

NHẬN XÉT SỰ BIẾN ĐỔI CHỨC NĂNG THẬN GHÉP TRONG 5 NĂM ĐẦU Ở NGƯỜI BỆNH GHÉP THẬN, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Thị Bích Hằng^{1*}
Phạm Thị Diệu Hương¹, Nguyễn Thành Công²
Lê Việt Thắng¹, Phạm Quốc Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm chức năng thận hiến và biến đổi mức lọc cầu thận sau ghép; phân tích mối liên quan giữa biến đổi mức lọc cầu thận với một số đặc điểm thận hiến.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang 48 bệnh nhân ghép thận từ người cho cùng huyết thống, từ tháng 9/2023 đến tháng 9/2024, tại Bệnh viện Quân y 103.

Kết quả: Người hiến tặng trung bình $52,08 \pm 7,14$ tuổi. Trước ghép, mức lọc cầu thận người hiến và mức lọc cầu thận của thận hiến trên xạ hình so với mức lọc cầu thận ước tính tương ứng khác biệt với $p < 0,01$. Mức lọc cầu thận ước tính của thận hiến trước ghép trung bình là $43,38 \pm 5,94$ mL/phút, tỉ lệ chức năng thận trước ghép $48,21 \pm 2,72\%$ và mức lọc cầu thận ước tính sau ghép $61,06 \pm 16,98$ mL/phút. Biến đổi mức lọc cầu thận ước tính sau ghép tăng thêm $17,70 \pm 16,54$ mL/phút; trong đó, 83,3% bệnh nhân có tăng mức lọc cầu thận sau ghép. Biến đổi mức lọc cầu thận sau ghép tăng cao hơn ở nhóm bệnh nhân nhận thận từ người hiến là nam so với người hiến là nữ ($p < 0,05$). Khác biệt không có ý nghĩa thống kê về biến đổi mức lọc cầu thận sau ghép ở những nhóm nhận thận từ người hiến có quan hệ huyết thống khác nhau, nhóm tuổi người hiến khác nhau và mức lọc cầu thận ước tính của thận hiến khác nhau.

Kết luận: Khả năng phục hồi của chức năng thận ghép trong các trường hợp khác nhau khá linh hoạt, mở ra cơ hội cho việc tăng cường ghép thận từ các nguồn hiến sống, trong đó những người hiến có tuổi cao hơn có thể được cân nhắc.

Từ khóa: Ghép thận, mức lọc cầu thận, biến đổi chức năng thận ghép.

ABSTRACT

Objectives: To describe certain characteristics of donor kidney function and the changes in glomerular filtration rate (eGFR) after kidney transplantation, and to analyze the relationship between eGFR changes and specific donor kidney characteristics.

Subjects and methods: A retrospective, prospective, and cross-sectional study was conducted on 48 kidney transplant patients with living-related donors from September 2023 to September 2024 at Military Hospital 103.

Results: The average age of donors was 52.08 ± 7.14 years. Before transplantation, both the donor's GFR and the GFR of the donated kidney, measured by renal scintigraphy, were significantly different from the corresponding estimated GFR ($p < 0.01$). The average pre-transplant eGFR of the donated kidney was 43.38 ± 5.94 mL/min, and the percentage of kidney function from the donated kidney was $48.21 \pm 2.72\%$, the average post-transplant eGFR was 61.06 ± 16.98 mL/min. The estimated post-transplant GFR increased by 17.70 ± 16.54 mL/min, with 83.3% of patients experiencing an improvement in kidney function. The increase in GFR was significantly greater in recipients of kidneys from male donors compared to those from female donors ($p < 0.05$). No statistically significant differences in GFR change were observed among groups based on donor-recipient relationship, donor age, or the estimated pre-transplant GFR of the donated kidney.

Conclusions: The recovery capacity of transplanted kidney function is relatively flexible across different scenarios, supporting the expansion of living donor kidney transplantation, including consideration of older donors.

Keywords: Kidney transplant, glomerular filtration rate, eGFR change.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Thị Bích Hằng, Email: ntbhang911@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/11/2024; mời phản biện khoa học: 11/2024; chấp nhận đăng: 25/8/2025.

¹Bệnh viện Quân y 103.

²Bệnh viện Nhân dân 115.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (BTMT) hiện nay đang là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Tỷ lệ tử vong toàn cầu ở mọi lứa tuổi do BTMT tăng thêm 41,5% từ năm 1990 đến năm 2017 [11]. Ghép thận là một trong các phương pháp điều trị thay thế thận tối ưu nhất cho bệnh nhân (BN) BTMT giai đoạn cuối, giúp cải thiện cả về triệu chứng, chất lượng cuộc sống và tuổi thọ so với các phương pháp điều trị thay thế thận khác [4]. Tuy nhiên, cho đến nay, tình trạng thiếu hụt nguồn thận hiến, đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển, với bối cảnh y tế hạn chế về nguồn lực và điều kiện kinh tế đã và đang tạo ra thách thức lớn. Tại Việt Nam, nơi các bệnh lý về thận hiến có xu hướng gia tăng, ghép thận từ người hiến sống, đặc biệt là từ những người hiến có cùng huyết thống vẫn đóng vai trò quan trọng.

Các yếu tố như tuổi cao, giới tính người hiến và đặc điểm chức năng thận hiến trước ghép trên người hiến cùng huyết thống có thể ảnh hưởng đến chức năng thận ghép, từ đó tác động đến hiệu quả điều trị dài hạn cho BN [5], [6]. Trong khi đó, BN ghép thận từ người hiến cùng huyết thống phần lớn nhận thận từ những người có độ tuổi cao hơn so với nhóm người hiến thận khác huyết thống. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá sự thay đổi mức lọc cầu thận (MLCT) và mối liên quan với các đặc điểm người hiến và thận hiến trước ghép. Do đó, nghiên cứu này có mục tiêu đóng góp thêm vào hiểu biết về biến đổi mức lọc cầu thận sau ghép và ảnh hưởng của các đặc điểm của thận hiến đối với sự thay đổi chức năng thận sau ghép, từ đó giúp hỗ trợ trong việc lựa chọn thận hiến và tối ưu hóa kết quả ghép thận trong tương lai.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

48 BN ghép thận từ người hiến sống có cùng huyết thống, theo dõi sau ghép thận từ 3 tháng đến 5 năm đầu, tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 9/2023 đến tháng 9/2024.

Loại trừ BN đang có sốt hoặc nhiễm trùng tiến triển, nhiễm BK virus đang hoạt động mạnh với tải lượng cao hoặc có biến chứng toàn thân nặng; BN mất chức năng thận ghép phải quay lại điều trị bằng lọc máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện tất cả các BN thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Tại thời điểm lấy mẫu nghiên cứu (trên người nhận): tuổi hiến tại, giới tính, thời gian sau ghép,

creatinine máu, MLCT sau ghép được ước tính bằng công thức CKD-EPI-creatinin 2009 [7].

+ Khai thác thông tin trước ghép từ hồ sơ bệnh án tại phòng lưu trữ: thời điểm ghép thận, nguyên nhân BTMT trước ghép, phương pháp điều trị trước ghép; tuổi người hiến thận (tại thời điểm hiến thận), mối quan hệ huyết thống của cặp người hiến - người nhận; bất tương hợp HLA, nồng độ creatinin máu của người hiến thời điểm hiến thận, bên thận hiến, tỷ lệ MLCT của thận hiến (trên xạ hình thận).

- Trong nghiên cứu này, MLCT ước tính của thận hiến được xác định qua công thức:

MLCT ước tính thận hiến = MLCT ước tính của người hiến x tỷ lệ MLCT của thận hiến trên xạ hình (mL/phút).

Trong đó: MLCT ước tính chung của người hiến (mL/phút) được xác định thông qua công thức CKD-EPI-creatinin 2009[7].

- Đạo đức: nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y học Bệnh viện Quân y 103 thông qua ngày 09/8/2023 (văn bản số 256/HĐĐĐ).

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 23.0. Biến số định tính trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ %. Biến số định lượng trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn tùy theo biến có phân phối chuẩn/không chuẩn. So sánh 2 số trung bình quan sát bằng Test "t-student", so sánh giá trị trung bình của các biến bằng kiểm định ANOVA (với biến có phân phối chuẩn): $p > 0,05$; độ tin cậy $< 95\%$; $p < 0,05$; độ tin cậy $> 95\%$. Test thống kê có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của BN (n = 48)

Đặc điểm		Kết quả
Giới tính BN	Nam giới	34 BN (77,1%)
	Nữ giới	14 BN (22,9%)
Tuổi trung bình (năm)		32,38 ± 7,20
Nguyên nhân gây BTMT	Viêm cầu thận mạn	47 BN (97,9%)
	Đái tháo đường	1 BN (2,1%)
Điều trị trước ghép	Bảo tồn	12 BN (25,0%)
	Lọc máu chu kỳ	36 BN (75,0%)
Thời gian lọc máu chu kỳ (tháng)		22,3 ± 7,4
Bất tương hợp HLA	< 3/6	30 BN (62,5%)
	≥ 3/6	18 BN (37,5%)
Bất tương hợp HLA trung bình		1,88 ± 1,12
Thời gian theo dõi sau ghép (năm)		2,09 ± 1,53

Tuổi trung bình BN sau ghép là $32,38 \pm 7,20$ tuổi, BN nam giới (77,1%) nhiều hơn BN nữ giới (22,9%). Trước ghép thận, nguyên nhân chính gây BTMT là viêm cầu thận mạn được xác định ở 97,9% BN và 75,0% BN lựa chọn lọc máu chu kỳ là phương pháp điều trị trước ghép với thời gian lọc máu trung bình 22,3 tháng. Bất tương hợp HLA trung bình trước ghép là $1,88 \pm 1,12$, với 62,5% BN có bất tương hợp HLA $< 3/6$. Thời gian theo dõi sau ghép trung bình là $2,09 \pm 1,53$ năm.

Bảng 2. Đặc điểm người hiến thận (n = 48)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi trung bình (năm)	$52,08 \pm 7,14$
mMLCT chung (mL/phút) ¹	$113,61 \pm 10,93$
eMLCT chung (mL/phút) ²	$89,89 \pm 10,19$
Tỉ lệ mMLCT trên xạ hình (%)	$48,21 \pm 2,72$
mMLCT thận hiến (mL/phút) ³	$54,79 \pm 6,31$
eMLCT thận hiến (mL/phút) ⁴	$43,38 \pm 5,94$
<i>eMLCT: MLCT ước tính; mMLCT: MLCT trên xạ hình; $p_{1-2} < 0,01$; $p_{3-4} < 0,01$</i>	

Trước ghép thận, MLCT chung của người hiến đo trên xạ hình là $113,61 \pm 10,93$ mL/phút, trong đó MLCT thận hiến trên xạ hình là $54,79 \pm 6,31$ mL/phút. MLCT ước tính chung của người hiến thận (theo công thức CKD-EPI-creatinin 2009) là $89,89 \pm 10,19$ mL/phút. Tỉ lệ MLCT bên thận hiến trên xạ hình trung bình là $48,21 \pm 2,72\%$; MLCT ước tính của thận hiến trung bình là $43,38 \pm 5,94$ mL/phút. Khác biệt có ý nghĩa thống kê về MLCT của người hiến và thận hiến trên xạ hình với MLCT ước tính bằng công thức của người hiến và thận hiến tương ứng ($p < 0,01$).

3.2. Biến đổi MLCT sau ghép so với trước ghép

Bảng 3. Biến đổi MLCT ước tính của BN trước và sau ghép (n = 48)

Đặc điểm		Trước ghép	Sau ghép	p
Giá trị eMLCT	≥ 60 mL/phút	0	29 BN (60,4%)	$< 0,05$
	< 60 mL/phút	48 BN (100%)	19 BN (39,6%)	
	$\bar{X} \pm SD$ (mL/phút)	$43,38 \pm 5,94$	$61,06 \pm 16,98$	
Biến đổi eMLCT sau ghép	Tăng lên	-	40 BN (83,3%)	
	Giảm đi	-	8 BN (16,7%)	
	$\bar{X} \pm SD$ (mL/phút)		$17,70 \pm 16,54$	

Trước ghép, MLCT ước tính của thận hiến đều dưới 60 mL/phút (trung bình là $43,38 \pm 5,94$ mL/phút). Sau ghép, MLCT trung bình của BN là $61,06 \pm 16,98$ mL/phút, trong đó 60,4% BN có MLCT ≥ 60 mL/phút. MLCT sau ghép khác biệt có ý nghĩa thống kê so với MLCT trước ghép ($p < 0,05$). Sau ghép, tỉ lệ BN có tăng MLCT so với trước ghép là 83,3%, tỉ lệ BN có giảm MLCT so với trước ghép là 16,7%; biến đổi trung bình MLCT sau ghép so với trước ghép tăng thêm $17,70 \pm 16,54$ mL/phút.

3.3. Mối liên quan giữa biến đổi MLCT ở BN sau ghép với thời gian sau ghép và đặc điểm người hiến thận

Bảng 4. Mối liên quan giữa biến đổi MLCT với thời gian sau ghép và đặc điểm người hiến thận

Thời gian sau ghép và đặc điểm người hiến thận		Biến đổi MLCT ở BN (mL/phút)	p
Thời gian sau ghép	< 1 năm (n = 18)	$18,77 \pm 17,452$	$> 0,05$
	1-3 năm (n = 13)	$15,89 \pm 13,162$	
	3-5 năm (n = 17)	$17,96 \pm 18,602$	
Quan hệ với BN	Bố (n = 13)	$23,47 \pm 20,55$	$> 0,05$
	Mẹ (n = 26)	$14,55 \pm 15,12$	
	Anh/chị/em (n = 9)	$18,45 \pm 13,14$	
Giới tính	Nam (n = 14)	$23,93 \pm 19,82$	$< 0,05$
	Nữ (n = 34)	$15,13 \pm 14,55$	
Tuổi người hiến	< 40 tuổi (n = 2)	$10,72 \pm 7,42$	$> 0,05$
	40-59 tuổi (n = 38)	$17,76 \pm 16,72$	
	≥ 60 tuổi (n = 8)	$19,17 \pm 18,32$	
eMLCT thận hiến	< 40 mL/phút (n = 15)	$19,02 \pm 16,19$	$> 0,05$
	≥ 40 mL/phút (n = 33)	$17,10 \pm 16,90$	

Biến đổi MLCT sau ghép tăng cao hơn ở nhóm BN nhận thận từ người hiến là nam giới so với nhóm nhận thận từ người hiến là nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê về biến đổi MLCT sau ghép giữa các nhóm có thời gian sau ghép, tuổi người hiến và eMLCT của thận hiến khác nhau ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Ghép thận là phương pháp điều trị hiệu quả nhất cho BN có BTMT, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và kéo dài tuổi thọ tốt hơn các phương pháp thay thế thận khác thông qua việc hồi phục chức năng thận ghép. Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát một số đặc điểm người hiến và chức năng thận hiến, đánh giá thay đổi chức

năng thận sau ghép và mối liên quan của biến đổi MLCT sau ghép với một số đặc điểm thận hiến trước ghép, trên 48 BN ghép thận từ người hiến cùng huyết thống.

Các BN nghiên cứu có thời gian theo dõi sau ghép trung bình là $2,09 \pm 1,53$ năm, tuổi trung bình sau ghép là $32,38 \pm 7,20$ (năm); 77,1% BN là nam giới. Trước ghép, 75% BN lựa chọn lọc máu chu kỳ là phương pháp điều trị thay thế ban đầu.

Trong nghiên cứu này, có 26/48 BN (54,2%) nhận thận từ mẹ đẻ, 27,1% nhận thận từ bố đẻ và 18,8% nhận thận từ anh/chị/em ruột. Người hiến thận chủ yếu ở độ tuổi trung niên (trung bình $52,08 \pm 7,14$ tuổi); trong đó, 34/48 người (70,8%) là nữ giới. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Nguyên Vũ (2024) [1] và một số thống kê trên thế giới (nữ giới hiến thận nhiều hơn nam giới [12]).

Về mức độ hòa hợp miễn dịch giữa người hiến và người nhận trước ghép, chúng tôi thấy số bất tương hợp HLA trung bình là $1,88 \pm 1,12$. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà trên BN ghép thận nói chung, thấy số bất tương hợp HLA trung bình là 3,19 [2]. Có thể thấy, trong nghiên cứu này, các cặp hiến - nhận thận đều cùng huyết thống, nên tỉ lệ bất tương hợp HLA thấp hơn đáng kể.

Về đặc điểm chức năng thận hiến trước ghép, nghiên cứu này cho thấy MLCT chung của người hiến đo trên xạ hình là $113,61 \pm 10,93$ mL/phút, trong đó MLCT thận hiến trên xạ hình là $54,79 \pm 6,31$ mL/phút. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Nguyên Vũ (2024) với MLCT trên xạ hình của người hiến là $113,26 \pm 14,91$ mL/phút [1]. Điều này phù hợp với các hướng dẫn và khuyến cáo hiện hành, nhằm bảo đảm an toàn cho cả người hiến và người nhận thận. Về MLCT ước tính trước ghép, chúng tôi thống nhất xác định MLCT ước tính theo công thức CKD-EPI-creatinin 2009 cho người hiến; sau đó, dựa vào bên thận hiến và tỉ lệ MLCT trên xạ hình để xác định MLCT ước tính bên thận hiến. Từ đó, có thể so sánh chức năng thận trước và sau ghép theo một cùng công thức tính thống nhất. Chúng tôi thấy, MLCT ước tính của người hiến trước ghép là $89,89 \pm 10,19$ mL/phút, tương đồng với nghiên cứu của Lê Nguyên Vũ (MLCT người hiến trước ghép là $90,9 \pm 14,09$ mL/phút, tính theo Cockcroft Gault). Trong nghiên cứu của chúng tôi, MLCT ước tính của thận hiến trước ghép là $43,38 \pm 5,94$ mL/phút, tuy nhiên, MLCT của thận hiến trên xạ hình đều trên 45 mL/phút. Điều này cho thấy không có sự tương đồng về MLCT trên xạ hình và MLCT ước tính. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ chức năng thận hiến trên xạ hình của BN trước ghép là $48,21 \pm 2,72\%$, tương tự nghiên cứu của nhiều tác giả và phù hợp với khuyến cáo hiện hành [1], [3]. Có 9/48 BN nhận thận hiến ở bên có tỉ lệ MLCT tốt hơn bên để lại, với tỉ lệ chức năng thận ở nhóm

này là $52,51 \pm 1,45\%$. Tuy nhiên, điều này vẫn phù hợp với các khuyến cáo đưa ra, vì sự chênh lệch về tỉ lệ trên xạ hình giữa hai bên không quá 5%. Đồng thời, đây đều là những người hiến mà bên thận có chức năng kém hơn nằm ở bên phải, kèm theo có đặc điểm mạch máu phức tạp trên phim chụp cắt lớp vi tính động mạch chủ - chậu. Do đó, chỉ định được đưa ra nhằm bảo đảm thành công của ca ghép và an toàn cho người hiến [8].

Sau ghép, hầu hết chức năng các thận ghép dần hồi phục, trong đó chức năng lọc là đặc trưng nhất. MLCT được coi là chỉ số đáng tin cậy nhất để đánh giá chức năng thận, áp dụng cho cả người khỏe mạnh lẫn BN có bệnh lý thận. Sau khi thận được ghép vào cơ thể người nhận, các nephron hoạt động và thích nghi trong cơ thể mới, dẫn đến sự thay đổi đáng kể MLCT. Cụ thể, trong nghiên cứu này, MLCT của thận ghép tăng từ $43,38 \pm 5,94$ mL/phút (trước ghép) lên $61,06 \pm 16,98$ mL/phút sau ghép, với 83,3% BN có sự cải thiện MLCT có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong 5 năm đầu sau ghép, biến đổi MLCT không có sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm BN theo dõi ở các thời điểm khác nhau (dưới 1 năm, từ 1-3 năm, từ 3-5 năm). Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến đổi MLCT sau ghép của những người nhận thận từ bố đẻ có xu hướng tăng cao hơn so với các BN nhận thận từ người hiến không phải là bố đẻ, mặc dù khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, song có thể là do số lượng mẫu quan sát còn hạn chế. Tương tự, biến đổi MLCT trung bình ở người nhận thận từ người hiến là nam giới (tăng $24,07$ mL/phút) tăng cao hơn so với ở người nhận thận từ người hiến là nữ giới (tăng $15,85$ mL/phút), khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do nam giới thường có thể trạng tốt hơn, nên thận của nam giới thường có kích thước lớn hơn, số lượng nephron nhiều hơn so với nữ giới. Vì vậy, khi ghép vào cơ thể người nhận, cơ thể có quá trình thích nghi và bù trừ chức năng thận sau ghép tốt hơn [9].

Trong nghiên cứu này, những BN nhận thận từ người hiến có độ tuổi khác nhau thì biến đổi MLCT trung bình sau ghép khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do số lượng BN trong nhóm nghiên cứu còn chưa nhiều; hơn nữa, trên các cặp ghép cùng huyết thống, độ tuổi người hiến giữa các cặp ghép khá tương đồng nhau, chủ yếu người cho ở độ tuổi trung niên nên chưa thấy rõ sự khác biệt.

MLCT của thận hiến và người hiến là một chỉ số quan trọng trong việc lựa chọn thận để ghép. Một cuộc khảo sát về hoạt động của các trung tâm do Brar và cộng sự thực hiện cho thấy 66% các trung tâm sử dụng ngưỡng cắt MLCT người hiến < 80 mL/phút; 13,5% sử dụng ngưỡng 90 mL/phút và 7% sử dụng ngưỡng 100 mL/phút để loại trừ

những người hiến thận sống [10]. Trên cơ sở đó, trong nghiên cứu này, chúng tôi chia thận hiến thành hai nhóm MLCT trước ghép (dưới 40 mL/phút và từ 40 mL/phút trở lên). Kết quả cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về biến đổi MLCT sau ghép ở 2 nhóm. Điều này có thể phản ánh quá trình thích nghi và bù đắp của thận ghép trong cơ thể người nhận (mặc dù có MLCT thấp hơn, thận sau ghép vẫn có quá trình tăng cường hoạt động mạnh mẽ nhằm đáp ứng nhu cầu của người nhận). Điều đó cho thấy MLCT thận hiến chỉ đóng vai trò hạn chế đối với chức năng thận sau ghép; ngay cả khi MLCT thận hiến thấp hơn, vẫn có thể bảo đảm bù đắp và thích nghi thận tốt sau ghép.

Nghiên cứu hạn chế ở điểm: đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang tại một thời điểm sau ghép mà không có sự theo dõi dọc biến đổi theo thời gian. Vì vậy, yếu tố thời gian sau ghép chưa thực sự phản ánh hết mối liên quan với MLCT ở trong nghiên cứu này. Mặt khác, sau ghép có rất nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến chức năng thận ghép cũng chưa được phân tích. Chúng tôi hy vọng trong tương lai, có thể thực hiện một nghiên cứu lớn hơn để giải quyết luận điểm này.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 48 bệnh nhân ghép thận từ người cho cùng huyết thống trong 5 năm đầu sau ghép, chúng tôi đưa ra một số nhận xét sau:

- Trước ghép, mức lọc cầu thận người hiến và thận hiến trên xạ hình có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với MLCT ước tính của người hiến và thận hiến ($p < 0,01$). Sau ghép, mức lọc cầu thận khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước ghép ($p < 0,05$). MLCT sau ghép trung bình của BN là $61,06 \pm 16,98$ mL/phút, 83,3% BN có tăng MLCT so với trước ghép. Biến đổi MLCT sau ghép trung bình tăng thêm $17,70 \pm 16,54$ mL/phút so với trước ghép.

- Biến đổi mức lọc cầu thận sau ghép tăng lên nhiều hơn ở nhóm BN nhận thận từ người hiến là nam giới so với ở nhóm BN nhận thận từ người hiến là nữ giới ($p < 0,05$). Các yếu tố khác (gồm mối quan hệ huyết thống giữa người nhận với người hiến; tuổi người hiến; mức lọc cầu thận ước tính ban đầu của thận hiến) không có ảnh hưởng đáng kể đến biến đổi chức năng thận trước và sau ghép.

Các kết quả trên cho thấy sự linh hoạt và khả năng phục hồi của chức năng thận ghép trong các trường hợp khác nhau, từ đó mở ra cơ hội cho việc tăng cường ghép thận từ các nguồn hiến sống, trong đó những người hiến có tuổi cao hơn có thể được cân nhắc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Nguyễn Vũ (2024), "Đặc điểm kích thước, chức năng thận và quan điểm lựa chọn thận hiến trong ghép thận từ người cho sống cùng

huyết thống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 538(3): 255 - 259.

2. Nguyễn Thị Thu Hà (2022), *Nghiên cứu kháng thể kháng HLA và mối liên quan với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ghép thận*, Luận án tiến sĩ, Học viện Quân y.
3. Hội Ghép tạng Việt Nam (2017), *Hướng dẫn ghép thận Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học.
4. Goto S, Fujii H, Mieno M, et al. (2024), "Survival benefit of living donor kidney transplantation in patients on hemodialysis", *Clin Exp Nephrol*, 28(2): 165-174.
5. McGee J, Magnus J.H, Islam T.M, et al. (2010), "Donor-recipient gender and size mismatch affects graft success after kidney transplantation", *J Am Coll Surg*, 210(5): 718-725, e1, 725-6.
6. Pérez Valdivia MÁ, Calvillo Arbizu J, Portero Barreña D, et al. (2024). Predicting Kidney Transplantation Outcomes from Donor and Recipient Characteristics at Time Zero: Development of a Mobile Application for Nephrologists. *J Clin Med*, 13(5).
7. Levey A.S, Stevens L.A, Schmid C.H, et al. (2009), "A new equation to estimate glomerular filtration rate", *Ann Intern Med*, 150(9): 604-12.
8. Dobrijevic E.L.K, Au E.H.K, Rogers N.M, et al. (2022), "Association Between Side of Living Kidney Donation and Post-Transplant Outcomes", *Transpl Int*, 35: 10117.
9. Naderi G, Azadfar A, Yahyazadeh S.R, et al. (2020), "Impact of the donor-recipient gender matching on the graft survival from live donors", *BMC Nephrol*, 21(1): 5.
10. Brar A, Jindal R. M, Abbott K.C, et al. (2012), "Practice patterns in evaluation of living kidney donors in United Network for Organ Sharing-approved kidney transplant centers", *Am J Nephrol*, 35(5): 466-73.
11. Bikbov Boris, Purcell Caroline A, Levey Andrew S, et al. (2020), "Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis", *The Global Burden of Disease Study*, 2017395 (10225): 709-733.
12. Professor Lorna Marson (2024), "Sex and gender disparities in access and outcomes in kidneytransplantation", *The Royal College of Pathologists*. □