

ngiên cứu của Andrea và Greenwood không ở trong đợt cấp của bệnh. Số ngày RLGN trong tuần của người bệnh SLE trong nghiên cứu của chúng tôi là  $2,93 \pm 2,56$  ngày. Như vậy RLGN không phải xuất hiện thường xuyên ở người bệnh SLE. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm có RLGN từ 1-3 ngày/tuần chiếm 36,2% và chỉ có 1/3 người bệnh có RLGN từ 6-7 ngày trong tuần. Phần lớn người bệnh dưới 50 tuổi có xuất hiện RLGN trong đợt cấp và không thường xuyên. Người bệnh trên 50 tuổi gặp tình trạng RLGN nhiều hơn và nặng hơn.

Giấc ngủ đóng vai trò vô cùng quan trọng ảnh hưởng tới sức khỏe giúp cải thiện trí nhớ, tăng cường hệ miễn dịch. Bởi vậy, tình trạng rối loạn giấc ngủ lâu dài có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, cụ thể: Giảm khả năng tập trung chú ý, dẫn đến giảm chất lượng công việc, cuộc sống; Giảm khả năng ghi nhớ, tư duy và suy luận logic của não bộ; Rối loạn cảm xúc, hay chán nản, vui buồn thất thường, dễ rơi vào lo âu, trầm cảm; Suy giảm hệ thống miễn dịch, tăng nguy cơ mắc nhiều bệnh lý khác như tiểu đường, các bệnh lý tim mạch,...[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn người bệnh có triệu chứng mệt mỏi vào buổi sáng sau khi thức dậy chiếm 87%. Từ đó, có 23,3% người bệnh SLE mệt mỏi ảnh hưởng tới công việc và 10% người bệnh mệt mỏi, không làm được việc. Do vậy nhân viên y tế cần tăng cường hơn nữa công tác truyền thông giáo dục sức khỏe để người bệnh

yên tâm điều trị, cải thiện chất lượng giấc ngủ cho người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh Lupus ban đỏ hệ thống điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định không cao với điểm trung bình PSQI là  $8,23 \pm 4,38$  điểm trên tổng số 21 điểm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andrea I et al** (2015). Fatigue in systemic lupus erythematosus: Contributions of disordered sleep, sleepiness and depression. The journal of Rheumatology, 33(12),2453-2457.
2. **Nguyễn Năng An** (2007). Lupus ban đỏ hệ thống, Nội bệnh lý phần Di ứng – Miễn dịch lâm sàng. Nhà xuất bản Y học, 104-114
3. **Chandrasekhara PK et al** (2009). The prevalence and associations of sleep disturbances in patients with systemic lupus erythematosus. Mod Rheumatol, 19, 407-415.
4. **Costa D et al** (2005). Determinants of sleep quality in women with systemic lupus erythematosus. Arthritis and Rheumatism, 53(2), 272-278.
5. **Danchenko N et al** (2006). Epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comparison of worldwide disease burden. Lupus, 15(5), 308-318.
6. **Greenwood K.M et al** (2008). Self-reported sleep in systemic lupus erythematosus. Clin Rheumatol, 27, 1147-1151.
7. **Học viện Quân y** (2005). Giấc ngủ và rối loạn giấc ngủ, Bệnh học Tâm thần, 323-339
8. **Palagini L et al** (2014). Sleep disorders and systemic lupus erythematosus, Lupus, 115-123.

## GHÉP THẬN ĐÀO CỰC: TẠO THUẬN LỢI CHO NỐI MẠCH MÁU TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP PHỨC TẠP

Ninh Việt Khải<sup>1</sup>, Trần Đình Dũng<sup>1</sup>, Đỗ Ngọc Sơn<sup>1</sup>,  
Hoàng Tuấn<sup>1</sup>, Đỗ Hải Đăng<sup>1</sup>, Lê Quang Thắng<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Nghĩa<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kỹ thuật ghép thận đảo cực trong một số trường hợp nối động mạch phức tạp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, hồi cứu các bệnh nhân được ghép thận từ người hiến sống bằng kỹ thuật ghép thận đảo cực từ 09/2023 – 02/2024 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:**

Có 2 trường hợp được ghép thận đảo cực trong tổng số 105 bệnh nhân, chiếm (1.9%). Bệnh nhân 1 được ghép thận phải: bắt tương hợp chiều dài tĩnh mạch và động mạch thận do tĩnh mạch ngắn và động mạch chia nhánh sớm (thân chung ngắn nhưng động mạch nhánh dài). Thận ghép được đặt đảo cực để vị trí nối động mạch về phía ngoại vi, tránh gập góc. Bệnh nhân 2 được ghép thận phải: xơ vữa phía đầu trung tâm của động mạch chậu ngoài, không thuận lợi cho vị trí nối động mạch. Thận ghép được đặt đảo cực để đưa vị trí nối động mạch về phía ngoại vi, tránh xơ vữa. Thời gian ghép lần lượt là 3.5h và 4h. Diễn biến hậu phẫu hai bệnh nhân thuận lợi, không có biến chứng, ra viện sau hai tuần. **Kết luận:** Ghép thận đảo cực là kỹ thuật an toàn, làm tăng lựa chọn vị trí nối mạch phù hợp trong một số trường hợp phức tạp.

**Từ khóa:** ghép thận, ghép thận đảo cực

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2024

Ngày phản biên khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 29.5.2024

**SUMMARY****UPSIDE-DOWN KIDNEY TRANSPLANTATION: FACILITATING VESSELS ANASTOMOSIS IN CHALLENGING CASES**

**Objective:** Describing clinical characteristics, surgical techniques in cases with complex arterial anastomosis. **Materials and methods:** We conducted a descriptive retrospective study on patients who underwent living donor kidney transplantation using upside-down kidney position technique from September 2023 to February 2024 at Viet Duc Hospital. **Results:** Out of a total of 105 patients, two cases (1.9%) underwent upside-down kidney transplantation. Patient 1 received a right kidney and had an anatomical mismatch between the length of the vein and artery due to a short vein and early branching artery (short common trunk but long arterial branches). The kidney was placed in an inverted position to bring the arterial anastomosis to the peripheral side, avoiding kinking. Patient 2 also received a right kidney and had atherosclerosis at the proximal end of the external iliac artery, which was not favorable for arterial anastomosis. The kidney was placed in an inverted position to bring the arterial anastomosis to the peripheral side, avoiding atherosclerosis site. The operation time were 3.5 hours and 4 hours respectively. Both patients had a uneventful postoperative course without complications and were discharged after two weeks. **Conclusion:** Upside-down kidney transplantation is a safe technique, increasing the suitable selection of anastomotic sites for arterial anastomosis in some complex cases.

**Keywords:** kidney transplantation, inverted positioning, upside-down kidney transplantation

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ghép thận là phương pháp điều trị mang lại chất lượng cuộc sống cũng như tiên lượng sống tốt nhất cho bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối so với các biện pháp thay thế thận khác như: thận nhân tạo chu kỳ, lọc màng bụng... Hiện nay quy trình ghép thận đã được chuẩn hóa về vị trí đặt thận ghép, về kỹ thuật nối mạch máu cũng như nối niệu quản – bàng quang. Tuy nhiên trên lâm sàng vẫn có nhiều tình huống phức tạp, đòi hỏi thay đổi chiến lược xử trí trong mổ, đặc biệt khi phải cân nhắc vị trí miệng nối động mạch do động mạch chậu xơ vữa hoặc bất tương đồng chiều dài động mạch – tĩnh mạch thận. Ghép thận đảo cực (inverted positioning hoặc upside-down kidney transplantation) được báo cáo lần đầu năm 1972<sup>1</sup> bởi tác giả Hamburger. Đây là kỹ thuật không được sử dụng phổ biến nhưng rất hiệu quả trong một số ca bệnh phức tạp, tạo thuận lợi trong khâu nối mạch máu.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh

nhân được ghép thận từ người hiến sống tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ 09/2023 – 02/2024, được áp dụng kỹ thuật ghép thận đảo cực.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu. Nghiên cứu mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kỹ thuật ghép thận đảo cực trên các cặp ghép trong nhóm nghiên cứu.

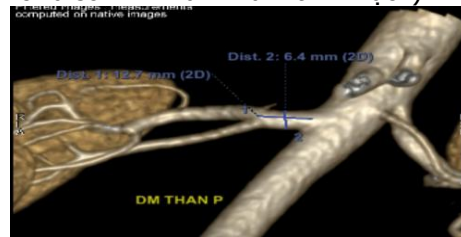
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 09/2023 đến tháng 02/2024, có 105 ca ghép thận từ người hiến sống được thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức, trong đó có 2 bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật ghép thận đảo cực do không thuận lợi khi nối động mạch (chiếm 1.9%).

**3.1. Cặp ghép số 1**

**Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.** Người nhận là nữ, 45 tuổi, BMI 20, tiền sử phát hiện viêm cầu thận mạn cách đây 15 năm, diễn biến thành suy thận mạn giai đoạn cuối phải lọc máu chu kỳ 10 năm nay. Xét nghiệm trước ghép: creatinin 1075 $\mu$ mol/l, ure 26mmol/l, GOT 20UI/l, GPT 11UI/l; Hemoglobin 116g/l, hematocrit 34.3%, tiểu cầu 144. Chức năng tim mạch, hô hấp trong giới hạn bình thường.

Người hiến là nam giới, 34 tuổi, tiền sử khỏe mạnh. Các chỉ số xét nghiệm trong giới hạn bình thường. Hòa hợp HLA của người hiến và người nhận là 2/6, Crossmatch âm tính. Xạ hình chức năng thận: thận trái 53%, thận phải 47%. Người hiến được tiến hành phẫu thuật nội soi lấy thận phải (thận có chức năng kém hơn, có 1 động mạch chia sớm 2 nhánh và 1 tĩnh mạch).



Động mạch chia sớm, hai nhánh dài



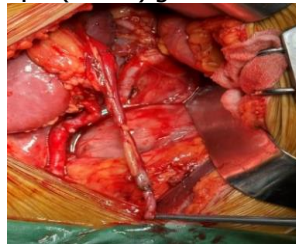
Tĩnh mạch ngắn

**Hình 1: Phim dựng hình mạch máu thận**

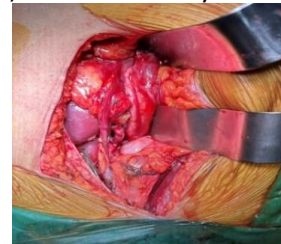
**phải (người hiến cặp ghép 1)****Đặc điểm kỹ thuật ghép thận đảo cực**

Bệnh nhân nhận được ghép thận phải có 1 động mạch chia sớm 2 nhánh dài, 1 tĩnh mạch. Thận được ghép vào khoang ngoài phúc mạc hố chậu phải: rạch da đường trắng bên phải, bộc lộ khoang ngoài phúc mạc, bộc lộ riêng rẽ động mạch và tĩnh mạch chậu ngoài. Đánh giá thấy bất tương hợp vị trí nối tĩnh mạch và động mạch: hai nhánh động mạch dài nên khi đặt thận thuận cực miệng nối động mạch có nguy cơ gập góc, không thuận lợi. Chúng tôi đã tiến hành đặt thận ghép đảo cực để tương hợp chiều dài động mạch và tĩnh mạch, tránh gập góc (hình 2). Các miệng nối được tiến hành lần lượt: nối tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu ngoài, nối động mạch thận với động mạch chậu ngoài. Thận ghép có nước tiểu ngay sau khi tái tưới máu. Giải phóng tổ chức liên kết trên thận để duỗi thẳng niệu quản (thay đổi vị trí do đặt thận đảo cực – hình 2). Miệng nối niệu quản – bàng quang được thực hiện theo phương pháp Lich Gregois. Tổng thời

gian ghép là 3h30ph. Phác đồ thuốc ức chế miễn dịch (UCMD) gồm: Corticoid, tacrolimus và myfortic.



Phẫu tích hạ tổ chức phía cực trên thận tạo thuận lợi nối niệu quản – bàng quang



Động mạch thận dài, nguy cơ gập góc nếu đặt thuận cực

**Hình 2: Thận ghép vào hố chậu phải (cặp ghép 1)**

**Diễn biến sau ghép.** Hậu phẫu bệnh nhân diễn biến ổn định, siêu âm đánh giá thận ghép sau mổ không thấy bất thường miệng nối mạch máu, RI động mạch thận 0.65, không có huyết khối, đài-bể thận và niệu quản không giãn. Bệnh nhân ra viện sau 2 tuần, theo dõi định kỳ.

**Bảng 1: Diễn biến hậu phẫu bệnh nhân ghép thận số 1**

Thông số	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 5	Ngày 7	Ra viện	3 tháng sau ghép
Nước tiểu 24h (ml)	5400	4700	5000	3400	2900	2500
Ure (mmol/l)	11.6	13.2	15.3	11.9	4.2	5.7
Creatinin ( $\mu\text{mol/l}$ )	279	88	91	108	72	63

**3.2. Cặp ghép số 2**

**Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.** Người nhận là nữ, 63 tuổi, BMI 24, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường type 2 điều trị 20 năm, hội chứng thận hư phát hiện cách đây 22 năm, diễn biến thành suy thận mạn giai đoạn cuối 2 năm nay. Xét nghiệm trước ghép: creatinin 538  $\mu\text{mol/l}$ , ure 12.5 mmol/l, GOT 13.5 UI/l, GPT 14.2 UI/l; Hemoglobin 109 g/l, hematocrit 30.2%, tiểu cầu 163, cholesterol toàn phần 6.2 mmol/l, triglyceride 2.9 mmol/l, HDL-Cho 1.3 mmol/l, LDL-Cho 3.62 mmol/l. Người nhận có viêm gan C, đã điều trị, tải lượng virus dưới ngưỡng. Siêu âm mạch chậu bên phải không phát hiện bất thường.

Người hiến là nữ giới, 40 tuổi, tiền sử khỏe mạnh. Các chỉ số xét nghiệm trong giới hạn bình thường. Hòa hợp HLA của người hiến và người nhận là 1/6, Crossmatch âm tính. Xạ hình thận: thận trái 52%, thận phải 48%. Người hiến được tiến hành phẫu thuật nội soi lấy thận phải.

**Đặc điểm kỹ thuật ghép thận đảo cực.**

Bệnh nhân nhận được ghép thận phải, có 2 động mạch và 1 tĩnh mạch. Hai động mạch được tạo hình thành 1 thân chung ở thì back-table (rửa tạng và chuẩn bị tạng trước ghép). Khi tiến hành phẫu tích và giải phóng bó mạch chậu phát hiện

động mạch chậu ngoài xơ vữa, sờ ngoài thấy có nhiều mảng xơ vữa chủ yếu về phía đầu trung tâm gần ngã ba động mạch chậu gốc bên phải. Qua đánh giá thấy vị trí làm miệng nối động mạch không thuận lợi do nhiều xơ vữa, chúng tôi đã tiến hành đặt thận ghép đảo cực để miệng nối động mạch nằm về phía ngoại vi của động mạch chậu ngoài đoạn không xơ vữa. Các miệng nối được tiến hành lần lượt: nối tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu ngoài, nối động mạch thận (đã được tạo hình thành thân chung) với động mạch chậu ngoài vị trí không xơ vữa. Thận ghép có nước tiểu ngay sau khi tái tưới máu. Giải phóng tổ chức liên kết phía cực trên thận để duỗi thẳng niệu quản (thay đổi vị trí do đặt thận đảo cực). Miệng nối niệu quản – bàng quang được thực hiện theo phương pháp Lich Gregois. Tổng thời gian phẫu thuật là 4h. Phác đồ thuốc UCMD gồm: Corticoid, tacrolimus và myfortic.

**Diễn biến sau ghép.** Hậu phẫu bệnh nhân ổn định, siêu âm đánh giá thận ghép sau mổ không thấy bất thường miệng nối mạch máu, RI động mạch thận 0.75, không có huyết khối, đài-bể thận và niệu quản không giãn. Bệnh nhân ra viện sau 2 tuần, theo dõi định kỳ.

**Bảng 2: Diễn biến hậu phẫu bệnh nhân ghép thận số 2**

Thông số	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 5	Ngày 7	Ra viện	3 tháng sau ghép
Nước tiểu 24h (ml)	4800	5200	4700	3800	3200	2700
Ure (mmol/l)	8.9	10.9	11	9.4	2.9	4.1
Creatinin ( $\mu$ mol/l)	237	102	97	74	66	74

#### IV. BÀN LUẬN

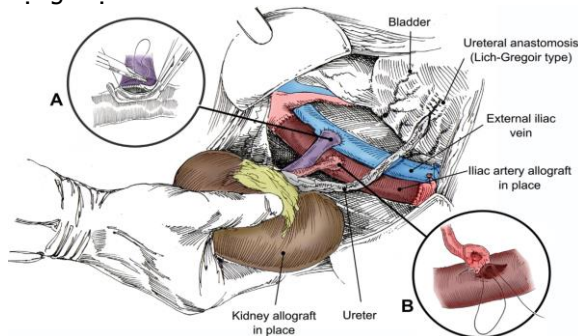
Ghép thận lần đầu tiên được thực hiện vào năm 1954 bởi J. E. Murray tại Boston, Massachusetts<sup>2</sup>. Trải qua 70 năm phát triển về kỹ thuật mổ, cải tiến về gây mê hồi sức và đặc biệt là sự ra đời của nhiều nhóm thuốc UCMD, ghép thận đã trở thành phương pháp điều trị thường quy, tối ưu nhất cho bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối. Kỹ thuật ghép thận ở người nhận hiện nay đã được thống nhất: thận ghép được đặt thuận cực ở hố chậu phải, khoang ngoài phúc mạc; tĩnh mạch thận và động mạch thận ghép được nối vào tĩnh mạch chậu và động mạch chậu; niệu quản được cắm phía mặt trước bên với bàng quang. Mặc dù kỹ thuật ghép thận đã được thống nhất, tuy nhiên trong nhiều trường hợp còn gặp khó khăn, đặc biệt do: động mạch chậu xơ vữa, canxi hóa hoặc tĩnh mạch thận quá ngắn, bất tương xứng chiều dài động mạch – tĩnh mạch thận.

Với việc cải tiến của các phương pháp ít xâm lấn, phẫu thuật lấy thận người hiến hiện nay hầu hết được thực hiện theo phương pháp nội soi/robot. Do đặc điểm giải phẫu, tĩnh mạch thận bên phải nằm về cùng phía và đổ trực tiếp vào tĩnh mạch chủ dưới nên thường ngắn, trong khi tĩnh mạch thận trái đi qua phía trước động mạch chủ để đổ vào tĩnh mạch chủ dưới thường dài hơn bên phải 2-3 lần<sup>3</sup>. Trong trường hợp phẫu thuật nội soi lấy thận, chiều dài tĩnh mạch thận ghép sẽ ngắn hơn nữa vì phần dùng stapler hoặc hemolock. Để tạo thuận lợi cho việc nối tĩnh mạch, các nhánh tĩnh mạch chậu trong sẽ được thắt để di động tối đa tĩnh mạch chậu ngoài<sup>4</sup>. Tại trung tâm của chúng tôi, các trường hợp thận hiến bên phải có tĩnh mạch ngắn đã được xử trí thường quy bằng nhiều biện pháp khác nhau: di động tối đa tĩnh mạch chậu ngoài; phẫu tích vào rốn thận đưa tĩnh mạch ra bình diện phía sau hoặc tạo hình nối dài tĩnh mạch thận bằng tĩnh mạch sinh dục... Tuy nhiên trong trường hợp tĩnh mạch thận ngắn kèm theo động mạch thận chia nhánh sớm, các nhánh động mạch dài sẽ có sự bất tương hợp chiều dài động mạch và tĩnh mạch: miệng nối tĩnh mạch gần rốn thận, miệng nối động mạch xa, dẫn tới động mạch dễ bị gập góc, nguy cơ hẹp sau ghép. Trong trường hợp này nếu cắt ngắn động mạch để có vị trí nối phù

hợp thì phải tạo hình lại hai động mạch thành một thân chung, làm tăng nguy cơ của phẫu thuật. Trường hợp cặp ghép 1 trong báo cáo này có sự bất tương xứng chiều dài động mạch và tĩnh mạch thận. Chúng tôi đã sử dụng phương pháp ghép thận đảo cực (Inverted positioning/ Upside-down kidney transplantation) để đưa vị trí nối động mạch xa về phía ngoại vi động mạch chậu, làm duỗi thẳng động mạch tránh bị gập góc. Kỹ thuật ghép thận đảo cực được mô tả từ năm 1972 bởi Hamburger, tác giả nhận thấy việc đảo cực giúp đưa bình diện miệng nối tĩnh mạch ra phía sau, đưa tĩnh mạch thận gần với tĩnh mạch chậu, tạo thuận lợi cho miệng nối tĩnh mạch, kết quả không thấy biến chứng trong và sau mổ<sup>1</sup>. Tác giả N. Simforoosh báo cáo 69 trường hợp lấy thận nội soi và ghép thận đảo cực từ 2004-2009, có 6 bệnh nhân chậm chức năng thận ghép (7.6%), không có biến chứng mạch máu và niệu quản sau ghép với tỷ lệ sống 5 năm của mảnh ghép đạt 93.7%. Các báo cáo này đều đưa ra chỉ định ghép thận đảo cực giúp tạo thuận lợi khi nối tĩnh mạch ngắn tuy nhiên chưa đề cập đến vấn đề bất tương hợp chiều dài động mạch – tĩnh mạch thận.

Trên những bệnh nhân suy thận mạn diễn biến lâu dài, tuổi cao kèm theo các bệnh lý tim mạch, xơ vữa mạch máu thường gặp, là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ. Các bệnh nhân bệnh thận mạn tính hay gặp nhiều bệnh lý rối loạn chuyển hóa kèm theo như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa mỡ máu. Xơ vữa mạch máu trong bệnh thận mạn tính là quá trình diễn biến liên tục do các tổn thương chuyển hóa của đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, ure máu cao, tăng phosphat máu... dẫn đến việc hình thành các tế bào giống tế bào tạo xương (Osteoblast-like cells) trong thành mạch máu<sup>5</sup>. Đặc biệt, xơ vữa động mạch chậu phát triển nhanh chóng và mạnh mẽ hơn ở bệnh nhân mắc bệnh thận mãn tính do chức năng niêm mạc bị suy giảm sau quá trình lọc máu kéo dài, tăng nồng độ hormon cận giáp, tăng acid uric và quá tải dịch. Các tổn thương xơ vữa sớm (màng xơ vữa mới tiến triển) cũng là một đặc điểm có thể gặp trong viêm gan C mạn tính tùy theo thời gian tiến triển của viêm gan C và xơ gan<sup>6</sup>. Xơ vữa mạch chậu gây khó khăn

trong khi nối động mạch với 2 lý do: (1) phải chọn vị trí mở động mạch chậu phù hợp để tránh mở vào đúng vị trí có mảng xơ vữa gây khó khăn khi khâu nối cũng như nguy cơ gây lóc thành mạch chậu, bong mảng xơ vữa gây tắc mạch; (2) hạn chế dùng clamp Satinsky vì thành mạch nhiều xơ vữa không có vị trí đặt clamp. Ngoài ra lưu lượng mạch máu động mạch thận ghép sau miệng nối cũng bị ảnh hưởng trong trường hợp mạch chậu xơ vữa. Để tránh sử dụng clamp Satinsky, L. E. Garcia đã sử dụng hai bulldog clamp ở hai đầu mạch chậu hoặc chèn mạch bằng Fogarty catheter<sup>7</sup>. Chúng tôi đã gặp nhiều trường hợp có xơ vữa mạch chậu mức độ vừa, rải rác trên đoạn dài. Trong các trường hợp này để kiểm soát mạch khi làm miệng nối và không dùng clamp Satinsky chúng tôi đã áp dụng nhiều kỹ thuật như: kẹp clamp mềm hai đầu, bulldog thay clamp hoặc chèn mạch bằng Fogarty... Trong các trường hợp xơ vữa nặng, không còn vị trí phù hợp để nối mạch, nhiều tác giả đã thay đoạn mạch chậu xơ vữa, nối động mạch thận vào đoạn mạch mới giúp tối ưu lưu lượng máu vào thận ghép cũng như thuận lợi cho miệng nối động mạch.



**Hình 3:** Thay đoạn động mạch chậu xơ vữa, nối động mạch thận ghép vào đoạn mạch mới

Bệnh nhân ghép thứ 2 có nhiều yếu tố nguy cơ xơ vữa mạch máu: đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh thận mạn diễn biến lâu dài kèm theo rối loạn chuyển hóa lipid và viêm gan C. Tuy nhiên do xơ vữa động mạch chậu ở mức độ vừa nên chưa đánh giá được qua siêu âm trước mổ mà chỉ phát hiện trong mổ sau khi phẫu tích giải phóng động mạch chậu ngoài. Do xơ vữa chỉ phát triển ở phía đầu trung tâm, đầu ngoại vi động mạch chậu ngoài không xơ vữa vẫn có thể mở mạch để làm miệng nối nên chúng tôi đã tiến hành đặt thận ghép đảo cực, đưa miệng nối động mạch về phía đầu ngoại vi, tránh vị trí xơ vữa. Miệng nối động mạch được tiến hành theo kỹ thuật thông thường, tránh phải thay đoạn động mạch chậu. Cho đến hiện nay có tương đối

ít báo cáo liên quan đến kỹ thuật ghép thận đảo cực trong trường hợp xơ vữa động mạch chậu như chúng tôi đã sử dụng, phần lớn các nghiên cứu áp dụng kỹ thuật tạo hình mạch máu (thay đoạn mạch) để xử trí các trường hợp xơ vữa nặng. Tác giả T. Wakita báo cáo vào năm 2023 một trường hợp case lâm sàng ghép thận đảo cực cho bệnh nhân nam, 58 tuổi, suy thận giai đoạn cuối kèm đái tháo đường<sup>8</sup>. Bệnh nhân có xơ vữa động mạch chậu mức độ nặng ở đầu trung tâm, tuy nhiên phần ngoại vi chỉ xơ vữa mức độ nhẹ, đảm bảo cho miệng nối động mạch. Do đó nhóm tác giả đã tiến hành đặt thận đảo cực để tạo thuận lợi cho kỹ thuật nối, kết quả không có biến chứng về mạch máu và niệu quản, chức năng thận tốt sau ghép.

Qua các báo cáo trên y văn cũng như kinh nghiệm lâm sàng, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật ghép thận đảo cực giúp tạo thuận lợi cho khâu nối mạch máu, đặc biệt trong một số trường hợp phức tạp khi nối động mạch. Tuy nhiên do số lượng các báo cáo còn ít, chủ yếu là các case lâm sàng, chùn bệnh, do đó cần có thêm những nghiên cứu với quy mô bệnh nhân lớn hơn để đánh giá thêm đặc điểm kỹ thuật ghép thận đảo cực áp dụng trong các trường hợp phức tạp.

## V. KẾT LUẬN

Ghép thận đảo cực là kỹ thuật tuy không mới, ít được sử dụng tuy nhiên rất có giá trị trong khâu nối mạch máu với một số trường hợp phức tạp. Hai tình huống lâm sàng trong báo cáo cho thấy tính hiệu quả và an toàn của kỹ thuật này khi áp dụng trong trường hợp bất tương xứng chiều dài động mạch – tĩnh mạch hoặc xơ vữa động mạch chậu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Simforoosh N, Tabibi A, Soltani MH, Zare S, Yahyazadeh SR, Abadpoor B.** Long-Term Follow-up After Right Laparoscopic Donor Nephrectomy and Inverted Kidney Transplant. *Exp Clin Transplant.* 2016;14(1):27-31.
2. **Tantisattamo E, Maggiore U, Piccoli GB.** History of kidney transplantation: a journey of progression and evolution for success. *J Nephrol.* 2022;35(7):1783-1786. doi:10.1007/s40620-022-01453-3
3. **Klatte T, Ficarra V, Gratzke C, et al.** A Literature Review of Renal Surgical Anatomy and Surgical Strategies for Partial Nephrectomy. *Eur Urol.* 2015;68(6): 980-992. doi:10.1016/j.eururo.2015.04.010
4. **Turk IA, Deger S, Davis JW, et al.** Laparoscopic live donor right nephrectomy: a new technique with preservation of vascular length. *J Urol.* 2002;167(2 Pt 1):630-633. doi:10.1016/S0022-5347(01)69100-6



5. **Nitta K, Ogawa T.** Vascular calcification in end-stage renal disease patients. *Contrib Nephrol.* 2015;185:156-167. doi:10.1159/000380980
6. **Babiker A, Jeudy J, Kligerman S, Khambaty M, Shah A, Bagchi S.** Risk of Cardiovascular Disease Due to Chronic Hepatitis C Infection: A Review. *J Clin Transl Hepatol.* 2017;5(4):343-362. doi:10.14218/JCTH.2017.00021
7. **Garcia LE, González J, Serena G, Ciancio G.** Arterial reconstruction with donor iliac vessels during kidney transplantation in a patient with severe atherosclerosis. *J Vasc Surg Cases Innov Tech.* 2019;5(4): 443-446. doi:10.1016/j.jvscit.2019.06.002
8. **Wakita T, Tsutahara K, Miki A, et al.** Upside-Down Kidney Transplantation in a Recipient with Severe Arteriosclerosis: A Case Report. *Transplantation Proceedings.* 2023;55(4):1059-1061. doi: 10.1016/j.transproceed.2023.03.015

## MỨC ĐỘ LO ÂU CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT THEO KẾ HOẠCH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY NĂM 2023

Phạm Thị Loan<sup>1</sup>, Đỗ Thị Liệu<sup>2</sup>, Hoàng Lan Vân<sup>3</sup>,  
Trần Thị Thanh Huyền<sup>1</sup>, Đoàn Lê Huyền Trang<sup>1</sup>, Lê Thị Ánh Tuyết<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mức độ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật theo kế hoạch tại bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City năm 2023 và tìm hiểu một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 7/2023 đến tháng 9/2023 với 210 người bệnh được thực hiện phẫu thuật loại II trở lên. Mức độ lo âu được đánh giá dựa trên thang đo HADS-A. **Kết quả:** Tỷ lệ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật theo kế hoạch là 66,2%; với lo âu thực sự là 38,1%. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu trước phẫu thuật: nhóm tuổi trên 30 tuổi (OR=3,39; 95% KTC: 1,48 – 7,76), chưa từng phẫu thuật (OR=0,53; 95%KTC: 0,29-0,95), không có bệnh lý kèm theo (OR=0,50; 95% KTC: 0,27-0,91), thời gian chờ phẫu thuật trên 7 ngày (OR=3,32; 95% KTC: 1,39-7,89), không khí buồng bệnh âm ảm, buồn/bình thường (OR=2,14; 95% KTC: 1,15-3,99). **Kết luận:** Cần đẩy mạnh công tác tư vấn tâm lý, hỗ trợ tinh thần cho người bệnh trước phẫu thuật theo kế hoạch tại bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City. **Từ khóa:** Lo âu, phẫu thuật theo kế hoạch, HADS-A, bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City.

### SUMMARY

#### ANXIETY LEVEL OF PATIENTS BEFORE PLANNED SURGERY AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL IN 2023

**Objective:** To evaluate the patient's anxiety level before planned surgery at Vinmec Times City International Hospital in 2023 and identify some related factors. **Subjects and methods:** A cross-

sectional descriptive study was conducted from July 2023 to September 2023 with 210 patients who will undergo type II surgery or higher. Anxiety levels were evaluated using the HADS-A scale. **Results:** The rate of anxiety among patients before planned surgery was 66.2%; with real anxiety being 38.1%. Some factors related to pre-operative anxiety: age group over 30 years old (OR=3.39; 95%CI: 1.48-7.76), never had surgery (OR=0.53 ; 95%CI: 0.29-0.95), no comorbidities (OR=0.50; 95%CI: 0.27-0.91), waiting time for surgery over 7 days (OR =3.32; 95%CI: 1.39-7.89), the hospital room atmosphere was gloomy, sad/normal (OR=2.14; 95%CI:1.15-3.99). **Conclusion:** It is necessary to promote psychological counseling and mental support for patients before planned surgery at Vinmec Times City International General Hospital.

**Keywords:** Anxiety, planned surgery, HADS-A, Vinmec Times City International Hospital.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật là một phương pháp điều trị tích cực, tuy nhiên có thể gây ra những sang chấn về mặt tâm lý nhất định cho người bệnh. Hầu hết người bệnh khi đối mặt với một cuộc phẫu thuật đều sẽ xuất hiện tâm lý lo âu ở các mức độ khác nhau, đặc biệt là các cuộc phẫu thuật có kế hoạch. Kết quả nghiên cứu của Ali chỉ ra rằng lo âu trước phẫu thuật ảnh hưởng tiêu cực đến sự phục hồi gây mê và kiểm soát đau sau phẫu thuật [1]. Lo âu quá mức và liên tục có thể ảnh hưởng đến thể chất, tâm lý, chất lượng cuộc sống và có thể kéo dài thêm tình trạng bệnh lý. Trong những năm gần đây, Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu đánh giá tâm lý lo âu của người bệnh trước phẫu thuật. Nghiên cứu của Thái Hoàng Đệ khi đánh giá tâm lý 163 người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa An Phú cho thấy tỷ lệ người bệnh lo lắng trước phẫu thuật chiếm 83,43% [2]. Nghiên cứu của Phạm Thị Hoàng Yến khảo sát tâm lý người bệnh trước phẫu thuật

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

<sup>2</sup>Trường Đại học Thăng Long

<sup>3</sup>Trường Đại học Quốc tế VinUni

<sup>4</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Loan

Email: loanpham168@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2024

Ngày duyệt bài: 30.5.2024