

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

Ghép thận là một trong những phương pháp điều trị tối ưu trên bệnh nhân mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC). Ghép thận thành công không chỉ làm tăng khả năng sống còn ở bệnh nhân (BN) mà còn mang đến chất lượng cuộc sống tốt hơn và về lâu dài chi phí điều trị thấp hơn. Tại Việt Nam, trong 30 năm (1992 - 2022) có 24 trung tâm ghép thận cho cả người lớn lẫn trẻ em, với tổng số trường hợp ghép thận trong cả nước là 6.764 ca trong đó người hiến sống chiếm 96% và người hiến tạng (NHT) sau khi chết chỉ chiếm 4%. Vấn đề trở ngại lớn nhất cho ghép thận phát triển là thiếu hụt nguồn thận hiến. Tiêu chuẩn chẩn đoán chết não được ra đời vào năm 1968, và NHT chết tuần hoàn vào những năm 1990 được coi như một giải pháp quan trọng trong việc giải quyết tình trạng thiếu hụt nguồn tạng hiến. Có thể nói nguồn thận từ NHT sau khi chết đã góp phần rất lớn, và trở thành xu hướng phát triển trên thế giới, từ đó tạo thêm cơ hội cho những bệnh nhân mắc BTMGĐC. Tại Hoa Kỳ và Châu Âu, NHT sau khi chết đóng góp 77% và 69,6% nguồn thận hiến. Tại Hoa Kỳ năm 2020, tỷ lệ sống còn 1 năm và 5 năm bệnh nhân ghép thận từ NHT sau khi chết là 96,8% và 86,5%. Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu về kết quả của phẫu thuật ghép thận từ NHT sau khi chết. Tuy nhiên ở Việt Nam, còn khá ít nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy, đây là công trình nghiên cứu có tính thời sự cấp thiết góp phần đánh giá kết quả của phẫu thuật ghép thận từ NHT sau khi chết trong hoàn cảnh cụ thể của nước ta.

2. Mục tiêu nghiên cứu

MT1. Đánh giá kết quả về chức năng thận ghép và biến chứng sau phẫu thuật ghép thận từ NHT chết não và NHT chết tuần hoàn tại BV Chợ Rẫy.

MT2. Khảo sát tỷ lệ sống còn, một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ sống còn của thận ghép và bệnh nhân sau ghép thận; đóng góp của nguồn thận từ NHT chết não và NHT chết tuần hoàn tại BV Chợ Rẫy.

3. Những đóng góp mới của luận án

NHT sau khi chết đóng vai trò quan trọng trong nguồn thận ghép cho các bệnh nhân BTMGĐC. Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu tại từng trung tâm ghép đánh giá kết quả ghép thận từ NHT chết não. Từ năm 2015, BV Chợ Rẫy tiến hành nghiên cứu ghép thận từ NHT chết tuần hoàn (đề tài nghiên cứu KC.10 cấp Nhà nước). Do đó, kết quả ghép thận từ NHT chết tuần hoàn trong nghiên cứu sẽ cho chúng ta thấy được các số liệu cụ thể trong bối cảnh cụ thể ở nước ta. Dựa trên các kết quả đó, chúng ta sẽ xây dựng các biện pháp cụ thể để mở rộng nguồn tạng hiến này trong tương lai. Do vậy, đề tài có tính mới trên thực tế ở trong nước.

4. Bố cục luận án: Luận án dài 126 trang bao gồm các phần: Đặt vấn đề và mục tiêu nghiên cứu (2 trang), Tổng quan tài liệu (37 trang), Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (20 trang), Kết quả nghiên cứu (32 trang), Bàn luận (31 trang), Kết luận (2 trang), Hạn chế đề tài (1 trang), Kiến nghị (1 trang). Luận án có 51 bảng, 15 biểu đồ, 2 sơ đồ, 4 hình. Sử dụng 144 tài liệu tham khảo trong và ngoài nước.

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Mở đầu

Thế giới, lịch sử ghép tạng đã có từ thời cổ xưa. Lịch sử ghép tạng nói chung bắt đầu từ những năm đầu của thế kỷ XVIII. Từ năm 1950 - 1953, hầu hết thận ghép đồng loài trên người thực hiện tại Paris và Boston không có thuốc ức chế miễn dịch và đều bị thải ghép ngay sau ghép. Năm 1954, Murray tiến hành ghép thận ở cặp sinh đôi cùng trứng đạt kết quả tốt.

Trong nước, sau khi “Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác” có hiệu lực (1/7/2007) nguồn tạng ghép được mở rộng hơn. Ngày 23 tháng 04 năm 2008, ca ghép thận từ NHT chết não đầu tiên tại Việt Nam. Ngày 19 tháng 6 năm 2015, hai ca ghép thận từ NHT chết tuần hoàn được thực hiện. Đến tháng 9 năm 2023 cả nước ta có 7.990 BN được ghép tạng, trong đó 7.380 BN ghép thận từ NHT sống, 278 BN ghép thận từ NHT sau khi chết.

1.2. Các nguồn thận hiến: Bao gồm: (1) Người hiến sống: có quan hệ huyết thống, không quan hệ huyết thống và thiện nguyện (2) Người hiến sau khi chết: chết não, chết tuần hoàn.

1.3. Kết quả ghép thận từ người hiến tạng sau khi chết

1.3.1. Rối loạn chức năng thận ghép sớm: Thận ghép không chức năng nguyên phát là biến chứng không thường gặp sau ghép, nhưng nếu xảy ra sẽ có nguy cơ tử vong cao. Trì hoãn chức năng thận ghép (THCNTG) là biến chứng sớm thường gặp nhất sau ghép thận. Tần suất: 15% đến 20%, cao hơn khi thận hiến từ NHT sau khi chết khoảng 20% đến 25%, trong đó thận hiến từ NHT chết tuần hoàn có thể lên đến 40%. THCNTG làm tăng 38% nguy cơ thải ghép cấp, tăng 53% nguy cơ tử vong.

1.3.2. Biến chứng thải ghép: Thải ghép cấp là một trong các nguyên nhân quan tâm hàng đầu sau ghép thận, xảy ra do đáp ứng miễn dịch của người nhận thận với thận ghép. Thời gian hay gặp nhất của thải ghép cấp là 6 tháng đầu tiên sau ghép. Các triệu chứng cơ năng và thực thể lại mơ hồ hơn do những thuốc ức chế miễn dịch thể hệ mới, vẫn có thể gặp sốt nhẹ, thiếu niệu, đau vùng thận ghép... Cho đến nay, creatinine huyết thanh vẫn là tiêu chuẩn cơ bản để phát hiện suy chức năng thận ghép, nhưng nó thường là dấu hiệu xuất hiện muộn và không nhạy để chẩn đoán tổn thương thận.

1.3.3. Biến chứng ngoại khoa sau ghép: *Hẹp động mạch thận ghép* là biến chứng mạch máu thường gặp nhất sau ghép thận, từ 1% đến 23%, thường xảy ra trong thời gian từ ba tháng đến hai năm sau ghép. *Huyết khối động mạch* là một biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng có thể dẫn đến mất mảnh ghép, với tỉ lệ khoảng 0,4%. *Huyết khối tĩnh mạch* thường xảy ra ngay sau ghép, là biến chứng hiếm gặp. Tàn suất: 5% người trưởng thành và 8,2% trẻ em. *Chảy máu sau ghép:* hầu hết các khối tụ máu nhỏ, phát hiện qua siêu âm thường quy khảo sát thận ghép và tự hấp thu sau đó. Chỉ định phẫu thuật là vỡ chủ mô thận, vỡ miêng nối động mạch, chèn ép vào thận ghép ảnh hưởng đến lưu lượng máu tưới thận, chảy máu đang diễn tiến, và thận ghép suy chức năng. *Tụ dịch bạch huyết:* Những khối tụ dịch nhỏ hơn 100 ml, không có triệu chứng lâm sàng, sẽ tự hấp thu theo thời gian. Những khối tụ dịch lớn hơn thường có triệu chứng lâm sàng và có thể phải can thiệp. *Hẹp niệu quản hoặc tắc niệu quản* thường xảy ra sau 6 tháng đầu tiên, tần suất 2% - 7,5%. Đặt thông niệu quản thường quy lúc phẫu thuật giúp tránh biến chứng tắc nghẽn trong giai đoạn sớm. *Dò nước tiểu* xảy ra từ 1% đến 3% các trường hợp ghép thận. Kỹ thuật mổ và hoại tử niệu quản do thiếu máu là hai nguyên nhân chính.

1.3.4. Tỷ lệ sống còn thận ghép và bệnh nhân

Theo tác giả Schaapherder và cộng sự tổng kết 3.611 người nhận thận hiến từ NHT chết não và 2.711 người nhận thận hiến từ NHT chết tuần hoàn tại Hà Lan trong 17 năm ghi nhận nguy cơ mất thận ghép trong giai đoạn gần sau ghép của nhóm nhận thận từ NHT chết tuần hoàn cao hơn 50% so với nhóm nhận thận từ NHT chết não, tuy nhiên không ảnh hưởng lên tỷ lệ sống còn thận ghép và tỷ lệ sống còn của BN về lâu dài.

Tỷ lệ sống còn của BN sau ghép thận từ NHT chết não sau 5 năm theo nghiên cứu Summers và cộng sự là 86,5% với thận ghép, từ NHT chết

tuần hoàn và 89,4% với nhóm nhận thận từ NHT chết não ($P < 0,001$); tại thời điểm 10 năm sau ghép của nhóm nhận thận từ NHT chết tuần hoàn là 71,7% và của nhóm nhận thận từ NHT chết não là 76,7% ($P < 0,001$).

1.4. Các yếu tố ảnh hưởng kết quả ghép thận

1.4.1. Chỉ số nguy cơ người hiến thận: Thang điểm KDRI là thang điểm lượng giá nguy cơ từ NHT được xây dựng bởi Rao và cộng sự, năm 2009, tại Hoa Kỳ, thông qua một nghiên cứu bao gồm 14 biến số chuyên biệt từ người hiến hoặc ghép. Chỉ số KDRI thấp có nghĩa là thận có chất lượng tốt, vì vậy thận hiến được lựa chọn cho những người nhận trẻ tuổi hơn với mong muốn đời sống thận ghép được kéo dài.

1.4.2. Tuổi người hiến tạng: Tuổi NHT ảnh hưởng nhiều nhất lên tỷ lệ sống còn thận ghép về lâu dài, đặc biệt là người hiến trên 60 tuổi.

1.4.3. Chỉ số khối cơ thể người hiến tạng: Tại Vương Quốc Anh, nghiên cứu được thực hiện bởi Arshad và cộng sự khảo sát mối liên quan giữa chỉ số khối cơ thể và trì hoãn chức năng thận ghép cho thấy nguy cơ tăng lên 1,22 ($P = 0,022$) nếu NHT thừa cân, nguy cơ tăng 1,23 ($P < 0,001$) nếu NHT béo phì, và nguy cơ tăng 1,38 ($P < 0,001$) nếu NHT béo phì bệnh lý.

1.4.4. Nguyên nhân tử vong của người hiến tạng: Tử vong do tai biến mạch máu não thường đi kèm với tiêu chuẩn NHT tiêu chuẩn mở rộng. Nguyên nhân tử vong thường liên quan đến bệnh lý truyền nhiễm cho người nhận hơn là liên quan trực tiếp đến kết cục ghép thận.

1.4.5. Người hiến tạng tiêu chuẩn mở rộng: NHT tuổi ≥ 60 hoặc tuổi từ 50 -59 đi kèm với 2 trong 3 tiêu chuẩn sau: (1) Tử vong do tai biến mạch máu não, (2) Tiền căn tăng huyết áp, (3) creatinine huyết thanh tại thời điểm hiến tạng $> 1,5$ mg/dl. Thận từ người hiến theo tiêu chuẩn mở rộng thường phân phối cho người nhận lớn tuổi.

1.5. Các nghiên cứu trong nước

Năm 2011, tác giả Dư Thị Ngọc Thu và cộng sự với nghiên cứu “Người hiến tạng chết não: Các trường hợp đầu tiên tại Việt Nam” với 4 trường hợp người chết não hiến tạng, và 7 trường hợp bệnh nhân nhận thận. Năm 2016, tác giả Nguyễn Trường Sơn và cộng sự với nghiên cứu “Kết quả sớm ghép thận từ người hiến thận tim ngừng đập: Nhân 2 trường hợp đầu tiên tại Bệnh viện Chợ Rẫy” với kết quả cả 2 trường hợp chức năng thận ghép cải thiện dần. Năm 2021, tác giả Lê Nguyễn Vũ và cộng sự với nghiên cứu “Ghép thận từ người cho chết não tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2010 – 2020” có kết quả tỷ lệ sống còn 5 năm của BN là 96,5%, tỷ lệ sống còn thận ghép sau 3 năm là 97,4%, và 5 năm là 96,5%.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hàng loạt ca, theo dõi dọc.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nhận thận từ NHT chết não và BN nhận thận từ NHT chết tuần hoàn Maastricht III hoặc IV và và theo dõi định kỳ sau ghép tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Các bệnh nhân nhận thận từ NHT chết não và NHT chết tuần hoàn Maastricht III hoặc IV tại BV Chợ Rẫy từ tháng 4 năm 2008 đến tháng 12 năm 2021 và được theo dõi định kỳ sau ghép tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Từ đủ 16 tuổi trở lên.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ không ghi nhận các biến số chính trong nghiên cứu. Bệnh nhân ghép thận từ nơi khác. Bệnh nhân tái khám tại bệnh viện khác.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Số liệu được ghi nhận từ tháng 4 năm 2008 đến ngày 15 tháng 10 năm 2023 tại BV Chợ Rẫy.

2.4. Cơ mẫu của nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân được phẫu thuật nhận thận từ NHT sau khi chết tại BV Chợ Rẫy từ tháng 4 năm 2008 đến tháng 12 năm 2021.

2.5. Các biến số trong nghiên cứu

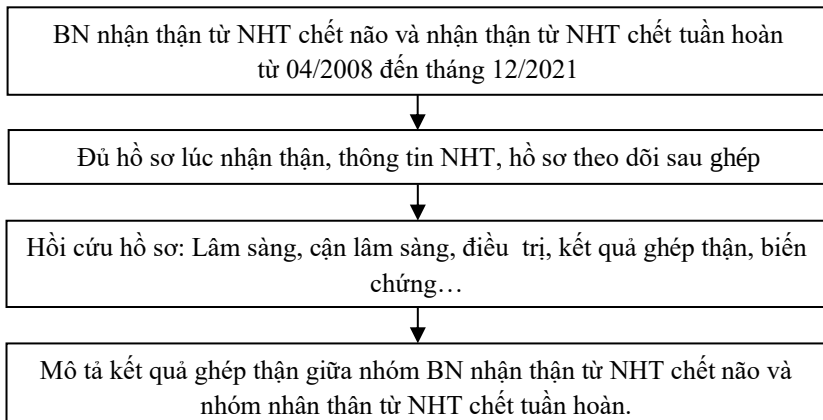
Biến số về: đặc điểm NHT, đặc điểm BN nhận thận, đánh giá chức năng thận ghép, biến chứng nội khoa không phải thải ghép, biến chứng thải ghép, biến chứng ngoại khoa, tỷ lệ sống còn thận ghép và bệnh nhân, ảnh hưởng tỷ lệ THCNTG, và ảnh hưởng tỷ lệ sống còn thận ghép và BN.

2.6. Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu

NHT sau khi chết: Hồi cứu trên hồ sơ lúc hiến tạng, hoặc hồ sơ BN nhận thận hiến, hoặc bệnh án tóm tắt của đơn vị điều phối BV Chợ Rẫy từ tháng 4 năm 2008 đến tháng 12 năm 2021.

BN nhận thận: Hồi cứu trên hồ sơ các BN được ghép thận tại BV Chợ Rẫy từ tháng 4 năm 2008 đến tháng 12 năm 2021 bao gồm: Hồ sơ lúc ghép, và hồ sơ theo dõi ngoại trú tại phòng khám Ghép thận BV Chợ Rẫy. Số liệu nghiên cứu được ghi nhận cho đến ngày 15 tháng 10 năm 2023.

2.7. Quy trình nghiên cứu



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

2.8. Phương pháp phân tích số liệu: Bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Chợ Rẫy số 1258/GCN-HĐĐĐ ngày 01/12/2021.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả chức năng thận ghép và biến chứng sau phẫu thuật ghép thận từ NHT sau khi chết

3.1.1. Kết quả chức năng thận ghép và biến chứng sau phẫu thuật ghép thận từ NHT chết não

3.1.1.1. Đặc điểm người hiến tạng

Trong 4 năm, nghiên cứu ghi nhận có 21 NHT chết não tại BV Chợ Rẫy và 6 NHT ngoài BV Chợ Rẫy. Có 23 NHT chết não được đưa vào nghiên cứu, nam giới chiếm 86,9%, và 73,9% đến từ BV Chợ Rẫy. Trung vị tuổi là 37 tuổi (27 - 45,5), trong đó có 2 BN thỏa tiêu chuẩn là NHT theo tiêu chuẩn mở rộng với trung vị chỉ số KDPI 31,5% và KDRI là 0,83. Chấn thương sọ não chiếm 20/23 trường hợp. Trung vị Cre-HT khi hiến tạng là 1,2 mg/dl (0,8 - 1,4).

3.1.1.2. Đặc điểm bệnh nhân nhận thận

Có 43 BN nhận thận từ NHT chết não thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu với tuổi trung vị là 36 tuổi, giới nam chiếm 67,4%. Trung vị thời gian điều trị thay thế thận là 38,7 tháng. Thận nhân tạo chiếm 86% BN. Có 3/43 TH đã từng ghép thận. Trung vị thời gian thiếu máu lạnh của thận hiến là 5,4 giờ, thời gian thiếu máu ấm của thận hiến là 38 phút.

3.1.1.3. Chức năng thận ghép

Trong 3 tháng đầu sau ghép, trung vị Cre-HT là 1,25 mg/dL. Từ 1 năm đến 5 năm sau ghép, trung vị Cre-HT ổn định từ 1,08 đến 1,22 mg/dL, sau đó, trung vị Cre-HT tăng dần, đạt đến 1,36 mg/dL vào năm thứ 11. Từ 1

năm đến 5 năm sau ghép, mức lọc cầu thận ước đoán (eGFR tính theo CKD EPI 2021 theo creatinine huyết thanh) dao động trung vị từ 69,5 – 75,3 ml/phút/1,73 m² da. Từ năm thứ năm trở đi, trung vị eGFR giảm dần, đạt 63,5 ml/phút/1,73 m² da vào năm thứ 11.

3.1.1.4. Rối loạn chức năng thận ghép sớm

Không ghi nhận có TH nào thận ghép không chức năng nguyên phát. Có 5 TH THCNTG chiếm tỷ lệ 11,6% với trung vị thời gian là 6 ngày, số lần chạy thận nhân tạo là 4 lần, thời gian nằm viện là 10 ngày.

Bảng 3.1. Các yếu tố ảnh hưởng THCNTG trên bệnh nhân nhận thận từ NHT chết não

Yếu tố khảo sát	OR	95% CI	P
Tuổi người hiến > 30 tuổi	11,281	0,801 - 158,8	0,073
Tuổi người nhận > 40 tuổi	0,172	0,008 - 3,554	0,255
Phương pháp điều trị thay thế thận	1,226	0,078 - 19,19	0,884
Cre-HT trước hiến > 1,5 mg%	2,001	0,114 - 35,17	0,635
Thời gian thiếu máu ấm > 30 phút	1,964	0,114 - 33,76	0,642
Thời gian thiếu máu lạnh > 12 giờ	0,265	0,012 - 5,706	0,396
Thuốc UCMD dẫn nhập	0,130	0,007 - 2,438	0,173

Ghi chú: Cre-HT: Creatinine huyết thanh; UCMD: Ức chế miễn dịch.

3.1.1.5. Biến chứng thải ghép: Tỷ lệ thải ghép cấp của nhóm BN nhận thận từ NHT chết não là 9,3%, trong năm đầu chiếm 75%. Sau 5 năm, có thêm 1 TH (25%) thải ghép cấp do BN quên uống thuốc.

3.1.1.6. Biến chứng ngoại khoa

Tỷ lệ biến chứng ngoại khoa chung chiếm 11.6%. Các biến chứng bao gồm: chảy máu sau ghép (2TH), tụ dịch bạch huyết (1TH), hẹp niệu quản (1TH), chậm lành vết mổ (1TH)

3.1.1.7. Các biến chứng nội khoa không phải thải ghép

Trung vị thời gian theo dõi là 5,64 năm, ngắn nhất là 2,41 năm, dài nhất 11,3 năm.

Bảng 3.2. Biến chứng nội khoa không phải thải ghép trên BN nhận thận từ NHT chết não

Biến chứng nội khoa	N (%)	Thời gian (tháng)
Bệnh lao sau ghép	2 (4,6%)	9,1 (5,7 - 12,5)
Bệnh thận ghép do <i>BK polyomavirus</i>	5 (11,6%)	16,9 (15,7 - 42,3)
Viêm phổi	5 (11,6%)	26,6 (24,5 - 28,4)
Nhiễm <i>Cytomegalovirus</i>	12 (27,9%)	5,7 (4,0 - 7,6)
Bệnh thận ghép	7 (16,2%)	74,9 (56,3 - 99,3)
Bệnh đái tháo đường sau ghép	3 (6,9%)	9,0 (7,6 - 10,1)

3.1.2. Kết quả về chức năng thận ghép và biến chứng sau phẫu thuật ghép thận từ NHT chết tuần hoàn

3.1.2.1. Đặc điểm người hiến tạng chết tuần hoàn

Có 5 NHT chết tuần hoàn trong thời gian nghiên cứu, nhưng chỉ 4 trường hợp được đưa vào nghiên cứu. Tất cả là nam giới, và đều thuộc phân loại Masstricht III. Trung vị tuổi lúc hiến tạng 50 tuổi (33 – 65), nhỏ nhất 30 tuổi và lớn nhất 68 tuổi. Có 2 NHT chết tuần hoàn thoả tiêu chuẩn là người hiến theo tiêu chuẩn mở rộng (trên 60 tuổi). NHT 1 có cre-HT lúc nhập viện và lúc hiến đều tối ưu (0,9 mg/dL). Trong khi 3 NHT còn lại cre-HT lúc hiến tăng hơn lúc nhập viện và đều >1,5 mg/dL. Trung vị thời gian thiếu máu nóng thận hiến là 11 phút.

3.1.2.2. Đặc điểm bệnh nhân nhận thận

Chỉ 3 năm: 2015, 2018, 2019 có BN nhận thận từ NHT chết tuần hoàn, với 9 trường hợp, đều là nam. Chỉ có 8 ca thoả tiêu chuẩn nghiên cứu. BN nhận thận từ NHT chết tuần hoàn có tuổi trung vị là 44,5 tuổi, nhỏ nhất 25 tuổi, lớn nhất 56 tuổi. Trung vị thời gian điều trị thay thế thận là 57 tháng. Thận nhân tạo chiếm 100%. Trung vị thời gian thiếu máu lạnh thận ghép là 10,5 giờ, thời gian thiếu máu ấm là 41,5 phút.

3.1.2.3. Chức năng thận ghép

Nghiên cứu ghi nhận từ năm thứ 3, mức độ trung vị cre-HT có sự biến động lớn. Đến năm thứ tám, mức độ trung vị cre-HT là 1,64 mg/dL. Về

eGFR trong tháng đầu sau ghép, với các giá trị nằm giữa 35 – 40 ml/phút/1,73 m² da. Từ tháng thứ ba trở đi, eGFR nằm trong khoảng 40 – 50 ml/phút/1,73 m² da.

3.1.2.4. Rối loạn chức năng thận ghép sớm

Có 7 TH nhận thận có THCNTG, chiếm 87,5%, và 1 TH chậm chức năng thận ghép, chiếm 12,5%. Không có TH nào thận ghép không chức năng nguyên phát. Trung vị thời gian chạy thận nhân tạo là 13 ngày, số lần chạy thận là 5, thời gian nằm viện là 26 ngày.

3.1.2.5. Biến chứng thải ghép cấp: Thời gian theo dõi trung vị 5 năm, ghi nhận tỷ lệ thải ghép cấp của nhóm BN nhận thận từ NHT chết tuần hoàn là 12,5%.

3.1.2.6. Biến chứng ngoại khoa sau ghép: có 2 TH, cụ thể là chảy máu sau ghép, chiếm 25%, với trung vị thời gian xảy ra là 12 ngày.

3.1.2.7. Biến chứng nội khoa không phải thải ghép: Bệnh lao sau ghép chiếm 37,5%. Bệnh thận ghép do BK polyomavirus 2 TH, chiếm 25%. Tỷ lệ viêm phổi nặng sau ghép chiếm 25%, có 1 TH viêm phổi nặng tử vong do *Pneumocytis jirovecii*. Tỷ lệ nhiễm Cytomegalovirus là 62,5%. Bệnh thận ghép ghi nhận 1 TH, với kết quả mô học là bệnh vi mạch huyết khối. Bệnh đái tháo đường sau ghép 1 TH, chiếm 12,5%.

3.2. Kết quả tỷ lệ sống còn, một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ sống còn của thận ghép và bệnh nhân; đóng góp của nguồn thận từ NHT chết não và NHT chết tuần hoàn

3.2.1. Tỷ lệ sống còn thận ghép và BN từ NHT chết não

Tỷ lệ sống còn chung thận ghép tại thời điểm 1 năm: 100%, 3 năm: 97,7%, 5 năm: 94,8%, 10 năm: 91,2%. Tỷ lệ sống còn thận ghép không tính tử vong tại thời điểm 1 năm là 100%, 3 năm là 97,7%, 5 năm là 97,7%, và 10 năm là 93,9%. Tỷ lệ sống còn BN nhận thận tại thời điểm 1 năm: 100%, 3 năm: 100%, 5 năm: 97,1%, và 10 năm: 97,1%.

3.2.2. Tỷ lệ sống còn của thận ghép và BN từ NHT chết tuần hoàn

Tỷ lệ sống còn chung thận ghép tại thời điểm 1 năm: 75%, 3 năm: 75%, 5 năm: 62,5%, và 8 năm: 46,9%. Tỷ lệ sống còn thận ghép không tính tử vong tại thời điểm 1 năm, 3 năm: 100%, 5 năm: 83,3%, và 8 năm: 62,5%. Tỷ lệ sống còn BN tại thời điểm 1, 3, 5 và 8 năm là 75%.

3.2.3. Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng lên tỷ lệ sống còn thận ghép và bệnh nhân

3.2.3.1. Các yếu tố ảnh hưởng lên tỷ lệ sống còn thận ghép và BN nhận thận từ NHT chết não

Nghiên cứu của chúng tôi không chứng minh được THCNTG ảnh hưởng lên tỷ lệ sống còn của thận ghép và bệnh nhân nhận thận, với $P > 0,05$. Tuy nhiên, THCNTG ảnh hưởng lên tỷ lệ sống còn thận ghép không tính tử vong có ý nghĩa thống kê, với $P = 0,024$

Bảng 3.3. Các yếu tố ảnh hưởng lên tỷ lệ sống còn chung thận ghép từ NHT chết não

STT	Yếu tố nguy cơ	Phân tích đơn biến	Phân tích đa biến
		P	P
Từ người hiến			
1.	Cre-HT trước hiến tạng >1,5 mg%	0,538	0,987
2.	NHT giới tính nữ	0,348	0,988
3.	Tuổi người hiến < 50 tuổi	0,411	0,999
Từ người nhận			
4.	Người nhận giới tính nữ	0,240	0,984
5.	Điều trị thay thế thận: lọc màng bụng	0,004	0,881
Liên quan cuộc mổ			
6.	Chỉ có 1 động mạch thận ghép	0,514	0,992
7.	Thời gian thiếu máu lạnh <12 giờ	0,433	0,976
8.	Thời gian thiếu máu ấm <30 phút	0,258	0,981
9.	UCMD dẫn nhập bằng Anti-IL2	0,844	0,949
10.	UCMD duy trì với Tacrolimus	0,583	0,986
Liên quan biến chứng sau ghép			
11.	Có biến chứng ngoại khoa	0,595	0,976

STT	Yếu tố nguy cơ	Phân tích đơn biến	Phân tích đa biến
		P	P
12.	Không thái ghép cấp	0,566	0,994
13.	Không bệnh thận ghép do <i>BK polyomavirus</i>	< 0,001	0,918
14.	Không bệnh lao sau ghép	0,659	0,984
15.	Không nhiễm CMV sau ghép	0,238	0,984
16.	Không bệnh thận ghép	0,713	0,990
17.	Không bệnh đái tháo đường sau ghép	0,100	0,979
18.	eGFR lúc ra viện < 45 ml/phút/1,73m ²	0,555	0,995

3.2.3.2. Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng lên tỷ lệ sống còn thận ghép và bệnh nhân nhận thận từ NHT chết tuần hoàn

Nghiên cứu này không chứng minh được biến chứng THCNTG ảnh hưởng lên tỷ lệ sống còn của thận ghép (chung và không tính tử vong) và BN nhận thận, với $P > 0,05$.

Khảo sát các yếu tố khác ảnh hưởng lên tỷ lệ sống còn chung thận ghép và BN ghi nhận là tất cả các yếu tố khi phân tích đơn biến và đa biến đều cho giá trị $P > 0,05$. Cho nên, các yếu tố ghi nhận trong nghiên cứu này không chứng minh được ảnh hưởng lên kết quả tỷ lệ sống còn BN nhận thận từ NHT chết tuần hoàn.

3.2.4. Đóng góp của nguồn thận từ người hiến tạng chết não và người hiến tạng chết tuần hoàn

Trong thời gian nghiên cứu từ năm 2008 đến năm 2021, tổng số các trường hợp nhận thận là 897. Trong đó 836 TH nhận thận từ NHT sống, chiếm 93,2%; 52 TH nhận thận từ NHT chết não, chiếm 5,8%; và 9 TH nhận thận từ NHT chết tuần hoàn, chiếm 1%.

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về chức năng thận ghép và biến chứng sau phẫu thuật ghép thận từ NHT sau khi chết

4.1.1. Bàn luận về chức năng thận ghép và biến chứng sau phẫu thuật ghép thận từ NHT chết não

4.1.1.1. Bàn luận về chức năng thận ghép

Nghiên cứu của Summer Dominics và cộng sự tại Anh được công bố năm 2010 ghi nhận eGFR theo công thức MDRD tại thời điểm 6 tháng sau ghép là 46 ml/phút/1,73m² da, và 12 tháng là 47 ml/phút/1,73m² da. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận eGFR sau ghép cải thiện dần, tại thời điểm 12 tháng là 69,5 ml/phút/1,73m² da, cao hơn so với kết quả nghiên cứu tại Anh. Điều này, có thể giải thích một phần do tuổi NHT cao hơn, chất lượng thận hiến kém hơn, cũng như tuổi bệnh nhân nhận thận trong các nghiên cứu của Summer cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

4.1.1.2. Bàn luận về trì hoãn chức năng thận ghép (THCNTG)

Tỷ lệ THCNTG từ NHT chết não trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,6%, thấp hơn từ 2 - 3 lần so với nghiên cứu tại Châu Âu và Hoa Kỳ với dân số nghiên cứu rất lớn. Nhóm nghiên cứu với số lượng ít hơn như của Lê Nguyên Vũ tại Bệnh viện Việt Đức (n = 116), Chen Gudong tại Trung Quốc (n = 59), cũng như của chúng tôi (n = 43) đều có tỷ lệ THCNTG thấp hơn. Theo y văn, có nhiều yếu tố ảnh hưởng lên trì hoãn chức năng thận ghép. Về tuổi của người hiến thận, người hiến thận càng trẻ, chất lượng thận hiến càng tốt, và tỷ lệ THCNTG càng thấp. Các nghiên cứu tại Châu Âu và Hoa Kỳ là độ tuổi của người hiến thận dao động từ 44 đến 58 tuổi, cao hơn tuổi của người hiến thận của chúng tôi là 36 tuổi. Về tuổi của người nhận, nếu người nhận trên 50 tuổi, có kèm nhiều bệnh đồng mắc, tỷ lệ THCNTG sẽ tăng. Nghiên cứu của Âu Mỹ, tuổi của người nhận thận (46 - 50 tuổi) cũng cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (dưới 40 tuổi). Về thời gian thiếu máu lạnh, nếu càng kéo dài thì tần suất THCNTG càng tăng. Các nghiên cứu của Âu Mỹ đều có thời gian này trên 12 giờ, trong khi của chúng tôi là 5,4 giờ, của Chen Gudong và cộng sự (Trung

Quốc) 5,9 giờ, và Lê Nguyên Vũ và cộng sự là 1,1 giờ. Nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số KDPI là 31%, cho thấy chất lượng thận từ NHT chết não trong nghiên cứu của chúng tôi tốt nên sẽ có tỷ lệ THCNTG thấp hơn.

4.1.1.3. Bàn luận về biến chứng thải ghép cấp

Tỷ lệ thải ghép của BN nhận thận từ NHT chết não trong nghiên cứu của chúng tôi với 43 BN nhận thận là 6,9%, cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Jan Roman và cộng sự tại Cộng Hoà Czech là 5% và tác giả Lê Nguyên Vũ và cộng sự tại Bệnh viện Việt Đức là 4,3%. Tuy nhiên, tỷ lệ thải ghép cấp của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của các tác giả tại Hoa Kỳ, Anh, và Ấn Độ. Sở dĩ có sự khác nhau là do khác biệt về tuổi người hiến tạng, tiêu chuẩn NHT sau khi chết (tiêu chuẩn hay mở rộng), tuổi người nhận, tỷ lệ trì hoãn chức năng thận ghép hay mức độ tương hợp HLA dù công thức sử dụng thuốc ức chế miễn dịch dẫn nhập và duy trì khá tương đồng.

4.1.1.4. Bàn luận về biến chứng ngoại khoa sau ghép

Nhìn chung tỷ lệ biến chứng ngoại khoa trong nghiên cứu chúng tôi khá thấp, giống các nghiên cứu khác của tác giả Chen Gudong và cộng sự tại Trung Quốc hay Lê Nguyên Vũ và cộng sự tại Bệnh viện Việt Đức, dù tỷ lệ mỗi biến chứng cụ thể khác nhau ở mỗi nghiên cứu.

4.1.1.5. Bàn luận về biến chứng nhiễm trùng

Tỷ lệ biến chứng bệnh thận ghép do *BK polyomavirus* của BN nhận thận từ NHT chết não trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,6% cao hơn kết quả nghiên cứu của Chen Gudong và cộng sự là 1,7% và Rajinder Singh và cộng sự là 4%. Tỷ lệ biến chứng nhiễm vi khuẩn của BN nhận thận từ NHT chết não trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,6% cao hơn kết quả của Chen Gudong và cộng sự là 3,4%, và thấp hơn kết quả của Rajinder Singh và cộng sự là 19%.

4.1.1. Bàn luận về chức năng thận ghép và biến chứng sau phẫu thuật ghép thận từ NHT chết tuần hoàn

4.2.2. Bàn luận về chức năng thận ghép

Nghiên cứu của Lê Đình Hiếu và cộng sự tại Bỉ được công bố năm 2012 với 76 BN nhận thận từ NHT chết tuần hoàn, eGFR tại thời điểm 12 tháng là 49,7 ml/phút/1,73m² da. Chúng tôi với 8 BN nhận thận từ NHT chết tuần hoàn với kết quả eGFR tại thời điểm 12 tháng là 36,7 ml/phút/1,73m² da, thấp hơn so với các nghiên cứu khác.

4.2.1. Bàn luận về trì hoãn chức năng thận ghép

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ THCNTG là 87,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với kết quả nghiên cứu tại Vương Quốc Anh là 48,5%, hay tại Bỉ là 45,6%. Điều này có thể được giải thích bằng NHT trong nghiên cứu này có trung vị tuổi là 50,5 cao hơn so với tuổi của NHT trong các nghiên cứu khác dao động từ 28,5 – 43,5 tuổi; nồng độ Cre-HT trước khi hiến tạng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn là 2,1 mg/dL, so với 0,8 – 1,5mg/dL; chỉ số KDRI trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,5 cao hơn các nghiên cứu khác là 1,38. Các yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ THCNTG trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được bao gồm: NHT > 50 tuổi, Cre-HT trước khi hiến > 1,5 mg%, thời gian thiếu máu lạnh > 12 giờ. Do số lượng mẫu nhỏ, nên không chứng minh được mối tương quan này.

4.2.3. Bàn luận về biến chứng thải ghép cấp

Tỷ lệ thải ghép trong nghiên cứu của chúng tôi là 25%, gần như tương đương với nghiên cứu tại các nước châu Á, và thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Rajinder Singh và cộng sự ở Hoa Kỳ năm 2011. Điều này có thể giải thích do tới 20% số trường hợp nhận thận có nguy cơ miễn dịch cao trong nghiên cứu của Rajinder Singh.

4.2.4. Bàn luận về biến chứng nhiễm trùng

Tỷ lệ biến chứng nhiễm *Cytomegalovirus*, bệnh thận ghép do *BK polyomavirus* của bệnh nhân nhận thận từ NHT chết tuần hoàn trong nghiên cứu của chúng tôi là 62,5% và 25% cao hơn kết quả nghiên cứu Chen Gudong và cộng sự tại Trung Quốc từ cơ sở dữ liệu tại 1 trung tâm ghép và được công bố năm 2017 lần lượt là 17,8% và 3,1%.

4.2.5. Bàn luận về biến chứng ngoại khoa

Tỷ lệ biến chứng chảy máu cần can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi lên đến 25%, cao hơn gấp 10 lần so với nghiên cứu tại Bỉ (2012) là 2,5%; tại Trung Quốc (2018) là 2,7%. Tuy nhiên, nghiên cứu chúng tôi với cỡ mẫu rất nhỏ nên khác biệt với các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn.

4.2. Bàn luận về tỷ lệ sống còn và một số yếu tố liên quan của thận ghép, bệnh nhân nhận thận, và đóng góp của nguồn thận từ NHT sau khi chết

4.2.1. Bàn luận về tỷ lệ sống còn của thận ghép và bệnh nhân nhận thận từ NHT chết não

4.2.1.1. Bàn luận về tỷ lệ sống còn chung của thận ghép

Tỷ lệ sống còn chung thận ghép từ NHT chết não trong nghiên cứu của tác giả Pramod Nagaraja và cộng sự tại Anh được công bố năm 2012 với 206 BN nhận thận sau 1 năm là 90%, và sau 3 năm là 82%. Nghiên cứu của chúng tôi với kết quả tỷ lệ sống còn thận ghép là 100% tại thời điểm 1 và 3 năm và 97,1% tại thời điểm 5 và 10 năm.

Nghiên cứu thực hiện bởi Summer Dominics và cộng sự tại Anh được công bố năm 2015 với 9.684 BN nhận thận chỉ ghi nhận tỷ lệ sống còn thận ghép không tính tử vong tại thời điểm 5 năm là 84,5%, thấp hơn của chúng tôi là 100% tại thời điểm 1 năm và 97,3% tại thời 3 và 5 năm. Sự khác biệt này có thể giải thích do cỡ mẫu nghiên cứu chúng tôi nhỏ hơn.

4.2.1.2. Bàn luận về tỷ lệ sống còn bệnh nhân

Nghiên cứu của Lê Nguyên Vũ và cộng sự tại BV Việt Đức có tỷ lệ sống còn của BN tại thời điểm 1 năm là 98,3%, 3 năm là 98,3%, 5 năm là 96,5%, và 10 năm là 95,7%. Tương tự, nghiên cứu của chúng tôi trên 43 BN nhận thận từ NHT chết não với kết quả tỷ lệ sống còn BN là 100% tại thời điểm 1 và 3 năm, và 97,1% tại thời điểm 5 và 10 năm.

4.2.2. Bàn luận về tỷ lệ sống còn và một số yếu tố liên quan của thận ghép và bệnh nhân nhận thận từ người hiến tạng chết tuần hoàn

4.2.2.1. Bàn luận về tỷ lệ sống còn chung thận ghép

Tỷ lệ sống còn chung của thận ghép trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu của các tác giả tại các nước phát triển vào thời điểm 1, 3, và 5 năm. Sở dĩ có sự khác biệt này là do tuổi người hiến tạng trong nghiên cứu của chúng tôi có trung vị là 50,5 tuổi cao hơn trong các nghiên cứu khác như của tác giả, dao động ở mức 43-46 tuổi và tỷ lệ trì hoãn chức năng thận ghép chúng tôi cao hơn.

Tỷ lệ sống còn thận ghép không tính tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, 100% tại thời điểm 1 năm, 3 năm sau ghép thận, và giảm dần còn 83,3% tại thời điểm 5 năm, tương đồng với các nghiên cứu khác ở các quốc gia châu Á như: Nhật, Đài Loan và Trung Quốc. Hai TH tử vong trong nghiên cứu chúng tôi do nhiễm trùng mà không liên quan tới suy chức năng thận ghép. Vấn đề nhiễm trùng là một trong những trở ngại của các nước đang phát triển trong đó có nước ta.

4.2.2.2. Bàn luận về tỷ lệ sống còn bệnh nhân nhận thận từ NHT chết tuần hoàn

Tỷ lệ sống còn của BN trong nghiên cứu chúng tôi còn khá thấp khi so sánh với nghiên cứu tại các nước phát triển tại thời điểm sau ghép 1, 3 và 5 năm. Hai TH tử vong của chúng tôi do viêm phổi nặng và choáng nhiễm trùng. Điều này cho thấy, vấn đề kiểm soát nhiễm trùng đặc biệt nhiễm trùng cơ hội là rất quan trọng trên những cơ địa sử dụng ức chế miễn dịch

liều cao. Hơn nữa, thời gian chạy thận nhân tạo khi chờ được ghép thận của các BN trong nghiên cứu chúng tôi là 57 tháng, dài hơn đáng kể khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Aida Naohiro và cộng sự là 16,5 tháng. Thời gian chạy thận nhân tạo kéo dài làm cho BN có nhiều biến chứng hơn đặc biệt là tăng nguy cơ nhiễm trùng.

4.2.3. Bàn luận về các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống còn của thận ghép và bệnh nhân nhận thận từ người hiến tạng chết não và người hiến tạng chết tuần hoàn

4.2.3.1. Bàn luận về các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống còn của thận ghép và bệnh nhân nhận thận từ NHT chết não

Theo các tác giả với các cỡ mẫu lớn như tác giả Summer và cộng sự, tác giả Sarah So và cộng sự, cho thấy biến chứng THCNTG là 1 yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ sống còn thận ghép và BN khi phân tích hồi quy đa biến và đơn biến, với $P < 0,001$. Điều này khác biệt với nghiên cứu chúng tôi, có thể giải thích do tỷ lệ THCNTG chúng tôi thấp hơn và cỡ mẫu chúng tôi nhỏ hơn so với các nghiên cứu trên. Tương tự với chúng tôi, tác giả Singh và cộng sự khi nghiên cứu trên 508 bệnh nhân ghép thận từ NHT chết não cũng cho thấy THCNTG có ảnh hưởng lên tỷ lệ sống còn thận ghép không tính tử vong tại thời điểm 1 năm và 2 năm sau ghép, với $P = 0,02$.

Về người hiến thận, tác giả Summer và cộng sự cho thấy có sự ảnh hưởng giữa giới tính và Cre-HT tới kết cục thận ghép, với P lần lượt là $< 0,001$ và $0,03$. Tác giả Maria Gerbase-Delima và cộng sự nghiên cứu tại Brazil cho thấy, tuổi người hiến > 50 tuổi có ảnh hưởng tới tỷ lệ sống còn thận ghép và sống còn của bệnh nhân sau 5 năm, với $P < 0,001$. Sở dĩ có sự khác biệt với chúng tôi vì nghiên cứu của các tác giả trên có cỡ mẫu lớn, số liệu đại diện cho cả quốc gia, còn nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện tại 1 trung tâm ghép.

Về phía người nhận, không thấy mối tương quan giữa giới tính người nhận với tỷ lệ sống còn thận ghép và bệnh trong nghiên cứu chúng tôi. Điều này cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Summer và cộng sự và tác giả Maria Gerbase-Delima và cộng sự. Tương tự với chúng tôi, nghiên cứu của tác giả Sarah So và cộng sự trên 802 bệnh nhân nhận thận từ người hiến sau khi chết tại Úc và New-Zealand, lọc màng bụng trước ghép ảnh hưởng xấu tới tỷ lệ sống còn thận ghép hơn so với chạy thận nhân tạo trước ghép, $P = 0,01$, tuy nhiên không ảnh hưởng tới tỷ lệ sống còn BN.

Nghiên cứu của Chen Gudong và cộng sự tại Trung Quốc và của Summer Dominics và cộng sự tại Anh đều cho thấy thời gian thiếu máu lạnh không có ảnh hưởng tới tỷ lệ sống còn thận ghép và bệnh nhân, với $P = 0,07$ và $0,01$. Điều này tương tự với nghiên cứu chúng tôi. Bệnh thận ghép do *BK polyomavirus* có ảnh hưởng đáng kể tới kết cục thận ghép trong nghiên cứu chúng tôi trong phân tích đơn biến, $P < 0,001$, tương tự với nghiên cứu với tác giả Chen Guodong và cộng sự tại Trung Quốc. Ngoài ra các biến cố sau ghép khác về nội khoa, ngoại khoa và thải ghép không ghi nhận mối tương quan trong nghiên cứu chúng tôi.

4.2.3.2. Bàn luận về các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống còn của thận ghép và bệnh nhân nhận thận từ NHT chết tuần hoàn

Theo tác giả Naohiro Aida và cộng sự thực hiện nghiên cứu trên 2.239 trường hợp ghép thận từ NHT chết tuần hoàn tại Nhật Bản, giới tính người nhận, tuổi người hiến, nguyên nhân tử vong và thời gian thiếu máu lạnh > 12 giờ là những yếu tố ảnh hưởng quan trọng lên tỷ lệ sống còn thận ghép khi phân tích hồi quy đơn biến. Nghiên cứu của tác giả Pramod Nagaraja và cộng sự không thấy sự ảnh hưởng của THCNTG cũng như thải ghép cấp lên tỷ lệ sống còn thận ghép, tỷ lệ sống còn thận ghép không tính tử vong và tỷ lệ sống còn BN, $P > 0,05$. Điều này tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Tác giả Álvaro Beviá – Romeno và cộng sự nghiên cứu tại

Tây Ban Nha lại cho thấy nhiễm trùng cơ hội và THCNTG là những yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ sống còn thận ghép, với $P < 0,05$. Giải thích cho sự khác biệt với chúng tôi là do cỡ mẫu trong nghiên cứu rất nhỏ, nên không có tính đại diện cao.

4.2.3. Bàn luận về khả năng đóng góp nguồn thận từ NHT sau khi chết

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về kết quả của ghép thận từ người hiến sau khi chết còn ít và chỉ thực hiện đơn lẻ tại các trung tâm ghép.

Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, là trung tâm ghép thận lớn nhất khu vực phía Nam trong thời gian nghiên cứu của chúng tôi (2008 - 2021), số lượng NHT sau khi chết chiếm 6,8% bao gồm 5,8% từ NHT chết não và 1% từ NHT chết tuần hoàn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được khá tốt ở nhóm bệnh nhân ghép thận từ người hiến chết não với tỷ lệ THCNTG là 11,6%, tỷ lệ các biến chứng nội khoa và ngoại khoa thấp. Tỷ lệ sống còn chung của thận ghép tại thời điểm 5 năm và 10 năm lần lượt là 94,8% và 91,2% và tỷ lệ sống còn chung của bệnh nhân tại thời điểm 5 năm và 10 năm là 97,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có kết quả khá tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. Mặc dù số lượng ca ghép từ NHT chết tuần hoàn chỉ có 8 ca, nhưng kết quả thu được cũng khá khả quan. Tỷ lệ sống còn chung thận ghép tại các thời điểm 1, 3, và 5 năm tuần tự là 75%, 75%, và 62,5%. Tỷ lệ sống còn BN tại thời điểm 1, 3, và 5 năm tuần tự là 75%, 75%, và 75%. Nghiên cứu của chúng tôi không có ca nào thận ghép không chức năng thận nguyên phát. Vì số lượng ca còn khá ít, và lần đầu tiên triển khai tại bệnh viện chúng tôi, nên về kinh nghiệm chuyên môn còn ít, cũng như việc chưa triển khai được các phương pháp xét nghiệm hiện đại như phản ứng chéo thuận ảo của cặp cho nhận. Do vậy, việc chuẩn bị bệnh nhân nhận thận còn kéo dài, kéo theo thời gian thiếu máu lạnh kéo dài dẫn đến tăng nguy cơ trì hoãn chức năng thận ghép. Tuy vậy, với kết quả trên, chúng ta thấy được hiệu quả

của việc ghép thận từ NHT chết tuần hoàn. Hơn nữa, cùng với các nghiên cứu lớn hơn trên thế giới cho thấy thận hiến từ NHT chết tuần hoàn giúp kéo dài thời gian sống còn của BN so với tiếp tục lọc máu, tỷ lệ sống còn thận ghép và BN khá tốt sau 5 năm. Chính vì vậy, chúng ta cần tận dụng tối đa thận hiến từ NHT sau khi chết để có thêm nhiều cơ hội cho các BN mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận, rút ngắn được thời gian chờ và giảm được nguy cơ tử vong cũng như cải thiện được chất lượng cuộc sống. Ghép thận từ NHT sau khi chết cần được phát triển, cũng như cần được tuyên truyền rộng rãi hơn nữa dựa vào các kết quả bước đầu thu được. Đây cũng là xu hướng trên thế giới, đặc biệt ở các nước phát triển.

KẾT LUẬN

Luận án này mô tả và phân tích kết quả của ghép thận từ 8 TH nhận thận từ NHT chết tuần hoàn, và 43 TH nhận thận từ NHT chết não

1- Về chức năng thận ghép và biến chứng sau phẫu thuật ghép thận từ NHT sau khi chết

- BN ghép thận từ NHT chết não

Mức lọc cầu thận ước đoán: Từ 1 - 5 năm sau ghép: 69,5 – 75,3 ml/phút/1,73 m² da. Từ năm thứ năm trở đi, giảm xuống dần còn 63,5 ml/phút/1,73 m² da vào năm thứ 11.

Biến chứng rối loạn chức năng thận ghép sớm: THCNTG: 11,6%, với trung vị thời gian chạy thận nhân tạo là 6 ngày.

Biến chứng thải ghép: 9,3%, trong năm đầu: 75%.

Biến chứng ngoại khoa: 11,6%.

Biến chứng nội khoa không phải thải ghép: Bệnh lao sau ghép: 4,6%; bệnh thận ghép do BK polyomavirus: 11,6%, viêm phổi: 11,6%,

nhiễm CMV: 27,9%; bệnh đái tháo đường sau ghép: 6,9%; bệnh thận sau ghép: 16,2%.

- BN ghép thận từ NHT chết tuần hoàn

Mức lọc cầu thận ước đoán: Trong tháng đầu sau ghép: 35 – 40 ml/phút/1,73 m² da. Từ sau tháng thứ ba : 40 – 50 ml/phút/1,73 m² da.

Biến chứng rối loạn chức năng thận ghép sớm: THCNTG: 87,5%, với trung vị thời gian chạy thận nhân tạo là 13 ngày.

Biến chứng thải ghép cấp: 12,5%, trong năm đầu là 100%.

Biến chứng về ngoại khoa: 25%.

Biến chứng nội khoa không phải thải ghép: Bệnh lao sau ghép: 37,5%; bệnh thận ghép do BK polyomavirus: 25%; bệnh viêm phổi: 25%; nhiễm CMV: 62,5%; bệnh đái tháo đường sau ghép: 12,5%.

2- Về tỷ lệ sống còn, một số yếu tố liên quan của thận ghép và bệnh nhân, và đóng góp của nguồn thận từ NHT sau khi chết

- Tỷ lệ sống còn của thận ghép và BN nhận thận từ NHT chết não

Tỷ lệ sống còn chung thận ghép tại thời điểm 1, 3, 5, và 10 năm lần lượt là: 100%, 97,7%, 94,8%, và 91,2%. Tỷ lệ sống còn thận ghép không tính tử vong tại thời điểm 1, 3, 5, và 10 năm lần lượt là: 100%, 97,7%, 97,7%, và 93,9%. Tỷ lệ sống còn bệnh nhân tại thời điểm 1, 3, 5, và 10 năm tuần tự là: 100%, 100%, 97,1%, và 97,1%.

- Tỷ lệ sống còn của thận ghép và BN nhận thận từ NHT chết tuần hoàn

Tỷ lệ sống còn chung thận ghép tại các thời điểm 1, 3, 5 và 8 năm lần lượt là: 75%, 75%, 62,5% và 46,9%. Tỷ lệ sống còn thận ghép không tính tử vong tại thời điểm 1, 3, 5 và 8 năm lần lượt là: 100%, 100%, 83,3% và 62,5%. Tỷ lệ sống còn bệnh nhân tại thời điểm 1, 3, 5 và 8 năm lần lượt là: 75%, 75%, 75% và 75%.

- Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ sống còn thận ghép và bệnh nhân

BN nhận thận từ NHT chết não: Phân tích đơn biến: lọc màng bụng và bệnh thận ghép do *BK polyomavirus* ảnh hưởng lên tỷ lệ sống còn chung của thận ghép có ý nghĩa thống kê, P lần lượt là 0,004 và $< 0,001$. Phân tích đa biến, không tìm được sự liên quan của các yếu tố khảo sát đến tỷ lệ sống còn thận ghép và BN.

BN nhận thận từ NHT chết tuần hoàn: không tìm được các yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ sống còn thận ghép và BN, $P > 0,05$

- **Đóng góp nguồn thận từ NHT sau khi chết:** 6,8%, bao gồm thận từ NHT chết não: 5,8%; và thận từ NHT chết tuần hoàn: 1%

KIẾN NGHỊ

Tiếp tục nghiên cứu sâu thêm về kết quả của ghép thận từ NHT chết não và chết tuần hoàn trong dân số nước ta.

Gia tăng số lượng thận hiến từ người hiến sau khi chết bằng cách tuyên truyền rộng rãi cho người dân để nâng cao ý thức trong cộng đồng về hiến tạng sau khi chết là mang tính nhân văn.

Thông qua luật hiến tạng từ người hiến tạng chết tuần hoàn.

HẠN CHẾ ĐỀ TÀI

Vì đây là đề tài hồi cứu nên có thông tin phụ thuộc vào hồ sơ bệnh án nên có những sai lệch thông tin nhất định.

Số lượng bệnh nhân nhận thận từ NHT chết tuần hoàn còn khá ít, nên không có tính đại diện cao, và khi so sánh với nhóm BN nhận thận từ NHT chết não sẽ bị sai lệch.