

KẾT QUẢ GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC
TỪ NĂM 2006 - 2023

Nguyễn Thế Cường¹, Man Thị Thu Hương^{1}, Hà Phan Hải An²
Nguyễn Thị Thủy¹, Nguyễn Quang Nghĩa¹, Dương Đức Hùng¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Báo cáo tổng kết kết quả ghép thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2006 - 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh trên 1.850 người bệnh (NB) ghép thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2006 - 2023. **Kết quả:** Từ năm 2006 - 2023, chúng tôi thực hiện ghép cho 1.850 trường hợp (TH), chủ yếu là từ người hiến sống (90%), từ người hiến chết não là 185 TH (10%). Tỷ lệ sống sau ghép 5 năm đạt trên 98,9%, sau 10 năm là 95,7%. Tỷ lệ NB có kháng thể kháng HLA trong huyết thanh là 15,3%, trong đó có 20,3% người nhận có kháng thể kháng trực tiếp người hiến (DSA). Có 24,8% NB mắc viêm gan trước ghép thận. Về điều trị dẫn nhập, 51,8% NB sử dụng Baxiliximab. Về phác đồ thuốc ức chế miễn dịch duy trì, 94,5% NB sử dụng phác đồ có tacrolimus + Mycophelolate acid (MPA)/Mycophelolate mofeti (MMF). Tỷ lệ các biến chứng nhiễm trùng sau ghép: Nhiễm BK máu 12,3%, nhiễm CMV máu 6,2%, nhiễm trùng hô hấp 12,1%, nhiễm khuẩn tiết niệu 12,4%... **Kết luận:** Phương pháp điều trị hiệu quả, tuy nhiên tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng và đái tháo đường sau ghép vẫn là một thách thức lớn.

Từ khóa: Ghép thận; Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức; Người hiến chết não.

KIDNEY TRANSPLANTATION AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL
FROM 2006 - 2023

Abstract

Objectives: To report the kidney transplantation results at VietDuc University Hospital from 2006 to 2023. **Methods:** A retrospective, descriptive case series study on 1,850 kidney transplant patients at Vietduc University Hospital from 2006 to 2023.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Man Thị Thu Hương (manhuonghmu@gmail.com)

Ngày nhận bài: 01/8/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 30/8/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49si1.959>

Results: From 2006 to 2023, we performed kidney transplants for 1,850 cases, mainly from living donors (90%), and 185 cases from brain-dead donors (10%). The 5-year post-transplant survival rate was over 98.9%, and the 10-year survival rate was 95.7%. The percentage of patients with anti-HLA antibodies was 15.3%, of which 20.3% had donor-specific antibodies (DSA). Before transplantation, 24.8% of patients had hepatitis. Regarding induction therapy, 51.8% of patients used Basiliximab. For maintenance immunosuppressive therapy, 94.5% of patients used tacrolimus + Enteric-coated mycophenolate sodium (EC-MS)/Mycophenolate mofetil (MMF). The rates of post-transplant infections were as follows: BK viremia 12.3%, CMV viremia 6.2%, respiratory infections 12.1%, urinary tract infections 12.4%... HLA mismatches negatively affect graft survival. **Conclusion:** The treatment method is effective; however, the rate of post-transplant complications, such as infections and diabetes, remains a significant challenge.

Keywords: Kidney transplantation; VietDuc University Hospital; Brain-dead donor.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép tạng được xem là một trong mười thành tựu y học vĩ đại nhất của thế kỷ 20. Ban đầu, việc cấy ghép tạng chỉ là một giấc mơ đối với ngành y học và những NB Việt Nam không may bị suy tạng và cần điều trị thay thế. Tuy nhiên, sau 30 năm phát triển, điều này đã trở thành hiện thực nhờ vào những tiến bộ vượt bậc của y học trong nước. Cấy ghép tạng đã mở ra cơ hội sống mới cho những NB suy tạng giai đoạn cuối. Ca ghép thận thành công đầu tiên trên thế giới được thực hiện bởi J Murray vào ngày 23/12/1954 tại Boston, Mỹ, và tại Việt Nam, ca ghép thận đầu tiên thành công được thực hiện tại Bệnh viện Quân y 103 vào ngày 04/6/1992. Năm 2002, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã chính thức ghép thận trên người (2 ca), nhưng sau đó,

vì nhiều lý do nên việc ghép tạng không thể tiến hành tiếp. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã tái khởi động lại chương trình ghép thận từ năm 2006, bắt đầu với ca ghép thận từ người hiến khỏe mạnh có quan hệ huyết thống. Hiện nay, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức được xem là một trong những trung tâm hàng đầu cả nước về số lượng ca ghép thận từ người hiến sống và người hiến chết não. Tính đến thời điểm cuối năm 2023 đã có trên 1.800 TH ghép thận được tiến hành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trong đó có nhiều TH ghép phức tạp có nguy cơ cao; số lượng NB sau ghép đang được theo dõi và điều trị ngoại trú trên 2.000 NB. Nghiên cứu được tiến hành nhằm: *Rút ra những ưu, nhược điểm trong công tác ghép thận tại bệnh viện, chia sẻ kinh nghiệm và định hướng dài hạn*

cho công tác ghép thận nói riêng và ghép tạng nói chung trong Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cũng như trong phạm vi cả nước.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.850 NB được ghép thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2006 - 2023.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: NB được ghép thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: NB không được ghép thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca bệnh.

* *Các tiêu chí nghiên cứu*: Tuổi, giới tính, BMI. Tình trạng trước ghép (nhóm máu; thời gian lọc máu trước ghép; tình trạng nhiễm trùng trước ghép (viêm gan C, viêm gan B, Cytomegatovirus, Epstein-Barr virus...); tình trạng miễn dịch trước ghép (tiền miễn cảm, HLA, hòa hợp HLA, DSA). Nguồn tạng hiến (nguồn chết não, nguồn sống cùng huyết thống, nguồn sống không cùng huyết thống). Ngày ghép thận, biến chứng ngoại khoa sau ghép. Phác đồ thuốc ức chế miễn dịch:

Dẫn nhập (Simulect, Grafalon, hay không dùng dẫn nhập); duy trì (Tacrolimus, Ciclosporin, MMF/MPA, Everolimus, Azathioprin); liệu thuốc ức chế miễn dịch đang dùng tại thời điểm nghiên cứu. Các biến chứng dài hạn sau ghép: Đái tháo đường sau ghép; nhiễm trùng sau ghép (nhiễm CMV máu, BK máu, nhiễm viêm gan sau ghép, nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm trùng hô hấp, nhiễm trùng tiêu hóa, các nhiễm trùng khác...); thải ghép (cấp/mạn tính, thải ghép thể dịch/tế bào/hỗn hợp, có sinh thiết thận không...). Tình trạng chức năng thận ghép hiện tại (ổn định, suy thận ghép, lọc máu chu kỳ); thời gian sống của mảnh ghép.

* *Xử lý số liệu*: Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Phép kiểm được sử dụng để so sánh sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y học. Thông tin thu thập chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu và không được dùng cho bất kỳ mục đích nào khác, đồng thời được bảo mật tuyệt đối. Số liệu sử dụng trong nghiên cứu được Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

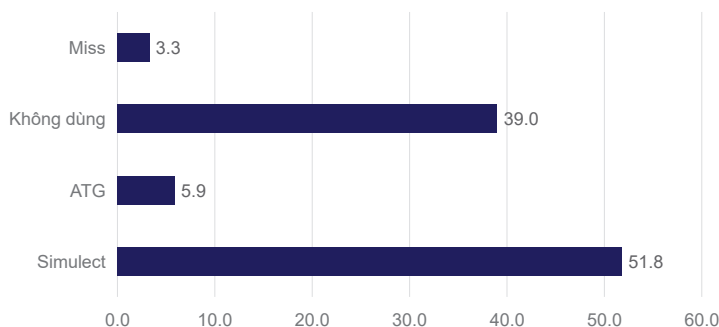
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ năm 2006 - 2023, chúng tôi ghi nhận được 1850 TH được ghép thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tỷ lệ ca ghép thận đã gia tăng theo thời gian, với phần lớn các ca ghép thận từ người hiến sống (90%), trong khi đó có 185 ca ghép thận từ người hiến chết não (10%). Có 1665 NB (90%) ghép thận từ người hiến sống, trong đó có 207 TH (12,4%) ghép thận từ nguồn hiến sống cùng huyết thống, còn lại 87,6% là từ nguồn sống không cùng huyết thống.

Bảng 1. Đặc điểm trước ghép của nhóm NB.

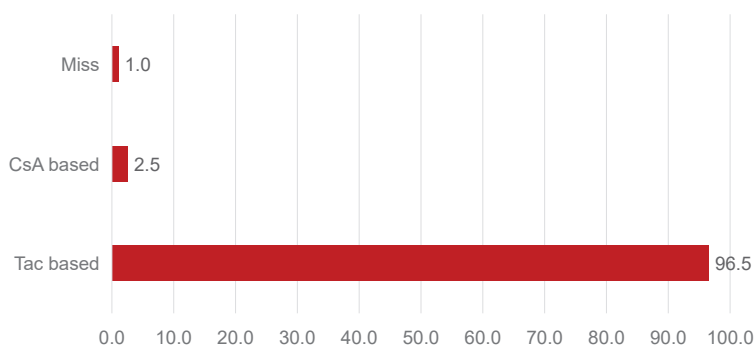
Chỉ tiêu nghiên cứu	Giá trị
Tuổi trung bình, $\bar{X} \pm SD$ (min - max)	38,05 \pm 10,3 (16 - 70)
Giới tính, n (%)	
Nam	1240 (67,03)
Nữ	610 (32,97)
BMI trung bình, $\bar{X} \pm SD$ (min - max)	21,68 \pm 2,73 (15 - 30)
Nhiễm viêm gan trước ghép, n (%)	
Nhiễm viêm gan B, C	459 (24,8)
Không nhiễm viêm gan	1391 (75,2)
Tiền miễn cảm trước ghép, n (%)	
Dương tính	283 (15,3)
Âm tính	1567 (84,7)
Kháng thể kháng HLA đặc hiệu người hiến (DSA) trong nhóm PRA dương tính (n = 283), n (%)	
DSA dương tính	57 (20,14)
DSA âm tính	226 (79,85)
Phương pháp giải miễn cảm trước ghép khi có DSA dương tính (n = 57), n (%)	
Thay huyết tương \pm IVIG	20 (35,1)
Lọc hấp phụ	4 (7)
DFPP \pm IVIG	2 (1)
Không cần lọc loại bỏ kháng thể	31 (54,2)

CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC GHÉP TẠNG TOÀN QUỐC LẦN THỨ IX



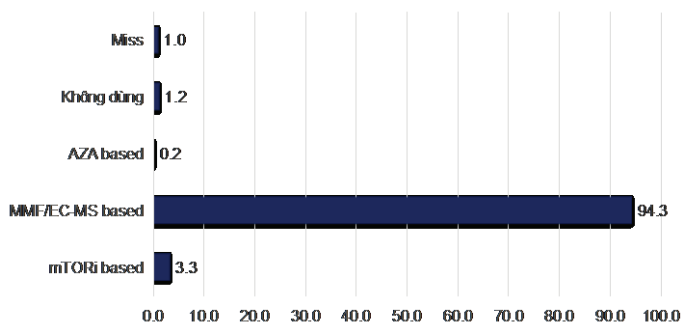
Biểu đồ 1. Loại thuốc ức chế miễn dịch điều trị dẫn nhập.

Thuốc dẫn nhập chủ yếu là dùng Basiliximab (Simulect) (51,8%). Có 39% NB không cần dùng thuốc dẫn nhập trong phác đồ.



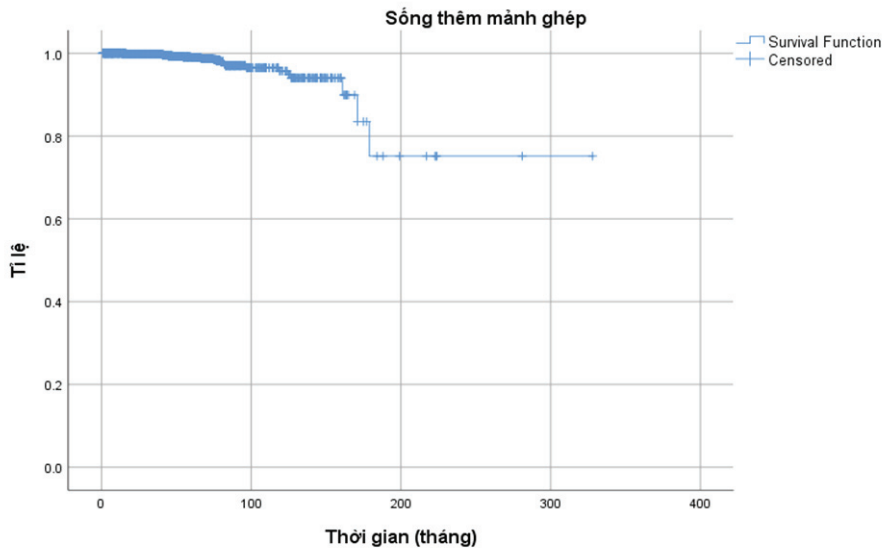
Biểu đồ 2. Loại thuốc ức chế miễn dịch trong điều trị duy trì.

Tacrolimus là thuốc sử dụng chủ yếu trong phác đồ ức chế miễn dịch duy trì (96,5%).



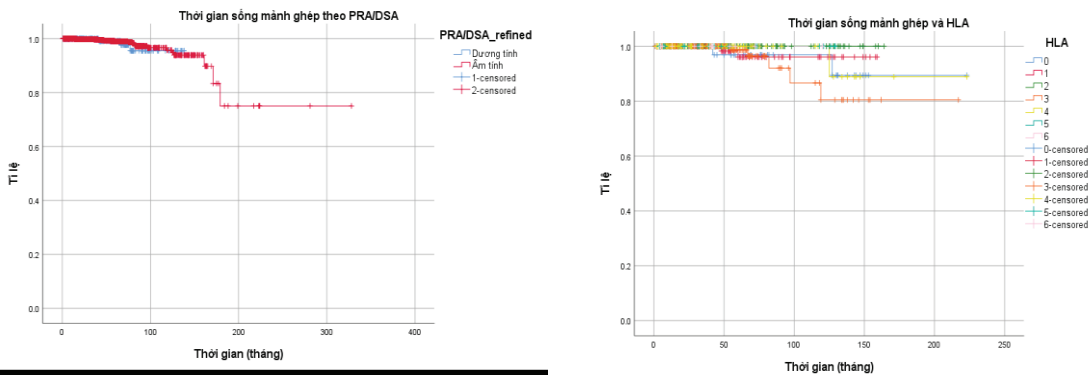
Biểu đồ 3. Loại thuốc ức chế tăng sinh trong phác đồ ức chế miễn dịch duy trì.

MPA/MMF là thuốc sử dụng phần lớn trong phác đồ ức chế miễn dịch duy trì, phối hợp với Tacrolimus.



Biểu đồ 4. Thời gian sống thêm của mảnh ghép.

Tỷ lệ sống của mảnh ghép sau 5 năm: 98,9%. Tỷ lệ sống của mảnh ghép sau 10 năm: 95,7%.



Biểu đồ 5. Thời gian sống thêm của mảnh ghép theo PRA/DSA và theo mức độ hòa hợp HLA.

Thời gian sống sót của các mảnh ghép PRA/DSA âm tính có xu hướng cao hơn so với các mảnh ghép PRA/DSA dương tính. Tỷ lệ sống sót mảnh ghép giảm dần khi số lượng mismatch HLA tăng lên. Điều này cho thấy rằng sự khác biệt HLA lớn hơn làm tăng nguy cơ thải ghép và giảm tỷ lệ sống sót của mảnh ghép.

CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC GHÉP TẠNG TOÀN QUỐC LẦN THỨ IX

Bảng 2. Đặc điểm nhóm người nhận sau ghép thận.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Giá trị
Mức lọc cầu thận theo thời gian (mL/phút/1,73m ²)	
Sau 1 năm ghép	66,16 ± 14,78 (17,45 - 112,72)
Sau 2 năm ghép	66,02 ± 16,52 (17,82 - 112,52)
Sau 5 năm ghép	66,20 ± 17,55 (8,96 - 109,64)
Sau 10 năm ghép	59,32 ± 25,26 (10,49 - 121,18)
Các biến chứng ngoại khoa sau ghép, n (%)	
Chảy máu sau mổ	7 (0,37)
Hẹp niệu quản thận ghép	15 (0,81)
Rách niệu quản thận ghép	2 (0,11)
Huyết khối tĩnh mạch thận ghép do đụng dập	2 (0,11)
PTNS lấy thận chảy máu, chuyển mổ mở	2 (0,11)
Tụ máu thận ghép sau mổ	30 (1,62)
Các biến chứng nhiễm trùng sau ghép, n (%)	
Nhiễm CMV máu	115 (6,2)
Nhiễm BK máu	228 (12,3)
Nhiễm BK niệu	487 (26,3)
Nhiễm trùng hô hấp	279 (15,1)
Nhiễm trùng tiết niệu	229 (12,4)
Nhiễm trùng tiêu hóa	118 (6,4)
Đái tháo đường sau ghép, n (%)	380 (20,54)

BÀN LUẬN

Trong tổng kết của chúng tôi, từ năm 2006 - 2023, có 1.850 TH được ghép thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Kỹ thuật ghép tạng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã bắt đầu từ những năm 1960, khi Y học Việt Nam còn gặp nhiều khó khăn về trang thiết bị, cơ sở vật chất, thuốc men và nhân lực. Tuy nhiên, Giáo sư, Viện sĩ Tôn Thất Tùng, cố Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, đã nghiên cứu và thực hiện thành công các ca ghép tạng trên động vật từ năm 1965 - 1966. Đến nay, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã trở thành một trong những trung tâm hàng đầu cả nước về ghép thận, ghép tim, ghép phổi và ghép gan từ người hiến chết não. Tính đến tháng 12/2023, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã thực hiện thành công 63 ca ghép tim, 6 ca ghép phổi, 120 ca ghép gan (trong đó 102 ca từ người hiến chết não), 1850 ca ghép thận (trong đó 185 ca từ người hiến chết não), và thực hiện phẫu thuật lấy đa tạng từ 121 TH hiến tạng chết não.

Ngày 22/5/2010, bệnh viện đã thành công trong việc phẫu thuật lấy đa tạng từ người hiến chết não để ghép gan và thận cho 3 NB, đánh dấu ca lấy đa tạng đầu tiên từ người hiến chết não tại Việt Nam. Từ đó, kỹ thuật này đã trở thành quy trình thường quy tại bệnh viện. Tháng 12/2019, Bệnh viện Hữu nghị

Việt Đức đã thực hiện thành công ca ghép gan - thận đồng thời đầu tiên từ người hiến chết não tại Việt Nam. Nhiều chuyên gia từ các chuyên khoa khác nhau đã tham gia để xây dựng quy trình kỹ thuật cho ca ghép này, bao gồm phẫu thuật tim mạch, gây mê hồi sức, thận lọc máu, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh. Tháng 02/2023, bệnh viện đã thực hiện thành công ca ghép đa tạng cả tim và thận từ người hiến chết não cho 01 NB bị suy tim - suy thận giai đoạn cuối. Đây là ca ghép tim - thận đầu tiên thành công ở Việt Nam, đánh dấu một bước tiến mới của ngành ghép tạng Việt Nam trên thế giới. Tháng 01/2024, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã tiếp tục ghi dấu ấn trong lĩnh vực ghép tạng khi trong chưa đầy 24 giờ, bệnh viện đã thực hiện 2 ca lấy mô, tạng từ người hiến chết não, mang lại sự sống cho 8 NB.

Trong tổng kết của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm NB nhận thận là $38,05 \pm 10,3$ tuổi. Tỷ lệ NB nam cao hơn nữ (nam: 67,03% và nữ: 32,97%). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước đã công bố về tỷ lệ mắc bệnh thận giữa các giới tính trong cộng đồng, cho thấy nam giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nữ giới. Độ tuổi trung bình nhóm nhận thận ở Bệnh viện Chợ Rẫy là 34,4 tuổi [1], Bệnh viện Quân y 103 là $37,9 \pm 11,4$ tuổi

[2]. Hầu hết người nhận thận và người hiến thận đã từng bị nhiễm virus EBV (EBV IgG dương tính), nhiễm virus CMV (CMV IgG) trước khi phẫu thuật. Tỷ lệ nhiễm viêm gan B, C trước ghép chiếm 24,8% (459 TH). Tỷ lệ này phù hợp với nhiều báo cáo trong nước trước đây, do trước ghép NB có lọc máu chu kỳ và có truyền máu trước ghép, nên khả năng lây nhiễm viêm gan B, C trước ghép cao hơn trong cộng đồng [1, 2]. Tất cả các TH xác định có virus viêm gan đều được đánh giá kỹ trước ghép bao gồm đo tải lượng virus, đánh giá đàn hồi nhu mô gan xác định mức độ xơ hóa của gan. Chỉ khi tải lượng virus dưới ngưỡng phát hiện và không có dấu hiệu viêm gan hoạt động thì NB mới được tiến hành ghép thận. NB sẽ được theo dõi chặt chẽ ngay sau khi ghép về mặt lâm sàng, các enzyme gan và tải lượng virus. Đối với NB viêm gan B, sau khi ghép sẽ tiếp tục sử dụng các thuốc kháng virus đã dùng trước đó và duy trì suốt đời. Đối với NB viêm gan C, sẽ được theo dõi kỹ lưỡng, và nếu có dấu hiệu bùng phát đợt viêm gan hoạt động mới, sẽ được điều trị theo phác đồ. Nhiều nghiên cứu khác cũng đã cho kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi.

Trong 1.850 người nhận, có 15,3% (283 NB) có tiền miễn cảm trước ghép

dương tính. Trong nhóm tiền miễn cảm dương tính này, kháng thể kháng HLA đặc hiệu người hiến (DSA) dương tính chiếm 20,14% (57 NB). Nguyên nhân làm tăng kháng thể kháng HLA cũng như xuất hiện kháng thể kháng HLA đặc hiệu người hiến thường do NB được truyền máu nhiều lần, nữ giới mang thai sinh con nhiều lần, hoặc sảy thai, thai lưu trước đó và thường gặp trong những TH NB có tiền căn ghép trước đó. Nghiên cứu của chúng tôi có PRA lớp I trung bình là $36,8 \pm 25,1\%$, cao nhất là 60%, PRA lớp II trung bình $43,3 \pm 36\%$, cao nhất là 87%. Nghiên cứu của Pérez-Flores I và CS (2013) trên 190 NB ghép thận tại Bệnh viện San Carlos, Tây Ban Nha cho thấy tỷ lệ kháng thể kháng HLA ở NB ghép thận là 12% (23/190) [3]. Nghiên cứu của Campos EF và CS (2006) trên 512 NB ghép thận cho thấy tỷ lệ kháng thể kháng HLA là 17,8% [4]. TH có kháng thể HLA đặc hiệu (DSA dương tính) vẫn có cơ hội ghép thận khi lựa chọn người hiến không mang kháng nguyên HLA tương ứng với kháng thể kháng HLA của người nhận hoặc tiến hành giải miễn cảm trước khi ghép thận [5]. Hiện tại, chưa có phác đồ giải miễn cảm trước ghép thống nhất cho các TH nguy cơ miễn dịch cao và rất cao. Quá trình giải miễn cảm dựa trên hai nguyên tắc chính: Loại bỏ kháng thể trước khi ghép và sử dụng thuốc ức chế miễn

dịch dẫn nhập cùng với thuốc ức chế miễn dịch duy trì để ngăn chặn sự tái xuất hiện của kháng thể. Trong nhóm DSA dương tính, những người có kháng thể đặc hiệu kháng HLA của người hiến (DSA - Donor Specific Antibody) với cường độ cao (MFI - Mean Fluorescence Intensity) > 3.000, chúng tôi tiến hành thay huyết tương sử dụng albumin 5% cho 20 TH, lọc hấp phụ quả hấp phụ miễn dịch HA330 cho 4 TH, và tiến hành DFPP cho 2 TH để giảm MFI xuống mức < 3.000. Có 31 TH (51%) không sử dụng các phương pháp lọc máu để loại bỏ kháng thể do mức MFI < 3000 trước ghép. Đối với người nhận có nguy cơ miễn dịch cao, chúng tôi sử dụng thuốc dẫn nhập là ATG (Anti thymocyte globulin) để dự phòng thải ghép cấp từ 3 - 5 ngày. Có 5,9% (109) có sử dụng ATG. Có 51,8% TH nhận thận được sử dụng thuốc dẫn nhập basiliximab (Simulect) vào ngày phẫu thuật và ngày thứ 4 sau phẫu thuật, kết hợp với các thuốc chống thải ghép kinh điển theo phác đồ quy ước là Tacrolimus và MPA hoặc MMF.

Theo biểu đồ đường cong Kaplan - Meier, tỷ lệ sống của mảnh ghép sau 5 năm là 98,9% và sau 10 năm là 95,7%. Thời gian sống sót của các mảnh ghép PRA/DSA âm tính có xu hướng cao hơn so với các mảnh ghép PRA/DSA dương tính. Tỷ lệ sống sót mảnh ghép giảm dần khi số lượng mismatch HLA

tăng lên. Điều này cho thấy rằng sự khác biệt HLA lớn hơn làm tăng nguy cơ thải ghép và giảm tỷ lệ sống sót của mảnh ghép. Sự phù hợp HLA luôn được chú trọng trong ghép thận từ người hiến sống, bất kể là cùng huyết thống hay không. Tỷ lệ thải ghép cấp ở những người ghép thận từ người hiến không cùng huyết thống là 6,95%. Nghiên cứu của David W và CS cho thấy tỷ lệ chậm chức năng thận ở nhóm người ghép thận từ người sống có HLA hoàn toàn không phù hợp chiếm 7%, trong khi ở nhóm ghép thận từ người chết não là 24% [6]. Điều này cho thấy nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác. Trong một nghiên cứu trên 28.000 TH, tỷ lệ sống thêm 5 năm của thận ghép ở nhóm người nhận có HLA phù hợp 6/6 là 69%, nhưng ở nhóm hoàn toàn không phù hợp HLA hoặc chỉ phù hợp 1 locus A là 57%. Gần đây, nhờ sự phát triển của các kỹ thuật miễn dịch trong việc phát hiện các kháng thể kháng HLA và kỹ thuật đo chéo huyết thanh (flow cytometry), cùng với việc sử dụng phác đồ ức chế miễn dịch phù hợp, tỷ lệ thải ghép cấp sau ghép đã giảm đáng kể.

Trung bình mức lọc cầu thận ước đoán (eGFR) được tính theo công thức CKD-EPI tại thời điểm 1 năm sau ghép là $66,16 \pm 14,78$ mL/phút/1,73m², 2 năm sau ghép là $66,02 \pm 16,52$ mL/phút/1,73m², 5 năm sau

ghép là $66,20 \pm 17,55$ mL/phút/ $1,73\text{m}^2$, 10 năm sau ghép là $59,32 \pm 25,26$ mL/phút/ $1,73\text{m}^2$. Không có sự khác biệt đáng kể về độ lọc cầu thận trung bình của nhóm NB sau ghép trong vòng 10 năm theo dõi sau ghép tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Về biến chứng nội khoa sau ghép, đái tháo đường sau ghép gặp 20,54% (380). Tỷ lệ nhiễm CMV máu sau ghép 6,4%. Tỷ lệ nhiễm BK máu và BK niệu sau ghép tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức tương ứng là 12,3% và 26,3%. Tỷ lệ nhiễm trùng hô hấp là 15,1% và nhiễm trùng tiết niệu là 12,4%. Tỷ lệ nhiễm CMV máu thấp hơn so với các báo cáo trong nước và trên thế giới dao động từ 8 - 20%. Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm BK máu, niệu hay nhiễm trùng các cơ quan khác cao hơn các báo cáo trước đây. Cũng như tỷ lệ đái tháo đường sau ghép tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cũng cao hơn so với các bệnh viện khác, dao động 15 - 18%.

KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị ghép thận là một phương pháp hiệu quả trong việc kéo dài tuổi thọ và cải thiện chất lượng cuộc sống cho NB suy thận mạn giai đoạn cuối. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng và đái tháo đường sau ghép vẫn là một thách thức lớn cần được quản lý chặt chẽ. Thành công trong điều trị ghép thận tại Bệnh viện

Hữu nghị Việt Đức là kết quả của một nỗ lực tập thể, bao gồm sự hợp tác giữa các chuyên gia y tế, sự cam kết của NB và sự hỗ trợ của cộng đồng. Để tiếp tục nâng cao hiệu quả của ghép thận, cần phải phát triển thêm nguồn thận từ người chết não hay ngừng tuần hoàn. Điều này không chỉ đòi hỏi sự tiến bộ trong y học mà còn cần sự tham gia tích cực của toàn xã hội trong việc nâng cao nhận thức về hiến tạng và hỗ trợ các chương trình ghép tạng. Việc duy trì và nâng cao chất lượng chăm sóc sau ghép, đặc biệt là quản lý các biến chứng nhiễm trùng và đái tháo đường, là yếu tố then chốt để cải thiện kết quả điều trị. Sự phối hợp đồng bộ và liên tục giữa các đơn vị y tế, cùng với sự hỗ trợ của các chính sách y tế quốc gia, sẽ góp phần quan trọng vào sự thành công bền vững của các chương trình ghép thận tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thái Minh Sâm, Hoàng Khắc Chuẩn và cộng sự. Kết quả 30 năm ghép thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy (1992 - 2022), *Tạp chí Y học Lâm sàng*. 2023.
2. Bùi Văn Mạnh. Kết quả bước đầu ghép thận từ người sống hiến tạng không cùng huyết thống tại Bệnh viện Quân y 103. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2012; 7.

3. Pérez-Flores I, Skhángago JL, Calvo-Romero N, Barrientos-Guzmán A, Sánchez-Fructuoso AI. Different impact of pretransplant anti-HLA antibodies detected by luminex in highly sensitized renal transplanted patients. *BioMed Research International*. 2013; Article ID 738404:1-5.
4. Campos ÉF, Tedesco-Silva H, Machado PG, Franco M, Medina-Pestana, Gerbase-DeLima M. Post-Transplant Anti-HLA Class II Antibodies as Risk Factor for late kidney allograft failure. *American Journal of Transplantation*. 2006; (6):2316-2320.
5. Jamilya Saparbay, Mels Assykbayev, et al. Desensitization in kidney transplantation: Review. *J Clin Med Kaz*. 2021; 18(6):32-34.
6. David W, Gjerstone, Michael Cecka. Living unrelated donor kidney transplantation. *Kidney International*. 2000; 58:491-499.
7. Đỗ Tất Cường, Bùi Văn Mạnh. Nghiên cứu chức năng thận ghép và một số biến chứng thường gặp sau ghép thận. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2009; 34(3):30-35.
8. S Adibul Hasan, S A Anwar, et al. Renal transplantation in developing countries. *Kidney International*. 2003; 63(83):96-100.
9. Maruhum Bonar H Marbun, Endang Susalit, et al. Long-term outcomes and prognostic factors in kidney transplant recipients in Jakarta, Indonesia: A cohort study. 2020.
10. Pyart R, Evans KM, Steenkamp R, et al. The 21st UK Renal Registry annual report: A summary of analyses of adult data in 2017. *Nephron*. 2020; 144:59-66.