

- 2020;20(4):361-369.
5. **Biegus J, Zymlinski R, Sokolski M, et al.** Clinical, respiratory, haemodynamic, and metabolic determinants of lactate in heart failure. *Kardiol Pol.* 2019;77(1):47-52.
 6. **Senni M, Gavazzi A, Oliva F, et al.** In-hospital and 1-year outcomes of acute heart failure patients according to presentation (de novo vs. worsening) and ejection fraction. Results from IN-HF Outcome Registry. *Int J Cardiol.* 2014;173(2):163-169.
 7. **Bosso G, Mercurio V, Diab N, et al.** Time-weighted lactate as a predictor of adverse outcome in acute heart failure. *ESC Heart Fail.* 2021;8(1):539-545.
 8. **Kawase T, Toyofuku M, Higashihara T, et al.** Validation of lactate level as a predictor of early mortality in acute decompensated heart failure patients who entered intensive care unit. *J Cardiol.* 2015;65(2):164-170.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG ĐOẠN TM BẢO QUẢN ĐỂ TẠO HÌNH LÀM DÀI TĨNH MẠCH THẬN TRONG GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIỂN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải, Hoàng Tuấn, Nguyễn Quang Nghĩa,
Lê nguyên Vũ, Đỗ Ngọc Sơn, Trần Hà Phương,
Hoàng Tuấn Anh, Dương Công Nguyên, Trần Bình Giang(*)

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm kỹ thuật ghép thận từ người hiến sống sử dụng đoạn tĩnh mạch bảo quản và đánh giá kết quả sớm sau ghép của những bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 14 bệnh nhân ghép thận có tĩnh mạch thận phải ngắn có sử dụng đoạn tĩnh mạch bảo quản từ ngân hàng mô để tạo hình làm dài tĩnh mạch thận ghép tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 3/2019 đến 06/2020. **Kết quả:** 14 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 11 bệnh nhân sử dụng tĩnh mạch chậu, 3 bệnh nhân sử dụng tĩnh mạch sinh dục. Thời gian bảo quản mạch trung vị là 66.5 (Inter quartile range – IQR: 86) ngày. Có 13/14 tĩnh mạch bảo quản đầy đủ các lớp áo, không viêm xơ. Chiều dài đoạn mạch được làm dài thêm là 21.6 ± 6.8 mm. Thời gian thiếu máu lạnh trung bình 66.6 ± 14.5 phút, thời gian tạo hình tĩnh mạch 13 ± 1.8 phút, thời gian thiếu máu ấm 32.6 ± 6.2 phút. Chức năng thận sau ghép về bình thường 100% các trường hợp, không có biến chứng mạch máu sau ghép giai đoạn hậu phẫu và cho tới thời điểm hiện tại. Thời gian nằm viện trung bình 15 ± 1.03 ngày. Thời gian theo dõi trung vị là 22.5 tháng. **Kết luận:** Sử dụng đoạn mạch bảo quản đồng loại trong tạo hình mạch thận ngắn trong ghép thận là kỹ thuật dễ thực hiện, an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: tĩnh mạch bảo quản, ghép thận, tĩnh mạch thận ngắn, tạo hình tĩnh mạch thận ghép.

SUMMARY

THE OUTCOME OF USING CRYOPRESERVED VEIN GRAFT FOR LENGTHENING RENAL

(*)*Bệnh viện Việt Đức*

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: Drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 7.3.2022

VEIN IN LIVING DONOR KIDNEY

TRANSPLANTATION IN VIET DUC HOSPITAL

Objectives: Describing the living donor kidney transplantation technique of using cryopreserved vein homograft for lengthening renal vein and evaluated the efficiency of this technique. **Subject and methods:** A prospective study of 14 patients of living donor kidney transplantation with a short right renal vein, using cryopreserved vein homograft for lengthening renal vein in VietDuc hospital from 3/2019 to 6/2020. **Results:** 14 patients of a living donor kidney transplant in the study, 11 patients of cryopreserved iliac vein and 3 patients of cryopreserved gonadal vein were used. The median storage time was 66.5 (IQR 86) days. 13/14 patients of cryopreserved veins were normal, not fibrosis. The mean of renal veins extended was 21.6 ± 6.8 mm. The mean of cold ischemia time 66.6 ± 14.5 mins. The mean reconstruction time for lengthening renal vein was 13 ± 1.8 mins. The mean of ischemia time 32.6 ± 6.2 mins. Renal function was normal after 3-5 days in all patients without vascular complication after surgery. The mean hospitalization time was 15 ± 1.03 days. The average follow-up time was 22.5 (IQR 9) months. **Conclusion:** Using cryopreserved vein homograft for lengthening renal vein were an easy, safe and effective technique.

Keywords: cryopreserved vascular homograft, kidney transplantation, reconstruction short renal vein, lengthening renal vein.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, ca ghép thận đầu tiên được thực hiện thành công tại bệnh viện 103 vào năm 1992. Từ đó đến nay có nhiều trung tâm và bệnh viện lớn tiến hành thực hiện kỹ thuật này. Thận phải có tĩnh mạch (TM) ngắn nên khi lấy thận phải từ người hiến sống để ghép, phẫu thuật viên thường gặp nhiều khó khăn khi xử lý vấn đề này nhằm tránh biến chứng miệng nối TM quá

căng gây rách chảy máu hoặc hẹp miệng nối. Ngày nay với việc mổ nội soi lấy thận có sử dụng stapler mạch máu đang được thực hiện ngày càng nhiều đã đem lại nhiều lợi ích cho người hiến thân như thời gian hồi phục nhanh, an toàn và đảm bảo thẩm mỹ thì một vấn đề đưa đến đó là mức độ ngắn của TM thận phải sẽ nhiều hơn. Hiện nay có nhiều kỹ thuật để giải quyết vấn đề trên. Đó là chuyển vị TM chậu, ghép thận đảo cực và làm dài TM thận bằng cách phẫu tích vào rốn thận hoặc sử dụng đoạn TM hiến đảo chiều của người nhận, TM sinh dục của người hiến hoặc đoạn mạch được bảo quản lấy từ người cho chết não được bảo quản để tạo hình làm dài mạch thận ghép [1],[2],[3]. Tại Việt Nam, hiện nay chưa có báo cáo ghép thận nào nghiên cứu về sử dụng đoạn mạch bảo quản đồng loại trong ghép thận để xử lý những trường hợp TM thận ngắn. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: Mô tả đặc điểm kỹ thuật ghép thận sử dụng đoạn mạch bảo quản. và đánh giá kết quả sớm sau ghép của kỹ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân ghép thận phải lấy từ người cho sống có TM thận ngắn (dưới 1.5cm) được sử dụng đoạn TM bảo quản để tạo hình làm dài TM thận tại Trung tâm ghép tạng – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ 3/2019 đến 6/2020.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu

2.2.1 Các bước kỹ thuật tạo hình TM thận

- Bước 1: Đánh giá giải phẫu vùng hố chậu (mạch máu, khoang ghép...) để nhận định chỉ định tạo hình mạch

- Bước 2: Lựa chọn đoạn mạch phù hợp với đường kính mạch thận người hiến.

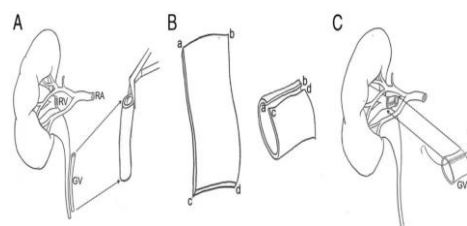
- Bước 3: Chuẩn bị đoạn mạch: Rửa 5 lần mạch máu bằng dung dịch ringer lactate. Sau đó, cấy dịch bảo quản và sinh thiết đoạn mạch bảo quản. Kiểm tra các tổn thương mạch máu (nếu có) và xử trí.

- Bước 4: Tạo hình mạch bảo quản.

+ Đường kính đoạn mạch bảo quản không tương hợp với TM thận (ví dụ TM sinh dục), tạo hình kiểu cuộn tròn: Xẻ dọc theo chiều dài của TM sinh dục -> Cuộn tròn đoạn vừa xẻ tạo thành 1 đoạn TM có chiều dài mong muốn -> Nối tận - tận với TM thận ghép.

+ Đường kính đoạn mạch bảo quản tương hợp với TM thận (ví dụ TM chậu): nối trực tiếp tận - tận vào mạch thận để tạo hình.

+ Bước 5: Kiểm tra miệng nối sau tạo hình: kín, không hẹp.



2.2.2 Các tham số nghiên cứu

- Tên, tuổi, giới tính, mức độ hòa hợp HLA của cặp ghép

- Đặc điểm của đoạn mạch bảo quản: loại mạch, thời gian bảo quản, giải phẫu bệnh, cấy dịch bảo quản, đặc điểm tổn thương (nếu có).

- Chiều dài TM thận trước mổ (trên phim CT), sau lấy thận và sau tạo hình.

- Đặc điểm cuộc mổ: thời gian thiếu máu ấm, thiếu máu lạnh, thời gian làm dài TM, thời gian thực hiện miệng nối động mạch, miệng nối TM, thời gian phẫu thuật.

- Chức năng thận giai đoạn hậu phẫu: xét nghiệm ure, creatinin.

- Thời gian nằm viện, các biến chứng sau ghép (nếu có)

- Siêu âm Doppler mạch thận sau mổ vào ngày thứ 1 sau ghép hoặc khi có bất thường về chức năng thận ghép, đánh giá tình trạng tưới máu nhu mô thận, RI.

- Theo dõi xa sau ghép: xét nghiệm ure, creatinine hàng tháng, siêu âm doppler mạch thận thường quy 3 tháng/lần.

2.2.3 Xử lý số liệu.

Số liệu được nghiên cứu, mã hóa, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm Stata 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày 25/03/2019 đến tháng 06/2020, chúng tôi đã thực hiện được 14 trường hợp ghép thận có sử dụng đoạn mạch đồng loại được bảo quản.

2.3 Đặc điểm sinh học cặp ghép

- Tuổi trung bình người hiến thận: 30.5 ± 3.7 (23 – 39)

- Tuổi trung bình người nhận: 42.1 ± 10.6 (19 – 63)

- Hòa hợp HLA có 7/14 trường hợp hòa hợp HLA tốt: từ 3/6 trở lên

2.4 Đặc điểm đoạn mạch bảo quản

- Về vị trí giải phẫu: 11/14 trường hợp sử dụng đoạn TM chậu, còn lại 3/14 sử dụng đoạn TM sinh dục bảo quản.

- Thời gian bảo quản mạch trung vị: 66.5 (IQR 86) ngày, ngắn nhất là 16 ngày, dài nhất 213 ngày.

- Đặc điểm giải phẫu bệnh: 13/14 trường hợp có tổ chức thành mạch đầy đủ các lớp áo, không có phản ứng viêm hay xơ hóa. Có 1 TH có vùng

xơ hóa nhỏ ở thành cơ trơn.

- Cây vi sinh dịch bảo quản: 100% âm tính

2.5 Chiều dài tĩnh mạch thận và thời gian phẫu thuật

Bảng 3.1. Đặc điểm chiều dài TM thận (mm) và thời gian phẫu thuật (phút)

	TB	Min	Max
Chiều dài TM thận trước mổ (Đo trên chụp cắt lớp đa dãy) (nn)	26.4 ± 7.3	16.3	41
Chiều dài TM thận sau lấy thận (mm)	15	15	15
Chiều dài đoạn TM dùng để tạo hình (mm)	21.6 ± 6.8	10	30
Chiều dài TM thận sau tạo hình (mm)	36.6 ± 6.8	25	45
Thời gian thiếu máu lạnh	66.6 ± 14.5	50	107

Bảng 3.2. Xét nghiệm Creatinin sau ghép thận.

	Trước mổ	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 5	Ngày 7	Ra viện	Hiện tại
Creatinin (µmol/l)	730.3 ± 261	399.7 ± 175	137.8 ± 58.9	124.6 ± 38.8	121.5 ± 33	106.6 ± 26	107.1 ± 24.3

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp chức năng thận ổn định sau 3-5 ngày. Xét nghiệm Creatinin máu trở về ngưỡng bình thường khi ra viện

- Thời gian nằm viện trung bình: 15 ± 1.03 ngày, ngắn nhất 13 ngày, dài nhất 16 ngày.

- Siêu âm sau mổ: 100% các trường hợp siêu âm sau mổ cho kết quả tưới máu thận tốt.

- Biến chứng sau mổ: không có biến chứng sau mổ được ghi nhận

- Theo dõi xa: thời gian theo dõi trung vị là 16.5 (IQR 9) tháng. Ngắn nhất là 10 tháng, dài nhất là 26 tháng. Chức năng thận của tất cả 14 trường hợp hiện tại đều bình thường. Siêu âm Doppler mạch thận ghép hiện tại ổn định, RI < 7.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đoạn mạch bảo quản:

Trong 14 bệnh nhân ghép, có 11 bệnh nhân sử dụng đoạn TM chậu (chậu ngoài hoặc chậu chung) và 3 trường hợp sử dụng đoạn TM sinh dục. Trong thực tế lâm sàng, chúng tôi vẫn ưu tiên sử dụng đoạn TM chậu hơn do thành mạch chậu dày hơn và đường kính thường tương xứng với mạch thận và dễ dàng thực hiện kỹ thuật hơn, rút ngắn thời gian tạo hình mạch cũng như thời gian thiếu máu lạnh của thận ghép. Trong trường hợp nguồn mạch chậu khan hiếm, có thể dùng TM sinh dục bảo quản để tạo hình theo kiểu cuộn tròn (đã trình bày ở trên). Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng đã chỉ ra hiệu quả của việc sử dụng TM sinh dục, TM chậu để làm dài TM thận [1],[2],[3]. Cũng có 1 số nghiên cứu trên thế giới sử dụng đoạn TM hiển, TM đùi

Thời gian tạo hình TM	13 ± 1.8	10	16.25
Thời gian thiếu máu ấm	32.6 ± 6.2	25	45
Thời gian nối TM	11.07 ± 1.21	10	13
Thời gian nối ĐM	15.7 ± 5.33	10	27
Thời gian cuộc mổ	205 ± 28	168	250

Nhận xét: 14/14 trường hợp đều lấy thận phải, chiều dài TM thận phải đo trên phim chụp CT ngắn 26.4 ± 7.3 và tất cả các trường hợp sau lấy thận đều có chiều dài TM thận là 15mm. Chiều dài TM chậu sau tạo hình dài đáng kể 36.6 ± 6.8. Thời gian tạo hình TM có xu hướng nhỏ hơn ở nhóm sử dụng mạch chậu để tạo hình.

2.6 Kết quả sau ghép

nông, TM cảnh trong của người nhận để làm dài TM thận cũng cho kết quả khả quan [4],[5]. Tuy nhiên với kỹ thuật này, người nhận phải chịu thêm 1 đường mổ khác để lấy mạch, đồng thời làm tăng thời gian phẫu thuật, thời gian thiếu máu lạnh của thận ghép. Chúng tôi cũng không sử dụng đoạn mạch nhân tạo để làm dài bởi vì áp lực dòng máu TM thận là thấp, khi sử dụng mạch nhân tạo phải dùng thuốc chống đông để dự phòng tắc mạch do huyết khối, làm tăng nguy cơ chảy máu sau ghép. Chiều dài đoạn TM dùng để tạo hình trung bình 21.6 ± 6.8 mm đa phần dài từ 30–40mm là rất phù hợp để tạo hình làm dài do đó trên thực tế chúng tôi đã kiến nghị ngân hàng mô chia đoạn TM chậu bảo quản thành các đoạn từ 20mm – 40mm tăng nguồn đoạn mạch được sử dụng mà không cắt bỏ lãng phí.

Tất cả các trường hợp cấy dịch bảo quản cho kết quả vô khuẩn, 13/14 trường hợp GPB bình thường, thành mạch tốt. 1 trường hợp có xơ nhẹ ở lớp cơ trơn, tuy nhiên đây không là nguy cơ của các biến chứng mạch máu sau ghép, và trường hợp này chúng tôi đang theo dõi, hiện chức năng thận ổn định, chụp mạch kiểm tra không thấy thương tổn. Điều này cho thấy tính an toàn của bảo quản mô.

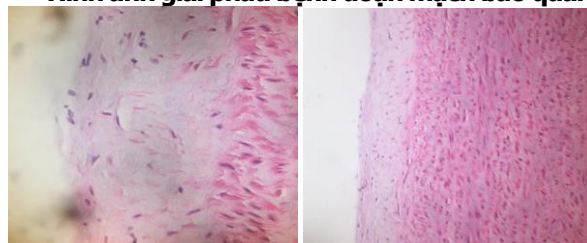
4.2. Đặc điểm kỹ thuật và kết quả: phẫu thuật nội soi đang là xu hướng của tất cả các phẫu thuật nói chung cũng như phẫu thuật lấy thận để ghép nói riêng. Tuy nhiên, việc sử dụng các stapler mạch máu khi cắt thận sẽ làm giảm chiều dài TM thận 5-10mm. Do đó, TM thận sau

lấy thận thường ngắn hơn so với mổ mở kinh điển và có nhiều trường hợp cần đến sự làm dài TM thận để ghép. Tất cả các trường hợp của chúng tôi, TM sau lấy thận ngắn dưới 15mm tương tự với nghiên cứu của Simforoosh (32 trường hợp lấy thận phải nội soi đều cho TM thận ngắn 15mm) [6]. Một nghiên cứu khác của Dư Thị Ngọc Thu cho thấy, tỷ lệ TM thận ngắn dưới 20mm cần phải áp dụng các biện pháp để kéo dài TM thận (phẫu tích rốn thận, chuyển vị TM thận, TM chậu) là 63/201 TH chiếm 31.3% [7]. Do đó, chúng ta cần phải cân nhắc kỹ lưỡng trước khi đưa ra lựa chọn các biện pháp kỹ thuật để giải quyết vấn đề TM thận ngắn này. Chúng ta có thể nhận thấy sự khác biệt rõ ràng về chiều dài của TM thận sau khi được tạo hình bằng đoạn mạch bảo quản, chiều dài dao động 25-45mm trung bình là 36.6 ± 6.8 mm. Và đoạn mạch được bảo quản làm dài thêm cho TM thận phải 10-30mm, trung bình 21.6 ± 6.8 mm. Điều này cũng tương tự nghiên cứu của P.Troncoso, sử dụng TM sinh dục để tạo hình mạch thận, có thể làm dài thêm 25-30mm [8]. Một nghiên cứu khác của Feng JY và cộng sự cũng cho thấy, sử dụng TM sinh dục có thể làm dài thêm 20-27mm nếu tạo hình bằng cách cuộn tròn và 41-45mm nếu tạo hình bằng cách cuộn xoắn [1],[3]. Chính vì được làm dài nên quá trình thực hiện miêng nối TM được dễ dàng và an toàn hơn, tư thế thận ghép dễ điều chỉnh hơn giúp tưới máu thận được tối ưu. Đồng thời, việc sử dụng các phương pháp khác như đảo cực thận, chuyển vị mạch máu để áp dụng trong các trường hợp TM thận ghép ngắn không phải lúc nào cũng thực hiện được. Hoặc nếu thực hiện được thì có các nguy cơ như thành mạch mỏng, miêng nối căng dễ rách, hoặc có tổn thương trong quá trình lấy thận, hoặc nguy cơ rò bạch huyết, tổn thương rốn thận, hoặc gặp bể thận – niệu quản (đảo cực thận). Thì việc sử dụng đoạn mạch bảo quản có thể làm dài thêm khoảng 20mm sẽ làm cho cuộc mổ được dễ dàng hơn rất nhiều với độ an toàn

cao. Trong thực tế khi tiến hành phẫu thuật cho những bệnh nhân này, chúng tôi tiến hành sử dụng đoạn mạch bảo quản trong mổ khi mạch thận ngắn kèm theo một số vấn đề như người nhận có BMI cao, hố chậu sâu, TM chậu nằm sâu có nhiều nhánh TM thắt lưng phức tạp, rất khó khi chuyển vị, hoặc thận ghép có nhiều động mạch cần tạo hình thành thân chung, hoặc ghép thận lần 2 vào hố chậu bên trái. Và trong những trường hợp như vậy, việc sử dụng đoạn mạch bảo quản làm cho cuộc mổ được thuận lợi hơn, tư thế mạch và tưới máu thận được tốt hơn.

Tất cả trường hợp chức năng thận ghép trở về bình thường sau 3-5 ngày phẫu thuật. Siêu âm sau mổ ngày thứ 1: 100% các TH thận ghép tưới máu tốt, không có biến chứng mạch máu sau ghép. Thời gian nằm viện trung bình là 14 ± 1.03 ngày và không có biến chứng sau mổ. cho đến thời điểm hiện tại, thời gian theo dõi trung bình sau ghép cho đến thời điểm hiện tại là 16.5 tháng (IQR 9). Tất cả các bệnh nhân đều có chức năng thận tốt, siêu âm doppler mạch thận không có biến chứng mạch máu sau ghép. Điều này chứng tỏ tính an toàn của phẫu thuật. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Feng JY và cộng sự khi sử dụng TM sinh dục để làm dài TM thận ghép trong 17 trường hợp (không có biến chứng về mạch máu được ghi nhận, chức năng thận cả 17 trường hợp đều tốt sau ghép và cho đến thời điểm theo dõi) [1].

Hình ảnh giải phẫu bệnh đoạn mạch bảo quản



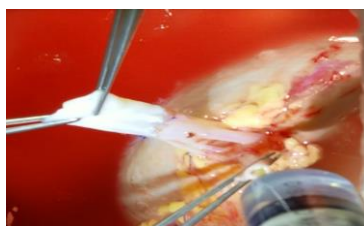
Giải phẫu bệnh TM sinh dục (24/04/2019)

Giải phẫu bệnh TM chậu (25/03/2019)

Một số hình ảnh trong mổ



Cặp ghép thứ 3: ngày mổ 24/04/2019 (sử dụng TM sinh dục bảo quản)



Cặp ghép thứ 5: ngày mổ 09/09/2019 (sử dụng TM chậu bảo quản)

V. KẾT LUẬN

Đoạn mạch bảo quản trong ngân hàng mô là công cụ hữu ích trong ghép thận người cho sống. Việc sử dụng đoạn mạch bảo quản trong ghép thận là kỹ thuật đơn giản, có thể thực hiện được dễ dàng, độ an toàn cao và hiệu quả trong giải quyết vấn đề TM thận ngắn. Có thể được ứng dụng rộng hơn trong ghép thận người hiến sống với TM thận ngắn. Do hiện tại số lượng nghiên cứu còn chưa nhiều, thời gian theo dõi chưa lâu. Nên cần nghiên cứu thêm trên cỡ mẫu lớn hơn nữa và thời gian dài hơn nữa để khẳng định hiệu quả của phương pháp này trong ghép thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Feng JY, Huang CB, Fan MQ, Wang PX, Xiao Y, Zhang GF (2011)** Renal vein lengthening using gonadal vein reduces surgical difficulty in living-donor kidney transplantation. *World J Surg.* volume 36, Issue 2, pp 468–472.
2. **Miguel Angel JG, Martin Sanchez-Aguilar et al (2015)**. Extension of Right Renal Vein in Renal Transplant from Deceased Donors: Cohort Study. *Experimental and Clinical Transplantation*: 2: 126-129

3. **Nghiem DD (1989)**. Spiral gonadal vein graft extension of right renal vein in living renal transplantation. *J Urol* 142:1525.
4. **F. Alcocer, E. Zazueta, and J. Montes de Oca (2009)**. The Superficial femoral vein: A valuable conduit for a short renal vein in kidney transplantation. *Transplantation Proceedings*, 41, 1963–1965
5. **Tony Lu, Stephanie G. Yi, Jean Bismuth (2018)**. Short- and midterm results for internal jugular vein extension for short right renal vein kidney transplant. *Clinical Transplantation*. 2018;32:e13312.
6. **Simforoosh N, Aminsharifi A, Tabibi A et al (2007)** Right laparoscopic donor nephrectomy and the use of inverted kidney transplantation: an alternative technique. *BJU Int* 100:1347–1350
7. **Dư Thị Ngọc Thu (2012)**. Đánh giá kỹ thuật chuyển vị mạch máu trong ghép thận từ người sống vào hố chậu phải, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
8. **P. Troncoso, S. Guzman, J. Dominguez et al (2009)**. Renal vein extension using gonadal vein: a useful strategy for right kidney living donor harvested using laparoscopy. *Transplantation Proceedings*, 41, 82-84.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT HYBRID TRONG ĐIỀU TRỊ BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ STANFORD B

Trương Hữu Thành¹, Trần Quyết Tiến²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bóc tách động mạch chủ Stanford B (BTĐMCSB) là bệnh lý mạch máu thường gặp, tỉ lệ mắc khoảng 3/100.000 người/năm, với tỉ lệ tử vong trong 5 năm lên tới 30-40% nếu không được điều trị thích hợp. Điều trị bệnh lý BTĐMCSB bao gồm điều trị nội khoa và ngoại khoa, trong đó phẫu thuật hybrid với phẫu thuật chuyển vị các nhánh quai động mạch chủ (ĐMC) kết hợp can thiệp nội mạch đặt ống ghép

nội mạch ĐMC ngày càng được áp dụng rộng rãi trong các trường hợp BTĐMCSB có vùng hạ đặt đầu gần không thích hợp. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật hybrid điều trị bóc tách động mạch chủ Stanford B cấp tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca các bệnh nhân (BN) được phẫu thuật hybrid điều trị BTĐMCSB tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** 43 BN được chẩn đoán BTĐMCSB cấp tính có chỉ định phẫu thuật hybrid với độ tuổi trung bình là 54,8 ± 12,3 tuổi, lớn nhất là 75 tuổi, nhỏ nhất là 31 tuổi, tỉ lệ nam giới chiếm 67,4%. Có 15 trường hợp phẫu thuật chuyển vị ĐM cảnh chung trái-dưới đòn trái, 28 trường hợp phẫu thuật chuyển vị ĐM cảnh chung phải- cảnh chung trái- dưới đòn trái. Thời gian phẫu thuật trung bình là 304,5 ± 76,37 phút, thời gian nằm viện sau phẫu thuật 7,91 ± 2,93 ngày. Tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật đạt 97,6%. Sau mổ có 1 trường hợp thiếu máu tủy (2,3%), 1 trường hợp tụ

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy; Đại học Quốc Gia TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trương Hữu Thành

Email: huuthanhpy93@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biên khoa học: 24.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022