

Nhân một trường hợp điều trị thành công thải ghép thận cấp có sử dụng kháng thể kháng tế bào tuyến ức

Successful treatment of acute kidney allograft rejection with antithymocyte globulin: A case report

Trần Hồng Nghị*, Trần Đức*, Hồ Trung Hiếu*,
Nguyễn Việt Khoa*, Hoàng Anh Dũng**, Lê Hữu Song*,
Phạm Nguyên Sơn*, Mai Hồng Bằng*

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
**Viscera Transplant Center in the Erasme
Hospital of ULB University

Tóm tắt

Các phác đồ thuốc ức chế miễn dịch mới cùng với kỹ thuật ghép thận tiên tiến đã đưa đến những tiến bộ quan trọng về kết quả của ghép thận. Bệnh nhân nam 43 tuổi, ngay sau khi ghép thận bị biến chứng thải ghép thận cấp qua trung gian tế bào chẩn đoán xác định qua mô bệnh học, được chỉ định điều trị chống thải ghép cấp bằng thuốc kháng lympho (ATG thô). Kết quả chức năng thận ghép được phục hồi hoàn toàn sau 01 tuần. Sau đó, bệnh nhân xuất hiện biến chứng nhiễm khuẩn huyết, được chỉ định bổ sung kháng sinh mạnh kết hợp, phổ rộng. Kết quả: Bệnh nhân hết nhiễm khuẩn, ổn định về lâm sàng, chức năng thận ghép tốt. Thải ghép cấp qua trung gian tế bào thường gặp, có nhiều yếu tố nguy cơ. Điều trị biến chứng này hiệu quả với ATG thời gian ngắn (5 ngày). Biến chứng nhiễm khuẩn huyết sau dùng ATG ở bệnh nhân thải ghép cấp khá hiếm gặp, có liên quan một số yếu tố, rất nguy hiểm cần điều trị ngay bằng kháng sinh mạnh, kết hợp, phổ rộng. *Kết luận:* ATG có tác dụng điều trị chống thải ghép cấp qua trung gian tế bào rất tốt, nhưng cũng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao, cần tiên lượng, phát hiện và xử trí kịp thời (dự phòng, sẵn sàng xử trí cấp cứu).

Từ khóa: Ghép thận, thải ghép cấp, ức chế miễn dịch, ATG (Antithymocyte globulin), nhiễm khuẩn huyết.

Summary

New immunosuppressive protocols and advanced surgical technique resulted in a major improvement in the outcome of kidney transplantation. A 43-year-old, male patient diagnosed with chronic glomerulonephritis. After the kidney transplantation, he had an acute cell-mediated kidney rejection diagnosed by biopsy and ATG treatment was immediately performed. The graft kidney function recovered after 01 week. And then, the patient had sepsis complication with urinary tract source. The antibiotics prescribed were Meronem 2g/day plus levofloxacin 0.5g/day. Blood and urine culture results were *Escherichia coli*. Five days later, patient was fully recovered and

Ngày nhận bài: 19/03/2018, ngày chấp nhận đăng: 04/04/2018

Người phản hồi: Trần Hồng Nghị, Email: hongnghy108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

discharged with normal clinical presentation and laboratory tests. Discussion: The acute T-cell mediated rejection is a severe and common complication after kidney transplantation. It has many risk factors. Treatment of this complication was effective with short-time ATG (5 days). Complications of septicemia after taking ATG in patients with acute rejection are rare, had some risk factors, severe, requiring immediately broad-spectrum antibiotic treatment. *Conclusion:* Using ATG in acute T-cell mediated rejection was strongly effective. However, the its infection complication also significantly increased, needed prognosis, detection and timely management (prevention, ready for emergency management).

Keywords: Renal transplantation, acute rejection, immunosuppression, ATG (Antithymocyte globulin), sepsis.

1. Đặt vấn đề

Thải ghép thận cấp qua trung gian tế bào là một hiện tượng khá thường gặp trên lâm sàng, vẫn là vấn đề lớn chiếm đến 90% các loại thải ghép thận cấp. Mặc dù y học hiện nay trên thế giới đã đạt được thành công khá cao trong chẩn đoán và điều trị, thải ghép thận cấp qua trung gian tế bào thể kháng steroid vẫn là vấn đề lớn gây ảnh hưởng và mất chức năng thận ghép [1], [5].

Trong thải ghép cấp qua trung gian tế bào, tế bào T-CD4 là tế bào khởi phát quá trình thải ghép, tế bào T-CD8 có vai trò muộn hơn. Người ta quan sát thấy các tế bào giết tự nhiên (tế bào NK) có chứa các hạt độc tế bào trong bào tương, chúng giải phóng các hạt này ra khỏi tế bào, gây ra tổn thương màng tế bào và chết tế bào theo chương trình ở các tế bào của mảnh ghép.

Chẩn đoán thải ghép cấp qua trung gian tế bào gồm các triệu chứng lâm sàng như: Mệt mỏi, sốt, đau thận ghép, tăng huyết áp, thiếu niệu, xảy ra từ ngày thứ 5 đến vài tuần sau ghép. Các triệu chứng cận lâm sàng thường gặp là creatinin huyết thanh tăng trên 20%, chẩn đoán hình ảnh giúp loại trừ nguyên nhân mạch máu, cản trở tắc nghẽn hệ tiết niệu. Để chẩn đoán xác định chính xác thải ghép qua trung gian tế bào đòi hỏi trên sinh thiết thận ghép phải có viêm ống thận, mô kẽ, viêm nội mô mạch máu với xâm nhập các tế bào viêm, tế bào lympho vào ống thận, nội mô, không thấy sự hiện diện của C4d trên tế bào nội mô quanh ống thận qua nhuộm miễn

dịch huỳnh quang với C4d. Chẩn đoán thải ghép cấp qua trung gian tế bào kháng steroid khi dùng kết hợp các thuốc ức chế miễn dịch và tăng cường steroid nhưng không có đáp ứng [6], [8].

Điều trị thải ghép cấp qua trung gian tế bào kháng steroid thường đáp ứng tốt với các thuốc kháng lympho như ATG. Kháng thể kháng tế bào tuyến ức thỏ (Rabbit Antithymocyte Globulin, Rabbit - ATG) là một kháng thể đa dòng của thỏ được sử dụng để dự phòng thải ghép và được cho là lựa chọn đầu tiên và cho những trường hợp thải ghép không đáp ứng với steroid [5], [7]. Tuy vậy, việc sử dụng ATG tại các trung tâm ghép tạng của Việt Nam vẫn còn chưa phổ biến. Do đó, chúng tôi xin thông báo một trường hợp thải ghép thận cấp qua trung gian tế bào thể kháng steroid (TCMR) đã được điều trị thành công có sử dụng ATG tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2. Ca lâm sàng

Bệnh nhân (BN) nam, 43 tuổi có tiền sử viêm cầu thận mạn, biến chứng suy thận mạn giai đoạn IV, lọc máu chu kỳ 3 lần/1 tuần từ 10 năm nay. Xét nghiệm sàng lọc trước ghép phát hiện BN bị nhiễm virus viêm gan C. BN đã được điều trị theo đúng phác đồ, định lượng virus viêm gan C (HCV-RNA) trước ghép đã ở dưới ngưỡng phát hiện. Trong quá trình điều trị BN đã từng được truyền máu một vài lần để điều trị thiếu máu. Ba năm nay BN được điều trị thiếu máu bằng thuốc tạo hồng cầu và bổ sung sắt.

BN được ghép thận từ người hiến thận sống, không cùng huyết thống, cùng nhóm máu O, Rh (+), Crossmatch âm tính, người nhận không có kháng thể kháng HLA người cho, HLA mismatch A/B/DR là 1/0/0 (1/6).

Tiến hành ghép thận ngày 17/08/2017

Thận được ghép vào hố chậu phải, thời gian thiếu máu nóng 07 phút, thời gian thiếu máu lạnh 30 phút, thời gian thiếu máu ấm 33 phút, tổng thời gian thiếu máu thận 70 phút, có nước tiểu (NT) sau 3 phút, lưu lượng thấp, thận hồng căng, mạch thận ghép thông tốt. Thuốc ức chế miễn dịch (UCMD) gồm 2 liều basiliximab và liều chuẩn theo khuyến cáo các thuốc tacrolimus, mycophenolate mofetil, methylprednisolon.

Diễn biến sau ghép

Diễn biến ngay sau ghép: Mạch: 87 lần/phút, huyết áp 200/100mmHg, nhiệt độ: 36°C, tiểu 350ml/giờ. 10 giờ sau, NT có xu hướng giảm dần, Lasix 40mg TMC/2 giờ. Sau khi dùng Lasix, lưu lượng NT trung bình khoảng 200ml/giờ. Tổng lượng NT: 3970ml/16 giờ.

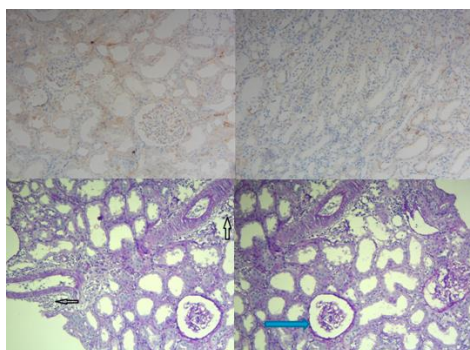
Ngày 01: NT có xu hướng giảm nhanh 180 - 150ml/giờ (Lasix 60mg/1 giờ), tổng lượng NT 4250ml/24giờ, màu đỏ, trọng lượng BN tăng 5kg, CVP 8 - 9cm nước. Ure: 13mmol/l, creatinin: 442μmol/l. Siêu âm Doppler mạch thận: RI tăng (0,88), Vmax: 155cm/s, đài bể thận không giãn, không thấy huyết khối. Chẩn đoán thải ghép cấp N1, BN được điều trị: Tăng liều Solumedrol từ 500mg lên 750mg/ngày trong 3 ngày đầu, đến ngày thứ 4 dùng prednisolon 20mg đường uống. Tăng liều MMF từ 2g/ngày đến 2,5g/ngày. Tiếp tục theo dõi nồng độ thuốc để điều chỉnh liều tacrolimus.

Ngày 02: NT giảm nhanh xuống 130ml/giờ, sau đó giảm tiếp còn 30ml/giờ. Nhiệt độ: 36°C, CVP: 11 - 12cm nước sau đó tăng lên 14 - 15cm nước, trọng lượng tăng 5,5kg. Đáp ứng kém với

Lasix TM (3 - 8 ống/giờ). Xét nghiệm: Ure tăng lên 23mmol/l, Creatinin: 339 - 356 - 409μmol/l (chức năng thận kém dần). Tacrolimus (Co: 6,4ng/ml), siêu âm Doppler mạch thận ghép: RI 0,84. Tổng lượng NT giảm còn 1510ml/24 giờ (tổng liều Lasix: 52 ống).

Diễn biến từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 sau ghép xấu dần. Ngày thứ 7 sau ghép, BN mệt, tăng cân, phù mắt, ăn kém. Mạch: 80 lần/phút, huyết áp: 160/80mmHg, nhiệt độ: 36,5 độ, CVP: 8cm nước. Xét nghiệm: Ure 40mmol/l, creatinin 356μmol/l, tacrolimus 7,3ng/ml. Siêu âm Doppler mạch thận ghép không đo được chỉ số RI do mất sóng tâm trương hoặc sóng tâm trương đối chiều, không có huyết khối, không có gập góc động tĩnh mạch thận, không thấy dịch trong ổ bụng và dịch quanh thận ghép. NT ít dần 20ml/giờ dưới tác dụng 2 ống Lasix/giờ. Tổng lượng NT 400ml/24 giờ (dưới tác dụng của 98 ống Lasix). BN được đánh giá có biểu hiện thải ghép cấp qua trung gian tế bào và được chỉ định dùng thuốc ATG thỏ, liều 1,25mg/kg/ngày, truyền tĩnh mạch trung tâm trong 6 giờ (đợt 05 ngày), đồng thời tiến hành sinh thiết thận ghép, theo dõi nồng độ CD3-CD4-CD8 những ngày sau để chỉnh liều ATG. Kết quả giải phẫu bệnh sinh thiết thận: Thải ghép qua trung gian tế bào, hoạt động, mức độ nhẹ, Banff grade 1A.

Ngày 08 đến ngày 11 (ngày cuối dùng ATG): Sau khi dùng 1 liều ATG, diễn biến BN có xu hướng cải thiện. Cảm giác dễ chịu, ăn được, không sốt. Huyết động ổn định, CVP: 8 - 10cm nước. Tiếp tục dùng ATG liều thứ 2 theo khuyến cáo, dùng Lasix liều giảm dần (từ 40mg/giờ - 20mg/giờ). Chức năng thận cải thiện rõ rệt: Ure 51,46 xuống 20,12mmol/l, creatinin 507 xuống còn 130μmol/l, tacrolimus: 8,2ng/ml, tế bào CD3 50 tế bào/ml. NT cải thiện rõ rệt 4400ml/24 giờ (không dùng thuốc lợi tiểu).



Hình ảnh giải phẫu bệnh: Xâm nhập, rải rác ít tế bào viêm (< 25 lympho/cầu thận). Các ống thận thoái hóa nhẹ, một vài đám ống thận hoại hóa. Động mạch gian tiểu thùy có hình ảnh tế bào nội mô phồng, xâm nhập rải rác lympho bào vào lớp áo trong, các mao mạch quanh ống thận lòng giãn, chứa một vài lympho bào; hóa mô miễn dịch: C4D âm tính

Từ ngày thứ 12 đến ngày 16: Dừng ATG, tiếp tục theo phác đồ UCMD khuyến cáo tacrolimus, MMF, prednisolon. Lâm sàng ổn định, BN dễ chịu, lượng dịch vào: 3 - 4 lít/24giờ, nước tiểu: 3,7 - 4,5 lít/24giờ. Xét nghiệm: Nồng độ thuốc tacrolimus từ 12,5 - 15,6ng/ml, ure: 10mmol/l, creatinin: 96 μ mol/l.

Ngày thứ 17 sau ghép, BN xuất hiện mệt, sốt có lúc rét run, tăng dần, sau đó sốt liên tục 37,5 - 39,1°C. Nước tiểu 180 - 200ml/1giờ và có hướng giảm dần, phải dùng Lasix. Tiểu buốt, tiểu rất, đau vùng thận ghép. Xét nghiệm thấy bạch cầu (BC) tăng (18G/L), chuyển trái (N: 90,7%), chức năng thận kém đi (ure 11,6mmol/L, creatinin 114 μ mol/l), tăng chỉ số viêm nhiễm (CRP-HS: 14,4mg/l, PCT: 0,187ng/l). Xét nghiệm NT: Protein niệu: 100mg/dl, hồng cầu niệu (+), bạch cầu (+++). Đã được cho cấy máu, cấy NT. Chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu, nguy cơ nhiễm khuẩn huyết, BN được sử dụng

kháng sinh: Unasyl 1,5g x 2 lọ + Tavanic 0,5g x 1 chai/1 ngày, truyền tĩnh mạch chậm.

Ngày thứ 18 - 19: Sau khi dùng kháng sinh BN dễ chịu hơn, vẫn chưa hết sốt, đại tiện phân lỏng 6 lần/ngày, đau nhẹ vùng thận ghép. Nhiệt độ: 38 - 38,5°C, tiểu trong ngày là 1,5 lít (dưới tác dụng 4 ống Lasix). Xét nghiệm: Bạch cầu: 26,4G/L, N: 93%. Chức năng thận ghép diễn biến kém đi: Ure: 14,5 - 16,2mmol/l, creatinin: 150 - 192 μ mol/l. Tacrolimus: 5,5ng/ml, PCT: 100ng/ml. Chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết cửa vào từ đường tiết niệu. Ngày thứ 20 - 28: Điều trị: Đổi kháng sinh: Meronem 1g x 2 lọ/ngày + Tavanic 0,5g/ngày. Kết quả cấy máu và NT sau 2 ngày: *E. coli* dương tính. Sau điều trị kháng sinh 5 ngày diễn biến hồi phục bệnh, cấy máu, NT âm tính, xét nghiệm máu, NT bình thường. Hiện tại, BN đã ra viện, lâm sàng và xét nghiệm trong giới hạn bình thường.

Bảng 1. Diễn biến lâm sàng của BN (thai ghép cấp, nhiễm khuẩn huyết)

Ngày	Lâm sàng	Nhiệt độ	Co	ATG	Kháng sinh	Cấy máu Cấy nước tiểu
No	Sau ghép ổn định	36,6		Không	Rocephin Tavanic	
N1	Tiểu ít, tăng liều corticoid,	36,5	4,7	Không	Rocephin	

Ngày	Lâm sàng	Nhiệt độ	Co	ATG	Kháng sinh	Cấy máu Cấy nước tiểu
	MMF, Lasix				Tavanic	
N2	Tiểu ít, Lasix	36,5	5,4	Không	Rocephin Tavanic	
N3	Tiểu ít, Lasix	36	12,9	Không	Rocephin Tavanic	
N4	Tiểu tốt, Lasix	36,8	17	Không	Rocephin Tavanic	
N5	Tiểu ít, Lasix	36,5	10,5	Không	Không	
N6	Tiểu ít, nguy cơ thiếu niệu, vô niệu, dùng Lasix	36,5	8,6	Không	Không	
N7	Tiểu ít, hội chẩn lần 2, bắt đầu ATG	37	7,3	1,5mg/kg	Unasyl	
N8	Có NT sau dùng ATG	36	8,2	1,5mg/kg	Unasyl	

Bảng 1. Diễn biến lâm sàng của BN (thai ghép cấp, nhiễm khuẩn huyết) (tiếp theo)

Ngày	Lâm sàng	Nhiệt độ	Co	ATG	Kháng sinh	Cấy máu Cấy nước tiểu
N9	NT tốt, đáp ứng ATG	36,4	7,3	1mg/kg	Unasyl	
N10	Tiểu tốt, Lasix 2 ống	36,5	4,4	1mg/kg	Unasyl	
N11	Tiểu tốt, không Lasix	36,4	5,4	1mg/kg	Unasyl	
N12 - N16	Tiểu tốt. Lâm sàng, cận lâm sàng ổn định	36,5	6,8	Cắt	Unasyl (cắt ngày 2/9)	
N17	Bắt đầu sốt, mệt, Lasix 1 ống. Sốt cao, rét run, tiểu đục, có buốt, rắt	37,5 - 39			Unasyl Tavanic	<i>E. coli</i> (Máu, nước tiểu)
N18	Sốt cao, rét run, đau vùng thận ghép. Siêu âm thận ghép bình thường. RI: 0,55. Tiểu được, hỗ trợ 4 ống Lasix	38,5	13,5		Meronem Tavanic	
N19	Hết sốt, tiểu tốt, cắt Lasix hoàn toàn	37	5,5		Meronem Tavanic	
N20	Không sốt, tiểu tốt, hết đau	36,3	11,7		Meronem	

	vùng thận ghép, tiểu không buốt rất				Tavanic	
N21 - N28	Không sốt, tiểu tốt, dễ chịu hoàn toàn	36,5	8-12		Meronem Tavanic	

Nhận xét: Thải ghép cấp diễn ra từ ngày 1 sau ghép thận, được điều trị tăng liều corticoid, MMF, lasix, đáp ứng kém. Đến N7, diễn biến nặng, chúng tôi quyết định sử dụng ATG điều trị thải ghép qua trung gian tế bào, sinh thiết thận. Đáp ứng tốt, khôi phục dòng NT và cải thiện các xét nghiệm từ N7-N17. Sốt cao từ N17, được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết từ đường tiết niệu do *E. coli*. Được dùng kháng sinh mạnh, phổ rộng, trong 10 ngày. Đáp ứng tốt, hết sốt nhanh, hồi phục hoàn toàn cả lâm sàng và xét nghiệm.

Bảng 2. Diễn biến cận lâm sàng của bệnh nhân

Ngày	Ure	Creatinin	NT (ml)	Lasix (ống 20mg)	BC	PCT	RI
No	18,3	605	3970		5,57	0,8	
N1	13	442	4250	3	9,51		0,88
N2	19,7	339	1510	52	9,18		0,84
N3	21,5	356	3740	69	6,51	0,844	0,9
N4	27,3	346	5930	48		0,577	0,75

Bảng 2. Diễn biến cận lâm sàng của bệnh nhân (tiếp theo)

Ngày	Ure	Creatinin	NT (ml)	Lasix (ống 20mg)	BC	PCT	RI
N5	32,3	318	2400	29			
N6	38,5	333	1288	69	5,64		0,82
N7	40,1	356	400	98	7,54	0,583	KO
N8	51,46	507	5770	48	6,36	1,23	
N9	45,7	363	5440	48	7,63	1,47	
N10	32,6	219	5100	0	4,87		
N11	20,12	130	4400	0	4,75	0,336	
N12 - N16	10	96	4500	0	6,18		
N17	11,6	114	3800	0	18	0,187	0,69
N18	16,2	192	1500	4	26,4	100	
N19	14,7	206	3500	0	22,76	100	

N20	15	198	3500	0	18,12	100	
N21 - N28	8,5	92	5500	0	6,6	0,4	0,56

Diễn biến khác

Nồng độ thuốc UCMD đạt đích điều trị. Xuất hiện tăng đường máu do tác dụng phụ của tacrolimus phải kiểm soát bằng insulin tĩnh mạch. Xuất tiết dịch quan thận ghép. Nhiễm khuẩn huyết đường vào tiết niệu do *E. coli* phải dùng kháng sinh mạnh, phổ rộng, kết hợp (Meronem + Tavanic). Dinh dưỡng liệu pháp và điều trị thiếu máu hiệu quả. Các rối loạn này đều được kiểm soát và ổn định cùng với việc phục hồi chức năng thận.

BN ra viện ngày thứ 25. Hiện tại BN khỏe mạnh, sinh hoạt bình thường, creatinin 105µmol/l, ure 7,8mmol/l đường máu kiểm soát tốt.

3. Bàn luận

Thả ghép cấp sớm qua trung gian tế bào là một biến chứng nặng và thường gặp nếu sự phù hợp HLA giữa người cho và người nhận thấp. Trong trường hợp của chúng tôi chỉ có 1 cặp HLA phù hợp giữa người cho và người nhận. Do đó, mặc dù đã có tiên lượng khả năng thả ghép cao nhưng trong điều kiện thiếu người hiến tạng mà không có chống chỉ định khác thì chúng tôi vẫn tiến hành ghép. Khi có hiện tượng thả ghép sớm kết hợp với yếu tố nguy cơ là THA (HA: 200/100mmHg), mặc dù đã điều chỉnh liều phác đồ ức chế miễn dịch thông thường và kiểm soát huyết áp tốt, nhưng không kết quả. Chúng tôi quyết định sử dụng ATG ngay, đồng thời tiến hành sinh thiết thận ghép. Kết quả cho thấy đây là bệnh thả ghép sớm qua trung gian tế bào. Như vậy, việc chỉ định điều trị ATG là hoàn toàn chính xác, chỉ sau 1 ngày điều trị thì đã có cải thiện về các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng [1]. Chỉ sau 5 ngày, BN đã phục hồi hoàn toàn chức năng thận. Như vậy, qua trường hợp này cho thấy việc sử dụng ATG sớm khi chưa có kết quả giải phẫu bệnh lý là cần thiết và việc sử

dụng ATG nên được áp dụng theo hướng dẫn sẽ cho kết quả tốt [6].

Tuy nhiên, trong trường hợp này BN đã có thêm biến chứng nhiễm khuẩn huyết nặng do *E. coli* sau khi ngừng ATG 6 ngày. Đây là biến chứng được tiên lượng trước, nếu như điều trị bằng ATG kéo dài thì mức độ suy giảm miễn dịch sẽ nặng hơn và có nguy cơ nhiễm khuẩn cao, thậm chí có thể dẫn đến nhiễm khuẩn huyết nặng sẽ có tiên lượng rất xấu [2]. Theo khuyến cáo "Ghép thận Việt Nam", KDOQI và một số nghiên cứu trước đây, phác đồ kháng sinh mạnh phổ rộng là rất cần thiết [3], [4]. Chúng tôi đã áp dụng phác đồ kháng sinh phổ rộng, hiệu lực mạnh theo các khuyến cáo trên, tiếp tục các thuốc ức chế miễn dịch theo qui ước cùng kiểm soát huyết áp, cân bằng dịch vào, ra. Kết quả của phác đồ trên thể hiện khá tốt trong điều trị nhiễm khuẩn huyết và suy giảm chức năng thận ở bệnh nhân này. Nhiễm khuẩn từ đường tiết niệu là nguy cơ thường gặp, do đó việc cấy NT thường xuyên sau ghép trên những BN được sử dụng ATG lại càng cần thiết nhằm phát hiện và ngăn ngừa nguy cơ nhiễm khuẩn sớm.

Tỷ lệ phải ghép thận lại với thả ghép qua trung gian tế bào là rất cao trước đây. Hiện nay với sự tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị trên thế giới đã giảm được tỷ lệ mất chức năng thận ghép. Ở Việt Nam hiện nay cũng đã có đầy đủ các thuốc trong điều trị thả ghép qua trung gian tế bào nên bước đầu cũng đã có được sự thành công nhất định [1], [7]. Trong trường hợp này việc chuyển phác đồ điều trị khi BN không đáp ứng với corticoid là hoàn toàn phù hợp và đã có kết quả tốt. Tuy nhiên, cần dõi sát trong năm đầu vì nguy cơ thả ghép và bội nhiễm do giảm sức đề kháng khi dùng các thuốc UCMD mạnh như ATG vẫn còn có thể tái diễn [6], [8].

4. Kết luận

Việc kết hợp điều trị ATG tỏ và kháng sinh kết hợp, phổ rộng, cùng với phác đồ chống thải ghép thông thường, kiểm soát các yếu tố nguy cơ trong trường hợp này đã đạt được kết quả tốt. Cần có thêm nghiên cứu với số lượng lớn hơn về sử dụng ATG trong điều trị thải ghép thận cấp kháng steroid để có những kết luận có ý nghĩa hơn về khoa học và ứng dụng lâm sàng.

Tài liệu tham khảo

1. Phạm Gia Khánh, Trần Đình Long, Trần Ngọc Sinh, Bùi Đức Phú và CS (2017) *Thải ghép cấp. Hướng dẫn ghép thận Việt Nam*. Nhà Xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 125-129.
2. Bonatti H, Berger 2 N, Kafka R et al (2002) *Experience with ATG short course high dose induction therapy in a series of 112 enteric drained pancreatic transplants*. Annals of transplantation 7(3): 22-27.
3. Al NO, Rajput A, Martinezb E et al (2017) *Acute rejection of a kidney transplant in a patient with common variable immunodeficiency: A case report*. Transplantation Proceeding 49: 380-385.
4. Surg Capt MSN Murty, Surg Vice Adm VK Saxena, Col UK Sharma et al (2009) *Renal transplantation: Experience at a single centre*. MJAFI 65(1): 18-22.
5. Philip F, Halloran, Jonathan S, Bromberg, Robert L, Fairchild et al (2009) *Chapter 6: Treatment of acute rejection*. KDIGO Clinical Practice Guideline for the care of kidney transplant recipients, American Journal of Transplantation 9(3): 1-157.
6. Suphamai B, Michael CJ, Arthur H, Cohen et al (2010) *Chapter 5 immunosuppressive medications and protocols for kidney transplantation*. Handbook of Kidney Transplantation, 5th EDITION by LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS: 77-126.
7. Peter JM, Stuart, Knechtle J (2008) *Chapter 20: Antibodies and fusion proteins. Kidney transplantation: Principles and practice*. Saunders - Elsevier Inc, 6th ed: 309-333.
8. Margaret B, Deborah B, Adey, Roy D, Bloom et al (2010) *KDOQI US Commentary on the 2009 KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients*. Am J Kidney Dis 56: 189-218.