MỘT SỐ NHẬN XÉT KẾT QUẢ B□ỚC ĐẦU QUA HAI CA GHÉP THẬN ĐẦU TIÊN TỪ NG□ỜI CHẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN 103

Bùi Văn Mạnh*; Đỗ Tất Cường*
Hoàng Mạnh An* và CS

TÓM TẮT

Hai ca ghép thận từ người chết não đầu tiên tại Bệnh viện 103 đã được thực hiện thành công cùng ca ghép tim đầu tiên trên người tại Việt Nam. Sau ghép, cả hai bệnh nhân (BN) đều chậm chức năng thận ghép, nhưng sau 7 lần chạy thận nhân tạo, chức năng thận ghép đã phục hồi tốt. Sau ghép 6 tháng, chức năng thận ghép bình thường ở cả 2 BN.

* Từ khóa: Ghép thận từ người chết não; Kết quả bước đầu.

SOME REMARKS ON INITIAL RESULTS OF THE FIRST TWO CASES OF CADAVERIC KIDNEY TRANSPLANTATION AT 103 HOSPITAL

SUMMARY

The first two cases of cadaveric kidney transplantation and the first heart transplantation in Vietnam were simultaneously performed in June 17th 2010 at Hospital 103. Delayed graft function was developed post-transplantation, however kidney graft function recovered smoothly after 7 sections of hemodialysis. At 6th month post-transplantation, kidney graft function was normal in both patients.

** Key words: Cadaveric kidney transplantation; Initial results.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, Luật Hiến, ghép mô tạng mới ra đời từ năm 2007 và ghép thận từ người chết não chỉ được tiến hành từ năm 2010. Tại Bệnh viện 103, ghép thận từ người chết não lần đầu tiên được thực hiện thành công vào ngày 17 - 6 - 2010. Đến nay, thận ghép của BN đều hoạt động tốt. Việc ghép thận từ người chết não ở nước ta hiện gặp nhiều khó khăn, số lượng chưa đáng kể. Bài viết này nhằm đưa ra một số nhận xét bước đầu về kết quả của 2 ca ghép thận từ người chết não đầu tiên tại Bệnh viện 103.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

2 BN đầu tiên nhận thận từ người chết não tại Bệnh viện 103.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu. Tuyển chọn và theo dõi BN: theo quy trình ghép thận của Bộ Y tế.

** Bệnh viện 103*

Phản biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung Hải

** Trước khi tiến hành ghép thận:*

- BN hiến thận: được Hội đồng chuyên môn đánh giá chết não, xác định BN đã chết não và đủ điều kiện hiến tạng phục vụ ghép tạng trên người. BN đã hiến tim để ghép cho 1 BN bị suy tim giai đoạn cuối và 2 thận để ghép cho 2 BN bị suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện 103.

- BN nhận thận: được tư vấn kỹ về biện pháp điều trị, tiến hành xét nghiệm cơ bản để xác định khả năng nhận thận từ người hiến. Các xét nghiệm bao gồm:

+ Xét nghiệm miễn dịch: độ tiền mẫn cảm; đọ chéo huyết thanh với người hiến thận; HLA để xác định mức độ phù hợp (1 BN).

+ Xét nghiệm huyết học: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrite, bạch cầu và công thức bạch cầu; máu đông, máu chảy; xét nghiệm đông máu toàn bộ.

+ Xét nghiệm sinh hóa thường quy.

+ Xét nghiệm vi sinh: các dấu ấn viêm gan virut B, C; các dấu ấn nhiễm cytomegalo virut (CMV) và ebstain barr virut (EBV); ký sinh trùng sốt rét; kháng thể kháng lao; xét nghiệm giang mai.

+ Siêu âm ổ bụng, siêu âm tim, điện tim, điện não, chụp X quang tim, phổi.

- Khi được Hội đồng chuyên môn ghép thận của Bệnh viện đồng ý cho phép nhận thận, chuẩn bị BN trước ghép theo quy trình chuyên môn như áp dụng ghép thận từ người sống cho thận.

** Tiến hành ghép thận:*

Theo quy trình kỹ thuật như ghép thận từ người sống cho. Ghép thận vào vùng hố chậu phải. Nối tận-tận động mạch thận với động mạch chậu trong phải, tĩnh mạch thận nối tận-bên với tĩnh mạch chậu ngoài phải, nối niệu quản với bàng quang và đặt sonde JJ niệu quản.

** Hậu phẫu và theo dõi sau ghép:*

Theo quy trình hậu phẫu và theo dõi ghép thận đang được áp dụng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh án 1 (BN 1):

BN Trần Thị Thanh H, 28 tuổi, diện bảo hiệm y tế. Lần đầu phát hiện bệnh năm 2008, sau khi sinh con đầu lòng có biểu hiện phù toàn thân. Đi khám được chẩn đoán viêm cầu thận mạn, suy thận mạn giai đoạn II. Đến 3 - 2009, bị suy thận giai đoạn cuối phải lọc máu chu kỳ 3 lần/tuần. BN có nguyện vọng chuyển đến Bệnh viện 103 điều trị từ tháng 5 - 2010 và được xét ghép thận từ người chết não ngày 17 - 6 - 2010.

Bệnh án 2 (BN 2):

BN Trần Văn H, 20 tuổi, quân nhân. BN được phát hiện bệnh lần đầu cuối năm 2008. Đi khám bệnh được chẩn đoán viêm cầu thận mạn, điều trị nhiều đợt tại các bệnh viện tuyến dưới và Bệnh viện 103. Tháng 5 - 2010 bị suy thận giai đoạn cuối phải chuyển đến Bệnh viện 103 để lọc máu chu kỳ. BN có nguyện vọng chuyển đến Bệnh viện 103 điều trị từ tháng 5 - 2010 và được xét ghép thận từ người chết não ngày 17 - 6 - 2010.

Bảng 1: Một số thông số trước ghép.

THÔNG SỐ	BN 1	BN 2
Huyết áp	140/80	160/100
Số lượng nước tiểu/24 giờ	Vô niệu	1000 ml
Huyết sắc tố	101	51,9
Ure/creatinin máu	24,3/1059	37,4/1009
Chỉ số tim-ngực (X quang)	0,53	0,7
HBV, anti-HCV	Âm tính	Âm tính
Chạy thận nhân tạo trước ghép	21	11
Truyền máu trước ghép	3 lần	1 lần

Bảng 2: Mức độ phù hợp một số chỉ tiêu miễn dịch giữa người nhận - hiến thận.

CHỈ TIÊU	BN 1	BN 2	NG□ỜI HIẾN THẬN
Nhóm máu	O	O	O
HLA	A*02 A*02 B*15 B*95 DRB1*12 DRB3*		A*11 A*33 B*58 B*46 DRB1*03 DRB1*09
Đọ chéo huyết thanh với người hiến	Âm tính	Âm tính	Âm tính
Tiền mẫn cảm	0%	0%	

Bảng 3: Diễn biến lượng nước tiểu sau ghép giai đoạn hậu phẫu.

NGÀY SAU GHÉP	BN 1	BN 2
Ngày thứ 1	300 ml	800 ml
Ngày thứ 3	200 ml	600 ml
Ngày thứ 7	500 ml	1.500 ml
Ngày thứ 14	1.700 ml	3.700 ml
Ngày thứ 21	3.700 ml	4.000 ml

Bảng 4: Diễn biến sau ghép ở giai đoạn hậu phẫu.

BN / SAU GHÉP	BN 1				BN 2			
	Huyết áp (mmHg)	Ure (mmol/l)	Creat. (μmol/l)	Huyết (sắc tố g/l)	Huyết áp (mmHg)	Ure (mmol/l)	Creat. (μmol/l)	Huyết sắc tố (g/l)
Ngày 1	150/90	12.2	869	87	150/90	31	1642	55
Ngày 3	160/90	16.4	1041	88	160/100	45.5	1483	58
Ngày 7	160/90	28.6	852	96	160/90	37.9	873	97
Ngày 14	150/90	23.8	222	98	150/90	37.1	582	91
Ngày 21	140/90	13.1	125	100	140/90	21.1	225	99
Số lần chạy thận nhân tạo	7				7			

Bảng 5: Một số thông số lúc ra viện và 11 tháng sau ghép.

THÔNG SỐ XÉT NGHIỆM	BN 1		BN 2	
	RA VIỆN	SAU 11 THÁNG	RA VIỆN	SAU 11 THÁNG
Ure máu (mmol/l)	13,7	8,1	10,6	7,5
Creatinin máu (μmol/l)	103	100	121	108
Hệ số thanh thải creatinin (ml/phút)	20,5	34,8	24,5	35,8
Nước tiểu (ml/24 giờ)	3700	2500	4000	2300
Huyết áp (mmHg)	130/80	120/80	130/80	130/80
Huyết sắc tố (g/l)	96	119	114	128
Protein niệu (g/24 giờ)	0,5	(-)	0,8	(-)

BÀN LUẬN

Những ca ghép thận từ người chết não đầu tiên tại Việt Nam mới được tiến hành trong năm 2010 ở một số ít bệnh viện lớn. Nguồn thận ghép cho 2 trường hợp ghép thận đầu tiên từ người chết não tại Bệnh viện 103 được lấy từ BN chết não hiến tim cho ca ghép tim đầu tiên trên người tại Việt Nam. Do ưu tiên việc lấy tim trước, nên việc lấy thận để ghép không thuận lợi như những trường hợp chỉ lấy thận đơn thuần. Thời gian thiếu máu nóng của thận kéo dài 30 phút, thực chất thận ghép lấy từ BN tim đã ngừng đập. Trong quá trình điều trị, chúng tôi vẫn duy trì huyết áp, đảm bảo áp lực tưới máu thận ghép tốt. Sau mổ, thận ghép chậm phục hồi chức năng, những ngày đầu, cả 2 BN đều thiểu niệu, ure và creatinin máu tăng cao. Kết quả siêu âm cho thấy tưới máu thận vẫn tốt, không có tắc nghẽn hệ dẫn niệu hay xì rò nước tiểu. Đã tiến hành lọc máu cho BN ngay từ ngày thứ 2 sau mổ. Thận ghép chậm chức năng có thể do thời gian thiếu máu nóng kéo quá dài (> 30 phút) dẫn đến hoại tử ống thận cấp và do giữa người cho và người nhận hoàn toàn không phù hợp về HLA (*bảng 2*), mặc dù BN 1 đã được sử dụng kháng thể đơn dòng (simulect). Diễn biến này phù hợp với các nghiên cứu khác cho thấy: tỷ lệ chậm chức năng thận ghép khá cao (từ 36,7 - 60%) ở BN nhận thận từ người chết não [1, 3].

Ngày thứ 3 sau ghép, tiến hành sinh thiết thận ghép, nhưng không thấy hình ảnh hoại tử ống thận cấp ở cả 2 BN, có thể do tiến hành sinh thiết sớm nên tổn thương chưa rõ ràng. Dưới sự hỗ trợ chạy thận nhân tạo cách ngày một lần, từ tuần thứ 2, chức năng thận đã cải thiện rõ rệt (*bảng 3 và 4*). Đa niệu bắt đầu từ tuần thứ 3 sau ghép, sau 7 lần chạy thận nhân tạo và kéo dài nhiều tháng sau đó. Diễn biến sau ghép phù hợp với tiến triển của hội chứng suy thận cấp do hoại tử ống thận cấp do thiếu máu thận kéo dài. Như vậy, dù BN đã thực sự ngừng tim trước khi lấy thận, thời gian thiếu máu nóng kéo dài > 30 phút nhưng khả năng phục hồi của thận sau ghép rất tốt, tuy thận ghép chậm phục hồi chức năng.

Sau ghép 1 tháng, cả 2 BN được xuất viện, hệ số thanh thải creatinin nội sinh thấp (20,5 ml/phút) ở BN 1 và (25,5 ml/phút) ở BN 2, nhưng 6 tháng sau ghép, hệ số thanh thải creatinin nội sinh đã tăng lên đáng kể (34,8 ml/phút ở BN 1 và 35,5 ml/phút ở BN 2). Một điều thú vị là ở BN 2, do điều kiện gấp nên không làm được HLA và do khó khăn về kinh tế nên sau mổ không được dự phòng thải ghép cấp bằng kháng thể đơn dòng, nhưng thận phục hồi chức năng sau ghép và sau 11 tháng cũng không khác biệt với BN 1 và không xảy ra thải ghép cấp. Chức năng thận phục hồi tốt có thể do thời gian chạy thận nhân tạo của cả 2 BN trước ghép ngắn (< 2 tháng). Douglas S [2] thấy nếu BN lọc máu trước ghép < 1 năm, phục hồi chức năng sau ghép tốt hơn và tỷ lệ chậm chức năng thận sau ghép cũng thấp (12%). Mặt khác, trong 11 tháng đầu sau ghép, cả 2 BN đều không bị đợt thải ghép cấp nào. Nghiên cứu của Humar A [4] cho thấy mặc dù chức năng thận sau ghép chậm nhưng nếu không bị thải ghép cấp thì chức năng thận sau ghép vẫn phục hồi tốt.

KẾT LUẬN

Qua 2 trường hợp ghép thận từ người chết não đầu tiên tại Bệnh viện 103, chúng tôi có một số nhận xét sau:

- Mặc dù thời gian thiếu máu nóng kéo dài và BN hiến thận đã ngừng tim trước khi lấy thận, nhưng chức năng thận vẫn có thể phục hồi tốt sau ghép.

- Tiến hành chạy thận nhân tạo sớm và đầy đủ, giúp thận ghép phục hồi chức năng nhanh và tốt hơn.

- Mặc dù người cho và người nhận hoàn toàn không phù hợp HLA, chức năng thận ghép vẫn có thể hoạt động tốt mà không xảy ra thải ghép cấp. Tuy nhiên, cần tiếp tục theo dõi thêm kết quả xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Atta B., Shaheen FAM, Ahmet H.Z. et al. Deceased donor qualities that affect renal transplantation outcome. Abstract Book. 10th Congress of Asean Society of Organ Transplantation. 2007, pp.52.

2. Douglas S. Keith, Marcelo Cantarovich, Steven Paraskevas. Duration of dialysis pre-transplantation is an important risk factor for delayed recovery of renal function following deceased donor kidney transplantation. Transplantation International. 2008, Vol.21, No.2, February, pp.126-132.

3. Gabriel M. Danovitch et al. Handbook of kidney transplantation. 5th edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2010.

4. Humar A, Ramcharan T, Kandaswamy R. et al. Risk factors for slow graft function after kidney transplants: a multivariate analysis. Clin Transplant. 2002, Vol.16, pp.425-429.