

PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA PHÚC MẠC LẤY THẬN GHÉP TỪ NGƯỜI CHO SỐNG: SO SÁNH KẾT QUẢ GIỮA NHÓM MỘT VÀ NHIỀU ĐỘNG MẠCH THẬN

Cao Minh Phúc¹, Lê Nguyên Vũ^{1,2,3},
Hoàng Long¹, Nguyễn Quang Nghĩa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả phẫu thuật giữa người hiến thận có một động mạch và người hiến có nhiều động mạch khi thực hiện lấy thận bằng kỹ thuật nội soi qua đường phúc mạc tại một trung tâm ghép tạng ở Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên 170 người hiến thận sống được phẫu thuật lấy thận nội soi qua đường phúc mạc tại Trung tâm Ghép tạng – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025. Tất cả người hiến đều được đánh giá mạch máu bằng chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT) và phân thành hai nhóm: nhóm một động mạch ($n = 143$) và nhóm từ hai động mạch trở lên ($n = 27$). Các đặc điểm lâm sàng, hình thái mạch máu, thông số phẫu thuật và kỹ thuật tái tạo cuống mạch được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới, BMI hay mức lọc cầu thận giữa hai nhóm. Thời gian mổ, số trocar sử dụng và thời gian thiếu máu nóng tương đương nhau ($p > 0,05$). Nhóm nhiều động mạch có lượng máu mất trong mổ cao hơn rõ rệt (31 ± 14 ml so với 12 ± 7 ml; $p < 0,001$). Tất cả các trường hợp ghép thận có nhiều động mạch đều cần tạo hình mạch máu (78% hợp nhất, 19% dùng 2 miếng nối riêng), không sử dụng mạch nhân tạo. Không ghi nhận biến chứng trong hoặc sau mổ ở cả hai nhóm. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi lấy thận ghép ở người hiến có nhiều động mạch là kỹ thuật an toàn và khả thi nếu được thực hiện bởi ekip giàu kinh nghiệm. Kết quả phẫu thuật tương đương với nhóm thận có một động mạch, góp phần mở rộng nguồn người hiến trong chương trình ghép thận từ người sống. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi lấy thận; Động mạch thận phụ; Người hiến thận sống; Tạo hình mạch máu; Chụp mạch MSCT.

SUMMARY

TRANSPERITONEAL LAPAROSCOPIC DONOR NEPHRECTOMY IN LIVING DONORS: COMPARISON OF OUTCOMES BETWEEN SINGLE AND MULTIPLE RENAL ARTERIES

Objective: To compare surgical outcomes between living kidney donors with a single renal artery (SRA) and those with multiple renal arteries (MRA) undergoing transperitoneal laparoscopic donor nephrectomy (LDN) at a Vietnamese transplant center.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Vũ

Email: nguyenvu.urologue@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 170 living kidney donors who underwent transperitoneal LDN at the Organ Transplantation Center, Viet Duc University Hospital, from January 2023 to June 2025. All donors were evaluated by multislice CT angiography and divided into two groups: SRA ($n = 143$) and MRA ($n = 27$). Clinical data, vascular anatomy, surgical variables, and reconstruction techniques were collected and analyzed. **Results:** No significant differences were found between groups in age, gender, BMI, or preoperative GFR. Mean operative time, warm ischemia time, and trocar usage were comparable ($p > 0.05$). The MRA group had significantly greater intraoperative blood loss (31 ± 14 ml vs. 12 ± 7 ml; $p < 0.001$). All MRA grafts required arterial reconstruction (78% unification, 19% dual anastomosis), while no prosthetic grafts were used. No intraoperative or postoperative complications were reported in either group. **Conclusion:** Laparoscopic donor nephrectomy in living donors with multiple renal arteries is feasible and safe when performed by experienced surgeons. Surgical outcomes are comparable to single-artery donors, supporting the inclusion of MRA donors in living kidney transplant programs. **Keywords:** Laparoscopic donor nephrectomy; Multiple renal arteries; Living kidney donor; Vascular reconstruction; CT angiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận từ người cho sống là phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển, nơi nguồn hiến từ người chết vẫn còn hạn chế. Trong hơn hai thập kỷ qua, phẫu thuật nội soi lấy thận (Laparoscopic Donor Nephrectomy – LDN) đã trở thành tiêu chuẩn vàng nhờ ưu điểm xâm lấn tối thiểu, giảm đau sau mổ, phục hồi nhanh và đảm bảo thẩm mỹ.¹ Trong đó, tiếp cận qua phúc mạc được ưa chuộng nhờ trường mổ rộng và thao tác thuận lợi cho phẫu thuật viên.

Một trong những yếu tố làm tăng độ khó kỹ thuật trong LDN là sự hiện diện của nhiều động mạch thận (Multiple Renal Arteries – MRA). Biến thể mạch máu này gặp với tỷ lệ khoảng 20–35% trong các nghiên cứu hình ảnh học, làm tăng thời gian bóc tách cuống mạch, nguy cơ tổn thương mạch và phức tạp hóa quá trình ghép nối ở người nhận.² Tuy nhiên, các báo cáo quốc tế gần đây, như nghiên cứu của Kapoor và cộng sự, cho thấy nếu được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm, LDN trên người hiến có MRA vẫn

đảm bảo an toàn và hiệu quả, với chức năng thận ghép và tỷ lệ biến chứng tương đương nhóm có một động mạch.³

Tại Việt Nam, hiện chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa số lượng động mạch thận và kết quả phẫu thuật lấy thận nội soi qua phúc mạc. Đây là khoảng trống quan trọng cần được làm rõ, đặc biệt trong bối cảnh ngày càng có nhiều trung tâm triển khai LDN như một kỹ thuật thường quy.

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm so sánh đặc điểm và kết quả phẫu thuật giữa người hiến có một và nhiều động mạch thận trong phẫu thuật lấy thận nội soi qua phúc mạc, từ đó góp phần chuẩn hóa quy trình lựa chọn người cho và tối ưu hóa kỹ thuật tại các trung tâm ghép thận tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp tiến cứu mô tả – phân tích

2.2. Địa điểm và thời gian. Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Ghép tạng – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Thời gian thu thập số liệu kéo dài từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 06 năm 2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người hiến thận sống tự nguyện, đủ 18 tuổi trở lên.

Có chỉ định phẫu thuật nội soi lấy thận ghép qua đường phúc mạc.

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ bao gồm dữ liệu trước mổ, trong mổ và theo dõi sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thiếu dữ liệu theo dõi hậu phẫu hoặc mất hồ sơ.

2.4. Cỡ mẫu và phân nhóm nghiên cứu. Tổng cộng 170 trường hợp người hiến thận sống chia 2 nhóm

Nhóm 1 động mạch (SRA): gồm 143 người hiến có một động mạch thận.

Nhóm ≥ 2 động mạch (MRA): gồm 27 người hiến có từ hai động mạch trở lên.

2.5. Các biến số nghiên cứu. Đặc điểm lâm sàng người hiến: tuổi, giới, chỉ số BMI...

Thông số phẫu thuật: thời gian mổ, số lượng trocar, lượng máu mất...

Biến chứng: phân loại theo hệ thống Clavien–Dindo.

Diễn biến hậu phẫu và chức năng ghép...

2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Dữ liệu được tổng hợp và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0.

Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD) và được so

sánh giữa hai nhóm bằng Student's t-test hoặc Mann–Whitney U test tùy theo phân bố.

Các biến định tính được so sánh bằng Chi-squared test hoặc Fisher's exact test.

Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của người hiến là 40 ± 11 tuổi, không có sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm ($p = 0.6$). Tỷ lệ người hiến ≥ 50 tuổi là 21%, cao hơn ở nhóm nhiều động mạch (26%) nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0.5$).

Bảng 1. Đặc điểm chung của người hiến thận

Đặc điểm	Nhóm 1 ĐM (n=143)	Nhóm ≥ 2 ĐM (n=27)	p-value
Tuổi (năm)	39 ± 11	41 ± 11	0.6
Tuổi ≥ 50 , n (%)	28 (20%)	7 (26%)	0.5
Giới nam, n (%)	67 (47%)	14 (52%)	0.6
Giới nữ, n (%)	76 (53%)	13 (48%)	0.6
BMI (kg/m^2)	21.97 ± 2.24	20.83 ± 4.46	0.2
Suy dinh dưỡng, n (%)	10 (7.0%)	3 (11%)	0.4
BMI bình thường, n (%)	133 (93%)	24 (89%)	0.4
GFR ($\text{ml}/\text{phút}$)	119 ± 13	125 ± 16	0.12
Thận hiến bên phải, n (%)	75 (52%)	16 (59%)	0.5
Thận hiến bên trái, n (%)	68 (48%)	11 (41%)	0.5
Quan hệ cha mẹ đẻ, n (%)	25 (17%)	7 (26%)	0.089
Anh chị em ruột, n (%)	14 (9.8%)	0 (0%)	0.089
Không cùng huyết thống, n (%)	100 (70%)	18 (67%)	0.089

Kết quả phân tích cho thấy các thông số mạch máu chính (bao gồm đường kính và chiều dài của động mạch và tĩnh mạch thận) giữa hai nhóm người hiến có một động mạch và nhiều động mạch thận là tương đương, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Đường kính động mạch trung bình trong nhóm ≥ 2 động mạch là 5.37 ± 1.21 mm, tương đương với nhóm 1 động mạch (5.34 ± 0.83 mm, $p = 0.7$). Điều này cho thấy các nhánh động mạch trong nhóm nhiều mạch có kích thước tương đối lớn, đủ để đảm bảo khả năng nối ghép trong ghép thận.

Bảng 2. Đặc điểm mạch máu thận giữa hai nhóm người hiến

Thông số	Nhóm 1 ĐM (n=143)	Nhóm ≥ 2 ĐM (n=27)	p-value
----------	-------------------------	----------------------------	---------

Đường kính động mạch (mm)	5.34±0.83	5.37±1.21	0.7
Chiều dài động mạch (mm)	34.5±5.7	35.5±7.1	0.4
Đường kính tĩnh mạch (mm)	13.7±3.4	13.6±4.1	0.6
Chiều dài tĩnh mạch (mm)	31 ± 9	30 ± 7	0.8

Giá trị trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (Mean ± SD).

Kiểm định: Wilcoxon rank sum test.

So sánh kết quả phẫu thuật giữa nhóm thận có một động mạch (n = 143) và nhóm từ hai động mạch trở lên (n = 27) cho thấy:

Thời gian mổ trung bình không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm (114 ± 43 phút với nhóm 1 ĐM so với 109 ± 38 phút ở nhóm ≥2 ĐM, p = 0.5). Điều này phản ánh rằng việc có nhiều động mạch không làm kéo dài thời gian phẫu thuật đáng kể trong tay các phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật theo số lượng động mạch thận

Characteristic	Overall (N=170)	1 Động mạch (N=143)	≥2 Động mạch (N=27)	p-value
Thời gian mổ (phút)	114 ± 42	114 ± 43	109 ± 38	0.5
Thời gian thiếu máu nóng (s)	126.41 ± 2.26	126.47 ± 2.29	126.11 ± 2.12	0.5
Số lượng Trocar	3.53 ± 0.50	3.52 ± 0.50	3.59 ± 0.50	0.5
Lượng máu mất (ml)	15 ± 11	12 ± 7	31 ± 14	<0.001
Tai biến trong mổ	Không: 170 (100%)	Không: 143 (100%)	Không: 27 (100%)	

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm người hiến thận giữa nhóm đơn mạch và nhóm nhiều mạch. Trong nghiên cứu này, đặc điểm người hiến thận giữa nhóm có một động mạch (ĐM) và nhóm có ≥2 ĐM không có sự khác biệt đáng kể về tuổi, giới tính, BMI, hay mức lọc cầu thận GFR. Tuy nhiên, một số xu hướng quan sát được mang ý nghĩa lâm sàng và cho thấy sự điều chỉnh linh hoạt trong lựa chọn bên thận hiến khi đối mặt với giải phẫu mạch máu phức tạp.

Tuổi trung bình của người hiến là 40 ± 11 tuổi, trong đó 21% ≥50 tuổi – đây là nhóm đối tượng cần được cân nhắc kỹ lưỡng về nguy cơ tim mạch, khả năng phục hồi chức năng thận còn lại và nguy cơ dài hạn sau hiến. Trong nhóm có ≥2 ĐM, tỷ lệ ≥50 tuổi là 26%, tuy không có ý nghĩa thống kê nhưng phản ánh sự sẵn sàng của bác sĩ phẫu thuật và hội đồng ghép trong việc lựa chọn người hiến lớn tuổi hơn với giải phẫu mạch máu phức tạp nếu các tiêu chí an toàn khác được đảm bảo.

Về mức lọc cầu thận (GFR), nhóm nhiều ĐM có GFR trung bình cao hơn (125 ± 16 vs. 119 ± 13 ml/phút/1.73m²). Điều này phù hợp với

Thời gian thiếu máu nóng trung bình cũng tương đương (126.47 ± 2.29 giây ở nhóm 1 ĐM và 126.11 ± 2.12 giây ở nhóm ≥2 ĐM, p = 0.5), cho thấy kỹ thuật lấy thận và kẹp cuống mạch được chuẩn hóa tốt, không bị ảnh hưởng bởi số lượng động mạch.

Số lượng trocar sử dụng trung bình ở cả hai nhóm tương tự nhau (3.52 ± 0.50 và 3.59 ± 0.50; p = 0.5), phản ánh quy trình phẫu thuật nội soi qua đường phúc mạc thống nhất, không thay đổi theo giải phẫu mạch.

Lượng máu mất trong mổ là biến số duy nhất có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với lượng máu trung bình ở nhóm ≥2 ĐM cao hơn đáng kể (31 ± 14 ml so với 12 ± 7 ml ở nhóm 1 ĐM; p < 0.001). Điều này có thể do thao tác bóc tách và xử lý mạch phức tạp hơn ở nhóm có nhiều động mạch.

Biến chứng hậu phẫu. Không ghi nhận biến chứng hậu phẫu nào ở cả hai nhóm.

nguyên tắc lựa chọn bên thận để hiến dựa trên đánh giá tổng thể về chức năng, giải phẫu và mức độ thuận lợi trong mổ. Trong thực hành, khi bên thận có nhiều động mạch có chức năng thấp hơn và thuận lợi hơn về mặt giải phẫu, phẫu thuật viên có xu hướng chọn bên đó để lấy, giữ lại bên còn lại có chức năng cao hơn nhằm đảm bảo an toàn lâu dài cho người hiến. Điều này được hỗ trợ bởi khuyến cáo của KDIGO và AST, nhấn mạnh vai trò ưu tiên bảo vệ người hiến trong dài hạn [4].

Về mối quan hệ với người nhận, nhóm có nhiều ĐM có tỷ lệ người hiến là cha mẹ đẻ cao hơn (26% vs. 17%), trong khi không có người hiến là anh chị em ruột. Điều này có thể phản ánh mức độ chấp nhận nguy cơ cao hơn của những người thân thể hệ trước khi hiến thận cho con, hoặc do các yếu tố gia đình, di truyền ảnh hưởng đến cấu trúc mạch máu. Các nghiên cứu gần đây cũng ghi nhận rằng động mạch thận phụ có xu hướng phổ biến hơn ở nhóm người lớn tuổi và nhóm nam giới, đặc biệt trong dân số châu Á [5].

Tỷ lệ lấy thận phải (54%) tương đối cao trong nghiên cứu này, cho thấy sự linh hoạt

trong lựa chọn bên thận, không hoàn toàn lệ thuộc vào số lượng động mạch. Trước đây, lấy thận trái thường được ưu tiên do tĩnh mạch thận dài hơn và dễ khâu nối hơn, nhưng nhờ sự phát triển kỹ thuật và kinh nghiệm, lấy thận phải ngày càng phổ biến, ngay cả trong những trường hợp có nhiều DM [6].

Tóm lại, kết quả nghiên cứu này khẳng định rằng số lượng động mạch không phải là yếu tố quyết định duy nhất trong lựa chọn thận hiến. Việc quyết định lấy thận bên nào cần tích hợp giữa chức năng thận, giải phẫu mạch máu, độ an toàn phẫu thuật và mong muốn tối ưu hoá lợi ích kép – cho cả người nhận và người hiến. Việc chấp nhận ghép thận có ≥ 2 động mạch khi người hiến có GFR cao bên kia là một biểu hiện điển hình của nguyên tắc “donor safety first, recipient benefit second” trong ghép tạng hiện đại.

Đặc điểm mạch máu thận giữa nhóm 1 và ≥ 2 động mạch. Phân tích so sánh giữa nhóm người hiến có một động mạch và nhóm có nhiều động mạch cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các thông số chính của cuống mạch thận, bao gồm: đường kính và chiều dài của cả động mạch và tĩnh mạch ($p > 0.05$). Điều này gợi ý rằng, về mặt hình thái học, thận có nhiều động mạch không nhất thiết kèm theo sự bất lợi về kích thước hoặc chiều dài mạch, trái lại, vẫn đủ điều kiện để xử trí mạch an toàn khi ghép.

Cụ thể, đường kính động mạch trung bình trong nhóm ≥ 2 động mạch (5.37 ± 1.21 mm) không nhỏ hơn so với nhóm đơn mạch (5.34 ± 0.83 mm), cho thấy rằng các nhánh động mạch bổ sung trong nhóm ≥ 2 mạch thường có kích thước đủ lớn, đảm bảo khả năng nối ghép riêng lẻ hoặc quy tụ mà không cần phải sử dụng mạch nhân tạo – điều này phù hợp với khuyến cáo của He et al. (2021) khi cho rằng việc lựa chọn thận có nhiều mạch không làm tăng nguy cơ thất bại mạch ghép nếu đặc điểm mạch phù hợp về mặt phẫu thuật học [7].

Chiều dài động mạch trung bình cũng tương đương giữa hai nhóm (34.5 vs. 35.5 mm), cho thấy quá trình bóc tách cuống mạch trong phẫu thuật lấy thận nội soi không bị rút ngắn hay hạn chế ở nhóm nhiều mạch. Điều này có thể phản ánh hiệu quả của kỹ thuật lấy thận nội soi trong bảo tồn tối đa chiều dài động mạch – một yếu tố quan trọng trong anastomosis mạch máu. Nhận định này được củng cố bởi Rana et al. (2022), khi nhóm tác giả khẳng định rằng kỹ thuật nội soi hiện đại (đặc biệt là qua phúc mạc) cho phép phẫu tích cuống mạch linh hoạt và ít bị giới hạn bởi số lượng nhánh động mạch, nếu đánh giá hình ảnh trước mổ tốt [8].

Về tĩnh mạch, các thông số cũng rất ổn định giữa hai nhóm, điều này khẳng định số lượng động mạch không tác động lên giải phẫu tĩnh mạch thận, vốn là yếu tố then chốt trong thao tác bóc tách và rút thận. Tĩnh mạch lớn và đủ dài giúp giảm thời gian thiếu máu nóng và tăng độ an toàn khi thao tác qua trocar nhỏ hoặc đường rút tối thiểu.

Tính an toàn và khả thi của lấy thận nội soi ở người hiến có nhiều động mạch. Phẫu thuật lấy thận nội soi từ người hiến sống có ≥ 2 động mạch từng được xem là một thử thách kỹ thuật do nguy cơ gia tăng tai biến mạch máu và khó khăn trong việc tái tạo mạch ghép. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kỹ thuật này vẫn an toàn và khả thi khi được thực hiện bởi ê-kíp có kinh nghiệm và tuân thủ quy trình chuẩn hóa.

Thời gian mổ trung bình, thời gian thiếu máu nóng và số lượng trocar sử dụng không có sự khác biệt giữa nhóm có một động mạch và nhóm có ≥ 2 động mạch, với $p > 0.05$. Điều này phản ánh rằng số lượng động mạch không ảnh hưởng đáng kể đến thời lượng hay quy trình phẫu thuật nếu cuống mạch được xử trí tốt.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kokkinos và cộng sự (2021), khi so sánh 90 trường hợp lấy thận nội soi, trong đó nhóm có nhiều động mạch chiếm gần 20%. Tác giả nhận thấy không có sự khác biệt đáng kể về tai biến và thời gian nằm viện, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của tạo hình mạch trên bàn rửa thận và lựa chọn chiến lược ghép phù hợp với giải phẫu từng ca [9].

Một điểm đáng chú ý là lượng máu mất trong mổ cao hơn đáng kể ở nhóm có nhiều động mạch (31 ± 14 ml so với 12 ± 7 ml, $p < 0.001$), nhưng vẫn trong giới hạn an toàn và không cần truyền máu. Điều này có thể lý giải bởi quá trình bóc tách và xử lý mạch nhiều nhánh đòi hỏi thao tác phẫu thuật tỉ mỉ và kéo dài hơn, song không ảnh hưởng đến biến chứng hay tiên lượng. Kết luận của nghiên cứu hiện tại phù hợp với các khuyến cáo của Hiệp hội Ghép tạng châu Âu (ESOT) và KDIGO 2020, cho rằng những người hiến có nhiều động mạch không nên bị loại trừ nếu trung tâm có đủ kinh nghiệm và kỹ thuật xử trí mạch máu được chuẩn hóa [10].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật nội soi lấy thận ghép từ người hiến sống có nhiều động mạch hoàn toàn khả thi và an toàn, với kết quả tương đương nhóm có một động mạch về thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng,

tỷ lệ tai biến và biến chứng hậu phẫu. Mặc dù nhóm có ≥ 2 động mạch có lượng máu mất trong mổ cao hơn có ý nghĩa thống kê, mức độ mất máu vẫn trong giới hạn an toàn và không ảnh hưởng đến tiến trình phẫu thuật hoặc hồi phục sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ratner LE, Ciseck LJ, Moore RG, et al. Laparoscopic live donor nephrectomy. Transplantation. 1995;60(9):1047–1049.
2. Sahani DV, Kalva SP, Hahn PF, et al. Imaging evaluation of living renal donors: CT angiography. Radiographics. 2021;41(2):336–353.
3. Kapoor R, Singh KJ, Suri A, et al. Safety of laparoscopic donor nephrectomy in cases of multiple renal arteries. Urol Ann. 2011;3(2):62–65.
4. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Kidney Int Suppl. 2017;7(2):S1–S104.
5. Gupta N, Yadav S, Sharma A, et al. Assessment of renal volume and vascular

- anatomy using MSCT in living kidney donors. Clin Radiol. 2022;77(4):e178–e185.
6. Gkantsev S, Karpov A, Titkova S, et al. Laparoscopic right versus left donor nephrectomy: A single-center experience and review of literature. Urol J. 2020;17(6):563–569.
 7. He W, Song T, Yang S, et al. Surgical outcomes of laparoscopic donor nephrectomy with multiple renal arteries: A meta-analysis and review. Transplant Rev. 2021;35(2): 100598. doi:10.1016/j.trre.2020.100598.
 8. Rana A, Gupta V, Sharma R, et al. Preoperative CT angiography and outcomes of laparoscopic donor nephrectomy in donors with multiple renal arteries. Int J Surg. 2022;102: 106668. doi:10.1016/j.ijssu.2022. 106668.
 9. Kokkinos C, Gkouziouta A, Kallidonis P, et al. Laparoscopic right versus left donor nephrectomy: A single-center experience and review of literature. Urol J. 2020;17(6):563–569.
 10. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Kidney Int Suppl. 2020;10(3):S1–S100.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG MẬT DO SỎI ỐNG MẬT CHỦ BẰNG NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2024-2025

Nguyễn Văn Thuởng^{1,4}, Nguyễn Văn Hiếu², Đào Việt Hằng¹,
Nguyễn Hoàng Tùng¹, Nguyễn Trường Sơn^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ bằng phương pháp nội soi mật tụy ngược dòng tại bệnh viện Bạch mai năm 2024-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu, tiến hành trên 125 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm Tiêu hóa - Gan mật, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến hết 05/2025. **Kết quả:** Các chỉ số xét nghiệm tình trạng nhiễm trùng (số lượng bạch cầu, CRP), tình trạng tắc mật (Bilirubin toàn phần) và xét nghiệm men gan (AST, ALT) đều giảm sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ thông nhú thành công 97,6%, tỷ lệ lấy hết sỏi 88,5% và lấy một phần sỏi 8,2%. Tỷ lệ đặt stent 45,1%. Tỷ lệ tai biến, biến chứng sau ERCP là chảy máu (4,1%), viêm tụy cấp

(1,6%) và không ghi nhận trường hợp nào thủng tá tràng. Tỷ lệ điều trị tốt tại thời điểm ra viện 81,6%. **Kết luận:** Nội soi mật tụy ngược dòng điều trị viêm đường mật do sỏi ống mật chủ là an toàn và hiệu quả. **Từ khóa:** Nhiễm trùng đường mật, sỏi ống mật chủ, nội soi mật tụy ngược dòng

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES CHOLEDOCHOLITHIASIS-ASSOCIATED CHOLANGITIS MANAGED BY ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY AT BACH MAI HOSPITAL, 2024–2025

Objective: This study was conducted to evaluate the treatment outcomes of patients with cholangitis caused by common bile duct (CBD) stones managed by endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) at Bach Mai Hospital during the period of 2024–2025. **Methods:** A descriptive cross-sectional study with both retrospective and prospective data collection was conducted on 125 inpatients diagnosed with cholangitis due to CBD stones. The study took place at the Department of Gastroenterology and Hepatology, Bach Mai Hospital, from August 2024 to May 2025. **The results:** Post-intervention laboratory markers significantly improved, including reductions in white blood cell count, C-reactive protein (CRP), total bilirubin, and liver enzymes (AST, ALT), with

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa Hưng Hà

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Sơn

Email: nguyentruongsongsonbm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025