

10. Horgan S, Vanuno D, Sileri P, et al. Robotic-assisted laparoscopic donor nephrectomy for kidney transplantation. *Transplantation* 2002;73:1474–9.
11. Galvani CA, Garza U, Leeds M, et al. Single-incision robotic-assisted living donor nephrectomy: case report and description of surgical technique. *Transpl Int* 2012;25:e89–92.
12. Pietrabissa A, Abelli M, Spinillo A, et al. Robotic-assisted laparoscopic donor nephrectomy with transvaginal extraction of the kidney. *Am J Transplant* 2010;10:2708–11.
13. Hubert J, Renoult E, Mourey E, et al. Complete robotic-assistance during laparoscopic living donor nephrectomies: an evaluation of 38 procedures at a single site. *Int J Urol* 2007;14:986–9.
14. Liu XS, Narins HW, Maley WR, et al. Robotic-assistance does not enhance standard laparoscopic technique for right-sided donor nephrectomy. *JSLs* 2012;16:202–7.
15. Giacomoni A, F.E.B.S., et al. Robotic nephrectomy for living donation: surgical technique and literature systematic review. *The American Journal of Surgery* (2016) 211, 1135-1142.

GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI CHO CHẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2010-2020

Lê Nguyên Vũ¹, Trần Minh Tuấn¹, Nguyễn Thế Cường¹, Đỗ Ngọc Sơn¹
Nguyễn Quang Nghĩa¹, Hoàng Long², Đỗ Trường Thành²
Trịnh Hồng Sơn¹, Nguyễn Tiến Quyết¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ở những nước đang phát triển như Việt Nam, nguồn thận ghép chủ yếu từ người cho sống, thận từ người cho chết não chiếm tỉ lệ nhỏ hơn 2%. Trong nghiên cứu này, chúng tôi muốn đánh giá kết quả của ghép thận từ người cho chết não ở trung tâm chúng tôi từ thời điểm bắt đầu triển khai.

Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 116 bệnh nhân đã ghép thận lấy từ người cho chết não thành công và đang điều

trị tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 05/2010 đến tháng 05/2020.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm người nhận là $40,01 \pm 12,20$, nhóm người cho là $29,19 \pm 10,93$. Tuổi nữ giới của nhóm người nhận $35,1 \pm 17,05$. Nguyên nhân hàng đầu dẫn đến ghép thận là viêm cầu thận mạn (81,9%). Phác đồ 3 thuốc có FK+ MMF + steroids là phương án điều trị duy trì được sử dụng nhiều nhất. Nguyên nhân gây tử vong hàng đầu là biến cố tim mạch sau đó là nhiễm trùng ruột. 80% số tử vong (4/5) xảy ra trong 5 năm đầu, tỷ lệ thải ghép thấp chỉ có 4,31% các trường hợp thải ghép xảy ra sau mổ 5 năm. Độ hòa hợp HLA, thời gian lọc máu trước mổ và thời gian thiếu máu lạnh không ảnh hưởng đáng kể đến chức năng thận. Tỷ lệ sống của BN 5 năm là 96,5%, tỷ lệ sống sót của thận ghép sau

¹Bệnh viện Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Liên hệ tác giả: Lê Nguyên Vũ.

Email: nguyenvu.urologie@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/8/2021

Ngày phản biện: 8/8/2021

Ngày duyệt bài: 15/9/2021

3 năm là 97,4% và sau 5 năm là 96,5%.

Kết luận: Thời gian sống của tạng và bệnh nhân sau ghép thận từ người cho chết ở trung tâm chúng tôi rất khả quan. Tiên lượng chức năng thận còn được lâu dài. Do vậy cần phải đẩy mạnh việc ghép thận từ người cho chết để từ đó có thể mở rộng nguồn tạng.

Từ khóa: Ghép thận, ghép thận từ người cho chết não.

SUMMARY

CADAVERIC KIDNEY TRANSPLANTATION FROM 2010-2020 AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL: OUR EXPERIENCE FROM VIET NAM – A DEVELOPING COUNTRY

Objectives: Renal transplantation in developing countries like Việt Nam is largely live donor transplantation. Cadaveric transplantation comprises <2% of all transplants in our country.

Patients and Methods: Cross-sectional descriptive study on 116 patients who have had successful kidney transplantation and are currently being treated at Viet Duc Hospital from May 2010 to May 2020. Various donor and recipient characteristics were analysed along with graft and patient survival, using Kaplan-Meier method.

Results: The mean age of the recipients was 40.01±12.20 years while that of cadaver was 29.19 ± 10.93 years. Proportion of females among recipients was 40.01 ± 12.20 %. The most common underlying pathology was chronic glomerulonephritis (81.9%). Tacrolimus-based triple-drug regimen was most commonly. The most common cause of death was sepsis intestinal. More than 80% deaths (4/5) occurred within first 5 years, while acute graft: 4.31%. Cumulative proportion of graft/ patient survival

was 97.4%/ at 3 years and 96.5%/ at 5 years. Pretransplant haemodialysis, WIT, HLA mismatch has no significant effect on graft.

Conclusion Graft and patient survival rate of cadaveric transplant at our centre was very well. There is need to sensitise and augment the rate of cadaveric transplantation to increase the donor pool.

Keywords: kidney transplantation, Cadaveric renal transplantation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở các nước Đông Nam Á trong đó có Việt nam, bệnh thận giai đoạn cuối tỉ lệ mắc cũng như tỉ lệ tử vong cao. Hiện nay cả nước có hơn 20 trung tâm ghép. Từ sau 2012, số cơ sở ghép và số bệnh nhân được ghép tạng gia tăng mạnh qua các năm. Nếu năm 2013, cả nước có 09 cơ sở ghép, thực hiện được 232 ca ghép tạng các loại¹. Hiện trên cả nước đã có hơn 20 cơ sở ghép, tính đến thời điểm 31/12/2020 thực hiện được 5587 ca ghép. Trong đó, ghép thận chiếm đa số với 5255 ca, từ nguồn hiến sống 5045 ca, chết não 205 ca, người chết tim 5 ca². Trên thế giới theo UNOS 2017 ghép thận có 90,306 ca, 36% đến nguồn người cho sống. Ngày 7/5/2010 bệnh viện Việt Đức lần đầu tiên thực hiện cùng lúc 2 trường hợp ghép thận và 1 trường hợp ghép gan lấy từ một người cho chết não. Tại Việt Nam cho tới thời điểm hiện nay sau 10 năm thực hiện ca đầu tiên lấy và ghép đa tạng từ người cho chết não tại bệnh viện Việt Đức chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả của phẫu thuật này. Trong nghiên cứu này, chúng tôi muốn đánh giá kết quả của ghép thận từ người cho chết ở trung tâm chúng tôi từ thời điểm bắt đầu triển khai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn Bệnh nhân được lựa chọn là những bệnh nhân được ghép thận chết não tại bệnh viện Việt Đức.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ghép gan thận đồng thời lấy từ NCCN, ghép thận từ NCCN tại cơ sở khác nhưng nguồn tạng chết não lấy tại bệnh viện Việt Đức

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian thu thập số liệu: từ tháng 05/2010 đến tháng 5/2020.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả theo dõi dọc.

- Các biến số chỉ số nghiên cứu bao gồm:

+ Tuổi, Giới, nguyên nhân gây suy thận, thời gian chạy thận trước khi ghép, hòa hợp nhóm máu hệ ABO và Rh..

+ Các xét nghiệm sinh hóa máu: urê ($\mu\text{mol/l}$), creatinin ($\mu\text{mol/l}$), đường máu (mmol/l),

+ Các xét nghiệm huyết học: số lượng hồng cầu (đơn vị $10^6/\text{ml}$), số lượng bạch cầu (đơn vị $10^3/\text{ml}$), hemoglobin (đơn vị g/l), hematocrit (đơn vị %).

+ Tình trạng BN hiện tạng, tuổi giới, creatinin máu thời điểm trước hiến, chẩn đoán hồi sức chết não bằng phương tiện điện não đồ + test chết não + AG mạch não, thời gian từ khi chết não đến khi lấy tạng.

+ Các kỹ thuật khâu miệng nối: ĐM, TM, Ghép NQ vào BQ: theo phương pháp “ngoài bàng quang” kiểu Lich- Grégoir.

Theo dõi sau ghép ngắn hạn trong vòng 1 năm, trung hạn < 5 năm, dài hạn > 5 năm

+ Theo dõi các biến chứng:

+ Theo dõi các biến chứng ngoại khoa sau ghép: giai đoạn nằm viện

- Chảy máu đường niệu:

- Máu tụ ổ mổ: Nhẹ: thể tích trên siêu âm < 30 ml, Nặng: ≥ 30 ml, chèn ép niệu quản, bể thận, cần can thiệp.

- Lymphocele ổ mổ: * Nhẹ: thể tích < 30 ml, không chèn ép niệu quản - bể thận. Nặng: thể tích ≥ 30 ml, chèn ép đường niệu, phải can thiệp điều trị.

- Tắc mạch thận ghép: toàn phần/cục bộ

- Nhiễm khuẩn niệu, nhiễm khuẩn ổ mổ và vết mổ

- Rò nước tiểu: * Nhẹ: số lượng giảm dần qua dẫn lưu và tự hết trước thời gian rút dẫn lưu < 7 ngày sau mổ.* Nặng: thời gian kéo dài trên 3 tuần, phải mổ lại.

- Hẹp NQ ngay sau rút sonde JJ: siêu âm, chụp CT thấy giãn niệu quản trên chỗ hẹp, ure và creatinin máu tăng. Thời gian xuất hiện sau mổ (tháng). Các biện pháp xử trí (nong niệu quản, mổ tạo hình lại niệu quản)

Biến chứng ngoại khoa muộn (> 3 tháng sau mổ):

- Hẹp NQ thận ghép: siêu âm, chụp CT thấy giãn niệu quản trên chỗ hẹp, ure và creatinin máu tăng. Thời gian xuất hiện sau mổ (tháng). Các biện pháp xử trí.

+ Theo dõi các biến chứng nội khoa sau ghép:

. Thận chậm chức năng (cần phải lọc máu trong 7 ngày sau ghép),

. Xuất hiện đọt thải ghép: chẩn đoán bằng sinh thiết thận

. Viêm tụy dựa vào xét nghiệm amylase máu và CLVT phân độ viêm tụy cấp

. Đái tháo đường xuất hiện sớm ngay sau ghép: đái tháo đường khởi phát lần đầu sau ghép

. Nhiễm CMV, BKV khi nồng độ virus > 10^5 trong máu,

. Bệnh thận tái phát sau ghép: dựa vào kết quả sinh thiết thận

. Sỏi thận do rối loạn chuyển hóa

+ Theo dõi các biến chứng nhiễm khuẩn: lao phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu, rối loạn tiêu hóa (nhiễm khuẩn ruột)

+ Tử vong sau mổ: là tử vong xảy ra trong vòng 30 ngày đầu sau mổ do bất cứ nguyên nhân gì

+ Xác định nguyên nhân hỏng thận ghép, tử vong do các nguyên nhân khác mà thận

còn hoạt động Thời gian sống của thận ghép: BN vẫn còn sống nhưng thận không hoạt động hoặc đã cắt bỏ thận.

2.3. Xử lý số liệu: Kết quả được biểu diễn dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn và số trung vị, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS. Kiểm định Kaplan - Meier để đánh giá tỉ lệ sống của bệnh nhân và mảnh ghép.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm chung của thận ghép

Đặc điểm chung BN nhận thận	TH (%) (nhỏ nhất -lớn nhất)
N	116
Giới nam/nữ	82/34 (2,41%)
Tuổi trung bình người nhận	40,01 \pm 12,20 (15-75)
Tuổi trung bình người cho	29,19 \pm 10,93 (14-62)
Creatinin máu trước khi hiến (μ mol/l)	86,96 \pm 25,0 (57-178)
Nguyên nhân chết não	60
Tai nạn giao thông	51(85%)
Tai biến mạch máu não	4 (7%)
Tai nạn sinh hoạt	5 (8%)
Nguyên nhân gây suy thận	
-VCT	95 (81,9%)
- HCTH	5 (4,3%)
- Thận đa nang	2 (1,72%)
- Bệnh thận do ĐTĐ	3 (2,58%)
- Bệnh thận do THA	16 (13,8%)
_ Nguyên nhân khác	4 (3,44%)
Hòa hợp nhóm máu	
A-A	21
B-B	28
AB-AB	4
O-O	51
O-A	4
Hòa hợp HLA	
Không hòa hợp	26
Hòa hợp lớp 1	47
Hòa hợp lớp 2	20
Hòa hợp cả 2 lớp	23

Tiền miễn cảm Không có kháng thể Kháng thể < 20% Kháng thể > 20 %	114 (98,3%) 2 2
Điều trị ức chế miễn dịch Dẫn nhập Simulect Dẫn nhập ATG Duy trì: Csa + MMF + Pred Duy trì: Tac+ MMF + Pred	115 (99,13%) 1 (0,87%) 4 (3,45%) 112 (96,55%)
Dung tích bàng quang trước ghép	408,5 ± 542,5 ml (0- 1500 ml)
Thời gian thiếu máu lạnh (phút)	67,17±25,04 (30-180)
Thời gian mổ ghép thận (phút)	113,8±22,0 (74,0-175,0)
Số lượng nước tiểu ngày thứ 1	6597,66 ± 1924,26 ml (2010-10220 ml)

Bảng 2. Tình trạng creatinin máu sau mổ theo từng thời kỳ

Độ hòa hợp	Cre 1 th	Cre 6 th	Cre 1 năm	Cre 2 năm	Cre 5 năm	Cre 10 năm
Không	111,0±13,7	110,4±22,6	120,7±58,1	110,3±37,2	107,3±14,0	105,0±27,8
Lớp 1	115,0±28,4	102,8±19,6	104,6±22,8	108,1±34,1	100,0±36,1	112,4±43,5
Lớp 2	113,5±23,2	107,1±22,2	106,8±16,5	95,0±13,0	104,2±11,8	102,8±32,2
2 lớp	129,1±29,4	125,1±25,9	116,0±21,3	113,7±12,4	130,6±39,8	134,3±71,1
P	➤ 0,05					

Nhận xét: Nồng độ ure và creatinin máu tại một số thời điểm khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng theo dõi lâu dài, các BN đều ổn định.

Bảng 3. Biến chứng ngoại khoa sau ghép

Thời gian Diễn biến	Thời gian nằm viện	1 tháng	3 tháng	6 tháng	12 tháng	Sau 2 năm	Tổng cộng
Tụ dịch vết mổ	1	0	0	0	0	0	1 (0,88%)
Đái máu sau mổ	3	0	0	0	0	0	3 (2,63%)
Tụ dịch quanh thận ghép	0	1	1	0	0	0	2 (1,75%)
Nhiễm khuẩn vết mổ	4	1	0	0	0	0	5 (4,38%)
Hẹp niệu quản 1/3 dưới	0	4	1	1	0	0	6 (5,26%)

Nhận xét: Hẹp niệu quản 1/3 dưới sau ghép 5,26%

Bảng 4. Biến chứng nội khoa sau ghép

Thời gian Diễn biến	Thời gian nằm viện	3 tháng	12 tháng	Sau 1 năm	Sau 5 năm	Tổng cộng
Thải ghép cấp	2	0	0	2	1	5 (4,31%)
Thận chậm chức năng	3	0	0	0	0	3(2,58%)
Nhồi máu cơ tim	1	0	0	0	0	1 (0,86%)
Đột quỵ	0	0	0	1	1	2 (1,72%)
Viêm tụy cấp hoại tử	1	0	0	0	0	1 (0,86%)
Đái tháo đường xuất hiện ngay sau ghép	0	4	0	0	0	4 (3,44%)
Viêm phổi	0	0	0	1	0	1 (0,86%)
Xuất hiện sỏi nhỏ thận	0	0	1	0	0	1 (0,86%)
Bệnh thận tái phát	0	0	0	2	0	2 (1,72%)
Hồng thận ghép	2	0	0	1	2	5(4,31%)

Nhận xét:

- Thải ghép: 2TH xuất hiện thải ghép cấp không sinh thiết BN đáp ứng điều trị bolus solumedrol chức năng thận về bình thường. 3 TH có ghi nhận thải ghép sau 1 năm (1 TH), và sau 3 năm (1 TH thải ghép dịch thể) và sau 6 năm (1TH). Trong 5 năm đầu tỷ lệ thải ghép: 3,4%

- 1TH viêm tụy cấp hoại tử Baltazal E ngày thứ 14 được chỉ định lọc huyết tương 5 lần + Octreotid TM + Nexium 80mg/ngày.

- Tử vong

. 1TH nhồi máu cơ tim sau đó được ghép thận chết não 2 lần (ghép tim thận đồng

thời), BN tử vong: BN tử vong mất thận ghép đồng thời

. 1 BN sau 3 năm ghép đột quỵ sau đó tử vong,: BN tử vong còn thận ghép

. 1 TH nhiễm khuẩn huyết dẫn đến suy đa tạng: BN tử vong mất thận ghép đồng thời.

. 1 TH sau 4 năm tử vong do suy thận ĐTĐ: BN tử vong mất thận ghép từ trước

. 1 TH tử vong sau ghép 10 năm: BN tử vong, mất thận ghép từ trước

- 5TH thận ghép hồng:

. 1 BN ghép thận trở lại sau 8 năm (nhận thận từ người cho sống)

. 4 BN hồng thận ghép thuộc nhóm tử vong.

Bảng 5. Biến chứng nhiễm khuẩn sau ghép

Thời gian Diễn biến	Thời gian nằm viện	3 tháng	6 tháng	12 tháng	Sau 1 năm	Sau 2 năm	Sau 5 năm	Tổng cộng
Nhiễm khuẩn ruột	1	0	0	0	0	0	0	1 (0,86%)
Nhiễm khuẩn niệu	0	0	1	4		1	2	8 (6,9%)
CMV	0	1	0	0	2	1	0	4 (3,44%)
BKV	0	3	3	0	1	1	0	8 (6,9%)
Lao	0	0	0	1	1	0	1	(2,58%)

1 BN nhiễm khuẩn huyết dẫn đến suy đa tạng. Nguyên nhân tử vong sau ghép là nhiễm trùng trong thời gian nằm viện: nhiễm khuẩn ruột từ vi khuẩn E.coli ESBL(+) gây nhiễm khuẩn huyết dẫn đến suy đa tạng: BN nhận thận từ bệnh viện 108). NKTN chủ yếu do vi khuẩn E coli và Enterococcus spericer

Bảng 6: Tỷ lệ sống thêm của BN và tạng ghép

Thời gian	Tỷ lệ sống thêm của BN (%)	Tỷ lệ sống thêm của thận ghép (%)
1 năm	98,3	98,3
3 năm	98,3	97,4
5 năm	96,5	96,5
8 năm	96,5	95,7
10 năm	95,7	95,7

Nhận xét: Nồng độ ure và creatinin máu tại một số thời điểm khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng theo dõi lâu dài, các BN đều ổn định.

IV. BÀN LUẬN

Tại Việt nam, từ sau 2012, số cơ sở ghép và số bệnh nhân được ghép tạng gia tăng mạnh qua các năm. Tại bệnh viện Việt Đức có hai nguồn hiến tạng chủ yếu là từ người hiến sống và người chết não. Cho đến nay việc ghép thận từ người cho chết dường như vẫn bị cản trở bởi việc thiếu nhận thức, định kiến tôn giáo mặc dù về mặt chọn lọc phẫu thuật và điều trị sau ghép chúng ta đã làm chủ hoàn toàn. Theo Phan hồng Vân³ đa số người dân (72%) ủng hộ chủ trương vận động cộng đồng hiến mô, bộ phận cơ thể, tỉ lệ chấp nhận hiến sau khi chết còn thấp (50,5% chấp nhận để người thân hiến và 43,5% chấp nhận bản thân hiến). Lý do không đồng ý hiến sau khi chết thường là sợ không phù hợp về tâm linh. Cộng đồng có thể chấp nhận hiến cho người ngoài sau khi chết, nhưng việc hiến khi sống chỉ có thể hiến cho người thân ruột thịt. Do vậy số lượng BN chết não hiến tạng dù có tăng nhưng không nhiều và không ổn định. Tính từ 5/2010 đến tháng 5/2020 có 116 BN hiến tạng chết não, năm ít nhất có, năm nhiều nhất có. Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao

thông chiếm tỷ lệ 85%. Có 2 BN lúc hiến tạng có biểu hiện suy thận cấp creatinin máu > 150 $\mu\text{mol/l}$, nhưng khi sinh thiết thận trước khi vào ghép không có thoái hóa hoặc hoại tử nhu mô thận. Thận ghép hoạt động tốt ổn định khi theo dõi lâu dài. Heylen và cộng sự⁴ thống kê từ tháng 1 năm 2004 đến tháng 12 năm 2013, tổng số có 32040 ca ghép thận từ người cho chết não từ khu vực Châu Âu (Eurotransplant). Với 4680 ca ghép lại, 265 ca ghép 2 thận, 888 ca ghép thận trên người nhận dưới 18 tuổi và 695 ca ghép thận lấy từ thận người cho chết não dưới 18 tuổi. Tuổi trung bình của 116 BN ghép thận của nghiên cứu chúng tôi là $40,01 \pm 12,20$, ít tuổi nhất là 15, nhiều tuổi nhất là 75 tuổi. Theo Eschwege⁵ thấy sự bất tương xứng giữa trọng lượng người cho và người nhận ảnh hưởng đến nồng độ creatinin máu của thận ghép. Creatinin máu sẽ cao hơn trong 2 năm khi trọng lượng của người cho < 10% trọng lượng của người nhận. Do tạng ghép được lấy từ nguồn cho không đồng huyết thống, mức độ hòa hợp HLA rất đa dạng, từ mức có 1 hay nhiều kháng nguyên hòa hợp cho đến không có kháng nguyên không hòa hợp nào.

Hà Phan Hải An⁶ và cộng sự tiến hành phân tích kết quả 90 BN ghép thận từ người cho sống (70% không cùng huyết thống) và người cho chết não có mức độ hòa hợp HLA khác nhau từ không hòa hợp đến chỉ hòa hợp lớp 1 hoặc lớp 2, dùng phác đồ ức chế miễn dịch 3 loại thuốc (prenisolon, ức chế calcinurin, mycophenolat mofetil) nhận thấy creatinin máu tại thời điểm 1 tháng, 1 năm, 2 năm sau ghép ở nhóm BN có hòa hợp HLA lớp 1 không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm có hòa hợp cả lớp 1 (HLA-A, HLA-B) và lớp 2 (HLA-DR). Đối với TH thận lấy ra có 1 ĐM- 1TM chúng tôi chọn khâu nối ĐM thận với ĐMCN kiểu tận bên (91/116TH chiếm tỷ lệ 78,45%) do thận lấy từ NCCN lấy được đoạn ĐM thận đổ vào động mạch chủ nên nhiều trường hợp 2 ĐM nhưng chung 1 gốc, chỉ 1 TH nối với ĐM chậu gốc do ĐM chậu ngoài kích thước nhỏ. Chúng tôi gặp 1 trường hợp huyết khối động mạch thận ghép cấp được điều trị bằng sử dụng ngay đoạn mạch chậu ngoài lấy từ cùng người cho hiến thận để thay đoạn động mạch chậu ngoài bị tổn thương bong nội mạc. Ngoài bệnh viện Việt Đức hiện nay chưa có đơn vị ghép thận nào sử dụng đoạn mạch bảo quản đông lạnh trong ghép thận để xử lý bất thường về mạch máu trong phẫu thuật ghép thận. Nhóm BN của chúng tôi có tình trạng niệu quản lý tưởng. Đối với vấn đề ghép niệu quản và bàng quang, hiện nay các tác giả đều sử dụng kỹ thuật cắm niệu quản ngoài bàng quang. Hẹp niệu quản 1/3 dưới sau ghép có 6 trường hợp chiếm tỷ lệ 5,26%. Thải ghép: đối với nhóm BN người cho chết não của chúng tôi trong 5 năm đầu tỷ lệ thải ghép: 3,4%. 2 TH xuất hiện thải ghép cấp không sinh thiết BN đáp ứng điều trị bolus solumedrol chức năng thận về bình thường. 3 TH có ghi nhận thải ghép sau 1 năm (1 TH),

và sau 3 năm (1 TH thải ghép dịch thể) và sau 6 năm (1TH). Sau điều trị, chức năng thận đa số các trường hợp đều hồi phục chậm, không có trường hợp nào mất thận ghép. Theo tác giả Pietro E. Cippa⁷ nghiên cứu trên 1190 TH cho thấy tỷ lệ thải ghép cấp trong năm đầu là 23,4%, với các yếu tố nguy cơ như trên người hiến lớn tuổi, mức độ bất tương hợp HLA cao, điều trị ức chế miễn dịch với CsA. Chúng tôi ghi nhận có 6/116 trường hợp (5,17%) nhiễm BK virus ở thời điểm 12 tháng. Các bệnh nhân này biểu hiện bằng tình trạng tăng creatinin máu và PCR BK polyomavirus máu dương tính với tải lượng virus cao trên 104 copies/ml, 2 trường hợp được sinh thiết thận ghép. Theo tác giả Baptiste Demey⁸ và cs, tỷ lệ nhiễm BK Polyomavirus là 5,3 – 14,6% và tỷ lệ mắc BK Polyomavirus cao hơn ở nhóm bệnh nhân thận sử dụng Tacrolimus so với nhóm sử dụng Cyclosporin A. Đồng thời, chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp (2,58%) bị lao phổi. Kết quả cấy đờm có vi khuẩn *Mycobacterium tuberculosis*. Bệnh nhân được điều trị với thuốc kháng lao trong 6-9 tháng sau đó, kết quả điều trị khá tốt. Vi khuẩn lao là một trong những tác nhân gây nhiễm khuẩn hàng đầu ở bệnh nhân sau ghép thận, đặc biệt là ở những nước đang phát triển là nơi mà tỷ lệ hiện mắc và mới mắc hàng năm cao. Trong đó Việt Nam là một trong những nước có gánh nặng bệnh lao lớn. Theo dõi trung hạn và dài hạn của nhóm BN nghiên cứu cho kết quả tốt. Zhang⁹ phân tích 325 ca ghép thận từ người cho chết trong 3 năm. Tỷ lệ sống ghép 3 năm là 94,7% và tỷ lệ sống của người nhận 97,2%. Tuy nhiên, một khi người nhận sống sót sau hơn 2 tháng, tỷ lệ sống sót là 97,7%. Những kết quả này đã được xác nhận trong một nghiên cứu theo nhóm tuổi. Nhiễm trùng nặng là

nguyên nhân chính của mất mảnh ghép và tử vong người nhận trong giai đoạn đầu của ghép. Theo Đỗ Ngọc Sơn¹⁰ nghiên cứu 101 bệnh nhân ghép thận từ người cho sống giai đoạn 2010-2013 thì kết quả thận ghép hoạt động tốt sau 5 năm là 91%, sau 8 năm là hơn 80%. Đối với nghiên cứu nhóm BN ghép thận từ NCCN của chúng tôi tỷ lệ sống 5 năm là 96,2%, tỷ lệ sống sót của mảnh ghép sau 3 năm là 97,4% và sau 5 năm là 96,5%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sống của mảnh ghép và bệnh nhân sau ghép từ người cho chết ở trung tâm của chúng tôi khá tốt. Cần phải nâng cao nhận thức cũng như tăng tỷ lệ ghép từ người cho chết để tăng nguồn tạng hiến. Một tạng bị mất đi là một cuộc đời bị bỏ phí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thế Trung, Phạm Gia Khánh, and Nguyễn Tiến Bình (2012).** Thành tựu 20 năm ghép tạng tại Bệnh Viện Quân Y 103, Học Viện Quân Y. Tạp chí Y Dược học Quân sự, **37(5)**, 15–21.
2. **Trịnh Hồng Sơn (2020).** Báo cáo tình hình ghép tạng. Trung tâm điều phối ghép tạng quốc gia.
3. **Phan Hồng Vân (2012),** "Đánh giá sơ bộ sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, tạng sau khi Luật hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến lấy xác được triển khai", Tạp chí Y học thực hành số 1 (804), trang 115-118
4. **Heylen L., Pirenne J., Samuel U., et al. (2019).**, "Effect of donor nephrectomy time during circulatory-dead donor kidney retrieval on transplant graft failure.," Br J Surg, pp. 107(1):87-95.
5. **Eshwege H, Bensadoun, Blanchet P, et al (1996).** Effet de la difference de poids entre donneur et receveur sur la fonction du rein greffe. Prog. Urol, 6, 257-259
6. **Hà Phan Hải An, Trần Minh Tuấn, Nguyễn Mạnh Tường, và cộng sự (2013).** Tỷ lệ sống của bệnh nhân và chức năng thận ghép ở bệnh nhân nhiễm virus viêm gan C sau ghép thận. Y học Việt Nam, 409, 440 -445.
7. **Cippa PE, Ekberg H (2015).** Risk for rejection and infection after KT. Clin J Am Soc Nephrol 10 (12), pp2213-2220
8. **Demey B, Tinez (2018).** Risk factors for BK virus viremia anhd nephropathy after KT: a systematic review J Clin Virol 109 pp 6-12
9. **Zhang X., Lyu J., Yu, et al. (2019).**, "Comparison of Graft Outcome Between Donation After Circulatory Death and Living-Donor Kidney Transplantation. Transplantation Proceedings.," Transplant Proc, pp. S0041-1345(19).
10. **Đỗ Ngọc Sơn (2019).** Nghiên cứu đặc điểm kỹ thuật và đánh giá kết quả phẫu thuật ghép thận lấy từ người cho sống tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn tiến sỹ y học.