



The Outcome of Kidney Transplantation 2 Years Experience Sappasitthiprasong Hospital

Wattanachai Ungjaroenwathana M.D.

Abstract

Purpose: To study the outcome of kidney transplantation in Sappasitthiprasong hospital

Material and methods: The data of 11 patients who underwent kidney transplantation in Sappasitthiprasong hospital from 2009 to 2011 was determined in terms of complications and viability of transplanted kidney.

Results: Ten of 11 patients were received living donor kidneys by laparoscopic procedure. The rest was from cadaveric donor. Five patients had complications, 4 patients had urinary tract infection, reoperation with wound dehiscence, perinephric collection and accidental DJ stent suture. One had lost kidney due to vascular complication. All the patients except the lost kidney one do not need analysis.

Conclusions: Although the kidney transplantation outcomes in our study still have high complications but most of the patients 10 out of 11 can maintain normal life without analysis.

Key words: kidney transplantation, complication, result, laparoscopic donor nephrectomy

ผลการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ประสบการณ์ 2 ปีในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วัฒนชัย อังเจริญวัฒนา พ.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วัสดุและวิธีการ: ศึกษาข้อมูลผู้ป่วย 11 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 ถึง 2554 ในด้านภาวะแทรกซ้อนและการทำงานของไตที่ได้รับการปลูกถ่าย

ผลลัพธ์: ผู้ป่วย 10 จาก 11 ราย ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิตด้วยวิธีใช้กล้องช่วยผ่าตัด (laparoscopic donor nephrectomy) ผู้ป่วยอีกหนึ่งรายได้รับจากผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตาย พบมีภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย 5 ราย คือ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การผ่าตัดซ้ำและพบแผลผ่าตัดแยก ภาวะ perinephric collection เย็บสายระบายในท่อไต โดยบังเอิญ และการสูญเสียไตเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ผู้ป่วย 10 จาก 11 รายไม่จำเป็นต้องล้างไต

สรุป: แม้ว่าการศึกษานี้พบมีภาวะแทรกซ้อนสูง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติโดยไม่จำเป็นต้องล้างไต

คำสำคัญ: การผ่าตัดปลูกถ่ายไต, ภาวะแทรกซ้อน, ผลการรักษา, การผ่าตัดไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิตโดยใช้กล้องช่วยผ่าตัด

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี เนื่องจากเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงขึ้น เนื่องจากเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง อีกทั้งเทคโนโลยีในปัจจุบันสามารถยืดอายุของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต แต่ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีอย่างมากต่อผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคไตวายเรื้อรัง แม้ว่าจะมีความพยายามพัฒนาการรักษาโรคไตวายด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การสร้างไตจาก Stem cell แต่ยังไม่สามารถใช้ในทางคลินิกได้[1-5] โดยไตที่ได้รับบริจาค นั้น สามารถได้รับการบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิตหรือผู้ที่มีภาวะสมองตาย โดยผลการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยได้รับการบริจาคจากผู้บริจาคที่มีชีวิตสามารถทำงานได้ดีกว่า และมีอัตราการอยู่รอดของไตที่สูงกว่า[6]

การผ่าตัดปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ นั้นถือได้ว่าเป็นความพยายามในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเริ่มดำเนินการในช่วงปี พ.ศ. 2541 แต่ทว่าไม่สามารถดำเนินการได้ต่อเนื่อง เพราะมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ใช้บริการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นผู้มีรายได้น้อย จนกระทั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดระเบียบการเบิกจ่ายค่ารักษาของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตที่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น จนกระทั่งในปีพ.ศ. 2552 คณะแพทย์ได้เริ่มทำการรักษาขึ้นมาอีกครั้ง โดยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งหมดใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ในการผ่าตัดปลูกถ่ายไต โดยผู้บริจาคที่มีชีวิตนั้น ทีมแพทย์ผู้รักษาของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้ตัดสินใจใช้ laparoscopic donor nephrectomy ในการปลูกถ่ายไต พบว่าไม่มีความแตกต่างกับการผ่าตัดแบบลงมีดเปิดแผล ทั้งในแง่ของภาวะแทรกซ้อน ประสิทธิภาพ และการทำงานของไตที่ปลูกถ่าย[7-9]

เนื่องจากในการผ่าตัดปลูกถ่ายไตนั้นมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้โดยเฉพาะในระยะแรกของการดำเนินงาน โดยมีรายงานพบภาวะแทรกซ้อนได้ถึงร้อยละ 20-30[10-13] การศึกษาในครั้งนี้ได้รายงานถึง ภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์ของ

การผ่าตัดปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในระยะแรก

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตใน รพ. สรรพสิทธิประสงค์ ในช่วงระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 - มิถุนายน พ.ศ. 2554 โดยผู้ป่วยทั้งหมด จะได้รับการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์เพียงรายเดียว การผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ใช้วิธีการผ่าตัดแบบมาตรฐานคือ เปิดแผลในแนว Gibson's incision ด้านขวา หาเส้นเลือด iliac artery และ vein แบบ extraperitoneal approach และใช้การต่อเส้นเลือดแบบ end to side ที่ external iliac artery และ vein ในการผ่าตัดต่อท่อไต และกระเพาะปัสสาวะใช้วิธีแบบ Lich-Gregoir โดยใช้สายสวนปัสสาวะ 3 ทาง และใช้ ureteral stent (DJ stent) ทุก ราย และวางสายระบาย (radivac drain) 2 เส้นใน extraperitoneal space สายระบายจะถูกถอดเมื่อสายระบายออกน้อยกว่า 50 cc 2 วันติดต่อกัน สายสวนปัสสาวะจะถูกถอดเมื่อครบ 7 วัน สาย ureteral stent (DJ stent) จะถูกถอดเมื่อครบ 14 วัน ตัดไหมเย็บแผลเมื่อครบ 7 วัน หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการตรวจ color Doppler ultrasound และ renal scan หลังผ่าตัดวัน 1 และ 7

ผู้ป่วยได้รับการให้ยากดภูมิคุ้มกันเป็น Tacrolimus, Methylprednisolone, Mycophenolate mofetil ในช่วง induction หากเป็นผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่สมองตาย จะได้รับ Basiliximab ซึ่งเป็น interleukin-2 receptor antagonists ร่วมด้วย และในช่วง maintenance ผู้ป่วยได้รับยา Tacrolimus, prednisolone, Mycophenolate mofetil หากผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากยาจะได้รับการเปลี่ยนยาเป็น Everolimus และ Mycophenolate sodium tablet ตามความเหมาะสมในแต่ละราย

ศึกษาในเรื่องของผลการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และวิธีการรักษาภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลด้านระบาดวิทยา สิ่งที่ต้องตรวจพบทางคลินิก ระยะเวลาที่ไตขาดเลือด central venous pressure เมื่อเสร็จการผ่าตัด ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับ Blood urea nitrogen (BUN), Serum creatinine (Cr) และคำนวณค่า creatinine clearance ตาม Cockcroft and Gault Method

ผลลัพธ์

พบผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต จำนวน 11 ราย โดยเป็นผู้ป่วยชายจำนวน 9 ราย ผู้ป่วยหญิงจำนวน 2 ราย ทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย โดยมีผู้ป่วยเพียง 2 คน ที่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อไตยืนยันการวินิจฉัยเป็น IgA nephropathy โดยพบว่ามีโรคหินหัวใจรั่ว 2 ราย ผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้ใช้วิธีล้างไตทางหน้าท้อง 9 ราย วิธีล้างไตทางเส้นเลือด 2 ราย ข้อมูลด้านระบาดวิทยาอื่นแสดงในตารางที่ 1

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้บริจาคที่มีชีวิต 10 ราย ซึ่งทั้งหมดได้ไตจากการผ่าตัดนำไตออกจากร่างกายผู้บริจาคที่มีชีวิตโดยใช้กล้องช่วยผ่าตัด ซึ่งข้อมูลในระหว่างการผ่าตัดแสดงในตารางที่ 1 โดยพบค่ามัธยฐานและพิสัยของ warm ischemic time, cold ischemic time, relative warm ischemic time ตามลำดับ ดังนี้ 2 (2-3), 22.5 (20-31.25), 43.5 (39.25-52) และพบว่ามีผู้ป่วย 1 ราย ที่ได้รับบริจาคไตจากผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตายซึ่งมีค่า cold ischemic

time 12 ชั่วโมง 30 นาที ค่า relative warm ischemic time 39 นาที พบผู้ป่วย 1 รายที่มี renal artery 3 เส้น และหลังจากต่อเส้นเลือดพบปัสสาวะไหลออกจากท่อไตที่ปลูกถ่ายในระหว่างผ่าตัด 7 ราย และผู้ป่วย 4 รายไม่มีปัสสาวะไหลออกจากท่อไตที่ปลูกถ่าย

ผลการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการผ่าตัดปลูกถ่ายไตพบว่าผู้ป่วย 10 รายมีการทำงานของไตที่ปลูกถ่าย ไม่จำเป็นต้องล้างไต ซึ่งแสดงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังตารางที่ 2

การศึกษาครั้งนี้พบมีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถรักษาได้ 4 รายดังนี้

1. การติดเชื้อ *E.coli* และ *E. histolytica*
2. ผ่าตัดซ้ำเพื่อดูลักษณะของไตและเส้นเลือดของไต เนื่องจากปริมาณปัสสาวะออกน้อยและในระหว่างผ่าตัดซ้ำพบว่ารอยเย็บบริเวณท่อไตและกระเพาะปัสสาวะมีน้ำขุ่น
3. perinephric collection
4. suture material ถูกเย็บติดกับ DJ stent

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทางด้านระบาดวิทยา ข้อมูลที่พบระหว่างการผ่าตัด kidney transplantation

Topic	median (interquatile range)	mean (SD)
Lengths of stay (day)	17 (12-19)	19.18 (10.82)
age (year)	29 (19-44)	30.27 (11.20)
pre-op BUN (g/dL)	53 (47-66)	53.73 (14.79)
pre-op creatinine (g/dL)	13.6 (9.1-16.2)	13.52 (3.93)
pre-op creatinine clearance (ml/min)	6.73 (5.28-7.29)	6.80 (2.40)
warm ischemic time (min)*	2 (2-3)	2.5 (0.756)
cool ischemic time (min)*	22.5 (20-31.25)	24.75 (8.73)
Relative warm ischemic time (min)*	43.5 (39.25-52)	48 (16.142)
central venous pressure (cmH ₂ O) at end point of operation	16.5 (11.75-19)	15.8 (3.375)

* ข้อมูลเฉพาะกลุ่ม Living donor kidney transplantation

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลผลการรักษาในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตที่ปลูกถ่าย

Topic	median (interquatile range)	mean (SD)
BUN before discharge (g/dL)	19.50 (18-27.50)	23.10 (8.103)
Creatinine before discharge (g/dL)	1.5 (1.325-1.80)	1.56 (0.366)
creatinine clearance before discharge (cc/min)	55.28 (48.925-61.63)	54.88 (7.63)

อย่างไรก็ตามผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับการบริจาดไตจาก ผู้บริจาดที่มีชีวิต สูญเสียไตเนื่องจาก vascular complication รวมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งหมด 5 ราย

บทวิจารณ์

เทคนิคการผ่าตัดปลูกถ่ายไต จัดได้ว่าเป็นหนึ่งใน ขั้นตอนที่สำคัญที่สุดของการผ่าตัดปลูกถ่ายไต การผิดพลาด ในการผ่าตัดอาจส่งผลให้เกิดการล้มเหลวของการปลูกถ่ายไต โดยไม่สามารถแก้ไขได้ การต่อหลอดเลือดลงสู่กระเพาะปัสสาวะ เป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญ หากเกิดปัญหาแทรกซ้อน ในขั้นตอนนี้จะส่งผลให้การปลูกถ่ายไตไม่ประสบความสำเร็จ [14] ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเป็นการผ่าตัดโดยมีศัลยแพทย์ ที่รับผิดชอบการผ่าตัดทุกครั้ง 1 คน ทำให้สามารถตัดประเด็น ในด้านเทคนิคการผ่าตัดปลูกถ่ายไตที่ทำให้ผลการรักษาแตกต่างกันออกไปได้ เมื่อแยกวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และวิธีป้องกันสามารถแยกเป็นกรณีศึกษาดังนี้

1. พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ การที่เสียไตไป ในผู้ป่วยที่ได้รับการบริจาดไตที่มีชีวิต เมื่อได้ทำการตรวจทาง พยาธิวิทยาแล้วพบว่าปัญหาจากการขาดเลือด และพบว่ามี thrombosis ที่ renal artery และ renal vein แต่ไม่พบ thrombus ที่ external iliac artery และ external iliac vein เชื่อได้ที่เกิดจากการที่มี renal blood flow น้อย ทำให้เกิด thrombus ใน renal vein ก่อน แล้วเกิด thrombus ใน circulatory system ของไตทั้งหมดตามมา สาเหตุที่ทำให้ renal blood flow น้อยลงอาจเกิดได้จากการที่มีการบีบของ renal artery ในขณะที่เย็บปิดผนังหน้าท้อง หรือเกิดจาก intravascular volume ที่น้อย เพราะในขณะที่ทำผ่าตัดปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยรายนี้พบว่ามีการขาดเลือดมาเลี้ยงที่ไตดี มีปัสสาวะออกจากไตที่ปลูกถ่าย แต่ถ้าหากค่า central venous pressure ลดลงพบว่าไตไม่เต่งตึง และไม่มีปัสสาวะออกมา อีกทั้งสาเหตุที่พบปัญหาใน post-operative day 1 เนื่องจากผู้ป่วยมีปัสสาวะที่ออกจากไตเดิมอยู่จำนวนหนึ่งทำให้เข้าใจว่าเป็นปัสสาวะที่ออกจากไตที่ได้รับการปลูกถ่าย วิธีที่ควรดำเนินการในการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำคือ การทำ nephropexy เพื่อป้องกันการเกิดภาวะที่ไตเคลื่อนจนเกิดการบิดพับของ เส้นเลือด การตรวจ color Doppler ultrasound หลังการผ่าตัดทันที และติดตามปริมาณปัสสาวะของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงปริมาณปัสสาวะเดิมของผู้ป่วยด้วย

2. ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่พบอีกอย่างหนึ่งคือ การ

เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหลังจากส่องกล้องทาง ท่อปัสสาวะเพื่อนำสายระบายในท่อไต (double J stent) ออกจากร่างกายผู้ป่วยซึ่งอาจเกิดจากการที่มีการปนเปื้อนของ เชื้อโรคนะส่องกล้อง โดยเชื้อที่พบเป็น *E. coli* และในผู้ป่วยรายเดียวกันนี้ยังพบมีปัญหาเรื่องท้องเสียจากการติดเชื้อ *E. Histolytica* ซึ่งอาจมาจากการปนเปื้อนของอาหารที่ผู้ป่วย รับประทาน วิธีที่ควรดำเนินการในการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำคือ การเตรียมห้องและอุปกรณ์การส่องกล้องให้ปราศจากเชื้อ และให้ส่องกล้องผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตเป็นรายแรกของ วัน รวมถึงการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในเรื่องของอาหารที่ควร รับประทาน

3. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการที่เกิดการฉีกขาดของ เยื่อบุช่องท้องในระหว่างการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยที่ได้ รับล้างไตทางช่องท้องก่อนผ่าตัดปลูกถ่ายไต และพบว่าผู้ป่วย มีปริมาณปัสสาวะออกน้อยมาก แม้ว่าจะได้รับการตรวจ color Doppler ultrasound ว่าเลือดมาเลี้ยงไตได้ แต่ เนื่องจากคณะแพทย์ผู้รักษากังวลเรื่องของภาวะไตขาดเลือด จึงได้นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อดูไตและเส้นเลือดของไตที่ ได้ปลูกถ่าย พบว่าไตที่ปลูกถ่ายเป็นปกติ แต่พบว่ามีเยื่อ บบริเวณท่อไตและกระเพาะปัสสาวะมีน้ำซึมออกมา จึงได้ทำ ผ่าตัดฝังท่อไตใหม่ และในวันต่อมาปัสสาวะของผู้ป่วยมี ปริมาณเพิ่มขึ้นตามลำดับ อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยมี คลื่นไส้อาเจียนมาก และค่า serum creatinine ลดลงไม่มาก จึงได้ส่งผู้ป่วยทำ Hemodialysis ใน post-operative day 3 เพียงหนึ่งครั้ง เนื่องจากมีการฉีกขาดของเยื่อบุช่องท้อง ทำให้มีน้ำในช่องท้องออกมาทางสายระบายจำนวนมาก และ เมื่อทำการตัดใหม่ทีแผลผ่าตัดในช่วง post-operative day 10 พบว่าแผลที่ผิวหนังฉีกขาด แต่แผลที่ชั้นกล้ามเนื้อเป็น ปกติ จึงได้เย็บแผลใหม่ และรออีก 25 วัน พร้อมกับส่องกล้อง ทางท่อปัสสาวะเพื่อนำสายระบายในท่อไต (double J stent) ออกจากร่างกายผู้ป่วย ใน post-operative day 35 โดย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติมวิธีที่ควรดำเนินการในการ ป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำคือเพิ่มความระมัดระวังในการแยกเยื่อ บุช่องท้องไม่ให้มีการฉีกขาด และเลื่อนระยะเวลาตัดใหม่ หากยังมีปริมาณสารน้ำออกมาจากสายระบายจำนวนมาก

4. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก perinephric collection โดยพบว่าเป็นหลังจากนำสายระบายออก และส่องกล้องทาง ท่อปัสสาวะเพื่อนำสายระบายในท่อไต (double J stent) ออกจากร่างกายผู้ป่วยใน post-operative day 15 และพบว่า

ค่า serum creatinine สูงขึ้น เมื่อตรวจด้วยอัลตราซาวด์ พบว่ามี perinephric collection ผู้ป่วยได้รับการวางสาย percutaneous drainage และส่งสารน้ำตรวจพบว่าไม่ใช่ น้ำปัสสาวะ และผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องทางท่อปัสสาวะ เพื่อฉีดสารทึบแสงเข้าท่อไต (retrograde pyelogram) พบว่าไม่มีการรั่วของสารทึบแสง อย่างไรก็ตามเนื่องจากปริมาณ สารน้ำที่ออกมาจากสาย percutaneous drainage ไม่ลดลง จึงได้ใส่สายระบายในท่อไต (double J stent) ใหม่ และสามารถนำสาย percutaneous drainage ออกได้ จึงได้ส่อง กล้องทางท่อปัสสาวะเพื่อนำสายระบายในท่อไต (double J stent) ออกจากร่างกายผู้ป่วยหลังจากใส่ใหม่ 30 วัน เมื่อ ตรวจอัลตราซาวด์อีกครั้งพบว่า เป็นปกติ วิธีที่ควรดำเนินการ ในการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำคือการที่ผูกท่อน้ำเหลืองบริเวณ เส้นเลือด external iliac อย่างประณีตเพื่อป้องกันการรั่ว ของน้ำเหลือง และต้องผูกท่อน้ำเหลืองบริเวณซั้วไตที่ได้รับ บริจาคอย่างประณีตเช่นกัน

5. ภาวะแทรกซ้อนจากการที่ไม่สามารถนำสายระบาย ในท่อไต (double J stent) ออกจากร่างกายผู้ป่วยได้ เนื่อง มาจากการที่มีไหมเย็บเกี่ยวกับสายระบายในท่อไต แต่เมื่อรอ ในไหมเย็บละลายก็สามารถนำสายระบายในท่อไตออกได้ วิธี ที่ควรดำเนินการในการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำคือ เย็บท่อไตด้วย ความระมัดระวังป้องกันการเย็บสายระบายในท่อไต

ในการศึกษาครั้งนี้พบภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 45 และสูญเสียไตที่ปลูกถ่ายร้อยละ 9.09 ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงกว่า รายงานที่พบในประเทศไทย โดยสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทยพบว่า มีสถาบันที่ร่วมโครงการลงทะเบียนปลูก ถ่ายอวัยวะประจำปี พ.ศ. 2553 จำนวน 21 แห่ง จำนวนผู้ ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไต 354 ราย โดยได้รับบริจาค จากผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตาย 169 ราย และได้รับบริจาค

จากผู้บริจาคที่มีชีวิต 185 ราย พบว่ามีการสูญเสียไต 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.37 ผู้ป่วยเสียชีวิต 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.69[6] และข้อมูลในต่างประเทศที่พบการสูญเสียไต ตั้งแต่ ร้อยละ 1.9 ถึง 23.3[10-13] อาจเป็นเพราะเป็นช่วงแรก ของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทำให้มีข้อจำกัดของ ประสิทธิภาพของทีมผู้รักษาในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยทั้งหมด ยกเว้นในรายที่สูญเสียไตที่ปลูกถ่ายสามารถ ดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยไม่ต้องล้างไต

สรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ ในช่วงระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2552- มิถุนายน พ.ศ. 2554 ประสบความสำเร็จสามารถดำเนินชีวิต โดยไม่ต้องล้างไตร้อยละ 90.91 พบภาวะแทรกซ้อนจากการ ผ่าตัดรักษาสูงถึงร้อยละ 45 ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคือ การ สูญเสียไตที่ได้รับบริจาค 1 ราย สำหรับผู้ป่วยรายอื่นที่มีภาวะ แทรกซ้อนสามารถแก้ไขกลับมาเป็นปกติได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ

นายแพทย์ปริญญา ชำนาญ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.สรรพสิทธิประสงค์

นางดรุณี บุ่งทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้า หอผู้ป่วยศัลยกรรมปัสสาวะชาย รพ.สรรพสิทธิประสงค์

นางสาวอรชร มาลาหอม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมรวม รพ.สรรพสิทธิ- ประสงค์

แพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิ- ประสงค์ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดปลูกถ่ายไต

เอกสารอ้างอิง

1. Rastogi A, Nissenson AR. Technological advances in renal replacement therapy: five years and beyond. **Clin J Am Soc Nephrol** 2009; 4:S132-6.
2. Pesavento TE. Kidney transplantation in the context of renal replacement therapy. **Clin J Am Soc Nephrol** 2009; 4:2035-9.
3. Huang E, Segev DL, Rabb H. Kidney transplantation in the elderly. **Semin Nephrol** 2009 November; 29(6):621-35.
4. Bentas W, Jones J, Karaogus A, Tilp U, Probst M, Scheuermann E, et al. Renal transplantation in the elderly: surgical complication and outcome with special emphasis on the eurotransplant senior programme. **Nephrol Dial Transplant** 2008; 23:2043-51.
5. Filho MZ, Furtado PS, Barroso U Jr, Pugas CM, D'Avila C, Souza G. Kidney transplantation in children: A 50-case experience. **Int Braz J Urol** 2005; 31:558-61
6. คณะอนุกรรมการลงทะเบียนปลูกถ่ายอวัยวะ สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย. Annual report 2010 kidney transplantation in Thailand. [cited 2011 oct 11]. Available from:URL: <http://www.thai-transplant.org>
7. Minnee RC, Idu MM. Laparoscopic donor nephrectomy. **Neth J Med** 2010; 68:199-206.
8. Saidi R, Kawai T, Kennealey P, Tsouflas G, Elias N, Hertl M, et al. Living donor kidney transplantation with multiple arteries. **Arch Surg** 2009; 144(5):472-5.
9. Paramesh A, Zhang R, Florman S, Yau CL, Mcgee J, Al-abbas H, et al. Laparoscopic procurement of single versus multiple artery kidney allografts: Is long-term graft survival affected? **Transplantation** 2009 November 27;88(10):1203-7.
10. Rodrigo C, Sheriff R, Rajapakse S, Lanerolle RD, Sheriff R. A two-year retrospective analysis of renal transplant patients in Sri Lanka. **Saudi J Kidney Dis Transplant** 2011; 22(1):174-8.
11. Dalinkevičienė E, Kuzminskis V, Petrulienė K, Skarupskienė I, Bagdonavičiūtė G, Bumblytė IA. Ten-year experience of kidney transplant at the hospital of Kaunas university of medicine: demography, complications, graft and patient survival. **Medicina(Kaunas)** 2010; 46(8):538-43.
12. Safa J, Nezami N, Tarzamni MK, Zarforooshan S, Rahimi-ardabili B, Bohlouli A. Post-transplant urological and vascular complication. **Saudi J Kidney Dis Transplant** 2009; 20(5):867-71.
13. Atat RE, Derouiche A, Guellouz S, Gargah T, Lakhoua R, Chebil M. Surgical complication in pediatric and adolescent renal transplantation. **Saudi J Kidney Dis Transplant** 2010; 21(2):251-7.
14. โสภณ จีรลวีธรรม การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (surgical technique for kidney transplantation).ใน โสภณ จีรลวีธรรม เกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์ วสันต์ สุเมธกุล เสาวลักษณ์ ชูศิลป์ ตำราการปลูกถ่ายไต. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2547: หน้า 307-15.