

Kết quả trung và dài hạn người bệnh ghép tim tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Nguyễn Kim Dẫn^{1,2}, Nguyễn Hữu Ước², Nguyễn Quốc Kính², Dương Đức Hùng^{1,2}, Phùng Duy Hồng Sơn^{1,2}, Phạm Tiến Quân^{1,2}

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 2. Đại học Y Hà Nội

Địa chỉ liên hệ:

Phạm Tiến Quân,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Số 40 Tràng Thi, phường Hoàn
Kiếm, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0982 802 066
Email: drquan2007@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/01/2026

Ngày chấp nhận đăng:

22/6/2026

Ngày xuất bản: 25/6/2026

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ghép tim là phương pháp điều trị tối ưu cho người bệnh (NB) suy tim giai đoạn cuối, giúp cải thiện thời gian sống và chất lượng cuộc sống. Tại Việt Nam hiện còn ít báo cáo về kết quả theo dõi trung và dài hạn sau ghép tim. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sống còn, biến chứng và chất lượng cuộc sống của NB sau ghép tim tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp theo dõi tiến cứu trên các NB được ghép tim đồng loài sống trên 1 năm sau ghép tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2011–2023. Các tiêu chí đánh giá gồm: tỷ lệ sống sau ghép; chức năng tim ghép trên siêu âm tim (EF, áp lực động mạch phổi, tình trạng van tim); thải ghép cấp; các biến chứng lâu dài sau ghép (tăng huyết áp, suy thận, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, nhiễm trùng cơ hội, bệnh mạch vành sau ghép và bệnh lý ác tính); chất lượng cuộc sống được đánh giá thông qua khả năng sinh hoạt thường ngày và quay trở lại lao động. Thải ghép được xác định bằng sinh thiết cơ tim hoặc dựa trên các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng.

Kết quả: Có 48 NB sống trên 1 năm sau ghép được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình 39 ± 16 tuổi, nam giới chiếm 83,3%. Nguyên nhân suy tim chủ yếu là bệnh cơ tim giãn (79,2%). Tăng huyết áp, suy thận và thải ghép cấp là các biến chứng thường gặp sau ghép. Chức năng tim ghép được bảo tồn tốt với EF trung bình trên 65% ở cả nhóm theo dõi trung hạn và dài hạn. Có 58,3% NB trở lại lao động sau 3–6 tháng. Tỷ lệ sống sau ghép đạt 79,2%; 17 NB sống trên 5 năm và 3 NB sống trên 10 năm.

Kết luận: Ghép tim mang lại kết quả trung và dài hạn khả quan cho NB suy tim giai đoạn cuối, giúp cải thiện thời gian sống và chất lượng cuộc sống. Việc theo dõi lâu dài và phối hợp đa chuyên khoa có vai trò quan trọng trong phát hiện và điều trị các biến chứng sau ghép.

Từ khóa: Ghép tim, kết quả trung hạn, kết quả dài hạn, thải ghép

Medium and long-term outcomes of heart transplantation at Viet Duc University Hospital

Nguyen Kim Dan^{1,2}, Nguyen Huu Uoc², Nguyen Quoc Kinh², Duong Duc Hung^{1,2}, Phung Duy Hong Son^{1,2}, Pham Tien Quan^{1,2}

1. Viet Duc University Hospital, 2. Hanoi Medical University

Abstract

Introduction: Heart transplantation is the optimal treatment for end-stage heart failure, significantly improving survival and quality of life. In Vietnam, data regarding mid- and long-term outcomes after heart transplantation remain limited. This study aimed to evaluate survival outcomes, post-transplant complications, and quality of life in heart transplant recipients at Viet Duc University Hospital.

Patients and Methods: A retrospective descriptive study with prospective follow-up was conducted on heart transplant recipients who survived more than one year after transplantation between 2011 and 2023. Outcomes included overall survival, cardiac function assessed by echocardiography, acute rejection episodes, long-term complications, and quality of life. Survival was analyzed using Kaplan–Meier methodology.

Results: Forty-eight patients were included, with a mean age of 39 ± 16 years; 83.3% were male. Dilated cardiomyopathy was the leading indication for transplantation (79.2%). Hypertension, renal dysfunction, and acute rejection were the most common long-term complications. Cardiac graft function remained well preserved with a mean ejection fraction above 65% in both groups. Fifty-eight percent of patients returned to work within 3–6 months after transplantation. Overall survival was 79.2%, with 17 patients surviving beyond 5 years and 3 patients beyond 10 years after transplantation.

Conclusions: Heart transplant at Viet Duc University Hospital gives good mid- and long-term results, equivalent to results in the world. The quality of life after transplant changes very clearly and returns to normal life. For good management and care, multidisciplinary coordination is required in the treatment of post-transplant diseases.

Key words: Heart transplantation; Mid-term outcomes; Long-term outcomes; Rejection.

Đặt vấn đề

Hiện nay ghép tim là “chuẩn vàng” trong điều trị suy tim giai đoạn cuối với kết quả theo dõi lâu dài tốt, giúp kéo dài tuổi thọ của người bệnh (NB) và mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn nhiều so với các phương pháp hỗ trợ cơ học tạm thời khác. Ca ghép tim đầu tiên trên thế giới đã được thực hiện thành công vào ngày 2 / 12 /1967 bởi bác sĩ Barnard

C.N (Nam Phi) [1,2]. Tuy nhiên, đây mới là thành công về mặt kỹ thuật và NB chỉ sống được 18 ngày sau mổ. Từ đầu những năm 1970, nhờ sự cải tiến của các kỹ thuật hỗ trợ theo dõi trước và sau ghép, của các thuốc ức chế miễn dịch và loại thải ghép đã làm thay đổi hoàn toàn kết quả sau ghép, giúp tăng tỷ lệ sống sót sau ghép tim kéo theo sự phát triển bùng nổ của phẫu thuật ghép tim trên toàn thế giới. Tính

trên toàn thế giới, số lượng ghép tim là hơn 5000 ca / năm, ở gần 300 trung tâm phẫu thuật tim mạch, chủ yếu tập trung ở khu vực bắc Mỹ và châu Âu. Kết quả lâu dài, khoảng 50% NB có khả năng sống trên 10 năm sau ghép [3–9].

Ở Việt Nam, phẫu thuật tim hở đã phát triển mạnh mẽ từ 20 năm nay – với hơn 20 trung tâm và gần 10.000 ca mổ / năm, song do nhiều hạn chế khách quan, nên vẫn chưa phát triển mạnh phẫu thuật ghép tim, mặc dù số lượng NB có chỉ định ghép rất lớn. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là một trong những trung tâm Ngoại khoa đầu ngành, là cơ sở triển khai mổ tim hở đầu tiên ở Việt Nam (1964) có truyền thống và kinh nghiệm trong ghép tạng [10]. Cho đến nay, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là nơi tiến hành PT ghép tim thường quy cho các NB bệnh tim giai đoạn cuối với số lượng nhiều nhất cả nước.

Sau phẫu thuật ghép tim, NB phục hồi nhanh chóng và trở về cuộc sống như bình thường sau 3-6 tháng tuy nhiên nhiều năm sau đó NB có thể gặp các biến chứng sau ghép bao gồm nhiễm trùng, thải ghép, bệnh mạch vành sau ghép (CAV), bệnh ác tính, tăng huyết áp, tăng lipid máu, bệnh thận, không dung nạp glucose, loãng xương và các vấn đề tim mạch khác [11]. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả lâu dài sau ghép tim tuy nhiên tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào. Xuất phát từ yêu cầu thực tiễn, cần thiết có một nghiên cứu tổng hợp các kết quả trung và dài hạn sau ghép tim chúng tôi thực hiện đề tài “kết quả trung và dài hạn NB ghép tim tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức”

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các NB được ghép tim đồng loài từ người cho chết não tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 4/2011 đến tháng 10/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Được ghép tim đồng loài từ người cho chết não.

Sống trên 1 năm sau ghép.

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án và dữ liệu theo dõi sau ghép.

Tiêu chuẩn loại trừ

Tử vong trong vòng 1 năm sau ghép.

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

Mất theo dõi sau ghép.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp theo dõi tiến cứu.

Tất cả các NB đủ tiêu chuẩn được thu thập các thông tin:

Đặc điểm người nhận trước ghép.

Đặc điểm miễn dịch và tương hợp người cho - người nhận.

Chức năng tim ghép.

Các biến chứng trung hạn và dài hạn.

Tình trạng sống còn và chất lượng cuộc sống sau ghép.

Các tiêu chí đánh giá

Kết quả sống còn: Được xác định từ thời điểm ghép tim đến thời điểm tử vong hoặc thời điểm kết thúc nghiên cứu. Tỷ lệ sống còn được phân tích bằng phương pháp Kaplan-Meier.

Chức năng tim ghép được đánh giá bằng siêu âm tim định kỳ:

Phân suất tống máu thất trái (EF)

Áp lực động mạch phổi tâm thu (PAPs)

Kích thước buồng tim

Mức độ hở van ba lá

Thải ghép được xác định bằng:

Sinh thiết cơ tim khi có chỉ định hoặc

Dựa trên các biểu hiện lâm sàng, siêu âm tim, điện tim và xét nghiệm cận lâm sàng.

Phân loại gồm: Thải ghép tế bào và thải ghép dịch thể

Các biến chứng sau ghép, bao gồm:

Tăng huyết áp

Suy thận

Đái tháo đường sau ghép

Rối loạn lipid máu

Nhiễm trùng cơ hội

Bệnh mạch vành sau ghép

Bệnh lý ác tính

Chất lượng cuộc sống, đánh giá khả năng:

Trở lại lao động

Sinh hoạt thường ngày

Tự chăm sóc bản thân

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

Các biến định tính được biểu diễn bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

Kết quả

Trong giai đoạn từ 04/2011 đến 10/2023 có tổng số 55 trường hợp được ghép tim tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong đó 48 NB thỏa mãn các tiêu chí nghiên cứu với tuổi trung bình là 39 16.0 (7- 63 tuổi). Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước ghép được trình bày bằng 1.

Bảng 1: Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người nhận tim (N=48)

Đặc điểm		n	%
Giới	Nam	40	83,3
	Nữ	8	16,7
Nguyên nhân gây suy tim	Bệnh cơ tim giãn	38	79.2
	Bệnh mạch vành	4	8.3
	Bệnh van tim	2	4,2
	Bệnh cơ tim hạn chế	3	6.2
	Bệnh tim bẩm sinh	1	2.1
Mức độ suy thận	Không suy thận	28	58.3
	Suy thận độ 1	12	25
	Suy thận độ 2	7	14,6
	Suy thận độ 3	1	2
Tình trạng suy tim trước ghép	Không dùng thuốc trợ tim	31	64.6
	Sử dụng thuốc trợ tim	12	25
	Thuốc trợ tim + IABP	5	10,4
	Thuốc trợ tim + ECMO	0	0
Mức độ hoà hợp HLA	Không trùng cặp nào	28	58.3
	Trùng 1 cặp	13	27.1
	Trùng 2 cặp	4	8.3
	Trùng 3 cặp	3	6.2
Mismatch nhóm máu	Trùng nhóm máu	31	64.6
	Không trùng nhóm máu	17	35.4

IABP- Intra-Aortic Balloon Pump: Bơm bóng đối xung nội động mạch chủ

ECMO - Extracorporeal Membrane Oxygenation: Hệ thống trao đổi oxy ngoài cơ thể

Tỷ lệ ghép tim nam/ nữ là 5/1, chỉ định chính ghép tim ở NB bị bệnh lí cơ tim giai đoạn cuối chiếm 79.2%. Các bệnh lí tim còn lại chỉ chiếm tổng số 20.8%. NB không suy thận trước ghép chiếm 58.3%. Trong các mức độ suy thận thì chủ yếu là suy thận độ 1 chiếm 25%; có 1 (tỷ lệ 2%) NB suy thận nặng độ 3 trước ghép. NB phải hỗ trợ thuốc trợ tim trước ghép chiếm 25%. Trong đó có 5 NB suy tim rất nặng phải hỗ trợ thêm IABP trước và trong mổ. Đặc điểm tiền mẫn cảm trước ghép: âm tính là chính chiếm 91,7%; dương tính chỉ chiếm 8,3%. Mismatch về nhóm máu: trùng nhóm máu là 31 NB (64,6%) nhiều hơn không trùng nhóm máu chiếm 35,4%. Mismatch về cân nặng: $1,13 \pm 0,49$ (0,58 -

3,25). Chênh lệch cân nặng giữa người cho và người nhận lớn nhất là 3,25 ở ca ghép tim từ người lớn cho trẻ em. Chênh lệch nhỏ nhất là 0,58 ở cặp ghép giữa 2 người lớn có người cho là nữ 18 tuổi nặng 44 Kg cho người nhận nam giới thể trạng béo, nặng 76 kg.

NB sống ra viện sau ghép có chức năng tim phục hồi về trạng thái bình thường. Các NB sống sau mổ được khám theo dõi thường xuyên tại trung tâm tim mạch và lồng ngực Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, dùng thuốc thải ghép theo phác đồ và khám lại mỗi tháng, NB nhập viện khi có dấu hiệu thải ghép cấp hoặc biến chứng khác.

Đặc điểm biến chứng muộn của các người bệnh sau ghép tim

Bảng 2: Biến chứng muộn sau ghép nhóm TD trung hạn

Biến số		Kết quả TD trung hạn (n=48 NB)		Kết quả TD dài hạn (n=17 NB)	
Tăng huyết áp	Tăng	16 NB	33.3%	9 NB	52.9%
	Bình thường	32 NB	66.7%	8 NB	47.1%
Suy thận	Suy thận độ 1	7 NB	14.6%	2 NB	11.8%
	Suy thận độ 2	9 NB	18.7%	3 NB	17.6%
	Không suy thận	32 NB	66.7%	12 NB	70.6%
Suy gan	Men gan tăng	3 NB	6.3%	0 NB	0%
	Bình thường	45 NB	93.7%	17NB	100%
Tiểu đường	TD không Insulin	6 NB	12.5%	5 NB	29.4%
	TD phụ thuộc Insulin	5 NB	10.4%	1 NB	5.9%
	Không tiểu đường	37 NB	77.1%	11 NB	64.7%
Rối loạn chuyển hoá Lipid máu	Tăng mỡ máu	15 NB	31.2%	7 NB	41.2%
	Bình thường	33 NB	68.8%	10 NB	58.8%
Nhiễm trùng cơ hội	Không NT cơ hội	38 NB	79.2%	16 NB	94,1%
	NT cơ hội	10 NB	20.8%	1 NB	5.9%
Bệnh ác tính	Mắc bệnh ác tính	1 NB	2.1%	2 NB	11.8%
	Không mắc	47 NB	97.9%	15 NB	88.2%

Tỷ lệ NB bị tăng huyết áp, suy thận, suy gan lần lượt là 33.3%; 33.3% và 6.3% với nhóm dài hạn là 52.9%; 30.4% và 0%. Tỷ lệ tiểu đường sau ghép ở 2 nhóm là 22.9% và 35.3%, rối loạn chuyển hoá Lipid chiếm tỷ lệ khá cao 31.2% và 41.2%. Số NB có nhiễm trùng cơ hội là 20.8% với 5.9% và chỉ có 1 NB mắc bệnh ác tính chiếm 2.1% với 2 NB (11.8%) ở nhóm dài hạn.

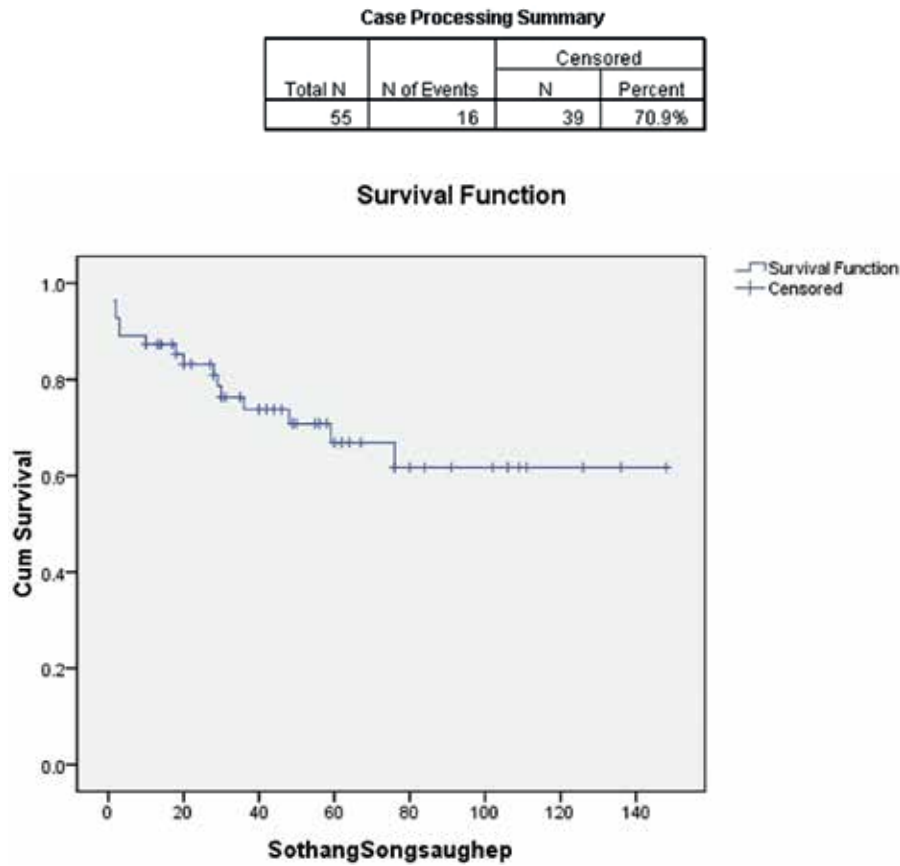
Bảng 3: Các đặc điểm về tim ghép hiện tại

Biến số		Kết quả TD trung hạn (n=48 NB)		Kết quả TD dài hạn (n=17 NB)	
EF (%)		66.93.9 (59-75)		66.44.4 (59-75)	
PAP tâm thu (mmHg)		25.63.8 (20-39)		25.84.8 (20-39)	
Kích thước thất (P) (mm)		22.73.1 (18-33)		22.71.8 (19-25)	
Tình trạng hở VBL	Không hở	39 NB	81.3%	15 NB	88.2%
	HoBL 1,5/4	6 NB	12.5%	1 NB	5.9%
	HoBL 2/4	3 NB	6.2%	1 NB	5.9%
Suy gan	Men gan tăng	3 NB	6.3%	0 NB	0%
	Bình thường	45 NB	93.7%	17NB	100%
Hẹp mạch vành	Phát hiện hẹp ĐMV	5 NB	10.4%	1 NB	5.9%
	Bình thường	43 NB	89.6%	16 NB	94.1%
Rối loạn chuyển hoá Lipid máu	Tăng mỡ máu	15 NB	31.2%	7 NB	41.2%
	Bình thường	33 NB	68.8%	10 NB	58.8%
Thải ghép	Thải ghép tế bào	4 NB	8.3%	1 NB	5.9%
	Thải ghép dịch thể	5 NB	10.4%	0 NB	0%
	Không thải ghép	39 NB	81.2%	16 NB	94.1%

Các NB đều có chức năng EF trong giới hạn bình thường là 66.93.9 và 66.44.4; Hở VBL nhóm trung hạn 12.5% nhiều hơn nhóm dài hạn chỉ là 5.9%; Tỷ lệ phát hiện hẹp mạch vành lần lượt là 10.4% và 5.9%; tỷ lệ thải ghép chung của nhóm trung hạn là 18.7% và nhóm dài hạn là 5.9%.

Kết quả theo dõi dài hạn cho thấy: Tỷ lệ sống trung hạn và dài hạn đạt 79.2%. Tử vong 10 NB chiếm 20.8% (n=48). Về tỷ lệ NB sống trong tổng số 55 NB ghép tim giai đoạn 2012-2023: Sống sau ghép trên 1 năm: 48 NB (87.3%), sống sau ghép trên 3 năm: 31 NB (64.6%), Sống sau ghép 5 năm:

17 NB, sống sau ghép 10 năm: 3 NB. Những NB sống sau 5 năm và 10 năm hiện đều có tình trạng sức khỏe tốt, cuộc sống sinh hoạt và làm việc bình thường với chất lượng cuộc sống rất tốt. Tỷ lệ sống còn sau ghép theo thời gian theo Kaplan – Meier trình bày biểu đồ 1.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ sống còn sau ghép theo Kaplan – Meier (N=55)

Bàn luận

Ghép tim là phương pháp triệt căn điều trị suy tim giai đoạn cuối giúp cải thiện tiên lượng sống, cải thiện chất lượng cuộc sống và có chi phí y tế ở mức trung bình. Trong nghiên cứu của chúng tôi, NB bị suy tim giai đoạn cuối do bệnh lý cơ tim giãn chiếm tỷ lệ rất cao (79.2%), sau đó là bệnh lý mạch vành chiếm 8.3%. Tỷ lệ này có khác với dữ liệu thống kê của ISHLT: bệnh cơ tim giãn được ghép tim chiếm 54%, bệnh mạch vành chiếm 37% (năm 2013) hay dữ liệu năm 2019 thì bệnh lý cơ tim thiếu máu chiếm 32% và bệnh lý cơ tim không thiếu máu chiếm 51% khác biệt do mô hình bệnh tật ở nước ta còn khác so với các trung tâm ghép tạng trên thế giới [12,13].

Theo dõi trung và dài hạn các NB sau ghép đều cho kết quả chức năng thất trái EF trong giới hạn

bình thường là 66.93.9 và 66.44.4; Hở VBL nhóm trung hạn 12.5% nhiều hơn nhóm dài hạn chỉ là 5.9%, chủ yếu là hở nhẹ và không ảnh hưởng đến lâm sàng, các NB này đều có hoạt động thể chất, thể dục bình thường. Theo tác giả Kobashigawa: NB sau ghép có phân suất tổng máu và chức năng tâm thu bình thường trong quá trình tập luyện, ở mức độ gắng sức dưới mức tối đa cung lượng tim được đáp ứng phù hợp trên cơ thể người nhận. Rối loạn chức năng tâm trương thất phải nếu có sẽ được bù bằng gia tăng áp lực đổ đầy cao hơn, áp lực mao mạch phổi bít cũng tăng gấp đôi giá trị lúc nghỉ khi gắng sức tối đa [14]. Suy thận sau ghép tim là biến chứng khá thường gặp, có thể chiếm đến 50% số NB với các mức độ khác nhau. Nguyên nhân thường do tổn thương trong mổ vì kẹp động mạch chủ kéo dài, tắc mạch do huyết khối, tụt huyết áp trong mổ hay tình

trạng suy tim cấp nặng ngay sau mổ. Ngoài ra, dự trữ thận thường bị suy giảm trước ghép do cung lượng tim thấp kéo dài và sử dụng thuốc lợi tiểu mãn tính xảy ra ở NB suy tim giai đoạn cuối. Ngoài ra, do tác dụng gây độc cho thận của thuốc ức chế calcineurin (CNIs) dẫn đến tăng nguy cơ suy thận, điều chỉnh không tốt có thể tiến triển suy thận mạn tính sau này. Theo Markus và cộng sự [15]: 5 năm sau ghép, 16% NB bị rối loạn chức năng thận nặng được xác định là creatinine > 2,5 mg/dL, phải lọc máu hoặc ghép thận. Sau 10 năm, 30% NB bị suy thận chiếm 8% số ca tử vong sau 10 năm ghép [4].

Nghiên cứu của HectorRodriguez và cộng sự 2014 cho thấy do những cải thiện trong việc quản lý thuốc ức chế miễn dịch trong những năm gần đây, khả năng sống sót lâu dài có thể tăng lên. Trong nghiên cứu của chúng tôi về phác đồ thuốc ƯCMD duy trì ở 2 nhóm cho thấy: Phác đồ 3 thuốc nhóm trung hạn: CNI+MMF+Steroid vẫn là phác đồ cơ bản được sử dụng nhiều nhất ở 28 NB, chiếm 58,3%, phác đồ 4 thuốc duy trì nồng độ đáy thấp chiếm 8,3%. Nhóm theo dõi dài hạn: Phác đồ 3 thuốc CNI+MMF+Steroid vẫn là phác đồ cơ bản được sử dụng nhiều nhất chiếm 47%, tuy nhiên phác đồ 3 không sử dụng Steroid ở nhóm NB dài hạn cao hơn chiếm tới 35,3%. Điều này hoàn toàn phù hợp với các khuyến cáo hiện nay cũng như tình hình thực tiễn tại Việt Nam: Do chúng tôi chưa sinh thiết cơ tim thường quy và Trung tâm tim mạch BV Việt Đức hiện chưa triển khai được kỹ thuật IVUS kết hợp chụp mạch vành qua da để tầm soát hay đánh giá tình trạng thải ghép mãn tính (bệnh lý mạch vành sau ghép tim). Trong nhóm theo dõi trung hạn: Tỷ lệ NB bị tăng huyết áp, suy thận, suy gan lần lượt là 33,3%; 33,3% và 6,3%. Tỷ lệ tiểu đường sau ghép là 12,5%, rối loạn chuyển hoá Lipid chiếm tỷ lệ khá cao 31,2%. Số NB có nhiễm trùng cơ hội là 20,8% và chỉ có 1 NB mắc bệnh ác tính chiếm 2,1%. Tỷ lệ này khác biệt so với nhóm theo dõi dài hạn lần lượt là 52,9%; 30,4% và 0%. Tỷ lệ tiểu đường sau ghép là 33,3%, rối loạn chuyển hoá Lipid chiếm tỷ lệ khá cao 41,2%. có 2 NB mắc bệnh ác tính chiếm 11,8%.

Tỷ lệ sống trung hạn và dài hạn đạt 79,2%, tử vong 10 NB chiếm tỷ lệ chiếm 20,8%. Đặc biệt sống sau ghép 1 năm đạt kết quả tương đương với thế giới song tỷ lệ sống sau 3 năm đạt kết quả thấp hơn so với các trung tâm lớn thế giới. Nguyên nhân được cho là chúng tôi hiện chưa áp dụng sinh thiết cơ tim một cách thường quy và rất hạn chế làm thủ thuật theo dõi quan trọng này, Biopsy chỉ làm khi NB có thải ghép rõ ràng trên lâm sàng, không làm thường quy để kiểm tra lại sau điều trị thải ghép do đó có thể bỏ sót thải ghép dưới lâm sàng ở một số NB và đó cũng có thể là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ tử vong sau theo dõi. Bên cạnh đó sự tuân thủ của NB sau ghép cũng là một yếu tố quan trọng. Do trình độ hiểu biết giữa các NB không đồng đều, điều kiện kinh tế một số NB còn rất khó khăn sau ghép, số khác tỏ ra kém tuân thủ chế độ thuốc của các BS chuyên trách, vẫn có hiện tượng quên thuốc thậm trí bỏ thuốc ức chế miễn dịch. Hút thuốc lá, uống rượu bia cũng được phát hiện ở 1 số NB nam giới sau ghép có sức khỏe tốt. Các NB này mặc dù đã được tư vấn kỹ trước khi ra viện, nhắc nhở nhiều lần trong các lần tái khám và nhấn mạnh mức độ nguy hiểm song vẫn tiếp tục tái diễn, 1 trong số đó tiến triển bệnh CAV sau ghép dẫn đến đột tử tại nhà. Tỷ lệ sống sau ghép trên 1 năm, 3 năm trong tổng số 55 NB ghép tim giai đoạn 2012-2023 lần lượt là 48 NB (87,3%); 31 NB (64,6%); Trong đó có 17 NB sống sau ghép 5 năm và 3 NB sống sau ghép 10 năm. Những NB sống hiện tại có tình trạng sức khỏe tốt, không có NB nào phải nhập viện thường xuyên vì nhiễm trùng, suy tạng hay thải ghép. Nghiên cứu 2011 của Hamour và cộng sự cho thấy HTx mang lại kết quả sống trung hạn tốt cho NB suy tim tiến triển, không phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh. Tỷ lệ bệnh lý mạch máu ghép thấp hơn so với báo cáo trước đây nhưng bệnh ác tính và CKD vẫn là nguyên nhân đáng lo ngại. Tỷ lệ sống sót của NB theo thống kê bảo hiểm là 86% sau 30 ngày, 79% sau 1 năm và 62% sau 10 năm.

Trong NC này, tỷ lệ tử vong của chúng tôi là 10% trong đó có 07 NB thải ghép, 3 NB còn lại đột tử vì những lý do khác nhau trong đó nghi ngờ rối

loạn nhịp và vỡ phình mạch não và nhồi máu cơ tim cấp. Trong 07 NB thải ghép chỉ có 4 NB được sinh thiết khẳng định chẩn đoán. Các NB này sau khi nghỉ ngơi thải ghép được nhập khoa hồi sức tim mạch để theo dõi và điều trị hồi sức tích cực tình trạng suy tim cấp và chỉ định sinh thiết cơ tim. Tất cả các NB được sinh thiết qua đường tĩnh mạch cảnh trong bên phải, dưới hướng dẫn của màn huỳnh quang tăng sáng (DSA), sử dụng kim sinh thiết cơ tim chuyên dụng. Kết quả sinh thiết chỉ ra có tình trạng thải ghép trên nhuộm soi tiêu bản và hoá mô miễn dịch, phù hợp với các biểu hiện trên lâm sàng của các NB ở các mức độ và bệnh cảnh khác nhau. Các NB được điều trị Steroid liều cao theo phác đồ điều trị thải ghép khuyến cáo, kết hợp với điều trị suy tim cấp bằng các thuốc trợ tim (Dobutamin, milrinone), hạ nhịp tim (cordazon, Magnes) và lợi tiểu furosemide. Không có NB nào phải can thiệp hỗ trợ cơ học (bóng đối xung nội động mạch chủ, ECMO, lọc máu liên tục). Những NB này sau đó được xuất viện sau đợt điều trị thải ghép có đáp ứng, tuy nhiên sau đó tử vong vì những lý do khác nhau. Nguyên nhân được cho là do thời kỳ trước quy trình theo dõi quản lý sau ghép còn chưa chặt chẽ, việc triển khai Biopsy còn khó khăn và 1 phần do điều kiện kinh tế cũng như khoảng cách địa lý NB chậm đến viện khi có biểu hiện thải ghép cấp trên lâm sàng. Tỷ lệ phát hiện hẹp mạch vành lần lượt là 10.4% và 5.9%; tỷ lệ thải ghép chung của nhóm trung hạn là 18.7% và nhóm dài hạn là 5.9% trong đó không có NB nào phải can thiệp stent hoặc phẫu thuật bắc cầu chủ vành. Các NB được điều trị dự phòng và theo dõi định kỳ theo các khuyến cáo hiện hành của Hội ghép tim phổi quốc tế.

Kết luận

Ghép tim từ người cho đang tạng chết não tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho kết quả ngắn, trung và dài hạn tốt, chất lượng cuộc sống sau ghép thay đổi rất rõ rệt và trở về cuộc sống bình thường. Tuy nhiên cần có nghiên cứu với số lượng lớn hơn và kết quả theo dõi xa hơn trong tương lai.

Tài liệu tham khảo

1. Brink JG, Hassoulas J. The first human heart transplant and further advances in cardiac transplantation at Groote Schuur Hospital and the University of Cape Town. *Cardiovasc J Afr*. 2009;20(1):31-35.
2. Reardon S. First pig-to-human heart transplant: what can scientists learn? *Nature*. 2022;601(7893):305-306. doi:10.1038/d41586-022-00111-9
3. Bhagra SK, Pettit S, Parameshwar J. Cardiac transplantation: indications, eligibility and current outcomes. *Heart*. 2019;105(3):252-260. doi:10.1136/heartjnl-2018-313103
4. Hamour IM, Khaghani A, Kanagala PK, Mitchell AG, Banner NR. Current outcome of heart transplantation: a 10-year single centre perspective and review. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2011;104(4):335-343. doi:10.1093/qjmed/hcq205
5. Life After Your Heart Transplant: Recovery, Care and Outcomes. Temple Health. Accessed November 7, 2022. <https://www.templehealth.org/services/heart-vascular/patient-care/programs/heart-transplant/heart-transplant-recovery-outcomes>
6. Wilhelm MJ. Long-term outcome following heart transplantation: current perspective. *J Thorac Dis*. 2015;7(3):549-551. doi:10.3978/j.issn.2072-1439.2015.01.46
7. Balakrishnan KR, Suresh Rao KG, Ravikumar R, et al. Medium term results following heart transplantation for end stage heart failure: A single center experience of 257 patients. *Indian Heart Journal*. 2020;72(6):524-534. doi:10.1016/j.ihj.2020.09.010
8. Moayed Y, Fan CPS, Cherikh WS, et al. Survival Outcomes After Heart Transplantation. *Circulation: Heart Failure*. 2019;12(10):e006218. doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.119.006218
9. Alraies MC, Eckman P. Adult heart transplant: indications and outcomes. *J Thorac Dis*. 2014;6(8):1120-1128. doi:10.3978/j.issn.2072-1439.2014.06.44
10. Nguyen UH, Pham QT, Nguyen DK, Duy SHP. Update on Achievement of 10 Years of Heart Transplant in Vietnam. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*. 2021;40(4, Supplement):S246. doi:10.1016/j.healun.2021.01.704
11. Kobashigawa J, ed. *Clinical Guide to Heart Transplantation*. Springer International Publishing; 2017. doi:10.1007/978-3-319-43773-6
12. Khush KK, Cherikh WS, Chambers DC, et al. The International Thoracic Organ Transplant Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirty-sixth adult heart transplantation

- report — 2019; focus theme: Donor and recipient size match. The Journal of Heart and Lung Transplantation. 2019;38(10):1056-1066. doi:10.1016/j.healun.2019.08.004
13. Lund LH, Edwards LB, Kucheryavaya AY, et al. The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirtieth Official Adult Heart Transplant Report—2013; Focus Theme: Age. The Journal of Heart and Lung Transplantation. 2013;32(10):951-964. doi:10.1016/j.healun.2013.08.006
14. Kavanagh T, Mertens DJ, Hamm LF, et al. Prediction of long-term prognosis in 12 169 men referred for cardiac rehabilitation. Circulation. 2002;106(6):666-671. doi:10.1161/01.cir.0000024413.15949.ed
15. Wilhelm MJ. Long-term outcome following heart transplantation: current perspective. J Thorac Dis. 2015;7(3):549-551. doi:10.3978/j.issn.2072-1439.2015.01.46