

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GHEP THẬN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

**Đỗ Ngọc Sơn<sup>\*</sup>; Trần Minh Tuấn<sup>\*</sup>; Nguyễn Tiến Quyết<sup>\*</sup>  
Vũ Nguyễn Khải Ca<sup>\*</sup>; Nguyễn Hữu Ước<sup>\*\*</sup>; Đỗ Trường Thành<sup>\*\*</sup> và CS**

### TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến cứu mô tả 72 bệnh nhân (BN) được ghép thận từ người cho sống từ tháng 10 - 2008 đến 03 - 2012 tại Bệnh viện Việt Đức.

Kết quả: 52 BN nam (72,2%), 20 BN nữ (27,8%); 82% thận ghép không cùng huyết thống. Lấy thận phải ghép: 38/72 BN (52,8%), lấy thận trái ghép: 34 BN (47,2%). Kết quả: thành công 100%. Tai biến trong mổ: 1,4%. Biến chứng sau mổ: tử vong 0%, chảy máu 2,8%, hẹp động mạch, tĩnh mạch thận ghép 1,4%, không có rò nước tiểu hay hẹp niệu quản; chậm chức năng thận ghép 1,4%. Thải ghép tối cấp 0%; thải ghép cấp 6,9%; creatinin máu về bình thường khi ra viện 65,3%.

\* Từ khóa: Ghép thận; Người cho sống.

## SURGICAL RESULTS OF LIVING DONOR KIDNEY TRANSPLANTATION AT VIETDUC HOSPITAL

### SUMMARY

*A prospective and descriptive study was conducted on 72 kidney transplant recipients transplanted from the living donor at Vietduc Hospital from October 2008 to March 2012.*

*Results: 52/72 patients were males (72.2%), 20/72 females (27.8%); 59/72 (82%) had unrelated donor kidney transplantation; right renal grafts was 52.8% and 47.2% left renal grafts. The surgical outcome was successful in 100% of patients. Operative complication was 1.4%. Post-operative complications: mortality rate was 0%, bleeding 2.8%, arterial stenosis 1.4%, urinary leaking and ureteral stenosis 0%, delayed function 1.4%. acute rejection was 6.9%, sensible to corticotherapy, no nephrectomy was found due to acute rejection. Creatinin in blood was normal when patients were discharged from hospital 65.3%.*

*\* Key words: Kidney transplantation; Living donor.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, tại Bệnh viện Việt Đức cũng như ở một số bệnh viện khác, ghép thận đã trở thành một phẫu thuật thường quy và

nguồn thận ghép chủ yếu lấy từ người cho sống. Báo cáo này nhằm: *Đánh giá kết quả ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 10 - 2008 đến 03 - 2012.*

<sup>\*</sup> Bệnh viện Việt Đức

<sup>\*\*</sup> Trường Đại học Y Hà Nội

Phản biện khoa học: PGS. TS. Trần Văn Hình

TS. Bùi Văn Mạnh

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

72 BN suy thận mạn được ghép thận lấy từ người cho sống tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10 - 2008 đến 03 - 2012.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu và hồi cứu mô tả lâm sàng.

- Phương pháp tiến hành: trước ghép, tất cả BN đều được đánh giá, tuyển chọn theo đúng quy trình [1].

\* *Kỹ thuật*: đặt thận ghép ở vị trí hố chậu phải dù lấy thận phải hay thận trái; nối động mạch thận ghép tận-bên với động mạch chậu ngoài hoặc động mạch chậu gốc; nối tĩnh mạch thận ghép tận-bên với tĩnh mạch chậu ngoài, nối niệu quản thận ghép với bàng quang theo phương pháp Lich-Gregoir có JJ làm nòng. Rút sonde JJ sau ra viện 1 tháng.

Điều trị miễn dịch sau ghép theo phác đồ chung cho tất cả BN ghép thận: corticosteroid + ức chế calcineurine (tacrolimus hoặc cyclosporine) + MMF (mycophenolat mofetil) hoặc MPA (mycophenolat natri).

Tất cả quy trình kỹ thuật, đánh giá, chăm sóc và theo dõi trước, trong và sau ghép đều được tuân thủ theo đúng Protocol định trước.

Việc tuyển chọn BN trước ghép, thực hiện kỹ thuật ghép, đánh giá tai biến, biến chứng trong và sau mổ, theo dõi điều trị sau ghép đều do kíp thầy thuốc và điều dưỡng được đào tạo chuyên sâu thực hiện.

- Xử lý số liệu: theo chương trình SPSS.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Một số đặc điểm chung của người nhận thận.

\* *Đặc điểm về tuổi và giới*:

Tuổi thấp nhất 12, cao nhất 58 tuổi, tuổi trung bình 37,5.

Nam: 52 BN (72,2%), nữ: 20 BN (27,8%).

\* *Đặc điểm về huyết thống*:

*Bảng 1*: Quan hệ giữa người cho và người nhận.

QUAN HỆ NGƯỜI CHO-NHẬN		n	%	
Cùng huyết thống	Bố - con	4	13	18
	Mẹ - con	4		
	Chị - em	1		
	Dì - cháu	2		
	Cháu - chú (bác)	2		
Không cùng huyết thống		59	82	

Chỉ có 13 cặp ghép (18%) người cho và người nhận thận có quan hệ cùng huyết thống, chủ yếu là bố hoặc mẹ cho con (8/13 BN). Số cặp ghép không cùng huyết thống chiếm tới 82%. Kết quả này khác biệt hoàn toàn với nghiên cứu của Trần Ngọc Sinh (100% cùng huyết thống) [2].

\* *Các yếu tố hoà hợp*:

- Hoà hợp về nhóm máu:

Nhóm máu O: 39 BN (54,2%); nhóm máu A: 9 BN (12,5%); nhóm máu B: 20 BN (27,8%); nhóm máu AB: 4 BN (5,5%); cùng nhóm máu: 69 BN (95,8%); khác nhóm nhưng hoà hợp: 03 BN (4,2%). Chủ yếu các cặp ghép có cùng nhóm máu, riêng có 3 cặp khác nhóm, nhưng hoà hợp hệ ABO và cả 3 cặp này đều cùng huyết thống.

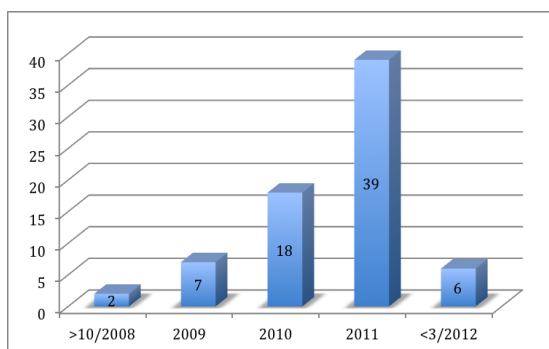
- Hòa hợp về HLA:

Tất cả các cặp ghép xét nghiệm crossmatch đều âm tính (tiêu chuẩn lựa chọn cặp ghép). Mức độ hòa hợp HLA 2 locus gặp nhiều nhất (26/72 BN = 36,11%). 7 BN không có locus nào hòa hợp được ghép năm 2011 và đầu năm 2012. Tuy nhiên, theo dõi sau ghép thấy diễn biến không có gì khác biệt so với BN có hòa hợp HLA, vì hiện nay có đầy đủ các thuốc chống thải ghép cần thiết.

\* Nguyên nhân gây suy thận mạn phải ghép thận:

Viêm cầu thận mạn: 51 BN (70,8%); tăng huyết áp: 08 BN (11,1%); thận đa nang: 04 BN (5,6%); đái tháo đường: 01 BN (1,4%); không rõ nguyên nhân: 08 BN (11,1%).

\* Tần suất ghép thận theo năm:



Biểu đồ 1: Số BN ghép thận theo năm.

Số thận ghép lấy từ người cho sống tăng dần theo từng năm. Sau 2 ca ghép thận đầu tiên năm 2000, mãi đến đầu năm 2006, ghép thận lấy từ người cho sống mới được khởi động lại. Từ đầu năm 2011, ghép thận trở thành một loại phẫu thuật thường quy với số lượng BN ghép tăng cao. Tất cả ca ghép đều được thực hiện do đội ngũ phẫu thuật viên của bệnh viện thực hiện.

## 2. Đặc điểm thận ghép lấy từ người sống hiến thận.

38/72 BN (52,8%) lấy thận phải và 34/54 BN (47,2%) lấy thận trái để ghép. Việc lựa chọn lấy thận bên nào để ghép, theo chúng tôi theo nên ưu tiên giữ lại bên tốt hơn cho người hiến thận; từ đó, chúng tôi luôn lấy thận có chức năng kém hơn để ghép, cho dù đặc điểm mạch máu thận đó phức tạp. Do vậy, tỷ lệ lấy thận để ghép khác biệt so với các nghiên cứu trước: tỷ lệ lấy thận trái để ghép theo Baptista-Silva J.C (1997) [6] và Trần Ngọc Sinh [2] lần lượt là 90,94% và 76,8%.

## 3. Kỹ thuật ghép.

\* Vị trí thận ghép:

100% BN đều được ghép thận vào hố chậu phải. Dù lấy thận phải hay trái, chúng tôi đều ghép vào hố chậu phải. Thận ghép đặt vào hố chậu sao cho tĩnh mạch thận nằm trên bình diện sau động mạch thận phù hợp về giải phẫu mạch máu vùng tiểu khung.

\* Phương pháp nối mạch máu thận ghép:

- Nối tĩnh mạch:

Tất cả 72 BN đều được nối tĩnh mạch thận ghép với tĩnh mạch chậu ngoài miệng nối tận-bên. Trong những trường hợp tĩnh mạch thận ngắn, chủ động cắt các nhánh bên tĩnh mạch chậu ngoài vừa gỡ chuyển vị trí mạch máu vùng rốn thận trước khi nối mạch máu, tránh miệng nối mạch máu bị căng, dễ gây chảy máu, hẹp miệng nối mạch máu sau ghép. Kỹ thuật này tương tự như kỹ thuật chuyển vị mạch máu mà Dư Thị Ngọc Thu mô tả [4].

- Các phương pháp nối động mạch:

Nối với động mạch chậu gốc: 02 BN (2,8%); nối với động mạch chậu ngoài: 69

BN (95,8%); nối với động mạch chậu trong: 01 BN (1,4%).

98,6% BN đều nối động mạch thận ghép-động mạch chậu người nhận với miệng nối tận-bên. Chỉ 01 BN được nối động mạch thận tận-tận với động mạch chậu trong do dị dạng mạch máu vùng tiểu khung. Kỹ thuật ghép động mạch thận tận-bên với động mạch chậu ngoài được lựa chọn và thực hiện một cách hệ thống, do động mạch chậu ngoài nằm nông nên bộc lộ và thực hiện kỹ thuật nối mạch máu dễ dàng. Hơn nữa, nối với động mạch chậu ngoài còn tránh gây hại lên tình trạng cương của dương vật sau này (cong dương vật sau ghép nối động mạch thận tận-tận với động mạch chậu trong) [7]. Chúng tôi nối động mạch thận với động mạch chậu gốc (2 BN) do hố chậu của BN nhỏ, thận ghép to, nên vị trí đặt thận cao hơn.

*\* Kỹ thuật nối niệu quản - bàng quang:*

Phương pháp nối niệu quản - bàng quang: 100% BN đều được nối niệu quản vào bàng quang theo phương pháp Lich-Gregoir có sonde JJ niệu quản bàng quang làm nòng, đây là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, không mở bàng quang và có tỷ lệ biến chứng tiết niệu thấp. JJ niệu quản giúp miệng nối nhanh liền, giảm tỷ lệ rò nước tiểu và hẹp miệng nối [3].

**4. Thuốc ức chế miễn dịch sử dụng trong ghép.**

Tất cả BN ghép thận đều dùng methylprednisolone liều cao trong và sau ghép. Những trường hợp không hòa hợp HLA hoặc hòa hợp ít (1/6) đều sử dụng thêm simulect. Do tính chất ít gây độc cho thận nên tacrolimus được lựa chọn sử dụng nhiều hơn cyclosporine, chủ yếu chỉ sử dụng cyclosporine trên những BN bị viêm gan C, đái tháo đường.

**5. Biến chứng.**

*\* Biến chứng trong mổ:*

Không có tai biến nặng trong mổ như phù phổi cấp, ngừng tim. 1 BN (1,4%) chảy máu trong mổ do rách tĩnh mạch chậu ngoài phải xử lý lại miệng nối mạch máu và truyền máu trong mổ. Trường hợp này chúng tôi phải cắt đôi tĩnh mạch chậu ngoài, nối tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu ngoài, lấy mạch nhân tạo nối đầu xa tĩnh mạch chậu ngoài với tĩnh mạch chậu gốc tận bên. Nhờ có phẫu thuật viên mạch máu tham gia ghép nên các biến chứng mạch máu trong mổ được xử lý nhanh, an toàn và hiệu quả.

*\* Biến chứng ngoại khoa sau mổ:*

Chảy máu phải mổ lại 2/72 BN (2,8%) do chảy từ thành bụng, diện bóc tách tạo ổ thận ghép, không có chảy máu từ miệng nối mạch máu. Tỷ lệ này theo báo cáo của Trần Ngọc Sinh và CS là 1,1% [2]. 1 BN có số lượng nước tiểu giảm sau mổ 2 ngày, kiểm tra thấy xoắn vặn động mạch làm giảm tưới máu thận phải mổ lại chỉnh vị trí thận ghép (1,4%). Không có trường hợp nào có biến chứng rò nước tiểu, trong khi tỷ lệ này ở nghiên cứu của Trần Ngọc Sinh là 4,4% [2], Ashraf (2007) là 2,5% [5]. Ngoài ra, chúng tôi còn gặp 1 BN (1,4%) rò bạch huyết; 1 BN (1,4%) hẹp động mạch thận ghép; không BN nào hẹp tĩnh mạch thận ghép.

Các biến chứng xa: tương tự nghiên cứu của Trần Ngọc Sinh, không có trường hợp nào hẹp miệng nối niệu quản bàng quang, trào ngược bàng quang - niệu quản cũng như hẹp động mạch thận ghép.

*\* Các biến chứng nội khoa hậu phẫu (trong 3 tháng theo dõi):*

Không có trường hợp nào thải ghép tối cấp, mổ lại cắt thận. 1 BN (1,4%) chậm chức năng thận phải chạy thận nhân tạo

sau ghép 2 lần. Thải ghép cấp thường xảy ra trong 2 tuần đầu sau mổ, vào bất cứ lúc nào. Thải ghép cấp điều trị bằng methyl prednisolon liều cao chiếm tỷ lệ thấp (5 BN = 6,9%). 24/72 BN (33,33%) hòa hợp miễn dịch HLA < 2 locus nhưng diễn biến sau ghép không khác biệt nhiều so với BN có hòa hợp HLA cao. Đạt được kết quả này phải chăng do hiện nay có đầy đủ các thuốc chống thải ghép dùng khi cần thiết để hỗ trợ điều trị sau ghép. Đây là tín hiệu khả quan cho người bệnh bởi chúng ta có thể mở rộng việc lựa chọn người cho thận. Chẩn đoán thải ghép cấp dựa vào các dấu hiệu lâm sàng (tăng cân, tiểu ít, đau thận ghép, sốt, tăng huyết áp...) và các dấu hiệu cận lâm sàng (ure, creatinin máu tăng; CRP tăng...) nhưng tiêu chuẩn vàng là sinh thiết.

Ngoài ra chúng tôi gặp 1 trường hợp nhồi máu cơ tim sau ghép thận. Sau khi ổn định về thận ghép, phải điều trị thêm nhồi máu cơ tim 11 ngày.

Trong y văn, nhiễm trùng vết mổ trong những năm 1960 - 1980 là 25%. Sau những năm 2000, khoảng < 1% [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này là 0%, tương tự kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Sinh (2010) [2]. Theo Singer J và CS (2005), tỷ lệ nhiễm trùng niệu từ 10 - 15% [9]. Theo Yasser Osman (2005) [10] tỷ lệ nhiễm trùng niệu không khác biệt giữa nhóm không và có đặt ống thông JJ.

#### 6. Kết quả chức năng thận ghép.

Có nước tiểu tại bàn mổ: 72/72 BN (100%).

1/72 BN (1,4%) chức năng thận hồi phục chậm.

Thời gian nằm viện trung bình:  $13,87 \pm 5,6$  ngày, lâu nhất 30 ngày, ngắn nhất 9 ngày.

BN được hẹn rút JJ sau 1 tháng và khám định kỳ 1 tháng/lần. Đánh giá chức

năng thận ghép qua chỉ số creatinin máu khi ra viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 47/72 BN (65,3%) ghép thận có chỉ số creatinin máu khi ra viện về bình thường. Số còn lại, creatinin máu dao động trong khoảng giữa độ 1 và độ 2.

Cho tới nay, tất cả BN ghép thận tại Bệnh viện Việt Đức vẫn sinh hoạt và làm việc bình thường, chưa có trường hợp nào suy thận phải chạy thận nhân tạo trở lại.

### KẾT LUẬN

Qua kết quả thành công cao của phẫu thuật ghép thận lấy từ người sống tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10 - 2008 đến 03 - 2012 cũng như kết quả của một số trung tâm ghép thận khác (Bệnh viện 103, Bệnh viện Chợ Rẫy), có thể khẳng định:

- Ghép thận lấy từ người cho sống là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả, tỷ lệ thành công cao (100%), ít biến chứng cho cả người cho và người nhận.

- Ghép thận lấy từ người cho sống đã trở thành phẫu thuật thường quy tại Bệnh viện Việt Đức, từ kinh nghiệm này, chúng tôi đã triển khai thành công trong ghép thận từ người cho chết não.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế Quy trình kỹ thuật ghép thận từ người cho sống". Quyết định số 43 /2006/QĐ-BYT. 2006

2. Trần Ngọc Sinh và CS. Kết quả phẫu thuật 176 trường hợp ghép thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2010, phụ bản tập 14 số 3, tr. 81-89.

3. Đỗ Ngọc Sơn, Hoàng Long, Vũ Nguyễn Khải Ca. Kỹ thuật cấy niệu quản bàng quang trong ghép thận. Tạp chí thông tin Y dược. 2011, số 3, tr.11-14.

4. *Dư Thị Ngọc Thu và CS.* Kỹ thuật chuyển vị mạch máu chậu-thận ghép trong ghép thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học Việt Nam. Tháng 11 - 2010, số 2, tập 375, tr.512-515.

5. *Asharaf Abou-Elela et al.* Modified extravesical ureteral reimplantation technique for kidney transplants, *IntUrol Nephro.* 2007, 39, pp.1005-1009.

6. *Baptista-Silva J.C, Verissimo M.J, Carto M.J,* et al. Anatomical study of the renal veins observed during 243 living-donor nephrectomies. *Sao. Paulo. Med. J.* 1997, 115 (3), pp.1456-1465.

7. *Benoit G.* Les Technique Chirurgicale en Transplantation Rénale. *Prog Urol.* 1996, Aug-Sep, 6 (4), pp.594-604.

8. *Kendrick EE, Singer J, Gritsch HA, Rosenthal Th.* Medical and surgical aspects of Kidney donation. In: *Danovitch G M (eds), Handbook of Kidney Transplantation, 4th Edition, Chapter 4, Lippincott Williams & Wilkins, international edition. 2005, pp.135-168.*

9. *Singer J, Gritsch H A, Rosenthal Th.* The transplan operation and its surgical complications. In: *Danovitch G M (eds), Handbook of Kidney Transplantation, 4th Edition, Chapter 7. Lippincott Williams & Wilkins, international edition. 2005, pp 193-211.*

10. *Yasser Osman, et al.* Routine insertion of ureteral stent in live-donor renal transplantation: is it worthwhile? *Urology.* 2005, 65, pp.867-871.

