

Một số nhận xét về kết quả ghép thận tại bệnh viện 103 (1992 – 2010)

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

TÓM TẮT

Nghiên cứu 61 bệnh nhân (BN) ghép thận tại Bệnh viện 103 cho thấy: ghép thận từ người sống cho thận cùng huyết thống là chủ yếu (83,7%) và đa niệu gặp ở hầu hết BN trong năm đầu tiên sau ghép. Creatinin máu phục hồi nhanh ngay sau ghép và duy trì gần như bình thường trong những năm đầu. Sau 5 năm, creatinin máu bắt đầu tăng rõ rệt ($p < 0,01$). Mặc dù được ghép thận, nhưng chỉ có 63,4% BN có hệ số thanh thải creatinin bình thường ở thời điểm 2 năm sau ghép. Tỷ lệ thải ghép cấp giảm rõ rệt ở giai đoạn từ năm 2001 đến 2010 so với giai đoạn trước đó ($p < 0,05$). Tỷ lệ mất chức năng thận ghép sớm (trong vòng 2 năm) và tỷ lệ tử vong cũng cải thiện rõ rệt ($p < 0,05$). Đã có một số BN sống ≥ 10 năm sau ghép với thận ghép còn hoạt động tốt (1 BN đã ghép 17 năm).

* Từ khoá: Ghép thận; Kết quả ghép thận; Chức năng mảnh ghép.

Some remarks on results of kidney transplantation at 103 Hospital (1992 - 2010)

Summary

Study on 61 kidney transplant recipients transplanted at 103 Hospital since 1992, the results showed: the majority of patients had received the kidney from living related donor (83.7%). Polyuria was commonly seen after transplantation. Plasma creatinin was fastly recovered post-transplant and almost in normal range during the first 5 years and then the mean value creatinin was markedly increased ($p < 0.01$). There were only 63.4% of patients with normal value of clearance creatinin after 2 years of transplantation. Acute rejection rate, graft loss and mortality were clearly reduced during 2001 - 2010 in comparison to previous period ($p < 0.05$). There were some patients still alive with good graft function for more than 10 years.

* Key words: Kidney transplantation; Results of kidney transpalantation; Graft function.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một kỹ thuật tiên tiến, để điều trị cho những BN bị suy thận giai đoạn cuối. Từ năm 1992 đến 9 - 2010, Bệnh viện 103 đã tiến hành 61 ca ghép thận từ người

sống cho thận và từ người chết não với những kết quả đạt được đáng khích lệ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả các trường hợp đã được ghép thận tại Bệnh viện 103 từ tháng 6 - 1992 đến 9 - 2010.*

* Bệnh viện 103

Phân biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung hải

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

61 BN ghép thận từ người sống cho thận và từ người chết não tại Bệnh viện 103 từ tháng 6 - 1992 đến 9 - 2010.

2. Phương pháp nghiên cứu.

* *Thiết kế nghiên cứu:* nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp với tiến cứu, theo dõi dọc.

* *Phương pháp tiến hành:*

- Tiêu chuẩn lựa chọn BN: những BN được ghép thận từ người sống cho thận và từ người chết não tại Bệnh viện 103.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN không được theo dõi đầy đủ theo quy trình theo dõi và điều trị sau ghép.

- Tuyển chọn trước ghép: tất cả người nhận thận và hiến thận đều được tuyển chọn chặt chẽ, đầy đủ trước khi ghép thận theo quy trình chuyên môn ghép thận của Bộ Y tế đã ban hành [1].

- Các phác đồ chống thải ghép đã được áp dụng:

+ Neoral + imural + corticoid (giai đoạn 1992 - 2000).

+ Neoral + cellcept + corticoid (giai đoạn từ 2001 - 2010).

+ Gần đây một số BN nhận thận được sử dụng phác đồ neoral liều thấp hơn, kết hợp dùng kháng thể đơn dòng (simulect) để dự phòng thải ghép cấp trước và sau mổ ghép thận.

Trong quá trình điều trị sau ghép, điều chỉnh liều lượng neoral theo nồng độ của thuốc trước khi uống liều tiếp theo (CO) và 2 giờ sau khi uống thuốc (C2).

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Số lượng nước tiểu/24 giờ ở các thời điểm 1, 6, 12, 24 tháng sau ghép thận.

+ Một số xét nghiệm đánh giá chức năng thận ở các thời điểm 1, 6, 12, 24 tháng sau ghép (ure, creatinin máu, hệ số thanh thải

creatinin nội sinh, tỷ lệ thải ghép cấp, thời gian sống thêm của thận ghép và của BN).

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

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Giới và tuổi của người nhận thận và hiến thận.

THÔNG SỐ NGHIÊN CỨU		NGƯỜI NHẬN THẬN		NGƯỜI HIẾN THẬN	
		n	%	n	%
Giới	Nam	49	80,3	30	50,8
	Nữ	12	19,7	30	49,2
Tổng		61		60	
Độ tuổi	16 - 40	42	68,9	20	32,8
	41 - 60	18	29,5	38	62,4
	> 60	01	1,6	03	4,8

BN được ghép thận chủ yếu là nam (80,3%). Tỷ lệ này phù hợp với tỷ lệ mắc bệnh thận trong cộng đồng (nam mắc bệnh thận nhiều hơn nữ). Tỷ lệ BN trẻ được ghép thận (< 40 tuổi) khá cao (68,9%), là độ tuổi đang học tập và đóng góp lao động trong nhiều lĩnh vực khác nhau. Trong khi đó, độ tuổi người cho thận > 40 tuổi chiếm phần lớn (62,4%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác trong nước [2, 3].

* *Số lượng BN được ghép thận:*

Số BN được ghép thận từ 1992 - 2000: 13 BN; 2001 - 2010: 48 BN.

Phần lớn BN (78,7%) được ghép thận trong giai đoạn từ 2001 đến 2010. Số lượng BN ghép thận tăng lên đáng kể trong vài năm gần đây. Tuy vậy, tỷ lệ BN được ghép còn rất hạn chế, do thiếu nguồn tạng ghép, đôi khi do BN không đủ khả năng tài chính để mua thuốc chống thải ghép lâu dài. Nhìn chung, các bệnh viện có khả năng tiến hành kỹ thuật ghép thận ở nước ta hiện nay đều thiếu nguồn tạng ghép, mặc dù Luật Hiến, ghép mô và bộ phận cơ thể người đã có hiệu lực [2, 3].

* *Quan hệ giữa người nhận và người hiến thận:*

Bố, mẹ cho con: 27 BN (44,4%); con cho bố mẹ: 01 BN (1,6%); anh, chị - em cho nhau: 23 BN (37,7%); quan hệ khác: 08 BN (13,1%); thận ghép từ người chết não: 02 BN (3,2%).

Nguồn thận cho chủ yếu từ bố, mẹ cho con (44,4%) và anh em cho nhau (37,7%). Số BN nhận thận từ những quan hệ khác chiếm tỷ lệ thấp (16,3%). Trong tổng số BN ghép thận, chỉ có 2 BN (3,2%) được nhận thận từ người chết não (lần đầu tiên được thực hiện tại Bệnh viện 103 vào ngày 17 - 6 - 2010, với 2 BN được ghép thận và 1 BN được ghép tim từ 1 người hiến tạng chết não và quan hệ khác (8 BN = 13,1%). Điều này cho thấy Luật Hiến, ghép mô và bộ phận cơ thể người còn gặp rất nhiều khó khăn. Kết quả này tương tự nghiên cứu của một số tác giả trong nước đã công bố [2, 3].

Bảng 4: Sự thay đổi creatinin máu sau ghép thận.

THỜI GIAN SAU GHÉP	n	CREATININ MÁU ($\mu\text{mol/l}$)
1 tháng ¹	59	118,5 \pm 56,1
3 tháng ¹	55	128,9 \pm 63,0

Bảng 3: Biến đổi lượng nước tiểu/24 giờ theo thời gian sau ghép thận.

THỜI GIAN SAU GHÉP THẬN	SỐ LƯỢNG NƯỚC TIỂU/24 GIỜ	
	Số BN	Số lượng nước tiểu trung bình (ml/24 giờ)
1 tháng ¹	61	3157 \pm 256
6 tháng ¹	45	2503 \pm 319
12 tháng ¹	37	2480 \pm 314
p (1) - (2)	< 0,05	
24 tháng ²	30	2067 \pm 434

Theo quan sát của chúng tôi, hầu hết BN nhận thận từ người sống cho thận đều xuất hiện đa niệu ngay từ ngày đầu. Nếu diễn biến sau ghép bình thường, lượng nước tiểu thường đạt khoảng 5 ml/phút trong tuần đầu, sau đó sẽ giảm dần và duy trì khoảng 2 ml/phút trong những tháng tiếp theo. Hiện tượng đa niệu thường kéo dài hết năm đầu sau ghép, từ năm thứ 2 trở đi số lượng nước tiểu/24 giờ bắt đầu giảm rõ rệt ($p < 0,05$). Tuy nhiên, ở 2 BN nhận thận từ người chết não đều xuất hiện vô niệu ngay sau ghép và lượng nước tiểu chỉ phục hồi dần dần trở lại khi được điều trị tích cực và sau một số lần được lọc máu cấp cứu bằng thận nhân tạo. Diễn biến này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu đã công bố [3, 4].

6 tháng ¹	45	124,6 ± 28,6
12 tháng ¹	37	123,5 ± 51,9
24 tháng ¹	30	124,9 ± 35,5
p (1)-(2)	< 0,01	
60 tháng ²	14	139,8 ± 95,8

Giá trị trung bình creatinin máu giảm nhanh sau ghép vài ngày ở những ca nhận thận từ người sống. Chúng tôi nhận thấy hầu hết những BN này có giá trị creatinin máu trở về mức bình thường ngay từ ngày thứ 3 - 4 sau mổ. Trong khi đó, ở cả 2 ca nhận thận từ người chết não, do BN bị suy thận cấp sau ghép nên phải sau 5 tuần điều trị tích cực, ure và creatinin máu mới trở về bình thường. Trong quy trình chuẩn bị trước ghép, chúng tôi thường lọc máu để đưa

creatinin máu sau lần lọc cuối cùng xuống mức ít nhất 500 µmol/l, tạo điều kiện cho BN phục hồi tốt hơn. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này do một số BN bị giảm hoặc mất chức năng thận ghép sớm do nhiều nguyên nhân khác nhau nên giá trị trung bình creatinin máu trong tháng đầu sau ghép vẫn cao hơn bình thường. Từ năm thứ 5 sau ghép, giá trị trung bình của creatinin máu lại tăng trở lại so với những năm trước đó (p < 0,01).

Bảng 5: Sự thay đổi hệ số thanh thải creatinin (HSTTCr) sau ghép thận

HSTTCr (ml/ph)		THỜI GIAN SAU GHÉP				
		1 tháng (n = 61)	3 tháng (n = 55)	6 tháng (n = 45)	12 tháng (n = 37)	24 tháng (n = 30)
> 60	n (%)	46 (75,5)	40 (72,7)	30 (66,6)	23 (62,1)	19 (63,4)
60 - 41	n (%)	11 (18,1)	10 (18,2)	8 (17,8)	9 (24,4)	7 (23,3)
40 - 21	n (%)	2 (3,2)	3 (5,5)	5 (11,2)	4 (10,8)	3 (10,0)
≤ 20	n (%)	2 (3,2)	2 (3,6)	2 (4,4)	1 (2,7)	1 (3,3)

Đánh giá chức năng thận qua hệ số thanh thải creatinin nội sinh (HSTTCr) bằng phương pháp cổ điển dựa vào lượng nước tiểu 24 giờ và creatinin máu, bảng 6 cho thấy chỉ khoảng 2/3 số BN chức năng thận phục hồi bình thường sau ghép thận

(HSTTCr > 60 ml/phút) ở các thời điểm sau ghép thận 1 năm (62,1%) và 2 năm (63,4%). Nghiên cứu của Rodrigo E. cũng thấy rằng sau ghép thận, phần lớn BN có HSTTCr dao động từ 40 - 100 ml/phút, do chỉ có một mình thận mới ghép hoạt động. Kết

quả nghiên cứu này cũng phù hợp với tác giả [5].

Bảng 6: Tỷ lệ thải ghép cấp, mất chức năng thận ghép và tỷ lệ tử vong trong 2 năm đầu sau ghép (1992 - 2000 và 2001 - 2010).

GIAI ĐOẠN	THẢI GHÉP CẤP		MẤT CHỨC NĂNG THẬN		TỬ VONG	
	n	%	n	%	n	%
1992 - 2000 (1)	8/13	61,5	8/13	61,4	4/13	30,7
2001- 2010 (2)	4/48	8,3	7/48	14,6	3/48	6,25
p (1)-(2)	< 0,05		< 0,05		< 0,05	

Chúng tôi chia BN được ghép thận thành 2 giai đoạn: từ 1992 - 2000 và từ năm 2001 - 2010, bảng 7 cho thấy tỷ lệ BN bị thải ghép cấp, mất chức năng thận ghép và tử vong ở giai đoạn sau (2001 - 2010), sự khác biệt rõ rệt ($p < 0,05$) so với giai đoạn trước đó. Điều này minh chứng cho thấy sự tiến bộ rõ rệt trong tất cả các khâu, từ tuyển chọn BN trước ghép, kỹ thuật ngoại khoa, chất lượng điều trị và theo dõi lâu dài sau ghép.

Bảng 7: Kết quả chung sau ghép.

NĂM SAU GHÉP (n)	1 năm	2 năm	5 năm	6 năm	7 năm	8 năm	11 năm	15 năm	17 năm	TỔNG
Thận còn hoạt động	20	7	5	3	1	1	-	1	1	39
Thận đã mất chức năng	1	6	2	2	-	-	-	-	-	11
BN tử vong	5	2	1	1	1	-	1	-	-	11

Phần lớn BN được ghép thận trong giai đoạn 2001 - 2010 (78,7%). Đến nay, đã có một số bệnh nhân sống > 10 năm với thận ghép còn chức năng (dài nhất > 17 năm). Trong những năm đầu (trước năm 2000), tỷ lệ BN tử vong sớm cao, chủ yếu do biến chứng về tim mạch. Một số bệnh tử vong khi thận ghép vẫn còn chức năng, một số khác không có điều kiện để ghép lại nên tiếp tục lọc máu bằng thận nhân tạo.

KẾT LUẬN

Tại Bệnh viện 103, ghép thận từ người sống cho thận cùng huyết thống là chủ yếu (83,7%) và đa niệu gặp ở hầu hết BN trong năm đầu sau ghép. Creatinin máu phục hồi nhanh ngay sau ghép và duy trì ổn định trong những năm đầu. Sau 5 năm, creatinin máu bắt đầu tăng rõ rệt ($p < 0,01$). Mặc dù được ghép thận, nhưng chỉ có 63,4% BN có hệ số thanh thải creatinin bình thường ở thời điểm 2 năm sau ghép. Tỷ lệ thải ghép cấp giảm rõ rệt ở giai đoạn 2001 đến 2010 so với giai đoạn trước đó ($p < 0,05$). Tỷ lệ mất chức năng thận ghép sớm (trong vòng 2 năm) và tỷ lệ tử vong cũng cải thiện rõ rệt ($p < 0,05$). Đã có một số BN sống ≥ 10 năm sau ghép với thận ghép còn hoạt động tốt trong đó có 1 BN sống được 17 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hội đồng tư vấn chuyên môn ghép tạng. Quy trình ghép thận từ người sống cho thận. Hà Nội. 2002. tr.64-67.
2. Lê Trung Hải và CS. Nhận xét qua 62 trường hợp ghép thận tại Việt Nam (4-6-1992 - 7-5-2002). Thông tin Y-Dược. (6), tr.25-28.
3. Trương Văn Việt, Trần Ngọc Sinh, Từ Thành Trí Dũng. Kết quả các trường hợp ghép thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học Việt Nam. Tổng hội Y-Dược học Việt Nam. 2005, 313, tr.503-07.
4. Gabriel Danovitch et al. Handbook of kidney transplantation. Third Edition, Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
5. Rodrigo E, Fernandez G, 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 Proceedings. 2003. Vol 35, pp.1671-72.