

giả Holden⁶ (2008) là 90%, Mentel⁷ (2013) là 96%.

Thay đổi kích thước tổn thương sau điều trị và hồi phục của mô vùng chóp trên Xquang. Chúng tôi tiến hành đo đặc kích thước ĐKN và ĐKD TT trên Xquang ở thời điểm trước điều trị, sau điều trị 3 tháng và 6-9 tháng để theo dõi sự thay đổi kích thước tổn thương và sự hồi phục của mô vùng chóp theo thời gian. Chúng tôi thấy rằng ở cả hai nhóm kích thước tổn thương đều giảm đi rõ rệt và sự giảm này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

V. KẾT LUẬN

Như vậy sau kết quả điều trị: Sau trám bít 1 tuần: Tốt chung 2 nhóm đạt 91,8% nhóm 1 tốt đạt 91,9% cao hơn nhóm 2 tốt đạt 91,7%. Sau trám bít 3 tháng: tốt chung 92,5%, nhóm 1 tốt đạt 94,1% cao hơn nhóm 2 tốt đạt 90,9%. Sau trám bít 6-9 tháng: tốt chung 94%, Nhóm 1 tốt đạt 94,7% cao hơn nhóm 2 tốt đạt 93,5%. Sự thay đổi kích thước tổn thương qua việc đo ĐKN và ĐKD trên phim ở các thời điểm 3 tháng và 6-9 tháng sau điều trị đều giảm so với trước điều trị, sự giảm này có nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kenneth M. Hargreaves; Louis H. Berman.** Pathobiology of the periapex. In: Cohen's Pathways of the Pulp. Vol 1. Ten Edition; 2011:529-561.
2. **Torabinejad M.** Mineral Trioxide Aggregate: Properties and Clinical Applications. Part 8: MTA Root Canal Obturation. Vol 1. first edition. Wiley Blackwell; 2014.
3. **Nguyễn Mạnh Hà.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị viêm quanh cuống mạn tính bằng nội nha. Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2005.
4. **Vũ Thị Quỳnh Hà.** Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh cuống mạn tính ở răng hàm răng dưới bằng phương pháp nội nha. Luận văn Bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội. Published online 2009.
5. **Đào Thị Hằng Nga.** Nghiên cứu điều trị nội nha ở răng vĩnh viễn chưa đóng kín cuống bằng mineral trioxide aggregate. Luận án Tiến Sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội 2015.
6. **Holden DT, Schwartz SA, Kirkpatrick TC et al.** Clinical outcomes of artificial root-end barriers with mineral trioxide aggregate in Teeth with immature Apices. J Endod. 2008; 34:812-817.
7. **Mente J, Leo M, Panagidis D et al.** Treatment Outcome of Mineral Trioxide Aggregate in Open Apex Teeth. J Endod. 2013; 39:20-26.

ĐẶC ĐIỂM PHẪU THUẬT VÀ KẾT QUẢ GHÉP THẬN ĐẢO CỰC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC TỪ 3/2018 – 3/2019

Ninh Việt Khải¹, Hoàng Tuấn¹, Trần Đình Dũng¹,
Ninh Bảo Ngọc¹, Đỗ Ngọc Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm kỹ thuật và đánh giá kết quả của ghép thận đảo cực. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu từ tháng 03/2018 đến tháng 3/2019 các trường hợp ghép thận đảo cực tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Có 64 bệnh nhân ghép thận đảo cực, trong đó 62 trường hợp ghép thận phải vào hố chậu phải, 02 trường hợp ghép thận trái vào hố chậu trái. Tuổi trung bình 40.4 ± 11.7 tuổi, tỉ lệ nam / nữ 1.78/1. 1 động mạch thận ghép 70.3%, 1 tĩnh mạch thận ghép 92.2%. Có 1 trường hợp chiếm 1.6% giả phình động mạch thận ghép, không có chảy máu sau ghép, không có rò nước tiểu miệng nối niệu quản-bàng quang. 1 trường hợp chiếm 1.6% bị thải ghép cấp qua trung gian tế bào. 96.8% không có biến chứng sau ghép. Đối với kết quả xa, 3 trường hợp (4.7%) hẹp niệu quản (1 trường hợp

do gập bể thận – niệu quản và 2 trường hợp vị trí miệng nối niệu quản – bàng quang, 1 trường hợp chiếm 1.6% thải ghép mạn tính do bỏ thuốc phải ghép lại sau 2 năm. 93,7% các trường hợp có chức năng thận ghép bình thường. **Kết luận:** Ghép thận đảo cực là kỹ thuật đơn giản, an toàn và hiệu quả trong xử lý tình mạch thận giãn.

SUMMARY

SURGICAL FEATURES AND OUTCOME OF INVERTED KIDNEY TRANSPLANTATION AT VIETDUC HOSPITAL FROM 3/2018 TO 3/2019

Objective: To describe the technical characteristics, indications and evaluate the results of inverted kidney transplantation. **Subjects and methods:** Retrospective descriptive study from March 2018 to March 2019 of cases of inverted kidney transplantation at Viet Duc University Hospital. **Results:** There were 64 patients who underwent inverted kidney transplantation with 62 cases of right kidney transplant into the right iliac fossa and 2 cases of left kidney transplant in the left iliac fossa. The mean age 40.4 ± 11.7 year old, male / female ratio 1.78/1. 1 graft renal artery 70.3% and 1 graft renal vein 92.2%. 1 case accounting for 1.6% of graft renal artery pseudoaneurysm, no postransplant bleeding, no

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Trung học Phổ thông Chuyên Sư phạm Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 22.7.2024

urine leakage of ureterovesical anastomosis. 1 case of acute T cell rejection occurred accounting for 1.6%. 96.8% cases with no postransplant complication. For long-term result, 3 cases (4.7%) of ureteral stenosis, among these, 1 case due to a fold at the junction between pelvis and ureter and 2 cases due to stenosis of the ureterovesical anastomosis. 1 case of chronic graft rejection accounting for 1.6% due to drug withdrawal requiring retransplantation after 2 years. 93.7% of cases had normal kidney function. **Conclusion:** Inverted kidney transplantation is a simple, safe and effective technique to manage the short graft renal vein. **Keywords:** inverted kidney transplantation, upside-down kidney transplantation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức bắt đầu triển khai ghép thận vào tháng 8 năm 2000. Đến nay, có gần 2000 ca ghép thận đã được thực hiện. Trong ghép thận, đặc biệt là ghép thận từ người hiến sống, xử lý tình huống tĩnh mạch thận ghép vẫn là một thách thức do miệng nối căng dễ dẫn đến rách và chảy máu. Khi xử lý những trường hợp tĩnh mạch thận ngắn mà thận phải đặt ở hố chậu phải hoặc thận trái đặt ở hố chậu trái chúng tôi thường thực hiện đảo cực thận. Đây là cách thức tỏ ra khá hữu ích và được chúng tôi áp dụng thường quy ở giai đoạn trước năm 2020. Đảo cực thận giúp tĩnh mạch thận tiếp cận gần hơn với tĩnh mạch chậu ngoài từ đó giúp miệng nối tĩnh mạch thận – tĩnh mạch chậu không bị căng, tránh nguy cơ rách miệng nối gây chảy máu, một biến chứng nguy hiểm đến thận ghép và tính mạng người bệnh. Ghép thận đảo cực được Hamburger lần đầu tiên thực hiện năm 1972 khi tiến hành ghép thận phải có tĩnh mạch thận ngắn vào hố chậu phải². Thuật ngữ này chỉ kỹ thuật ghép thận, trong đó, chiều của đài bể thận đến niệu quản thận ghép bị đảo ngược về phía trên (hướng về đầu). Khi tiến hành ghép thận đảo cực bắt buộc phải có kỹ thuật để xoay chiều niệu quản sao cho khi cắm niệu quản vào bàng quang không bị xoắn vặn và gấp khúc gây hẹp niệu quản. tuy nhiên cùng với sự phát triển về kỹ thuật ghép nhiều phương pháp khác đã được áp dụng như chuyển vị tĩnh mạch chậu ngoài bằng thắt cắt các nhánh tĩnh mạch chậu trong, phẫu tích vào rốn thận để làm dài hoặc tạo hình với tĩnh mạch chậu bảo quản hoặc tĩnh mạch sinh dục đi kèm thận ghép. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả khi thực hiện ghép thận đảo cực trong thời gian từ 2016 -2019 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

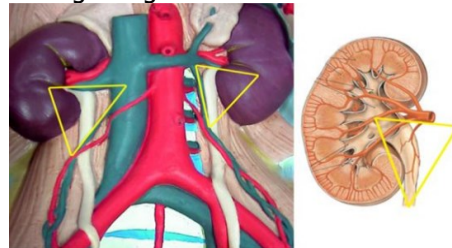
2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả các trường hợp ghép thận đảo cực được tiến hành

tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 03/2018 đến tháng 03/2019, có hồ sơ bệnh án đầy đủ và được theo dõi định kỳ sau ghép.

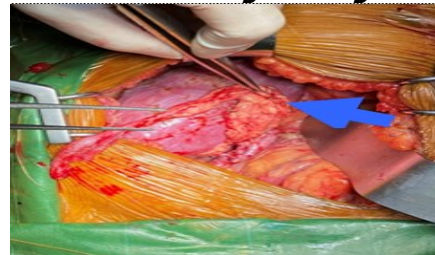
2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.2.2. Kỹ thuật xoay chiều của niệu quản khi cắm niệu quản – bàng quang trong ghép thận đảo cực: Phẫu tích dọc theo khoảng vô mạch ở sát nhu mô cực dưới thận ghép tránh tác động đến tam giác vàng vùng rốn thận, từ cực dưới thận đến gần rốn thận để làm xuôi chiều niệu quản khi ghép đảo cực, đảm bảo không làm tổn thương các mạch máu nuôi niệu quản (hình 2), kèm đó là đặt tư thế thận niệu quản hướng trong



Hình 1: Tam giác vàng¹



Hình 2: Kỹ thuật phẫu tích làm xuôi chiều niệu quản (mũi tên chỉ vùng vô mạch đi sát nhu mô thận)

2.2.3. Chỉ số nghiên cứu:

- Tuổi, giới, BMI, đặc điểm thận hiến (vị trí, số lượng mạch máu và kích thước, chiều dài niệu quản)
- Đặc điểm người nhận trước ghép: đã lọc máu hay chưa? thời gian lọc máu trước ghép, tiền sử ghép thận trước đây. Đặc điểm mạch máu vùng chậu người nhận: xơ vữa hay không xơ vữa
- Đặc điểm kỹ thuật trong mổ:
 - + Thời gian thiếu máu lạnh: là thời gian từ lúc thận được lấy ra bên người hiến cho vào dung dịch bảo quản lạnh, đến khi thận được đưa vào hố thận ghép để tiến hành ghép.
 - + Thời gian thiếu máu ấm: là thời gian từ lúc đặt thận vào hố thận để ghép đến khi tái tưới máu thận.
 - + Thời gian mổ: thời gian từ lúc rạch da để

khi hoàn tất đóng bụng

- + Thời gian nối động mạch, tĩnh mạch
- + Thời gian có nước tiểu sau tái tưới máu
- + Đặc điểm mạch máu và kỹ thuật xử lý: Số lượng và kích thước động mạch, tĩnh mạch, đặc điểm tạo hình mạch khi có nhiều mạch (tạo hình thành thân chung kiểu nòng súng hoặc cắm riêng rẽ từng mạch máu)
- Kết quả gần:
 - + Chức năng thận thời gian hậu phẫu: xét nghiệm Creatinin sau mổ ngày 1, 3, 5, 7, khi ra viện
 - + Siêu âm doppler mạch máu thận ghép: thực hiện thường quy sau ghép ngày 1 và ngày 7
 - + Biến chứng tiết niệu: hẹp miệng nối, gập niệu quản, rò niệu quản..
 - + Biến chứng mạch máu: chảy máu, giả phình, huyết khối
 - + Biến chứng nội khoa: thải ghép cấp, viêm tụy cấp...
 - + Thời gian nằm viện
 - Kết quả xa:
 - + Thời gian theo dõi đến hiện tại
 - + Chức năng thận: xét nghiệm Creatinin thời điểm hiện tại
 - + Biến chứng tiết niệu, mạch máu, nội khoa: muộn

2.2.4. Xử lý số liệu: Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm Excel và SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 3/2018 – 3/2019, chúng tôi thu thập được tổng số 64 trường hợp bệnh nhân ghép thận đảo cực.

3.1. Đặc điểm chung người nhận

Bảng 1: Một số đặc điểm chung người nhận

Tuổi	40.4± 11.7 (17-70)
Giới (nam/nữ)	41/23(1.78/1)
BMI	22.8 ± 5.7 (15-29)
Lọc máu/chưa lọc máu chu kỳ	49/15
Thời gian lọc máu trước ghép (tháng)	5.2 ± 4.6
Ghép thận lần 1 / lần 2	62/2
Xơ vữa mạch chậu phức tạp	1

Nhận xét: Có 49/64 (76.5%) trường hợp đã phải lọc máu trước ghép, 15 bệnh nhân chưa lọc máu chu kỳ được chỉ định ghép thận đón đầu khi thận suy giai đoạn 4. Đa số các trường hợp là ghép thận lần đầu, chỉ có 2 trường hợp là ghép thận lần 2.

3.2. Vị trí ghép thận đảo cực và đặc điểm thận ghép

Bảng 2: Vị trí ghép thận và đặc điểm thận ghép

Vị trí ghép và thận ghép	
Hố chậu P và thận P	62
Hố chậu T và thận T	2
Động mạch thận ghép	
1 Động mạch	45 (70.3%)
2 Động mạch (tạo thân chung/nối riêng)	15 (23.4%) (9/6)
3 Động mạch tạo hình thân chung	1 (1.6%)
4 Động mạch tạo hình thân chung	2 (3.1%)
Tĩnh mạch thận ghép	
1 Tĩnh mạch	59(92.2%)
2 Tĩnh mạch (tạo hình/ nối riêng)	5(7.8%)(4/1)
Chiều dài niệu quản (cm)	10.2 ± 2.2

Nhận xét: Đa số chỉ định ghép thận đảo cực là ghép thận phải vào hố chậu phải chiếm 62/64 trường hợp. 1 động mạch thận ghép chiếm đa số 70.3%, những trường hợp có từ 2 Động mạch chờ lên, đa phần chúng tôi có xu hướng tạo hình thân chung 2 động mạch với nhau. 1 tĩnh mạch chiếm đa số với tỉ lệ 92.2%.

3.3. Đặc điểm về thời gian phẫu thuật

Bảng 4: Đặc điểm về thời gian trong phẫu thuật

Thời gian thiếu máu lạnh	59.2±10.5 (50 – 85)
Thời gian thiếu máu ấm	38.2±9.9 (22 – 75)
Thời gian nối động mạch	13.6±3.8 (7-30)
Thời gian nối tĩnh mạch	13.3±4.6 (10-26)
Thời gian có nước tiểu sau tái tưới máu	2.3±1.7 (1-5)
Thời gian phẫu thuật	194±57 (110-360)

Nhận xét: Thời gian thiếu máu lạnh và thiếu máu ấm ngắn, hầu hết là có nước tiểu sau tái tưới máu với thời gian trung bình khoảng 2 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 194 phút. Kết quả gần

- Xét nghiệm Creatinin

Bảng 5. Xét nghiệm Creatinin (µmol/l)

Ngày 1	666 ± 332 (104 – 1448)
Ngày 3	350 ± 273 (67 – 1420)
Ngày 5	197 ± 143 (61 – 702)
Ngày 7	150 ± 122 (63 – 350)
Khi ra viện	115 ± 25 (65 – 140)

Nhận xét: Xét nghiệm Creatinin về ổn định sau 5-7 ngày.

- Biến chứng: Có 1 (1.6 %) trường hợp giả phình chỗ tạo hình 2 động mạch thận, phải mổ lại, khâu lỗ túi giả phình, có 1 trường hợp (1.6%) thải ghép cấp qua trung gian tế bào được điều trị nội khoa ổn định. Không có biến chứng chảy máu sau mổ, không có biến chứng hẹp tắc động mạch hay tĩnh mạch. 96.8% không có biến chứng sau ghép
- Thời gian nằm viện trung bình: 16±12.5 ngày

3.4. Kết quả xa. Thời gian theo dõi trung

bình 56 ± 26 tháng

- Có 3/64 trường hợp (chiếm 4.7%) có hẹp niệu quản sau ghép (1 trường hợp gập góc bể thận niệu quản khi đảo cực) phải mổ lại nối niệu quản cũ của bệnh nhân với bể thận ghép. Có 1/64 (chiếm 1.6%) trường hợp thải ghép mạn tính do bệnh nhân tự ý bỏ thuốc, phải ghép lại sau 2 năm. 60 bệnh nhân chiếm 93.7% còn lại không biến chứng.

- Xét nghiệm Creatinin thời điểm hiện tại: $119 \pm 69 \mu\text{mol/l}$

IV. BÀN LUẬN

Kỹ thuật ghép thận đảo cực được Hamburger lần đầu tiên thực hiện năm 1972 khi tiến hành ghép thận phải có tĩnh mạch thận ngấn vào hố chậu phải². Việc lựa chọn vị trí đặt thận ghép phụ thuộc vào tình trạng mạch máu cũng như quan điểm của từng phẫu thuật viên, Tuy nhiên, đại đa số cho rằng, ghép thận vào hố chậu phải là tối ưu nhất, đặc biệt là ghép thận trái vào hố chậu phải. Bởi vì, tĩnh mạch chậu đi ngang và nằm nông hơn ở hố chậu phải, nên dễ phẫu tích và bộc lộ. Khi theo dõi sau ghép, sẽ thuận lợi hơn cho siêu âm đánh giá thận ghép cũng như sinh thiết thận khi cần thiết³.

Ghép thận đảo cực nghĩa là chiều của đài bể thận – niệu quản bị đảo ngược về phía đầu, do vậy, thường gặp trong ghép thận phải vào hố chậu phải hoặc ghép thận trái vào hố chậu trái. Nghiên cứu của chúng tôi, có tới 62 trường hợp ghép thận phải vào hố chậu phải, còn lại 2 trường hợp ghép thận trái vào hố chậu trái là 2 trường hợp ghép thận lần 2. Việc ghép thận đảo cực khi ghép thận phải ở hố chậu phải và thận trái ở hố chậu trái tạo điều kiện thuận lợi về mặt mạch máu khi bình diện tĩnh mạch thận ra phía sau nên tiếp cận gần với tĩnh mạch chậu của người nhận. Do đó, ưu việt đáng kể đầu tiên của kỹ thuật này là áp dụng trong trường hợp ghép thận có tĩnh mạch thận ngấn. Siforoosh đã báo cáo 32 trường hợp lấy thận phải nội soi để ghép, cho thấy tĩnh mạch thận rất ngắn 1.5cm, và tác giả đã sử dụng kỹ thuật ghép thận đảo cực để áp dụng trong trường hợp này cho kết quả tốt⁴. Đến năm 2016, cũng chính Siforoosh đã tổng kết 79 trường hợp ghép thận đảo cực và kết luận ghép thận đảo cực là một phương pháp dễ dàng, an toàn và điều chỉnh đơn giản này làm giảm nhu cầu phải tạo hình làm dài tĩnh mạch thận ngấn⁵.

Về đánh giá chức năng thận, chúng tôi sử dụng xét nghiệm Creatinin máu để đánh giá về mặt xét nghiệm, siêu âm doppler thận ghép để đánh giá về mặt hình ảnh học. Xét nghiệm Creatinin giảm dần đều từ ngay sau ghép và ổn

định từ ngày thứ 7 sau ghép với creatinine trung bình là $150 \pm 122 \mu\text{mol/l}$ và trở về bình thường khi ra viện, cho tới tại thời điểm hiện tại với thời gian theo dõi trung bình 56 ± 26 tháng, chức năng thận vẫn duy trì ổn định, chỉ có 1 trường hợp có thải ghép mạn tính do bỏ thuốc phải ghép lại sau 2 năm. Siêu âm cho kết quả 100% thận ghép tưới máu tốt, có duy nhất 1 trường hợp có giả phình tại vị trí tạo hình thân chung 2 động mạch thận, không liên quan tới kỹ thuật đảo cực, phải mổ lại, khâu tạo hình lại vị trí giả phình mạch. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu ghép thận đảo cực của các tác giả khác^{4,6,7}

Về đặc điểm giải phẫu của mạch máu nuôi niệu quản, đoạn bể thận và phần trên niệu quản được nuôi bởi nhánh của động mạch thận và nhánh của động mạch tinh hoàn (ở nam), động mạch buồng trứng (ở nữ). Ở phần dưới của đoạn niệu quản được nuôi bởi nhánh của động mạch chậu gốc. Đoạn niệu quản chậu được cấp máu bởi nhánh của động mạch bàng quang dưới, đôi khi là nhánh của động mạch trực tràng giữa⁸. Trong ghép thận, thận ghép được nuôi dưỡng bằng một nguồn duy nhất từ động mạch thận, nên khuyến cáo trong lấy thận để ghép, nên lấy tối đa niệu quản tới vị trí bắt chéo trước bó mạch chậu. Theo Shoskes và nhiều tác giả khác đã nhân mạnh, khi lấy và phẫu tích thận ghép, phải tôn trọng vùng tam giác vàng được tạo bởi 3 điểm (góc tĩnh mạch chủ dưới và tĩnh mạch thận, xoang thận (rốn thận) và cực dưới thận) (hình 1)⁹. Dinckan cho rằng, khoảng 70% trường hợp hoại tử niệu quản đoạn xa là do tổn thương vị trí tam giác này¹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào tổn thương thủng hay hoại tử niệu quản, chỉ có 3 trường hợp có hẹp niệu quản thận ghép chiếm 4.7%. Tỷ lệ này tương tự nghiên cứu Prem Gyawali, trong tổng 70 trường hợp ghép thận đảo cực, có 3 trường hợp hẹp niệu quản⁶. Về biến chứng niệu quản nói chung, tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn một chút so với nghiên cứu của Simforoosh⁵ có 4 trường hợp rò niệu quản (5%) và 2 trường hợp hẹp niệu quản tại vị trí cắm niệu quản – bàng quang (2.5%). Khi so sánh với các trường hợp ghép không đảo cực, tỷ lệ biến chứng niệu quản nói chung vào khoảng 2.9-12.5% tùy từng tác giả¹⁰. Trong 3 trường hợp hẹp niệu quản thận ghép, có 1 trường hợp hẹp do gập góc bể thận - niệu quản và 2 trường hợp hẹp chỗ nối niệu quản – bàng quang. Trường hợp gập góc bể thận – niệu quản khi đảo cực thận xảy ra trong giai đoạn đầu khi chúng tôi chưa có kinh nghiệm, sau này chúng tôi tránh biến chứng này bằng cách đặt tư thế phần thận niệu quản xoay vào trong, giải

phóng phần tam giác vàng sát với bờ thận vừa tránh tổn thương mạch nuôi niệu quản trong tam giác này vừa tránh gây treo gập góc niệu quản do tam giác này bám sát nhu mô cực thận. Như vậy về biến chứng niệu quản nói chung của chúng tôi ở trong ngưỡng có thể chấp nhận được⁷. Do đó, kỹ thuật phẫu tích làm xuôi chiều niệu quản của chúng tôi vừa tránh được tổn thương mạch trong tam giác vàng vùng rốn thận, vừa làm xuôi chiều niệu quản trong ghép thận đảo cực.

V. KẾT LUẬN

Ghép thận đảo cực là kỹ thuật có thể thực hiện được đơn giản, an toàn và hiệu quả trong xử lý tình huống tĩnh mạch thận ngắn. Đặt tư thế phần thận niệu quản hướng trong và phẫu tích vùng tam giác vàng sát nhu mô thận để làm xuôi chiều niệu quản là biện pháp đi cùng ghép thận đảo cực nhằm tránh biến chứng gập góc bể thận niệu quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dinckan A, Tekin A, Turkyilmaz S, et al.** Early and late urological complications corrected surgically following renal transplantation. *Transpl Int.* 2007;20(8):702-707. doi:10.1111/j.1432-2277.2007.00500.x
2. **Hamburger, Jean.** Renal Transplantation: Theory and Practice. Williams and Wilkins, 1972.
3. **Kahan, B.D.** (2000). Principles and Practice of Renal Transplantation (1st Ed.). CRC Press.

- <https://doi.org/10.3109/9780203417348>.
4. **Simforoosh N, Aminsharifi A, Tabibi A, Fattahi M, Mahmoodi H, Tavakoli M.** Right laparoscopic donor nephrectomy and the use of inverted kidney transplantation: an alternative technique. *BJU Int.* 2007;100(6):1347-1350. doi:10.1111/j.1464-410X.2007.07134.x
 5. **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.
 6. **Gyawali P, Poudyal S, Chapagain S, Luitel B, Chalise P, Sharma U.** Upside-down kidney transplantation using single-suture single-knot technique. *Indian Journal of Transplantation.* 2019;13:264. doi:10.4103/ijot.ijot_18_19
 7. **Bueno Jimenez A, Larreina L, Serradilla J, et al.** Upside-down kidney placement: An alternative in pediatric renal transplantation. *J Pediatr Surg.* 2021;56(8):1417-1420. doi:10.1016/j.jpedsurg.2020.09.019
 8. **Themes UFO.** Surgical Anatomy of the Retroperitoneum, Adrenals, Kidneys, and Ureters. *Abdominal Key.* Published June 4, 2016. Accessed May 13, 2024. <https://abdominalkey.com/surgical-anatomy-of-the-retroperitoneum-adrenals-kidneys-and-ureters/>
 9. **Shoskes DA, Hanbury D, Cranston D, Morris PJ.** Urological complications in 1,000 consecutive renal transplant recipients. *J Urol.* 1995;153(1):18-21. doi:10.1097/00005392-199501000-00008
 10. **Mundy AR, Podesta ML, Bewick M, Rudge CJ, Ellis FG.** The urological complications of 1000 renal transplants. *Br J Urol.* 1981;53(5):397-402. doi:10.1111/j.1464-410x.1981.tb03216.x

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐẶT BUỒNG TIÊM DƯỚI DA DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM VÀ SỐ HÓA XÓA NỀN CHO NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Trương Tấn Phú¹, Nguyễn Bảo Anh¹, Nguyễn Trần Chí Trung¹,
Thòng Đức Hoàng¹, Phạm Thành Long¹, Nguyễn Ngọc Khánh²,
Phạm Văn Việt³, Nguyễn Xuân Khải³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả đặt buồng tiêm dưới da dưới hướng dẫn của siêu âm và số hóa xóa nền cho người bệnh ung thư tại bệnh viện quân y 103.
Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, nghiên cứu tiến cứu trên 40 bệnh nhân (BN)

ung thư được đặt buồng tiêm dưới da dưới hướng dẫn của siêu âm và số hóa xóa nền cho người bệnh ung thư tại bệnh viện quân y 103 từ 01/2023 đến 12/2023. **Kết quả:** Hay gặp nhất BN bị ung thư đại trực tràng (42,5%), giai đoạn IV (52,5%) với thời gian mắc bệnh ≥ 3 năm (80%). Hầu hết BN được đặt buồng tiêm dưới da có vị trí catheter đi vào lòng mạch ở tĩnh mạch cảnh trong phải (96,2%). Tất cả BN (100%) đều được chọc kim qua da vào tĩnh mạch thành công lần đầu tiên dưới hướng dẫn của siêu âm. Phần lớn BN được hoàn thành đặt buồng tiêm dưới da dưới hướng dẫn của siêu âm và số hóa xóa nền trong khoảng thời gian 15-30 phút (77,5%), thời gian trung bình thực hiện kỹ thuật là $18,6 \pm 5,9$ phút. Phần lớn BN được đặt buồng tiêm dưới da không có tai biến, biến chứng (87,5%). **Kết luận:** Hay gặp nhất BN bị

¹Học viện Quân y

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Khải

Email: drxuankhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024