

trên thế giới.

Ghi nhận 1 trường hợp UTKNT độ 2, một loại u hiếm gặp ở vùng bóng Vater.

Kích thước u <1 cm chỉ hiện diện ở UTBMT tít mật tụy có thể bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng sớm hơn so với tít ruột.

Sự khác biệt đáng kể giữa phân loại u và hình dạng khối u có thể là 1 yếu tố giúp định hướng trên đại thể của tổn thương.

Tình trạng xâm nhập mạch máu và xâm nhập quanh thần kinh trong nghiên cứu thấp hơn các nghiên cứu khác có thể do cỡ mẫu còn hạn chế và quy trình thực hiện các kỹ thuật chưa đúng chuẩn theo tiêu chuẩn của CAP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Zimmermann C, Wolk S, Aust DE, et al.** The pathohistological subtype strongly predicts survival in patients with ampullary carcinoma. *Scientific Reports*. 2019/09/03 2019;9(1):12676. doi:10.1038/s41598-019-49179-w
- Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, et al.** The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*. Jan 2020;76(2):182-188. doi:10.1111/his.13975
- Adsay V, Ohike N, Tajiri T, et al.** Ampullary region carcinomas: definition and site specific classification with delineation of four clinicopathologically and prognostically distinct subsets in an analysis of 249 cases. *The American journal of surgical pathology*. Nov 2012;36(11):1592-608. doi:10.1097/PAS.0b013e31826399d8
- Carter JT, Grenert JP, Rubenstein L, Stewart L, Way LW.** Tumors of the Ampulla of Vater: Histopathologic Classification and Predictors of Survival. *Journal of the American College of Surgeons*. 2008/08/01/ 2008;207(2):210-218. doi: https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2008.01.028
- Winter JM, Cameron JL, Olin K, et al.** Clinicopathologic Analysis of Ampullary Neoplasms in 450 Patients: Implications for Surgical Strategy and Long-Term Prognosis. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2010/02/01 2010; 14(2):379-387. doi:10.1007/s11605-009-1080-7
- Ang DC, Shia J, Tang LH, Katabi N, Klimstra DS.** The Utility of Immunohistochemistry in Subtyping Adenocarcinoma of the Ampulla of Vater. 2014;38(10):1371-1379. doi:10.1097/pas.0000000000000230
- Matli VVK, Wellman G, Jaganmohan S, Koticha K.** Ampullary and Pancreatic Neuroendocrine Tumors: A Series of Cases and Review of the Literature. *Cureus*. 2022/1/27 2022;14(1):e21657. doi:10.7759/cureus.21657
- Ruff SM, Deutsch GB, Weiss MJ, Deperalta D.** Ampullary neuroendocrine tumors: A window into a rare tumor using a national database. 2021;39(3_suppl):373-373. doi:10.1200/JCO.2021.39.3_suppl.373
- Duan K, Mete O.** Algorithmic approach to neuroendocrine tumors in targeted biopsies: Practical applications of immunohistochemical markers. 2016;124(12):871-884. doi:https://doi.org/10.1002/cncy.21765
- Kim WS, Choi DW, Choi SH, Heo JS, You DD, Lee HG.** Clinical significance of pathologic subtype in curatively resected ampulla of vater cancer. 2012;105(3):266-272. doi:https://doi.org/10.1002/jso.22090

GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN TẶNG SAU KHI CHẾT: TỶ LỆ SỐNG CÒN THẬN GHÉP VÀ BỆNH NHÂN

Nguyễn Trọng Hiền¹, Thái Minh Sâm^{1,2}, Trần Ngọc Sinh^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Người hiến tạng (NHT) chết giúp mở rộng nguồn tạng hiến, và đang trở thành xu hướng ghép tạng trên thế giới, khi nguồn thận từ người sống không đáp ứng nhu cầu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Trình bày tỷ lệ sống còn thận ghép, tỷ lệ sống còn BN nhận thận, và các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống còn này. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, hồi cứu, bao gồm những trường hợp (TH) nhận thận từ NHT chết, từ

tháng 4/2008 đến tháng 12/ 2021, tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả và bàn luận:** Nghiên cứu có 27 NHT chết, trung vị tuổi 37, giới tính nam chiếm đa số 88,8%. Trung vị KDPI là 35%. 51 TH nhận thận, có trung vị tuổi là 37, nam giới 72,5%, chỉ số khối cơ thể là 20,9, thời gian điều trị thay thế thận là 39,3 tháng, thận nhân tạo là phương pháp chủ yếu, trung vị thời gian thiếu máu lạnh là 7 giờ, thời gian thiếu máu ấm là 38 phút. Thuốc ức chế miễn dịch (UCMD) dẫn nhập chủ yếu là nhóm ức chế thụ thể IL-2, chiếm 64,7%. Thuốc UCMD duy trì chủ yếu với tacrolimus (94,1%). Tỷ lệ sống còn thận ghép tại thời điểm 1-năm, 3-năm, và 5-năm tuân tự là 100%, 97,7%, và 95,1%. Tỷ lệ sống còn BN nhận thận tại các thời điểm tuân tự là 96,1%, 93,6%, và 93,6%. Các yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ sống còn thận ghép bao gồm: tuổi NHT trên 60 tuổi, KDPI trên 80%, trì hoãn chức năng thận ghép, thải ghép cấp trong năm đầu, và độ lọc cầu thận ước tính thấp hơn 45 ml/phút/m² da tại thời điểm

¹Bệnh Viện Chợ Rẫy,

²Đại Học Y Dược, Tp Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Hiền

Email: bsnguyentronghien@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 22.8.2023

tháng sau ghép. Các yếu tố ảnh hưởng đáng kể lên tỷ lệ sống còn BN bao gồm: NHT đủ tiêu chuẩn là NHT chết tuần hoàn, BN nhận thận dưới 40 và 50 tuổi, và trì hoãn chức năng thận ghép. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sống còn của thận ghép và tỷ lệ sống còn của BN nhận thận tương đồng với các tác giả khác trên thế giới. Cho nên sử dụng thận từ NHT chết là khả thi. Tuy nhiên do số lượng BN trong nghiên cứu còn giới hạn, nên cần tiếp tục nghiên cứu với số lượng BN nhận thận lớn hơn.

Từ khóa: Ghép thận, người hiến tạng (NHT), ức chế miễn dịch (UCMD), tỷ lệ sống còn thận ghép, tỷ lệ sống còn bệnh nhân, bệnh nhân (BN).

SUMMARY

KIDNEY TRANSPLANTATION FROM DECEASED DONORS: GRAFT AND PATIENT SURVIVAL RATES

Background: Deceased donors (DD) help expand the organ donation pool and are becoming a global trend in transplantation as the supply from living donors is insufficient to meet the demand. **Research Objectives:** To present the graft survival rate, patient survival rate, and factors influencing these survival rates. **Research Methods:** This is a retrospective, descriptive cohort study, which included cases that received kidneys from DDs from April 2008 to December 2021 at Cho Ray Hospital. **Results and discussion:** The study included 27 DDs with a median age of 37, with males making up 88.8%. The median KDPI (Kidney Donor Profile Index) was 35%. There were 51 kidney recipients, with a median age of 37, 72.5% males, a body mass index of 20.9, a median dialysis duration of 39.3 months, with hemodialysis being the predominant treatment method. The median cold ischemia time was 7 hours and the warm ischemia time was 38 minutes. The main induction immunosuppressant drugs were IL-2 receptor inhibitors, constituting 64.7%, and the main maintenance immunosuppressant was tacrolimus (94.1%). The graft survival rates at 1-year, 3-years, and 5-years were sequentially 100%, 97.7%, and 95.1%. The patient survival rates at these intervals were 96.1%, 93.6%, and 93.6%. Significant factors affecting graft survival included: donor age over 60, KDPI over 80%, delayed graft function, acute rejection in the first year, and estimated glomerular filtration rate lower than 45 ml/min/1.73m² at one-month post-transplant. Significant factors affecting patient survival were: DD meeting the circulatory death criteria, recipients under 40 and 50 years of age, and delayed graft function. **Conclusion:** The study indicates that the graft and patient survival rates are comparable to international figures. Thus, using kidneys from DDs is feasible. However, given the limited sample size in the study, further research with a larger number of recipients is recommended.

Keywords: Kidney transplantation, deceased donor (DD), immunosuppression (UCMD), graft survival rate, patient survival rate, patient (BN).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận (GT) là phương pháp điều trị tốt

nhất và mang lại chất lượng cuộc sống cao nhất đối với những bệnh nhân (BN) bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Cuộc mổ GT thành công giúp giảm đáng kể tỷ lệ tử vong do biến cố tim mạch và tử vong do biến cố chung, mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho bệnh nhân, và về lâu dài trong hầu hết các trường hợp góp phần tiết kiệm chi phí điều trị cho một quốc gia¹. Khi thận ghép mất chức năng, BN quay về thận nhân tạo, tỷ lệ tử vong cao hơn BN trong danh sách chờ. Cho nên, cá nhân hóa sử dụng nguồn thận hiến từ người hiến tạng (NHT) chết sao cho phù hợp một lần nữa là quyết định khó khăn.

Tại Hoa Kỳ, theo số liệu thống kê năm 2020, người hiến tạng (NHT) chết chiếm 69,5% trường hợp. Tại Hà Lan, NHT chết tuần hoàn giúp gia tăng 20% nguồn tạng hiến. Tại Châu Âu, NHT chết chiếm tỷ lệ 76,54% trường hợp. Như vậy có thể thấy rằng, thận hiến từ NHT chết não và NHT chết tuần hoàn đã và đang góp phần rút ngắn khoảng cách giữa nhu cầu ghép thận và vấn đề thiếu hụt nguồn thận hiến, tạo thêm cơ hội được ghép thận cho những BN bệnh thận mạn giai đoạn cuối, và gián tiếp góp phần giúp chóng lại vấn đề buôn bán tạng².

Nghiên cứu về tỷ lệ sống còn thận ghép và tỷ lệ sống còn BN nhận thận từ người hiến sau khi chết là một thước đo quan trọng khi đánh giá kết quả ghép thận, sẽ giúp việc mở rộng sử dụng nguồn tạng nói chung và thận nói riêng từ não NHT sau khi chết, từ đó tạo thêm cơ hội được ghép thận cho những bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Cũng như nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống còn thận ghép và tỷ lệ sống còn BN từ đó giúp việc sử dụng nguồn thận hiến từ NHT sau khi chết hiệu quả hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt trường hợp lâm sàng, hồi cứu.

Đối tượng nghiên cứu: BN ghép thận từ người hiến tạng sau khi chết từ tháng 4 năm 2008 đến tháng 12 năm 2021, tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Về bệnh nhân nhận thận: BN bệnh thận mạn giai đoạn cuối đã được phẫu thuật ghép thận từ NHT sau khi chết, và theo dõi sau ghép tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Về tỷ lệ sống còn thận ghép: được định nghĩa là khoảng thời gian từ khi ghép cho đến khi thận ghép thất bại (bệnh nhân quay về chạy thận nhân tạo định kỳ), loại trừ trường hợp tử vong không liên quan đến thận ghép và thận ghép đang còn chức năng.

Về tỷ lệ sống còn bệnh nhân: được định

nghĩa là khoảng thời gian từ khi ghép cho đến khi bệnh nhân tử vong.

Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống còn thận ghép và sống còn BN: được khảo sát bao gồm (1) các yếu tố từ NHT: tuổi, giới, phân loại người hiến, chỉ số KDPI, thời gian thiếu máu lạnh, chỉ số BMI; (2) các yếu tố liên quan đến cuộc mổ: thời gian thiếu máu nóng, thuốc ức chế miễn dịch dẫn nhập, thuốc ức chế miễn dịch duy trì với tacrolimus và với cyclosporine; (3) các yếu tố liên quan đến người nhận: tuổi, giới, chỉ số BMI, phương pháp điều trị thay thế thận, tiền căn ghép thận; (4) các yếu tố liên quan đến kết quả ghép thận: trì hoãn chức năng thận ghép, thải ghép cấp, độ lọc cầu thận ước đoán tại thời điểm 1 năm trên 45 ml/phút/1,73 m² da; (5) các yếu tố liên quan đến biến chứng sau ghép: nhiễm Cytomegalovirus, bệnh thận do BK polyomavirus.

Phương pháp thống kê: Số liệu được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22. Biến số định lượng được kiểm tra có phân phối chuẩn hay không dựa trên phép kiểm Shapiro-Wilk khi dân số nghiên cứu ít hơn 50, phép kiểm Kolmogorov-Smirnov khi dân số nghiên cứu lớn hơn 50. Biến số liên tục không có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị và tứ phân vị. Biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh sự giống và khác nhau của các biến định lượng bằng phép kiểm t khi biến số có phân phối chuẩn, phép kiểm Mann-Whitney khi các biến không có phân phối chuẩn. Biến số định tính được so sánh bằng phép kiểm chi bình phương. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Y đức: 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.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 4 năm 2008 đến tháng 12 năm 2021. Nghiên cứu ghi nhận có 51 BN bệnh thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận từ 23 NHT chết não, 4 NHT chết tuần hoàn.

Đặc điểm của NHT sau khi chết. NHT sau khi chết có trung vị tuổi là 37 tuổi (khoảng tứ phân vị là 30 - 46). Nguyên nhân tử vong do tai nạn giao thông chiếm 81,5%. Nam chiếm đa số (88,9%). Trung vị chỉ số khối cơ thể là 22,4 kg/m² da. Nhóm máu O⁺ chiếm đa số (62,9%). Trung vị chỉ số KDPI là 35%. Trung vị Creatinin-HT lúc nhập viện là 1,1 mg%. Trung vị Creatinin-HT lúc hiển tạng là 1,2 mg%. Trung vị thời gian

sử dụng thuốc vận mạch cho đến lúc hiển tạng là 64 giờ.

Bảng 1. Đặc điểm của NHT chết não và NHT chết tuần hoàn

Người hiến thận	NHT (N=27)
Tuổi lúc hiển tạng (năm) (IQR)	37 (30-46)
Giới tính nam (n, %)	24 (88,8%)
Chỉ số khối cơ thể (kg/m ² da) (IQR)	22,4 (20,7-25,9)
KDPI (%)	35 (21-50)
KDPI<80% (%)	84,3
Thời gian sử dụng thuốc vận mạch (giờ) (IQR)	64 (36-119)

Ghi chú: KDPI: kidney donor profile index – chỉ số nguy cơ người hiến tạng.,

Về đặc điểm của BN nhận thận hiến từ NHT sau khi chết. Tuổi trung vị lúc ghép là 37, trẻ nhất 23 tuổi, lớn nhất 62 tuổi. Nam giới chiếm đa số (88,8%). Trung vị chỉ số khối cơ thể là 20,9 kg/m² da.

Về bệnh đi kèm trước ghép: 1 TH đái tháo đường, 4 TH viêm gan siêu vi B mạn, 1 TH viêm gan siêu vi C, 1 TH sa trực tràng, 1 TH thay van tim cơ học, 1 TH bàng quang nhỏ do di chứng lao, 1 TH vô hoá mạch máu toàn thân.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh nhân nhận thận

	BN nhận thận N=51
Tuổi lúc ghép (năm) (IQR)	37 (33-47)
Giới tính nam (n, %)	37 (72,5%)
Chỉ số khối cơ thể (kg/m ²) (IQR)	20,9 (19,2-22,0)
Thời gian ĐTTTTG (tháng) (IQR)	39,3 (24,1-62,8)
Phương pháp điều trị thay thế thận (n, %)	
Thận nhân tạo	45 (88,2%)
Thẩm phân phúc mạc	6 (11,8%)
Tiền căn ghép thận (n, %)	3 (5,9%)

Ghi chú: ĐTTTTG: điều trị thay thế thận trước ghép.

Trung vị thời gian điều trị thay thế thận là 39,3 tháng, thận nhân tạo là phương pháp điều trị thay thế thận chủ yếu (88,2%).

Bảng 3. Thời gian thiếu máu thận ghép

	Thời gian
Thời gian thiếu máu lạnh (giờ) (IQR)	7 (3-11)
Thời gian thiếu máu ấm (phút) (IQR)	38 (32-46)

Bảng 4. Thuốc ức chế miễn dịch

	BN nhận thận N=51
Thuốc ức chế miễn dịch dẫn nhập	
Nhóm ức chế IL-2 (n, %)	33 (64,7%)
Nhóm triệt tiêu bạch cầu (n, %)	18 (35,5%)

Thuốc ức chế miễn dịch duy trì	
Phác đồ với tacrolimus (n, %)	48 (94,1%)
Phác đồ với cyclosporine (n, %)	3 (5,9%)

Phần lớn BN ghép thận sử dụng thuốc ức chế miễn dịch dẫn nhập là nhóm ức chế IL-2 (64,7%), và thuốc ức chế miễn dịch duy trì với tacrolimus (94,1%).

Bảng 5. Các biến chứng sau ghép thận

Các biến chứng	BN nhận thận N=51
Trì hoãn chức năng thận ghép (n, %)	12 (23,5%)
Thải ghép cấp trong năm đầu (n, %)	5 (9,8%)
Nhiễm Cytomegalovirus (n, %)	17 (33,3%)
Bệnh thận do BK polyomavirus (n, %)	7 (13,7%)

Trì hoãn chức năng thận ghép là biến chứng thường gặp trong ghép thận từ NHT chết, có thể dao động từ 10 – 25%, tùy vào NHT, nếu NHT thỏa tiêu chuẩn là NHT chết tuần hoàn, tỷ lệ này có thể tăng lên đến 45%. Nghiên cứu của chúng

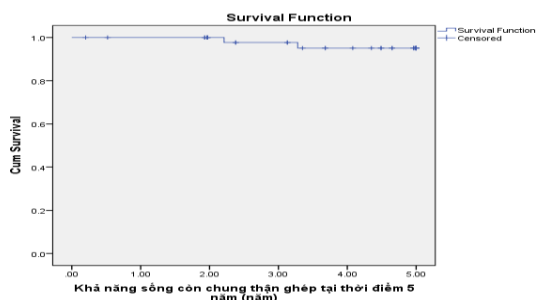
tôi ghi nhận là 23%. Tỷ lệ thải ghép cấp trong nghiên cứu này là 9,8%, tương đồng với kết quả của hầu hết các nghiên cứu trên thế giới, khi tỷ lệ thải ghép cấp trong năm đầu là khoảng 10%.

Tỷ lệ BN có độ lọc cầu thận ước tính trên 45 ml/phút/1,73 m² da tại thời điểm 1 năm sau ghép: 42 trường hợp, chiếm 85,7%.

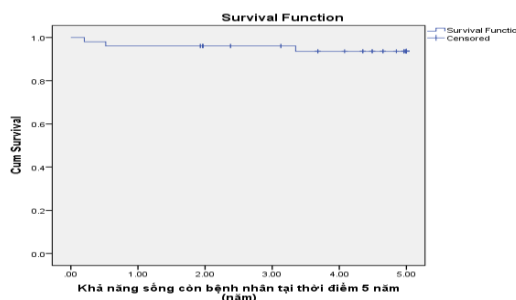
Kết quả tỷ lệ sống còn thận ghép và tỷ lệ sống còn bệnh nhân nhận thận. Trong năm đầu tiên, chúng tôi có 5 TH thải ghép cấp với 4 TH chẩn đoán bằng sinh thiết thận và 2 trường hợp chẩn đoán bằng lâm sàng và không sinh thiết thận.

Bảng 6. Thải ghép cấp theo thời gian sau ghép

Thời điểm	Tỷ lệ sống còn thận ghép	Tỷ lệ sống còn BN
- 1 năm (n, %)	51 (100%)	49 (96,1%)
- 3 năm (n, %)	50 (97,7%)	48 (93,6%)
- 5 năm (n, %)	49 (95,1%)	48 (93,6%)



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sống còn thận ghép



Biểu đồ 2. Tỷ lệ sống còn bệnh nhân

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

Bảng 7. Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống còn thận ghép

STT	Các yếu tố	Giá trị P
1	Theo phân loại NHT (chết não – chết tuần hoàn)	0,163
2	Giới tính NHT (nam – nữ)	0,554
3	Tuổi NHT (dưới 30 và trên 30 tuổi)	0,419
4	Tuổi NHT (dưới 40 và trên 40 tuổi)	0,990
5	Tuổi NHT (dưới 50 và trên 50 tuổi)	0,347
6	Tuổi NHT (dưới 60 và trên 60 tuổi)	0,022
7	Chênh lệch tuổi NHT và BN nhận thận (dưới 10 và trên 10 tuổi)	0,218
8	Chênh lệch tuổi NHT và BN nhận thận (dưới 20 và trên 20 tuổi)	0,482
9	Chênh lệch tuổi NHT và BN nhận thận (dưới 30 và trên 30 tuổi)	0,822
10	Tuổi BN nhận thận (dưới 30 và trên 30 tuổi)	0,484
11	Tuổi BN nhận thận (dưới 40 và trên 40 tuổi)	0,065
12	Tuổi BN nhận thận (dưới 50 và trên 50 tuổi)	0,132
13	Tuổi BN nhận thận (dưới 60 và trên 60 tuổi)	0,822
14	Giới tính BN nhận thận (nam – nữ)	0,466

15	Thời gian thiếu máu lạnh (dưới 12 và trên 12 giờ)	0,517
16	Thời gian thiếu máu ấm (dưới 30 và trên 30 phút)	0,575
17	Thời gian thiếu máu ấm (dưới 40 và trên 40 phút)	0,765
18	Thời gian thiếu máu ấm (dưới 45 và trên 45 phút)	0,531
19	KDPI (dưới 80 và trên 80%)	0,032
20	Trì hoãn chức năng thận ghép (không và có)	0,004
21	Thải ghép cấp trong năm đầu (không và có)	0,058
22	Nhiễm Cytomegalovirus (không và có)	0,290
23	Bệnh thận do BK polyomavirus (không và có)	0,190
24	Thuốc ức chế miễn dịch dẫn nhập (ức chế IL2 – ATG)	0,495
25	Thuốc ức chế miễn dịch duy trì (với tacrolimus – với cyclosporine)	0,689
26	Độ lọc cầu thận tại thời điểm 12 tháng (dưới 45 và trên 45 ml/phút/1,73m ² da)	0,001

Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống còn thận ghép có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$) bao gồm: tuổi NHT trên 60 tuổi, KDPI trên 80%, trì hoãn chức năng thận ghép, thải ghép cấp trong năm đầu, và độ lọc cầu thận ước tính thấp hơn 45 ml/phút/m² da tại thời điểm tháng sau ghép.

Bảng 8. Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống còn bệnh nhân

STT	Các yếu tố	Giá trị P
1	Theo phân loại NHT (chết não – chết tuần hoàn)	0,012
2	Giới tính NHT (nam – nữ)	0,296
3	Tuổi NHT (dưới 30 và trên 30 tuổi)	0,312
4	Tuổi NHT (dưới 40 và trên 40 tuổi)	0,550
5	Tuổi NHT (dưới 50 và trên 50 tuổi)	0,571
6	Tuổi NHT (dưới 60 và trên 60 tuổi)	0,079
7	Chênh lệch tuổi NHT và BN nhận thận (dưới 10 và trên 10 tuổi)	0,675
8	Chênh lệch tuổi NHT và BN nhận thận (dưới 20 và trên 20 tuổi)	0,406
9	Chênh lệch tuổi NHT và BN nhận thận (dưới 30 và trên 30 tuổi)	0,796
10	Tuổi BN nhận thận (dưới 30 và trên 30 tuổi)	0,399
11	Tuổi BN nhận thận (dưới 40 và trên 40 tuổi)	0,029
12	Tuổi BN nhận thận (dưới 50 và trên 50 tuổi)	0,018
13	Tuổi BN nhận thận (dưới 60 và trên 60 tuổi)	0,742
14	Giới tính BN nhận thận (nam – nữ)	0,281
15	Thời gian thiếu máu lạnh (dưới 12 và trên 12 giờ)	0,434
16	Thời gian thiếu máu ấm (dưới 30 và trên 30 phút)	0,315
17	Thời gian thiếu máu ấm (dưới 40 và trên 40 phút)	0,883
18	Thời gian thiếu máu ấm (dưới 45 và trên 45 phút)	0,860
19	KDPI (dưới 80 và trên 80%)	0,101
20	Trì hoãn chức năng thận ghép (không và có)	0,053
21	Thải ghép cấp trong năm đầu (không và có)	0,563
22	Nhiễm Cytomegalovirus (không và có)	0,988
23	Bệnh thận do BK polyomavirus (không và có)	0,462
24	Thuốc ức chế miễn dịch dẫn nhập (ức chế IL2 – ATG)	0,995
25	Thuốc ức chế miễn dịch duy trì (với tacrolimus – với cyclosporine)	0,647
26	Độ lọc cầu thận tại thời điểm 12 tháng (dưới 45 và trên 45 ml/phút/1,73m ² da)	0,640

Các yếu tố ảnh hưởng lên tỷ lệ sống còn BN có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$) bao gồm: NHT đủ tiêu chuẩn là NHT chết tuần hoàn, BN nhận thận dưới 40 và 50 tuổi, và trì hoãn chức năng thận ghép.

Bảng 9. So sánh chức năng tỷ lệ sống còn thận ghép

Tác giả	Quốc gia	Năm	N	Khả năng sống còn thận ghép (%)		
				1-năm	3-năm	5-năm
Kute ³	Ấn Độ	2014	176	94,5	---	88,1

Summer ⁴	Anh	2015	9684	---	---	84,5
Chen ⁵	Trung Quốc	2017	59	98,3	95,5	---
Naohiro ⁶	Nhật	2022	684	98,6	97,3	93,9
Chúng tôi	Việt Nam	2022	51	100	97,7	95,1

Khả năng sống còn thận ghép của BN nhận thận từ NHT chết trong nghiên cứu của tác giả Kute³ tại Ấn Độ năm 2014 với 176 BN nhận thận tại thời điểm 1-năm là 94,5% và 5-năm là 88,1%. Nghiên cứu thực hiện bởi tác giả Summer⁴ tại Anh năm 2015 với 9684 BN nhận thận từ NHT chết chỉ ghi nhận khả năng sống còn thận ghép tại thời điểm 5-năm, là 84,5%. Nghiên cứu thực hiện bởi tác giả Chen⁵ tại Trung Quốc năm 2017 với 59 BN nhận thận từ NHT chết: khả năng sống còn thận ghép tại thời điểm 1-năm là 98,3% và 3-năm là 95,5%. Nghiên cứu

thực hiện bởi tác giả Naohiro⁶ tại Nhật năm 2022 với 684 BN nhận thận từ NHT chết, khả năng sống còn thận ghép ở tất cả 3 thời điểm 1-năm (98,6%), 3-năm (97,3%) và 5-năm (93,9%). Nghiên cứu của chúng tôi với 51 BN nhận thận từ NHT chết, khả năng sống còn thận ghép là 100% tại thời điểm 1-năm và 97,7% tại thời 3 và 95,1% tại thời điểm 5-năm. Nhìn chung, khả năng sống còn thận ghép trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác.

Bảng 10. So sánh tỷ lệ sống còn bệnh nhân nhận thận

Tác giả	Quốc gia	Năm	N	Khả năng sống còn BN (%)		
				1-năm	3-năm	5-năm
Summer ⁷	Anh	2013	4663	---	92,2	---
Kute ³	Ấn Độ	2014	176	84,7	---	81,9
Vũ ⁸	Việt Nam	2014	38	---	89,4	---
Summer ⁴	Anh	2015	9684	---	---	89,4
Chen ⁵	Trung Quốc	2018	59	98,3	95,5	---
Vũ ⁹	Việt Nam	2021	116	98,3	98,3	96,5
Roman ¹⁰	CH Czech	2022	79	97,5	91,9	82,7
Naohiro ⁶	Nhật	2022	684	98,6	95,6	92,8
Chúng tôi	Việt Nam	2022	51	96,1	93,6	93,6

Tỷ lệ sống còn BN nhận thận từ NHT chết trong nghiên cứu của tác giả Summer⁷ ở Anh năm 2013 với 4663 BN nhận thận là 92,2% tại thời điểm 3-năm. Nghiên cứu bởi tác giả Kute³ ở Ấn Độ năm 2014 với 176 BN nhận thận từ NHT chết: khả năng sống còn của BN tại thời điểm 1-năm là 84,7% và 5-năm là 81,9%. Nghiên cứu Vũ⁸ ở Việt Nam năm 2014 với 38 BN nhận thận từ NHT chết: khả năng sống còn của BN tại thời điểm 3-năm là 89,4%. Nghiên cứu thực hiện bởi Summer⁴ ở Anh năm 2015 với 9684 BN nhận thận từ NHT chết: khả năng sống còn của BN tại thời điểm 5-năm là 89,4%. Nghiên cứu của tác giả Chen⁵ ở Trung Quốc năm 2018 với 59 BN nhận thận từ NHT chết: khả năng sống còn của BN tại thời điểm 1-năm là 98,3% và 3-năm là 95,5%. Nghiên cứu Roman¹⁰ ở CH Czech năm 2022 với 79 BN nhận thận từ NHT chết: khả năng sống còn của BN tại thời điểm 1-năm là 97,5%, 3-năm là 91,9% và 5-năm là 82,7%. Nghiên cứu thực hiện bởi Naohiro⁶ ở Nhật năm 2022 với 684 BN nhận thận từ NHT chết: khả năng sống còn của BN tại thời điểm 1-năm là 98,6%, 3-năm là 95,6% và 5-năm là 92,8%.

Nghiên cứu của chúng tôi với 51 BN với kết quả khả năng sống còn của BN là 96,1% tại thời điểm 1, và 93,6% tại thời điểm 3 và 5-năm. Nhìn chung, kết quả khả năng sống còn BN trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác.

IV. KẾT LUẬN

Người hiến tạng chết trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ tuổi, chủ yếu là nam giới, tử vong chủ yếu vì chấn thương đầu do tai nạn giao thông. Tuổi NHT trên 60, tri hoãn chức năng thận ghép, và độ lọc cầu thận trên 45 ml/phút tại thời điểm 12 tháng sau ghép ảnh hưởng đáng kể lên tỷ lệ sống còn 5 năm thận ghép. NHT thỏa tiêu chuẩn là NHT chết tuần hoàn, và tuổi BN nhận thận dưới 40 tuổi ảnh hưởng đáng kể lên tỷ lệ sống còn 5 năm của BN nhận thận. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sống còn của thận ghép và tỷ lệ sống còn của BN nhận thận tương đồng với các tác giả khác trên thế giới. Cho nên sử dụng thận từ NHT chết là khả thi. Tuy nhiên do số lượng BN trong nghiên cứu còn giới hạn, nên cần tiếp tục nghiên cứu với số lượng BN nhận thận lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Watson C, Dark J. Organ transplantation: historical perspective and current practice.** British journal of anaesthesia. 2012;108(suppl_1):i29-i42.
2. **Martin DE, Van Assche K, Dominguez-Gil B, et al.** Strengthening Global Efforts to Combat Organ Trafficking and Transplant Tourism: Implications of the 2018 Edition of the Declaration of Istanbul. Transplantation Direct. 2019;5(3):e433. doi:10.1097/txd.0000000000000872
3. **Kute V, Ramesh V, Shroff S, Guleria S, Prakash J.** Deceased-donor organ transplantation in India: current status, challenges, and solutions. Exp Clin Transplant. 2020;18(Suppl 2):31-42.
4. **Summers DM, Watson CJE, Pettigrew GJ, et al.** Kidney donation after circulatory death (DCD): state of the art. Kidney International. 2015;88(2):241-249. doi:10.1038/ki.2015.88
5. **Chen G, Wang C, Ko DSC, et al.** Comparison of outcomes of kidney transplantation from donation after brain death, donation after circulatory death, and donation after brain death followed by circulatory death donors. Clinical transplantation. 2017;31(11):e13110.
6. **Aida N, Ito T, Kurihara K, Naka Mieno M, Nakagawa Y, Kenmochi T.** Analysis of risk factors for donation after circulatory death kidney transplantation in Japan. Clinical and Experimental Nephrology. 2022;26(1):86-94.
7. **Summers DM, Johnson RJ, Hudson A, Collett D, Watson CJ, Bradley JA.** Effect of donor age and cold storage time on outcome in recipients of kidneys donated after circulatory death in the UK: a cohort study. The Lancet. 2013/03/02/2013;381(9868):727-734. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61685-7
8. **Vũ LN.** Đánh giá kết quả của lấy, rửa và ghép thận từ người chết não tại bệnh viện Việt Đức. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2014.
9. **Vũ LN, Tuấn TM, Cường NT, et al.** Ghép thận từ người cho chết não tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2010-2020. Y Học Việt Nam. 2021; 509 (Tháng 12 - số chuyên đề)(Công trình nghiên cứu khoa học lần thứ XV hội Tiết Niệu - Thận Học Việt Nam; lần thứ VII VUNA - North, 2021): 419 - 427.
10. **Roman J, Jalůvka F, Ostruszka P, et al.** Post-Kidney Transplantation Results After Circulatory or Brain Death Without Pre-Mortem Heparin Administration. Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research. 2022;28:e936877-1.

LIÊN QUAN GIỮA HÚT THUỐC LÁ ĐIỆN TỬ VÀ BÉO PHÌ Ở HỌC SINH LỬA TUỔI HỌC ĐƯỜNG

Trương Hồng Sơn^{1,2}

¹Tổng hội Y học Việt Nam

²Viện Y học Ứng dụng Việt Nam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, việc sử dụng thuốc lá điện tử đã trở nên phổ biến ở giới trẻ, đặc biệt là nhóm thanh thiếu niên, học sinh ở trường học. Đã có nhiều nghiên cứu đưa ra một số bằng chứng về tác hại của thuốc lá điện tử đối với các khía cạnh khác nhau của sức khỏe, bao gồm các ảnh hưởng đến thần kinh, răng miệng, hô hấp. Bên cạnh đó, việc sử dụng thuốc lá điện tử cũng có thể gây những ảnh hưởng trực tiếp đến thể trạng, trong đó có thể dẫn đến tình trạng béo phì.



II. HÚT THUỐC LÁ ĐIỆN TỬ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG BÉO PHÌ

Các nghiên cứu về tình trạng béo phì có liên quan đến hút thuốc lá truyền thống đã được ghi nhận từ lâu, và hiện nay mối quan hệ này cũng được mở rộng đối với thuốc lá điện tử. Một nghiên cứu tại trường Đại học Bang California (Hoa Kỳ) năm 2017 chỉ ra rằng tình trạng béo phì gặp nhiều ở nhóm sử dụng thuốc lá/thuốc lá điện tử. Năm 2022, một nghiên cứu khác tại Thụy Điển chỉ ra rằng tỉ lệ thừa cân/béo phì cao hơn ở những người sử dụng thuốc lá điện tử khi so sánh với người không sử dụng, bên cạnh các vấn đề sức khỏe khác cũng được báo cáo bao gồm tỷ lệ ho tăng lên, hay tỷ lệ tiết nhầy cổ họng tăng cao. Theo nghiên cứu tổng quan hệ thống năm 2022 đánh giá trên 4965 nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng, tỷ lệ hút thuốc lá điện tử cao đã được báo cáo trong phần lớn các nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trong số những đối tượng khảo sát gặp tình trạng béo phì hoặc