận

*** Thời gian phẫu thuật**

- Thời gian miệng nối tĩnh mạch trung bình là: 21,33 phút (8-36 phút).

- Thời gian miệng nối động mạch trung bình là: 18 phút (9-29 phút).

- Thời gian thiếu máu nóng của thận ghép trung bình là: 44 phút (20-75).

* **Thời gian có giọt nước tiểu đầu tiên:** trung bình 2 phút (15giây – 5 phút) sau khi thả kẹp động mạch thận ghép.

* **Các biến chứng trong mổ:** 6 bệnh nhân đều không gặp các biến chứng trong mổ

3.4. Theo dõi điều trị sau mổ

*** Điều trị nhiễm khuẩn**

Kháng sinh sử dụng: Sulperazol 2g/ 24h, tiêm tĩnh mạch, Bactrime 0,48g, 2viên/24h.

* **Điều trị chống loét dạ dày tá tràng:** Losex 40mg/24h

*** Điều trị thải ghép**

- Sử dụng simulect 20mg trước khi thả kẹp động mạch thận ghép, và ngày thứ 4 sau mổ.

- Methylprednisolon: 500mg/24h được sử dụng trong mổ trước khi thả kẹp động mạch thận ghép và liên tục 3 ngày sau mổ.

- Điều trị prograf 0,1mg (tacrolimus) 0,07-0,15mg/kg/ngày uống chia 2 lần để đạt nồng độ C0 10-15ng/ml

- Sử dụng MMP (mucophenolate mofetil) 250mg. MMP được sử dụng ngay từ ngày đầu tiên sau mổ với liều 750mg/24h, sau đó là 1500mg/24h

Bảng 2: diễn biến ure và creatinine máu những ngày sau mổ

Họ tên bệnh nhân	ure- creatinine máu sau mổ (MMoL/L)		
	Ngày 1	Ngày 7	3 tháng
Nguyễn Thị Thu Tr	13,5- 788	3,7 - 93	4,9- 108
Nguyễn Huy K	9,9- 788	3,1- 93	3 - 119
Nguyễn Thị Thanh H	20,9- 760	6,4- 87	5,3 - 80
Phạm Diệu L	10,6- 700	3,2- 89	6,1 - 115
Hoàng Đăng Kh	30,1- 1064	15,5- 278	9,1 - 169
Nguyễn Minh Đ	30,3- 911	9- 145	8,2 -124

- Chức năng thận ghép: ngay sau thả kẹp mạch máu thận ghép, thận làm việc ngay và chức năng thận dần ổn định những ngày sau mổ dưới sự điều trị hợp lý các thuốc thải ghép. Chức năng thận sau mổ được thể hiện tóm tắt trong bảng 3.2.

- Sau mổ cả 6 bệnh nhân đều không sốt. Mạch huyết áp trong giới hạn bình thường. Các dẫn lưu ổ mổ những ngày đầu ra từ 200-100ml, thường hết và được rút sau 5 ngày. Vết mổ không nhiễm trùng, được cắt chỉ sau 8 ngày. Bệnh nhân ra viện vào ngày thứ 12 sau mổ. Được theo dõi liên tục khám lại 1 tuần 2lần trong tháng đầu. 1 tuần 1 lần trong tháng thứ 2 và thứ 3.

BÀN LUẬN

Theo thống kê tỷ lệ sống sau 1 năm của thận ghép từ người cho chết não là 95%, còn tạng ghép từ người cho sống là 98% [6]. Có sự khác nhau này là do tạng ghép được lấy từ người cho chết não, chất lượng tạng kém hơn. Phẫu thuật ghép được thực hiện trong cấp cứu, tạng ghép lại phải bảo quản lạnh dài hơn, do vậy sau ghép có những rối loạn về chuyển hóa ở mức phân tử trong tế bào thận ghép nên điều trị sau ghép phức tạp hơn và thường có nhiều biến chứng.

1. Kết quả ghép thận từ người cho chết não và qui trình điều trị

Điều trị thải ghép được thực hiện từ ngay trong mổ. Tất cả các bệnh nhân đều được sử dụng Simulect 20mg ngay trong mổ, kèm với methylprednisolon 500mg trước khi mở kẹp mạch máu thận ghép. Kết quả 6 bệnh nhân của chúng tôi đều không có hiện tượng thải ghép tối cấp và thận hoạt động ngay sau trung bình 2 phút.

Thận ghép chậm hoạt động chức năng (Delayed Graft Function- DGF) là một biến chứng hay gặp đối với ghép thận từ người cho chết não. Thông thường biến chứng này có thể kéo dài từ 7-10 ngày. Thống kê của tổ chức ghép tạng Mỹ với 107787 [4,5] thận ghép từ người cho chết não thấy; tỷ lệ SGF với người cho trong tiêu chuẩn là 23%, với tiêu chuẩn mở rộng là 34%. Các bệnh nhân của chúng tôi đạt kết quả tốt về mặt phẫu thuật, điều trị thải ghép, chức năng thận ghép hoạt động tốt và không có biến chứng nào xảy ra trong và sau mổ.

Trong thời kỳ theo dõi và điều trị ngoại trú, kết quả sau 3 tháng các bệnh nhân đều khỏe mạnh. Chức năng thận ghép hoàn toàn bình thường. Các bệnh nhân đều hoạt động sinh hoạt cộng đồng, lao động bình thường.

2. Kết quả ghép thận và các yếu tố liên quan

2.1 Hòa hợp về HLA

Nghiên cứu của Opelz và Dohler phân tích các số liệu của hiệp hội ghép thận quốc tế trong hai thập kỷ 1985 tới 1994 và 1995 tới 2004 nêu ra ảnh hưởng rõ rệt của hòa hợp HLA trong ghép. Tuy nhiên trên thực tế, năm 2004 có 14% người nhận thận ở Mỹ hoàn toàn không có hòa hợp HLA với người cho so với năm 1995 là 12% [6]. Trong nhóm bệnh nhân ghép của chúng tôi, có 3 người nhận hoàn toàn không hòa hợp HLA với người cho, 2 bệnh nhân hòa hợp mở mức 1 locus, 1 bệnh nhân hòa hợp ở mức 2 locus. Kết quả theo dõi sau ghép ở cả 6 bệnh nhân này đều tốt mặc dù phác đồ điều trị đều giống nhau ở cả 6 bệnh nhân.

2.2 Vai trò của điều trị thải ghép

Gần đây Butler và đồng nghiệp [2] nghiên cứu thấy rằng, điều trị thải ghép phù hợp làm tăng hơn tỷ lệ sống còn của tạng ghép tới 7 lần so với điều trị không phù hợp. Thải ghép mãn và tiểu đường là hai nguyên nhân chính gây hỏng thận ghép. Các bệnh nhân ghép của chúng tôi không gặp các biến chứng về thải ghép, chức năng thận sau ghép hoạt động bình thường có thể khẳng định vai trò của công tác điều trị chống thải ghép.

KẾT LUẬN

Ghép thận là phương pháp điều trị tốt nhất cho bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối. Ở Bệnh Viện Việt Đức đây là lần đầu tiên chúng tôi thực hiện ghép thận, thận ghép từ người cho chết não. Sáu bệnh nhân ghép của chúng tôi đều đạt kết quả tốt. Thận sau ghép đều có chức năng bình thường. Theo dõi sau 3 tháng, chức năng thận ổn định, các thuốc thải ghép đã giảm liều ở liều duy trì vẫn

đảm bảo được chức năng thận. Cả 6 bệnh nhân đều không gặp các biến chứng trước, trong và sau mổ.

Với kết quả từ 6 bệnh nhân này, bước đầu chúng tôi đã khẳng định được các tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân ghép, kỹ thuật phẫu thuật và phác đồ sẵn sóc và điều trị bệnh nhân sau ghép thận, thận ghép được lấy từ người cho chết não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2002), Hội đồng tư vấn chuyên môn ghép tạng, Quy trình ghép thận từ người sống cho thận.

2. Butler JA, Roderick P, Mullee M, et al (2004), Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. *Transplantation* 77:769.

3. Gerardo Machnickia, Louiza Seriaib, Mark A. Schnitzler (2006), Economics of transplantation: a

review of the literature, *Transplantation Reviews* 20, pp:61-75.

4. Jacqueline M. A. Smitsa, Guido G. Persijna, Hans C. van Houwelingenb, Frans H. J. Claasc and Ulrich Frei on behalf of all the Eurotransplant Senior Program Centersd (2002), Evaluation of the Eurotransplant Senior Program. The Results of the First Year, *American Journal of Transplantation* 2002; 2: 664–670.

5. Isabel Quiroga, Philip McShane, Dicken D. H. Koo, Derek Gray, Peter J. Friend, Susan Fuggle and Christopher Darby (2006), Major effects of delayed graft function and cold ischaemia time on renal allograft survival, *Nephrol Dial Transplant*, 21: pp: 1689–1696.

6. Peter J. Morris, Stuart (2008), *Kidney transplantation: principles and practice*, Chapte 11, PP 657-676.