

MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ HỒI SỨC SAU MỔ CHO BỆNH NHÂN SAU GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN 103

*Tô Vũ Khương**; *Đỗ Tất Cường**

*Bùi Văn Mạnh**; *Mai Xuân Hiên**; *Bùi Thanh Tân**

TÓM TẮT

Nghiên cứu 98 bệnh nhân (BN) sau ghép thận ở giai đoạn hậu phẫu tại Bệnh viện 103 từ tháng 6 - 1992 đến 1 - 2012, chúng tôi thấy:

- Hầu hết BN nhận thận từ người cho sống đều có đa niệu trong 3 - 5 ngày đầu sau ghép với số lượng nước tiểu từ 5 - 7 lít/24 giờ. Rối loạn nước, điện giải, áp lực thẩm thấu (ALTT) máu và chức năng thận ghép phục hồi sớm ngay trong tuần đầu sau ghép.

- Biến chứng ngoại khoa thường gặp ở tuần đầu sau ghép (9,18%), biến chứng thải ghép cấp xảy ra từ tuần thứ 2 trở đi (12,24%). Viêm tụy cấp sau ghép cũng gặp với tỷ lệ đáng kể (5,1%). Đối với BN nhận thận từ người cho không cùng huyết thống, mặc dù mức độ phù hợp HLA kém, nhưng tỷ lệ thải ghép cấp sau ghép thấp (1/25 BN).

Từ khóa: Ghép thận; Hồi sức sau ghép.

SOME REMARKS ON MANAGEMENT OF KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENT IN THE EARLY PERIOD AFTER TRANSPLANTATION AT 103 HOSPITAL

SUMMARY

Study on 98 kidney transplant recipients in the early period after transplantation, the results showed:

- Most of the living donor kidney transplant recipients developed polyuria in the early period after transplantation. Disorders of water-electrolyte balance, plasma osmotic pressure and graft function were early recovered in the first week post-transplantation.

- Surgical complication usually occurred in the first week (9.18%) and acute graft rejection developed later from 2nd week onward post-transplantation (12.14%). In group of patients received kidney from non-relative donor, though it was poorly HLA matched, acute rejection rate was low (1/25 cases).

** Key words: Kidney transplantation; Intensive care posttransplantation.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một biện pháp điều trị thay thế thận hiệu quả và tối ưu nhất cho những BN bị suy thận mạn tính giai đoạn cuối nhằm mang lại chất lượng sống tốt nhất

cho BN. Khác với những cuộc mổ thông thường, BN ghép thận thường có thể trạng chung yếu, phải sử dụng đồng thời nhiều loại thuốc chống thải ghép khác nhau với liều cao và kéo dài, nên vấn đề điều trị sau

* Bệnh viện 103

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

PGS. TS. Hoàng Mạnh An

mổ cho BN ghép thận ở giai đoạn hậu phẫu cần đặc biệt chú ý để bảo đảm tính mạng BN và sự thành công của cuộc ghép. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm:

- *Đánh giá diễn biến của BN và phục hồi chức năng thận ghép ở giai đoạn hậu phẫu.*
- *Tìm hiểu những biến chứng thường gặp sau ghép thận.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

98 BN được phẫu thuật ghép thận tại Bệnh viện 103 từ tháng 6 - 1992 đến 1 - 2012.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

- Phương pháp nghiên cứu:

* *Thu thập số liệu:* từ bản tóm tắt các chỉ tiêu tuyển chọn trước ghép thận, hồ sơ, bệnh án của BN.

* *Các thông số nghiên cứu:*

- Tuổi, giới, quan hệ nhận-hiến thận.
- Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản (NKQ), gây tê tủy sống (GTTS).
- Thời gian thở máy sau mổ.
- Bài tiết nước tiểu ngay sau ghép, nước tiểu/24 giờ thời gian hậu phẫu.
- Cân bằng nước vào - ra hàng ngày (tuần đầu).
- Huyết sắc tố, creatinin máu, hệ số thanh thải creatinin nội sinh (HSTTCre), ALTT máu.
- Biến chứng sau mổ: biến chứng ngoại khoa, biến chứng nội khoa, thải ghép cấp, chậm chức năng thận ghép...

* *Quy trình hồi sức trước mổ và giai đoạn hậu phẫu:*

- 2 ngày trước mổ BN được lọc máu 4 giờ với heparin trọng lượng phân tử thấp, đưa creatinin máu về < 500 $\mu\text{mol/l}$.

- Trong mổ: BN được vô cảm bằng gây mê NKQ (từ 6 - 1992 đến 10 - 2008) hoặc GTTS (từ 10 - 2008 đến 1 - 2012).

- Sau mổ:

+ Đối với BN đặt NKQ: tiếp tục thở máy đến khi tỉnh hoàn toàn, rút ống NKQ. Đối với BN gây tê ngoài bao cứng: lưu catheter ngoài bao cứng để tiếp tục tiêm thuốc giảm đau (morphin, fantanyl) khi cần thiết. Rút catheter ngoài bao cứng ngày thứ nhất sau mổ.

+ Duy trì dịch truyền 3 ngày đầu sau mổ, chủ yếu là ringer lactat, huyết thanh mặn 0,9%; bổ sung albumin, neo-amiyu, máu tách bạch cầu nếu cần.

+ Xét nghiệm chức năng gan - thận hàng ngày, xét nghiệm công thức máu và xét nghiệm khác khi cần. Theo dõi lượng nước tiểu/giờ và bù dịch, điện giải theo quy trình của Bộ Y tế [3].

+ Dùng thuốc chống thải ghép:

• Neoral + azathioprine + corticoid (1992 - 2000).

• Prograf + cellcept + corticoid (2001 - 2012).

+ Với BN ghép thận từ người hiến không cùng huyết thống: dùng basiliximab truyền tĩnh mạch chủ trong 20 - 30 phút trong ngày mổ và ngày thứ 4 sau mổ.

* *Tiêu chuẩn chẩn đoán, đánh giá sử dụng trong nghiên cứu:*

+ Cách tính ALTT máu trước và sau mổ:

$\text{ALTT (Osmol.kgH}_2\text{O)} = 2 (\text{Na} + \text{K}) + \text{ure}/2,8 + \text{glu}/18.$

(*Na: Natri máu; K: Kali máu; Ure: Ure máu; Glu: Glucose máu*).

+ Chẩn đoán thải ghép cấp: theo Cơ quan Quốc gia về điều phối tạng ghép và đăng ký ghép thận Hoa Kỳ (UNOS) [5]: sốt, tăng cân nhanh, nước tiểu giảm rõ, phù trước xương chày, huyết áp tăng, thận ghép to và căng đau, creatinin máu tăng $\geq 25\%$ so với trước, sinh thiết thận (một số trường hợp).

- Xử lý số liệu: theo phương pháp toán thống kê y học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm của BN nhận thận.

Bảng 1: Tuổi và giới của người nhận.

ĐỐI TƯỢNG	TUỔI			GIỚI	
	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Nam	Nữ
Người nhận	17	60	34,3 ± 9,8	75	23
Người hiến	21	67	43,2 ± 11,2	43*	54

Độ tuổi trung bình của người nhận còn khá trẻ và tuổi trung bình người hiến thận cao hơn so với người nhận, nam nhiều hơn nữ ở cả hai đối tượng. Độ tuổi trung bình của người hiến thận cao hơn vì tỷ lệ người nhận thận từ bố, mẹ, anh, chị khá cao (41,84%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu khác [1, 2, 4].

* Phân bố BN theo nhóm máu và quan hệ huyết thống (n = 98):

Bố mẹ cho con: 41 BN (41,84%); con cho bố mẹ: 01 BN (01,02%); anh em cho nhau: 29 BN (29,59%); quan hệ khác: 02 BN (02,04%); không cùng huyết thống: 25 BN (25,51%).

Bố mẹ hiến cho con chiếm tỷ lệ cao nhất (41,84%), tiếp theo là anh chị em hiến cho nhau (29,59%).

* Phương pháp vô cảm (n = 98):

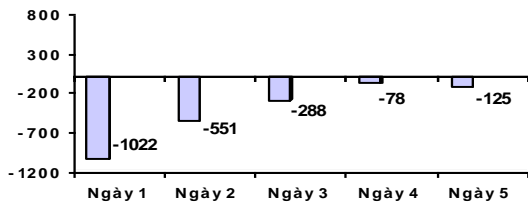
Ở 39 trường hợp đầu tiên, cả người nhận và hiến thận được vô cảm bằng gây mê NKQ, nhưng chúng tôi thấy việc hậu phẫu có một số điểm không thuận lợi. 59 BN còn lại được vô cảm bằng gây tê ngoài bao cứng kết hợp mê tĩnh mạch. Sau mổ, hầu hết BN tỉnh táo hoàn toàn, công việc hồi sức hô hấp đơn giản và không có tai biến. Catheter ngoài bao cứng lưu lại 24 - 36 giờ sau mổ, nên việc giảm đau sau mổ cho BN cũng đơn giản và thuận lợi với morphin liều nhỏ tiêm qua catheter. Vì vậy, chúng tôi thấy gây tê ngoài bao cứng là phương pháp vô cảm phù hợp đối với kỹ thuật ghép thận.

* Tình trạng BN ngay sau mổ (n = 98):

Có nước tiểu ngay trên bàn mổ: 86 BN (87,76%); tự thở qua ống NKQ khi về buồng hậu phẫu: 02 BN (2,04%); tiếp tục thở máy khi về buồng hậu phẫu: 37 BN (37,74%); rút ống NKQ, sau đó phải đặt lại: 02 BN (2,04%); không phải đặt ống NKQ: 59 BN (60,18%); thời gian thở máy tại buồng hậu phẫu (giờ): $5,3 \pm 2,8$.

Phần lớn BN có nước tiểu ngay trên bàn mổ (87,76%). Sau mổ, chỉ có 2 BN (2,04%) tự thở tốt khi về buồng hậu phẫu và được rút NKQ sớm ngay sau đó, số còn lại phải tiếp tục thông khí nhân tạo ít nhất 1 giờ, có trường hợp dài hơn. 2 BN (2,04%) sau khi rút NKQ phải đặt lại và tiếp tục thông khí do phù nề thanh môn và tăng tiết đờm rãi. Khi gây mê NKQ, BN thường thấy mệt mỏi hơn, sau mổ phải sử dụng kháng sinh mạnh kết hợp khí dung đường thở chống bội nhiễm hô hấp.

Cân bằng dịch vào - ra (ml)



Biểu đồ 1: Cân bằng dịch vào - ra trong 5 ngày đầu sau ghép (n = 98).

Cân bằng nước vào - ra dao động không lớn trong những ngày đầu sau mổ. Hai ngày đầu sau ghép, bilan âm tính nhiều nhất, tuy nhiên không quá lớn (-1022 và -551 ml/24 giờ), đến ngày thứ 3, dao động không đáng kể, đến ngày thứ 5 sau mổ, tương đối ổn định. Lượng dịch truyền dựa trên cân bằng nước vào - ra, áp lực tĩnh mạch trung tâm, tình trạng chung của BN. Thành phần dung dịch là huyết thanh mặn 0,9% và ringer lactat, đôi khi dùng huyết thanh mặn 0,45% cho BN đa niệu quá nhiều trong những ngày đầu.

Bảng 2: Số lượng nước tiểu/24 giờ trước và sau ghép.

THỜI GIAN	n	LƯỢNG NƯỚC TIỂU/24 GIỜ (ml) ($\bar{X} \pm SD$)
Trước mổ ^a	75*	389 ± 191
Ngày 1 sau mổ ^b	98	6385 ± 1935
Ngày 3 sau mổ ^b	98	4972 ± 1824
Ngày 7 sau mổ ^b	97	3737 ± 924
Ngày 14 sau mổ ^b	97	3321 ± 925
Ngày 21 sau mổ ^b	96	2832 ± 851
Ngày 30 sau mổ ^b	96	2619 ± 598
p		p ^{a-b} < 0,05

(* 23 BN còn lại bị vô niệu trước ghép).

Ở những ngày đầu sau ghép, hầu hết BN đều có đa niệu mạnh do thiếu máu

cấp tính trong quá trình ghép, dẫn đến giảm khả năng cô đặc nước tiểu. Duy trì tình trạng đa niệu sau ghép có kiểm soát phù hợp, giúp đào thải kali và các chất độc hại nhanh hơn. Vì vậy, duy trì lượng nước tiểu 200 - 250 ml/giờ trong vài ngày đầu sau ghép.

Bảng 3: Thay đổi một số điện giải máu trước và sau ghép.

THỜI GIAN	n	Na (mmol/l) ($\bar{X} \pm SD$)	K (mmol/l) ($\bar{X} \pm SD$)
Trước mổ ^a	98	128,7 ± 5,6	4,61 ± 1,11
Ngày 1 sau mổ ^b	98	129,1 ± 3,1	4,29 ± 0,61
Ngày 2 sau mổ ^c	98	131,8 ± 3,2	4,13 ± 0,36
Ngày 3 sau mổ ^c	98	132,6 ± 5,1	4,42 ± 0,45
Ngày 7 sau mổ ^c	97	135,4 ± 4,8	4,31 ± 0,35
Ngày 14 sau mổ ^c	97	134,2 ± 4,7	4,32 ± 0,25
p		p ^{a-b} > 0,05, p ^{a-c} < 0,05	p ^{a-b} > 0,05, p ^{a-c} > 0,05

Natri máu trước ghép và ngày 1 sau ghép thấp hơn rõ rệt so với ngày thứ 2 trở đi (p < 0,05); K máu thay đổi không rõ rệt. Mặc dù đa niệu ngay sau ghép là dấu hiệu tốt, nhưng kéo theo bài xuất natri máu trên nền giảm natri máu trước ghép ở BN suy thận mạn tăng mạnh. Điều này dẫn đến hiện tượng nồng độ natri và ALTT máu vẫn thấp trong những ngày đầu. Mất natri máu, kali máu cũng bị mất theo, nhưng do trước mổ kali máu có xu hướng tăng lại sau chạy thận nhân tạo lần cuối trước ghép, nên mặc dù có đa niệu, song kali máu cũng ít khi có biến động mạnh sau ghép.

Bảng 4: Thay đổi ALTT máu trước và sau ghép.

THỜI GIAN	n	ALTT máu (mOsmol) ($\bar{X} \pm SD$)
Trước mổ ^a	98	291,23 ± 7,23
Ngày 1 sau mổ ^b	98	292,84 ± 5,38
Ngày 7 sau mổ ^c	97	304,94 ± 9,39
Ngày 14 sau mổ ^c	97	301,58 ± 6,28
p	p ^{a-b} > 0,05; p ^{a-c} < 0,05	

ALTT máu tăng lên rõ rệt từ ngày thứ 7 sau ghép (p < 0,05), do nồng độ natri máu ổn định nhanh sau ghép và sau 1 tuần đã về giá trị bình thường.

Bảng 5: Thay đổi lượng huyết sắc tố trung bình trước và sau ghép.

THỜI GIAN	n	LƯỢNG HUYẾT SẮC TỐ (g/l) ($\bar{X} \pm SD$)
Trước mổ ^a	98	80,8 ± 25,9
Ngày 1 sau mổ ^b	98	84,8 ± 22,1
Ngày 14 sau mổ ^b	97	83,6 ± 15,1
Ngày 30 sau mổ ^b	96	99,3 ± 17,5
p	p ^{a-b} < 0,05	

BN trước ghép đều thiếu máu với những mức độ khác nhau và khó phục hồi. Sau ghép thận, hầu hết BN không cần truyền máu, khi chế độ dinh dưỡng tốt lên, tình trạng thiếu máu cải thiện rất nhanh. Sau 3 tuần ghép thận, lượng huyết sắc tố của BN đã tăng lên rõ rệt so với trước ghép (p < 0,05).

Bảng 6: Thay đổi creatinin máu và hệ số thanh thải creatinin (HSTTCr)

THỜI GIAN	n	C R E A T I N I N ($\mu\text{mol/l}$)	HSTTCr (ml/phút)
Trước mổ ^a	98	996,8 ± 53,4	5,57 ± 3,19
Ngày 1 sau mổ ^b	98	189,8 ± 63,2	25,18 ± 13,62
Ngày 4 sau mổ ^b	98	135,9 ± 26,8	28,23 ± 16,17
Ngày 7 sau mổ ^b	97	115,6 ± 21,7	34,76 ± 10,17
Ngày 14 sau mổ ^b	97	114,2 ± 18,8	35,45 ± 18,13
p	p ^{a-b} < 0,05		p ^{a-b} < 0,05

Ngày ngày thứ nhất sau mổ, creatinin máu giảm rõ rệt so với trước ghép (p < 0,05) và phần lớn trở về giá trị bình thường sau 1 tuần. Tuy vậy, vẫn có một số BN sau ghép creatinin máu không trở về mức bình thường. Ure và creatinin máu giảm nhanh về mức bình thường trong vòng 3 - 7 ngày sau ghép là dấu hiệu tốt, giúp tiên lượng chức năng thận ghép. Chúng tôi quan sát thấy những BN có ure và creatinin máu giảm xuống chậm hoặc thường cao hơn bình thường ở giai đoạn sớm sau ghép, kết quả lâu dài không tốt. Hệ số thanh thải creatinin nội sinh cũng phục hồi khá nhanh sau ghép cùng với giảm nhanh creatinin máu. Thông thường, sau tuần đầu tiên, hệ số thanh thải creatinin nội sinh đã tương đối ổn định. Tuy nhiên, do chỉ có một thận ghép hoạt động nên giá trị của hệ số thanh thải creatinin chỉ ở mức 40 - 50 ml/phút. Điều này phù hợp với một số nghiên cứu khác đã công bố [1, 7].

* *Biến chứng sau ghép ở giai đoạn hậu phẫu:*

Ở giai đoạn sớm sau mổ, nhiều biến chứng có thể xảy ra. Các biến chứng ngoại khoa phần lớn xảy ra trong những ngày đầu, trong khi biến chứng nội khoa và miễn dịch xảy ra muộn hơn, từ tuần thứ 2 trở đi. 9 BN (9,18%) có biến chứng ngoại khoa, bao gồm: chảy máu miệng nổi (2 BN = 2,04%), rò và hoại tử niệu

quản (4 BN = 4,08%), hẹp miệng nối phải mở lại (2 BN = 2,04%) và 1 trường hợp (1,02%) thủng tiểu tràng không rõ nguyên nhân. Ngoài ra, còn có các biến chứng khác: chậm chức năng thận ghép: 5 BN (5,1%); suy đa tạng và tử vong: 2 BN (2,04%). Từ tuần thứ 2 sau ghép, thải ghép cấp bắt đầu xuất hiện (12 BN = 12,24%). Đặc biệt, chúng tôi thấy tỷ lệ BN tăng enzym amylase khá cao, trong đó, 5 BN (5,1%) bị viêm tụy cấp sau mổ. Tuy nhiên, nguyên nhân gây viêm tụy cấp sau mổ chưa rõ, đang tiếp tục tìm hiểu thêm. Theo một số tác giả, viêm tụy cấp có thể gặp từ 1 - 11% sau ghép thận [5, 6]. Vì vậy, sau mổ cần phối hợp theo dõi chặt chẽ giữa phẫu thuật viên với bác sỹ hồi sức, thận học.

Trong vài năm gần đây, số lượng BN nhận thận từ người hiến không cùng huyết thống tăng dần, chiếm tỷ lệ đáng kể (25,51%), trong đó, 6/98 BN (6,12%) hoàn toàn không phù hợp HLA. Tất cả những trường hợp ghép thận từ người hiến không cùng huyết thống đều được dùng thuốc dự phòng thải ghép cấp bằng kháng thể đơn dòng (simulect). Vì vậy, trong giai đoạn hậu phẫu, chúng tôi chỉ ghi nhận 1 lần thải ghép cấp và điều trị thành công bằng corticoid liều cao. Mặc dù hoàn toàn không phù hợp HLA và không được dùng simulect, nhưng 1 BN nhận thận từ người chết não (7 - 2010) không xảy ra thải ghép cấp, đến nay chức năng thận vẫn bình thường. Nhờ áp dụng các tiến bộ mới về thuốc chống thải ghép nên tỷ lệ thải ghép cấp ngày càng thấp và tác dụng không mong muốn của thuốc mới ngày càng giảm thiểu, việc hồi sức BN sau mổ ghép thận ngày càng thuận lợi hơn.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 98 BN sau ghép thận ở giai đoạn hậu phẫu, chúng tôi thấy:

- Hầu hết BN nhận thận từ người sống đều có đa niệu trong 3 - 5 ngày đầu sau ghép với số lượng nước tiểu từ 5 - 7 lít/24 giờ. Rối loạn nước, điện giải, ALTT máu và chức năng của thận ghép phục hồi sớm ngay trong tuần đầu sau ghép.

- Biến chứng ngoại khoa thường gặp ở tuần đầu sau ghép (9,18%), biến chứng thải ghép cấp xảy ra từ tuần thứ 2 trở đi (12,24%). Viêm tụy cấp sau ghép cũng gặp với tỷ lệ đáng kể (5,1%). Đối với BN nhận thận từ người cho không cùng huyết thống, mặc dù mức độ phù hợp HLA kém, nhưng tỷ lệ thải ghép cấp sau ghép thấp (1/25 BN).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bệnh viện Chợ Rẫy*. Hội nghị tổng kết chương trình ghép thận. 2000.
2. *Bệnh viện Chợ Rẫy*. Kỹ yếu công trình ghép thận Bệnh viện Chợ Rẫy 1992 -2010. Nhà xuất bản Y học. TP. Hồ Chí Minh. 2010.
3. *Bộ Y tế*. Hội đồng chuyên môn ghép tạng. Quy trình ghép thận từ người sống cho thận. 2002.
4. *Bùi Đức Phú và CS*. Ghép thận tại Bệnh viện TW Huế. Hội thảo chiến lược ghép tạng tại Việt Nam - Bệnh viện Chợ Rẫy. 2002.
5. *Gabriel M. Danovitch et al*. Handbook of kidney transplantation. Third Edition, Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
6. *Risaliti A, Sainz-Bariga M, Baccarani U et al*. Surgical complication after kidney transplantation. *G Ital Nefrol*. 2004, 21 (26), pp.s.43-47.
7. *Rodrigo E, Fernandez Fresnedo G, Ruiz J C et al*. Assessment of glomerular filtration rate in renal transplant recipients with severe renal insufficiency by Nankiwell. Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) and Cockcroft-Gault equation. *Transplantation Proceeding*. 2003, Vol 35, pp.1671-1672.

