

Kết quả ghép thận và xử trí các biến chứng sớm sau ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Lê Thị Hương Lan^{1*}, Trần Ngọc Tuấn²

¹Khoa Sinh hóa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, 479 Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, TP Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

²Khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, 479 Lương Ngọc Quyến, phường Phan Đình Phùng, TP Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài 7/6/2022; ngày chuyển phản biện 10/6/2022; ngày nhận phản biện 8/7/2022; ngày chấp nhận đăng 12/7/2022

Tóm tắt:

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, khảo sát các biến chứng ngay sau ghép và kết quả xử trí các biến chứng. Nghiên cứu sử dụng phương pháp quan sát mô tả, chọn mẫu toàn bộ trên 29 bệnh nhân (BN) được ghép thận đủ tiêu chuẩn lựa chọn, có chỉ định ghép thận. Kết quả cho thấy, 24/29 (82,8%) BN phẫu thuật lấy thận trái, chỉ có 5/29 (17,2%) BN lấy thận phải. Phẫu thuật nối động mạch thận tận - tận có 24/29, 5 trường hợp còn lại nối động mạch thận tận - bên. 100% các trường hợp thận ghép đặt vào hố chậu phải. Có 5 trường hợp tạo hình động mạch kiểu nòng súng, 29/29 trường hợp khâu nối tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu ngoài. 100% các ca ghép trồng niệu quản vào bàng quang theo kỹ thuật Lich - Gregoir. Tất cả các BN ghép thận đều có nước tiểu ngay trên bàn mổ, thể tích nước tiểu sau 24 giờ trung bình là 6.327 ± 2.479 ml, sau 4 tuần thể tích nước tiểu là 2.983 ± 1.784 ml. Sau 5 ngày chức năng thận trở lại gần bình thường với nồng độ ure trung bình $8,2 \pm 6,0$ mmol/l, creatinin $118,3 \pm 27,52$ μ mol/l và kali $4,1 \pm 0,6$ mmol/l. Xử lý kịp thời các biến chứng ngoại khoa: có khối dịch quanh thận (5/29) và tụ máu (1/29); xử trí: mổ lại, hút dịch quanh thận; 3 trường hợp hỗ trợ chạy thận nhân tạo. Nhiễm trùng tại chỗ vết mổ (1/29) và đường tiết niệu do *E. Coli*, nấm từ âm đạo (1/29). Xử trí: cấy nước tiểu, làm kháng sinh đồ, điều trị kháng sinh. Tóm lại, 29/29 (100%) BN ghép thận từ người cho sống thành công, phẫu thuật lấy thận trái là chủ yếu. Phẫu thuật nối động mạch thận tận - tận chiếm đa số. Biến chứng sớm sau ghép là có khối dịch quanh thận, tụ máu, nhiễm trùng với tỷ lệ thấp, kết quả xử trí các biến chứng BN ổn định.

Từ khóa: biến chứng sau ghép, phẫu thuật ghép thận, xử trí biến chứng.

Chỉ số phân loại: 3.2

1. Đặt vấn đề

Ghép thận là phẫu thuật lấy một quả thận khỏe mạnh của người hiến tặng còn sống hoặc đã chết não để cấy ghép vào cơ thể BN bị suy thận nặng không hồi phục. Đây là phương pháp điều trị tốt nhất cho BN suy thận giai đoạn cuối có chỉ định được ghép, sau ghép nguy cơ tử vong ở BN ghép thận chỉ bằng một nửa so với BN lọc máu chu kỳ [1-4], đời sống của BN được cải thiện đáng kể so với các phương pháp điều trị khác.

Hiện nay, nhu cầu ghép thận trên thế giới cũng như ở Việt Nam là rất lớn. Tại Việt Nam, 19 trung tâm ghép thận đã ra đời. Số BN được ghép thận đến nay ước tính >3000. Ghép thận hiện nay đã có nhiều tiến bộ vượt bậc nhờ sự chuẩn hóa về kỹ thuật của phẫu thuật viên, sự hỗ trợ của trang thiết bị hiện đại, gây mê hồi sức và xét nghiệm cũng như thuốc chống thải ghép. Ê kíp ghép thận gồm 3 nhóm kỹ thuật: lấy thận, rửa thận, ghép thận và nhóm theo dõi sau ghép thực hiện đồng bộ theo các quy trình đã xây dựng của Bộ Y tế (2006) [5]. BN đã đủ điều kiện ghép sẽ thực hiện phẫu thuật ghép thận. Quyết định ghép thận phải hay thận trái, nối mạch thận kiểu nào là phụ thuộc vào chức năng thận cho và độ dài, đường kính của động mạch thận sao cho thuận tiện khi ghép. Căn cứ vào tiêu chuẩn đánh giá cuộc ghép thành công mà phẫu thuật viên đánh giá kết quả ghép thành công hay không.

*Tác giả liên hệ: Email: lanhuong.bvtutn@gmail.com

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là trung tâm ghép thận thứ 15 của cả nước đã áp dụng thành công quy trình ghép thận từ người cho sống. Nhằm nghiên cứu, đánh giá kết quả phẫu thuật ghép thận tại Bệnh viện và xem xét những biến chứng sớm sau ghép để có kinh nghiệm, phương án xử trí kịp thời trong quá trình ghép thận nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài nhằm: 1) Đánh giá kết quả phẫu thuật ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên; 2) Khảo sát các biến chứng ngay sau ghép và kết quả xử trí các biến chứng sau ghép thận từ người cho sống.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng

29 BN được ghép thận có đủ điều kiện lựa chọn nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn BN: Tất cả BN ghép thận tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên được thực hiện các bước tuyển chọn theo quy định.

- Chỉ định ghép thận:

+ Người nhận thận: Ghép thận chỉ định cho người suy thận giai đoạn cuối (IIIb, IV), có nguyện vọng ghép thận, >18 tuổi và <60 tuổi, tình trạng tim mạch đã ổn định, huyết áp kiểm soát tốt.

Results of kidney transplant and monitoring of complications in the patients after kidney transplantation from living donors in Thai Nguyen National Hospital

Thi Huong Lan Le^{1*}, Ngoc Tuan Tran²

¹Department of Biochemistry, Thai Nguyen National Hospital, 479 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen City, Thai Nguyen Province, Vietnam

²Department of Urology, Thai Nguyen National Hospital, 479 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen City, Thai Nguyen Province, Vietnam

Received 7 June 2022; revised 8 July 2022; accepted 12 July 2022

Abstract:

This study aims to evaluate the results of kidney transplant surgery from living donors at Thai Nguyen National Hospital and investigate complications immediately after transplantation and the results of management of complications after kidney transplantation. The study used descriptive observation and whole sampling methods, on 29 patients with a kidney transplant were eligible for selection, with indications for a kidney transplant. Results showed that 24/29 (82.8%) of surgery cases are left kidney transplants, only 5/29 (17.2%) cases are right kidney transplants. End-to-end anastomosis was 24 cases, the remaining 5 cases are en to side. 100% of kidney transplants are placed in the right iliac fossa. There are 5 cases of gun barrel angioplasty; 29/29 cases of external iliac vein anastomosis. 100% of ureteral transplants to the bladder follow the Lich - Gregoir technique. All kidney transplant patients had urine on the operating table, the average urine volume after 24 hours was $6,327 \pm 2,479$ ml. After 4 weeks, the urine volume was $2,983 \pm 1,784$ ml. After 5 days, kidney function nearly returned to normal, average urea concentration: 8.2 ± 6.0 mmol/l; creatinine: 118.3 ± 27.52 μ mol/l, kali: 4.1 ± 0.6 mmol/l. timely treatment of surgical complications: perirenal fluid block (5/29); hematoma (1/29); treatment: re-operation, aspiration of fluid around the kidney; 3 cases supported hemodialysis. Infectious complications: infection at the surgical site (1/29); have urinary tract infections caused by *E. coli* and vaginal yeast (1/29). Treatment with antibiotics, urine culture, antibiotic susceptibility testing. In conclusions, 29/29 (100%) patients with a kidney transplant from living donors had successful surgery, the left kidney surgery was the main one. The majority of the surgical method was end-to-end anastomosis. Complications after transplantation are perirenal fluid mass, hematoma, infection with a low rate, the results of the management of complications are stable.

Keywords: complications after transplantation, kidney transplant surgery, management of complications.

Classification number: 3.2

+ Người cho thận: Có tình trạng toàn thân, mạch máu tốt để có thể tiến hành phẫu thuật lấy thận.

- Chống chỉ định: Người bệnh bị ung thư, nhiễm khuẩn cấp chưa khống chế, rối loạn tâm thần, chưa kiểm soát, bệnh cường giáp chưa điều trị ổn định, xơ gan hoặc viêm gan mạn hoạt động, nhiễm HIV, lao, giang mai, lupus ban đỏ, viêm cầu thận tăng sinh màng, viêm cầu thận có kháng thể kháng màng nền thận; bệnh Berger và cần cân nhắc trường hợp có bệnh đái tháo đường.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN thuộc nhóm chống chỉ định, BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Máu của BN được lấy tại các thời điểm sau ghép. Xét nghiệm sinh hóa máu, nước tiểu và định lượng tacrolimus được theo dõi hàng ngày. BN ghép thận được khám hàng ngày theo mẫu bệnh án nghiên cứu, các kết quả khám được ghi chép đầy đủ vào hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Quan sát mô tả.

Thu thập số liệu:

- Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, tiền sử bệnh tật, mạch, nhiệt độ, huyết áp, chỉ số khối cơ thể (BMI), thủ tục pháp lý cho từng cặp BN được ghép, nguồn thận cho.

- Các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng trong ghép và sau ghép: thực hiện hỏi, thăm khám BN theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.3. Phác đồ sử dụng thuốc ức chế miễn dịch trong ghép thận

Phần lớn BN được sử dụng phác đồ 3 thuốc: Thuốc CNI(Tac), thuốc chống tăng sinh tế bào lympho T (MMF, 1 BN sử dụng AZA) và corticoid.

2.4. Phương pháp phẫu thuật

Kỹ thuật ghép trên người gồm lấy thận ghép, rửa thận và ghép thận.

+ Phẫu thuật lấy thận: phẫu thuật mở lấy thận: bóc lộ niệu quản, bảo tồn mạch nuôi niệu quản, các thành phần cuống thận phẫu tích độ dài tối đa có thể. Niệu quản giải phóng xuống cách bề thận 15-20 cm.

+ Rửa thận: thận được rửa bằng dung dịch Custodiol.

+ Kỹ thuật ghép thận: Đặt thận vào hố chậu phải, khâu nối động mạch thận với động mạch chậu tận - tận hoặc tận - bên, khâu nối tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu ngoài, trồng bàng quang theo kỹ thuật Lich - Gregoir. 10 cặp ghép thận đầu tiên có sự tham gia của chuyên gia từ Bệnh viện Quân y 103, từ cặp thứ 11 trở đi, các bác sỹ Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên chủ động thực hiện.

2.5. Các chỉ tiêu đánh giá chất lượng

Tiêu chuẩn đánh giá ghép thận thành công:

+ Lấy thận: Thận lấy nhanh gọn, không gây tổn thương, kết quả mạch máu và niệu quản đủ dài, đảm bảo thuận lợi khi nối ghép.

+ Rửa thận: Thực hiện cho đến khi thận có màu trắng ngà, trắng đều, dịch rửa chảy ra từ tĩnh mạch thận ghép trong.

+ Ghép thận: Sau khi thận được ghép, kiểm tra không có chảy máu khi mở clamp tĩnh mạch chậu ngoài, quan sát màu sắc thận ghép: Nếu mạch máu căng, động mạch đập tốt, thận tươi, hồng và căng là dấu hiệu tốt. Sau khoảng 2-5 phút thấy niệu quản có nhu động và xuất hiện những giọt nước tiểu đầu tiên là thận ghép thành công.

Xét nghiệm đánh giá chức năng thận: Creatinin máu trở về bình thường khi: nam là 62-115 $\mu\text{mol/l}$, nữ 44-88 $\mu\text{mol/l}$, ure máu 2,5-8,3 mmol/l. Lượng nước tiểu duy trì 2 ml/kg/giờ, ngày đầu đạt ở mức 300-500 ml/giờ [5].

Các trị số xét nghiệm theo hằng số sinh học người Việt Nam và các tài liệu công bố theo chuyên ngành [2, 5].

2.6. Thu thập và xử lý số liệu

Lập bệnh án nghiên cứu: Những số liệu và kết quả nghiên cứu được ghi chép và lưu trữ trong bệnh án.

Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng các chương trình thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm Epidata 3.1 và Stata 10. Các phép so sánh có $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho phép thực hiện. Các thông tin về kết quả nghiên cứu đảm bảo được giữ bí mật.

3. Kết quả và bàn luận

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số thông tin chung của nhóm BN ghép thận.

Chỉ tiêu	Nhóm BN ghép thận (mean±SD)		p
	n	%	
Giới tính	Nam	18	62,1
	Nữ	11	37,9
Tuổi tại thời điểm ghép (tuổi)	32,9±11,4		<0,05
Thời gian chạy thận nhân tạo trước ghép (tháng)	12,8±10,4		
BMI (kg/m²)	20,8±2,56		
Nguyên nhân suy thận mạn:			
- Viêm cầu thận mạn	19	65,5	
- Tăng huyết áp	2	6,9	
- Hội chứng thận hư	2	6,9	
- Nguyên nhân khác	6	20,7	

Kết quả bảng 1 cho thấy, tỷ lệ nam ở nhóm BN ghép thận chiếm khoảng 2/3. Điều này phù hợp với tỷ lệ suy thận mạn chung trong dân số là nam nhiều hơn nữ [2], tuổi trung bình ở nhóm BN ghép thận là 32,9 $\pm$ 11,4. Độ tuổi ghép thận nhiều nhất là 14-50

(86,2%), độ tuổi >50 là 13,8%. Theo nghiên cứu của Đỗ Ngọc Sơn và cs (2018a) [4] ở 101 BN ghép thận từ người cho sống cho thấy, độ tuổi trung bình tại thời điểm ghép là 36,7 $\pm$ 7,5, tỷ lệ ghép thận nhiều nhất là 21-55 tuổi. Tuổi tại thời điểm ghép càng cao càng làm gia tăng nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch, bệnh ác tính và các biến chứng nhiễm trùng liên quan đến tình trạng suy giảm miễn dịch quá mức. Nguyên nhân suy thận chủ yếu là viêm cầu thận mạn (19/29) chiếm 65,5%, không rõ nguyên nhân chỉ có dấu hiệu là một mồi đi khám phát hiện suy thận là 6/29 (20,7%) [2].

Bảng 2. Tỷ lệ phân bố nguồn cho thận.

Nguồn cho thận	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Người cho sống	29	100
Bố, mẹ	17	58,6
Anh, em ruột	4	13,8
Không cùng huyết thống	8	27,6

100% BN được ghép tại Bệnh viện từ nguồn cho sống (bảng 2). Trong đó, chủ yếu nguồn thận từ gia đình: bố mẹ cho con cái (58,6%), anh em ruột (13,8%). Đây cũng là yếu tố thuận lợi cho thành công của các cặp ghép khi cùng huyết thống thì tỷ lệ hòa hợp HLA cao, liều thuốc ức chế miễn dịch thấp hơn, tỷ lệ thành công của cuộc ghép tốt hơn. Theo báo cáo của Cơ quan điều phối tạng ghép Liên bang Hoa Kỳ (United Network of Organ Sharing - UNOS) cho thấy, tuổi thận cho càng cao thì mức lọc cầu thận (MLCT) cũng như hoạt động bù trừ của thận càng giảm do số đơn vị thận hoạt động giảm theo tuổi, đây có thể là nguyên nhân gây bệnh thận ghép mạn tính [6]. Nghiên cứu này có một người cho thận tuổi cao nhất là 61 (cha cho con), còn lại người cho thận có độ tuổi tương đối trẻ.

Bảng 3. Kết quả xạ hình đánh giá chức năng thận ở người cho thận.

MLCT (ml/phút)	MLCT nhỏ nhất	MLCT lớn nhất	MLCT trung bình
Tổng 2 thận	90	156	114,99 $\pm$ 9,9
Riêng thận cho	41,3	76,5	53,98 $\pm$ 9,93

Kết quả bảng 3 cho thấy, người cho thận có MLCT tốt, trung bình tổng hai thận của người cho là 114,99 $\pm$ 9,9 (nhỏ nhất là 90, lớn nhất 156), riêng thận cho trung bình 53,98 $\pm$ 9,93 (nhỏ nhất 41,3, lớn nhất 76,5). Căn cứ vào kết quả xạ hình thận, đánh giá MLCT và hình ảnh chụp mạch thận sẽ quyết định lựa chọn thận lấy từ người cho. Nguyên tắc lấy thận là lấy quả có chức năng kém hơn, để lại quả có chức năng thận tốt cho người hiến thận [4, 6]. Hầu hết trong nhóm BN ghép khi xạ hình chức năng thận thì thận phải có MLCT lớn hơn thận trái, có 3 trường hợp MLCT ở thận phải nhỏ hơn thận trái, do vậy 2 trường hợp mạch thận trái quá ngắn phải phẫu thuật lấy thận phải để ghép cho người nhận. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với các nghiên cứu thực hiện ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức [4, 6].

3.2. Kết quả phẫu thuật ghép thận từ người cho sống

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật lấy thận, rửa thận và ghép thận.

Cách thức phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lấy thận trái	24	82,8
Lấy thận phải	5	17,2
Rửa thận thành công	29	100
Phẫu thuật nối động mạch thận tận - tận	24	82,8
Phẫu thuật nối động mạch thận tận - bên	5	17,2
Thận ghép đặt vào hố chậu phải	29	100
Tạo hình động mạch kiểu nòng súng	5	17,2
Khâu nối tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu ngoài	29	100
Trồng niệu quản vào bàng quang theo kỹ thuật Lich - Gregoir.	29	100

Kết quả bảng 4 cho thấy, trong 29 BN ghép, 24 BN lấy thận trái, 5 BN lấy thận phải. 100% các trường hợp rửa thận thành công. 24/29 trường hợp khâu nối động mạch thận tận - tận với động mạch chậu trong và 5/29 BN nối tận - bên với động mạch chậu ngoài; 5/29 trường hợp phải tạo hình động mạch kiểu nòng súng; 29/29 trường hợp khâu nối tĩnh mạch thận với tĩnh mạch thận chậu ngoài; 100% trồng niệu quản vào bàng quang theo kỹ thuật Lich - Gregoir. Kết quả phẫu thuật thành công 100%. Kỹ thuật ghép thận từ người cho sống của chúng tôi cũng tương tự như kết quả ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103 [1, 2], Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức [4, 6] và nước ngoài [7, 8].

3.3. Kết quả đánh giá thành công của ca ghép thận

Bảng 5. Kết quả đánh giá phẫu thuật thành công ngay sau ghép.

Kết quả sau ghép		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có nước tiểu ngay trên bàn mổ sau 2-5 phút		29	100
Phẫu thuật thành công		29	100
Theo dõi dài hạn chức năng thận ổn định	6 tháng	1	3,4
	1 năm	2	6,9
	3 năm	22	75,9
	>5 năm	4	13,8

Ngay sau ghép thận, 29/29 BN có nước tiểu trên bàn mổ (bảng 5). Theo tiêu chuẩn đánh giá sự thành công của ghép thận, khi mở Bulldog tĩnh mạch và động mạch thận quan sát màu sắc thận ghép: Nếu thấy mạch máu căng, động mạch đập tốt, thận tươi hồng và căng là dấu hiệu tốt. Sau khoảng 2-5 phút, thấy niệu quản có nhu động và xuất hiện những giọt nước tiểu đầu tiên là dấu hiệu tốt. Đây là dấu hiệu quan trọng đánh giá chức năng thận mới ghép đã hoạt động, chứng tỏ sự thành công của ca ghép thận. BN tiếp tục được theo dõi chức năng thận chặt chẽ sau ghép đến khi ra viện. 22 BN đã theo dõi chức năng thận ổn định 3 năm, 4 BN chức năng thận ổn định >5 năm.

Bảng 6. Kết quả thay đổi nước tiểu của BN sau ghép thận.

Thời gian (giờ)	Thể tích nước tiểu trung bình (ml/24 giờ)	Vô niệu (n)	Thiểu niệu (n)	Nước tiểu bình thường (n)
Trước ghép	630±589,6	13/29	9/29	7/29
Trên bàn mổ	Có nước tiểu	29/29 (100%)		
Sau ghép 24 giờ	6.327±2.479	Nhỏ nhất: 3.220 ml, lớn nhất: 10.900 ml		
Sau 4 tuần	2.983±1.784	Nhỏ nhất: 2.000 ml, lớn nhất: 9.000		

Nước tiểu là dấu hiệu khẳng định thận có chức năng sau ghép. Trước ghép có 13/29 BN vô niệu, 9/29 BN thiểu niệu, thể tích nước tiểu trung bình chỉ 630±589,6 ml/24 giờ do thận suy hạn chế chức năng bài tiết nước tiểu (bảng 6). Sau ghép thận mới 2-5 phút xuất hiện giọt nước tiểu đầu tiên đánh dấu thận mới hoạt động, vài giờ sau thể tích nước tiểu tăng rõ rệt so với trước ghép. Lượng nước tiểu ở BN ghép thận hoàn toàn phù hợp theo tiêu chuẩn lượng nước tiểu sau ghép trung bình 2 ml/kg/giờ [5].

Bảng 7. Các chỉ số hóa sinh đánh giá chức năng thận ghép 5 ngày đầu.

Thời gian	n	Ure (mmol/l)	Creatinin (μmol/l)	Kali (mmol/l)
Trước ghép 1 giờ	29	18,89±11,3	658,0±25,32	4,4±0,80
Sau ghép 2 giờ	29	14,20±7,4	409,0±364,50	4,2±0,76
Sau ghép 24 giờ	29	13,49±7,3	346,0±242,02	4,1±0,70
Sau ghép 48 giờ	29	12,9±9,0	148,50±120,25	4,1±0,60
5 ngày sau ghép	29	8,2±6,0	118,3±27,52	4,1±0,60

Kết quả bảng 7 cho thấy, nồng độ ure máu giảm ngay sau ghép so với trước ghép, nồng độ giảm dần ngay những ngày đầu tiên. Đến ngày thứ 5 sau ghép, nồng độ ure bình thường 8,2±6,0 mmol/l; nồng độ creatinin máu giảm mạnh sau ghép, sau 24 giờ nồng độ này giảm 1/2 so với trước ghép, sau ghép 5 ngày nồng độ creatinin trung bình là 118,3±27,52 μmol/l. Có 3/29 BN có biến chứng sau ghép, sau 5 ngày creatinin vẫn ở mức cao và được chỉ định hỗ trợ lọc máu nhân tạo. Sau lọc máu chức năng thận ổn định trở về bình thường sau 2-4 tuần điều trị. Với những BN kali máu cao, lọc máu trước ghép 1 ngày, do vậy nồng độ kali được kiểm soát trung bình trước ghép 1 giờ là 4,4±0,8 mmol/l (BN có nồng độ kali cao nhất được ghép là 5,8 mmol/l), sau ghép nồng độ kali được theo dõi ổn định trong giới hạn bình thường 5 ngày sau ghép (4,1±0,60 mmol/l). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của N.T. Hoa (2012) [2].

Bảng 8. Kết quả xét nghiệm huyết học và đánh giá MLCT sau ghép thận 4 tuần.

Kết quả	Trước ghép	Sau ghép 4 tuần	p
Hemoglobin trước ghép (g/l)	99,9±24,4	117,9±16,17	<0,05
MLCT (ml/phút)	4,8±2,7	53,98±9,9	<0,001

Sau ghép thận chức năng thận trở lại bình thường, tình trạng thiếu máu của BN được cải thiện do chức năng thận phục hồi kết hợp tình trạng dinh dưỡng tốt (bảng 8). MLCT ở BN nhận thận sau ghép cải thiện rõ rệt so với trước ghép, chứng tỏ chức năng thận được ghép hoạt động tốt.

Bảng 9. Các biến chứng ngay sau ghép thận từ người cho sống.

Biến chứng người nhận thận	Số lượng	Cách xử trí	Kết quả xử trí
Khối dịch quanh thận	5/29	3 BN mổ lại	BN ổn định ra viện
Tụ máu quanh thận	1/29	3 BN lọc máu hỗ trợ (thận nhân tạo)	BN ổn định ra viện
Nhiễm trùng vết mổ sau ghép	1/29	Nhiễm trùng tại chỗ, điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ	BN ổn định ra viện
Nhiễm trùng đường tiết niệu	1/29	Do <i>E. coli</i> , nấm candida, điều trị kháng sinh	BN ổn định ra viện

Ở BN nhận thận sau ghép có 1 BN tụ máu quanh thận (bảng 9). Xử trí 3 BN mổ lại, hút dịch, cầm máu, đặt sone dẫn lưu; 3 BN có lọc máu hỗ trợ. Kết quả sau xử trí BN ổn định ra viện sau 2-4 tuần điều trị.

Nhiễm trùng sau ghép: 2 BN (nhiễm trùng tại vết mổ và đường tiết niệu). Xử trí vết mổ: Cấy nước tiểu dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ. Kết quả cho thấy, 2/2 BN sau điều trị nhiễm trùng ổn định ra viện sau 7 ngày.

4. Kết luận

29/29 BN ghép thận từ người cho sống thành công, chức năng thận hoạt động bình thường. Tất cả các BN ghép thận đều có nước tiểu ngay trên bàn mổ, thể tích nước tiểu sau 24 giờ trung bình là 6.327 ± 2.479 ml, sau 4 tuần là 2.983 ± 1.784 ml. Sau 5 ngày chức năng thận trở lại gần bình thường, nồng độ ure máu trung bình là $8,2 \pm 6,0$ mmol/l, creatinin máu $118,3 \pm 27,52$ μ mol/l, kali $4,1 \pm 0,6$ mmol/l.

Về kỹ thuật ghép thận: 24/29 (82,8%) BN lấy thận trái, 5/29 (17,2%) BN lấy thận phải. Phẫu thuật nối động mạch thận tận - tận chiếm tỷ lệ cao (82,8%). 100% các trường hợp thận ghép đặt vào hố chậu phải. Có 5 trường hợp tạo hình động mạch thận kiểu nông sùng; 29/29 trường hợp khâu nối tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu ngoài. 100% các ca ghép trồng niệu quản vào bàng quang theo kỹ thuật Lich - Gregoir.

Về biến chứng sớm được ghi nhận và xử lý kịp thời: có khối dịch quanh thận (5/29), tụ máu (1/29), 3 BN đã được mổ lại, hút dịch quanh thận, 3 BN hỗ trợ chạy thận nhân tạo. 2 BN có biến chứng nhiễm trùng tại chỗ vết mổ và đường tiết niệu. Xử trí bằng cách cấy nước tiểu, điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ. Cả 2 BN đều ổn định ra viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] B.V. Manh, D.T. Cuong (2009) "Research on kidney transplant function and some common complications after kidney transplant", *Journal of Military Pharmaco-medicine*, **34(3)**, pp.30-35 (in Vietnamese).
- [2] N.T. Hoa (2012), *Research on Changes in Biochemical Indexes in Kidney Transplant Patients Treated with Cyclosporin or Tacrolimus*, Doctoral Thesis in Medicine, Hanoi Medical University, 114pp (in Vietnamese).
- [3] V.N. Thang, L.A. Tuan (2022), "Evaluation of some kidney and vascular transplant characteristics of living donor kidney transplant at Military Hospital 103", *Vietnam Medical Journal*, **517**, pp.207-211 (in Vietnamese).
- [4] D.N. Son (2018a), "Results of ureteral-bladder implantation surgery in kidney transplantation from living donors at Viet Duc Friendship Hospital in 101 cases", *Vietnam Medical Journal*, **472(2)**, pp.33-36 (in Vietnamese).
- [5] Ministry of Health (2006), *Decision No. 43/2006/QĐ-BYT dated 29 December 2006 Promulgating Technical Procedures for Kidney Transplantation from Living Donors and Technical Procedures for Liver Transplantation from Living Donors* (in Vietnamese).
- [6] D.N. Son, T.H. Thang, T.T.K. Thanh (2018b), "Results of kidney transplant surgery from living donors at Viet Duc Friendship Hospital", *Vietnam Medical Journal*, **471(2)**, pp.1-4 (in Vietnamese).
- [7] D.A. Axelrod, K.P. McCullough, E.D. Brewer, et al. (2010), "Kidney and pancreas transplantation in the United States, 1999-2008: The changing face of living donation", *Am. J. Transplant.*, **10(4)**, pp.987-1002, DOI: 10.1111/j.1600-6143.2010.03022.x.
- [8] J. Vella (2021), "Kidney transplantation in adults: Patient survival after kidney transplantation", *Uptodate*, <https://www.uptodate.com/contents/kidney-transplantation-in-adults-patient-survival-after-kidneytransplantation>, accessed 2 May 2022.