

cấp sơ sinh trong nghiên cứu của các tác giả.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ vàng da trẻ sơ sinh ở nhóm thai phụ ĐTĐTK là 5,77%. Trong đó tỷ lệ này cao nhất ở nhóm thai phụ không tiếp cận điều trị với 66,67%. Tỷ lệ vàng da sơ sinh ở ĐTĐTK trong nghiên cứu của Vũ Bích Nga là 1% và Langer là 3,6%.

Tỷ lệ hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh trong nhóm thai phụ ĐTĐTK là 7,69%. Giữa các nhóm bà mẹ tiếp cận và không tiếp cận điều trị hay thay đổi chế độ ăn thì chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về việc trẻ sơ sinh bị hạ đường huyết. Nghiên cứu của tác giả Vũ Bích Nga có tỷ lệ hạ đường huyết của trẻ sau sinh của nhóm ĐTĐTK được điều trị là 4,9%, trong khi nhóm ĐTĐTK không được điều trị có tỷ lệ trẻ sơ sinh hạ đường huyết sau sinh là 17,4. Nghiên cứu của Langer cho thấy: trẻ sơ sinh sau đẻ hạ đường huyết ở nhóm ĐTĐTK có điều trị là 6%, trong khi tỷ lệ này ở nhóm ĐTĐTK không điều trị là 18% và ở nhóm không ĐTĐTK là 2%.

Nghiên cứu ghi nhận ở trẻ sơ sinh đủ tháng chỉ có 1 trường hợp chiếm 0,96% nhiễm khuẩn sơ sinh. Tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh bình thường theo các nghiên cứu khác khoảng 0,6%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thai phụ mắc ĐTĐTK không quản lý chặt chẽ còn khá cao, chiếm 6,7%. Nhóm thai phụ được kiểm soát đường máu bằng điều chỉnh chế độ ăn và insulin gặp rất ít các biến chứng

thai kỳ cho cả mẹ và thai. Nhóm thai phụ không kiểm soát đường huyết làm tăng nguy cơ các biến chứng như tiền sản giật, đa ối, thai suy và tăng tỷ lệ mổ lấy thai; đối với sơ sinh cũng làm tăng nguy cơ vàng da, hạ đường huyết, nhiễm khuẩn sơ sinh. Nên thực hiện sàng lọc ĐTĐTK ở tuổi thai từ 24 đến 28 tuần với tất cả các thai phụ và có lịch trình theo dõi và kiểm soát đường huyết cho từng trường hợp ĐTĐTK cụ thể. Cần phối hợp chặt chẽ các chuyên khoa sản, dinh dưỡng, nội tiết - đái tháo đường để giảm thiểu các biến chứng thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nga, Vũ Bích.** Nghiên cứu nồng độ glucose máu lúc đói để sàng lọc đái tháo đường thai kỳ và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị. Luận án Tiến sĩ Y Học. Trường Đại Học Y Hà Nội. 2009.
2. **Langer. Oded. Yoav...** Gestational diabetes: the consequences of not treating. Am J Obstet Gynecol. 2005. 192: 989-97.
3. **BELLAMY, Leanne, et al.** Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, 2009, 373.9677: 1773-1779.
4. **American Diabetes Association, et al.** Gestational diabetes mellitus. Diabetes care, 2004. 27: S88.
5. **Metzger. Boyd E., et al.** International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy: response to Weinert. Diabetes care, 2010, 33.7: e98-e98.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ RỬA VÀ CHUẨN BỊ THẬN GHÉP LẤY TỪ NGƯỜI CHO SỐNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lê Nguyên Vũ^{1,2}, Nguyễn Quang Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả rửa và chuẩn bị thận ghép lấy từ người cho sống tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện trên 149 bệnh nhân Thận ghép lấy từ người cho sống cho thận bằng phẫu thuật nội soi đảm bảo theo các tiêu chuẩn lựa chọn theo qui định của bộ y tế, được truyền rửa nhanh thành dòng bằng dung dịch Custodiol ở nhiệt

độ 4°C theo quy trình rửa thận ghép của Bộ y tế tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian nghiên cứu. Các chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm giải phẫu thận lấy cho ghép trước rửa, đặc điểm đại thể của thận ghép trước rửa, số lượng ĐM, TM nuôi của thận lấy cho ghép trước rửa, thời gian rửa thận, số lượng dịch rửa thận, đánh giá chung về kết quả rửa thận ghép. **Kết quả:** Kết quả không có trường hợp nào bị đưng dập nhu mô thận, không có trường hợp nào bị tổn thương mạch máu hay rách bao thận, phần lớn thận ghép không có nang chiếm 98,6%. Thời gian dịch rửa chảy ra ở tĩnh mạch trung bình là $5,68 \pm 0,89$ phút. Sau rửa, 100% có mật độ đạt kết quả tốt; 98% có màu sắc thận tốt, 2% trung bình và không có trường hợp nào kết quả kém. Kết quả chung rửa thận ghép tốt là 146/149 TH (98,0%), trung bình là 3/149 TH (2,0%), không có sự khác biệt với số ĐM ghép. **Kết luận:** Rửa thận sau đó chỉnh sửa thận là một khâu quan trọng trước khi đưa thận vào khoang ghép

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường đại học Y Dược - Đại học quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Vũ

Email: nguyenvu.urologie@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023

Ngày duyệt bài: 7.11.2023

Việc kiểm tra lại thận sẽ giúp giảm thời gian thiếu máu lạnh và phát hiện tổn thương nếu có hỗ trợ tối đa khi tiến hành các miệng nối mạch máu và tiết niệu khi ghép thận. **Từ khóa:** rửa thận, bảo quản thận

SUMMARY

EVALUATION THE OUTCOMES OF KIDNEY LAVAGE AND PREPARATION FOR LIVING DONOR KIDNEY TRANSPLANTATION AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: The aim of this study is to assess the outcomes of kidney lavage and preparation for transplantation from living donors at Viet Duc Hospital. **Subjects and Research Method:** A clinical descriptive study was conducted on 149 patients who received kidneys from living donors through endoscopic surgery, ensuring compliance with the selection criteria set by the Ministry of Health. The kidneys were rapidly perfused with Custodiol solution at a temperature of 4°C, following the kidney washing protocol established by the Ministry of Health at Viet Duc Friendship Hospital during the study period. The research parameters included: pre-wash anatomical features of the donor kidney, pre-wash gross characteristics of the graft kidney, number of glomeruli, tubules, and interstitial cells in the pre-wash graft kidney, duration of kidney washing, volume of kidney washout solution, and overall assessment of the kidney washing results. **Results:** There were no cases of parenchymal collision, vascular injury, or renal capsule rupture. The majority of graft kidneys did not have cysts, accounting for 98.6%. The average time for washout solution to flow out of the vein was 5.68 ± 0.89 minutes. Post-washing, 100% achieved good density, 98% exhibited good kidney coloration, and 2% were of average color, with no cases exhibiting poor results. Overall, the kidney washing results were good in 146 out of 149 cases (98.0%), average in 3 out of 149 cases (2.0%), with no significant difference in glomerular density in the graft kidneys. **Conclusion:** Kidney washing and subsequent adjustments are crucial steps before placing the kidney in the transplant pocket. Re-evaluating the kidney helps reduce cold ischemia time and detect any potential injuries, providing maximum support during the anastomosis of blood vessels and urinary ducts during kidney transplantation.

Keywords: lavage kidney, kidney preservation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở nước ta thận ghép chủ yếu được lấy từ người sống cho thận¹. Để có được một quả thận ghép có chất lượng, ngoài yêu cầu trong quá trình phẫu thuật: thận lấy ra phải còn nguyên vẹn về hình thể, về cấu trúc mạch máu, niệu quản phải đủ dài để bảo đảm cho ghép thì vấn đề rửa và bảo quản thận ghép cũng là một khâu quan trọng ảnh hưởng đến kết quả ghép thận. Yêu cầu của quá trình rửa thận ghép không chỉ đảm bảo sạch hết các tế bào có tính kháng nguyên, các tế bào máu mà thời gian rửa thận

cũng cần càng nhanh càng tốt để hạn chế tối đa ảnh hưởng của sự thiếu máu lên tế bào thận^{2,3}. Bên cạnh các yếu tố trong quá trình rửa thận như thời gian thiếu máu nóng, áp lực truyền rửa, kỹ thuật truyền rửa... thì loại dung dịch dùng để rửa thận ghép cũng góp phần không nhỏ để được một quả thận ghép có chất lượng. Số lượng bệnh nhân đến ghép thận tại Bệnh viện Việt Đức mỗi năm đều tăng lên trung bình 150-170 ca/năm từ các nguồn thận hiến khác. Xuất phát từ cơ sở khoa học và các thực tiễn trên, đề tài nghiên cứu: "*Đánh giá kết quả rửa và chuẩn bị thận ghép lấy từ người cho sống tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Thận ghép lấy từ người sống cho thận bằng phẫu thuật nội soi đảm bảo theo các tiêu chuẩn lựa chọn theo qui định của bộ y tế, được truyền rửa nhanh thành dòng bằng dung dịch Custodiol ở nhiệt độ 4°C theo quy trình rửa thận ghép của Bộ y tế tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thận ghép lấy từ người cho sống không nằm trong thời gian nghiên cứu, ghép thận tự thân trong cấp cứu, ghép thận từ người cho chết não, người cho ngừng tim.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, cắt ngang

2.2.2. Mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 05/2019 đến 05/2020

2.2.4. Kỹ thuật tiến hành:

Bước 1: Theo dõi cuộc mổ nội soi lấy thận, quan sát số lượng, đường kính ĐM thận bên lấy, chú ý những tình huống bất thường hay bất ngờ xảy ra trong lúc lấy thận, xác định thời điểm kẹp ĐM thận trong cuộc mổ lấy thận ghi vào mẫu nghiên cứu.

Bước 2: Đưa khay đá đã chuẩn bị sang bàn lấy thận sẵn sàng nhận thận lấy cho ghép. Ngay khi thận được cắt rời, chuyển sang khay đá lạnh đã tạo ổ trước ở 4°C, chuyển sang bàn rửa. Nhanh chóng luồn kim đầu tù (kim luồn tĩnh mạch) vào ĐM thận, tiến hành truyền rửa bằng dung dịch Custodiol dưới sự điều chỉnh dịch truyền rửa của kỹ thuật viên phụ rửa.

Bước 3: Đánh giá độ căng chắc của thận trong quá trình truyền rửa, xoay trở theo các hướng ĐM thận ghép để đảm bảo loại bỏ tối đa

các tế bào máu. Tiếp tục chuyển rửa bằng dung dịch Custodiol đến khi dịch rửa ra ở TM thận trong, không còn tia máu chảy ra ở TM thận theo các hướng truyền rửa, thận chuyển màu trắng ngà đều. Dự kiến một số trường hợp trong rửa thận: Thận có nhiều ĐM thì ưu tiên truyền rửa ĐM có đường kính lớn hơn hoặc ĐM đi vào rốn thận trước, động mạch có nhánh chia sớm thì

rửa mạch chính trước sau đó luồn thêm 1 kim với đường kính tương ứng vào nhánh phân chia rửa riêng rẽ nhưng đồng thời với mạch chính., rửa ngược dòng nếu ĐM quá nhỏ.

Bước 4: Tiếp tục các thao tác sau kiểm tra và làm sạch tổ chức xung quanh thận

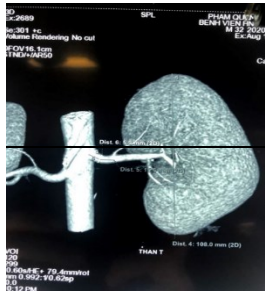
Bước 5: kết thúc quá trình rửa bảo quản thận



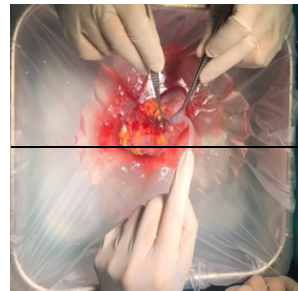
Bộ dụng cụ rửa thận



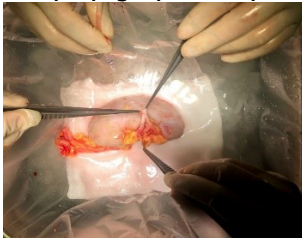
Cột treo dịch rửa



Dụng hình mạch thận



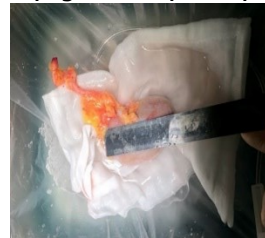
Truyền rửa thận



Chỉnh sửa thận



Chỉnh sửa thận



Đo đạc thận



Bảo quản thận

Hình 1: Các hoạt động khi rửa thận

2.2.5. Các chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm giải phẫu thận lấy cho ghép trước rửa, đặc điểm đại thể của thận ghép trước rửa, Số lượng ĐM, TM nuôi của thận lấy cho ghép trước rửa, Thời gian rửa thận, Số lượng dịch rửa thận:

Đánh giá chung về kết quả rửa thận ghép:

- Tốt: Thận còn nguyên vẹn về giải phẫu, sau rửa toàn bộ thận trắng đều, mật độ nhu mô thận chắc đều; sau ghép thận tưới máu tốt, xuất hiện nước tiểu đầu nhanh, lượng nước tiểu ngày đầu sau ghép $\geq 2000\text{ml}-5000\text{ml}$

- Trung bình: Thận có tai biến với nhu mô, sau rửa thận trắng không đều, còn 1 vùng không

đổi màu ranh giới rõ, mật độ thận chắc nhưng không đều ở các cực. Sau ghép thận tưới máu tốt nhưng xuất hiện nước tiểu đầu chậm, thận bài tiết nước tiểu chậm, lượng nước tiểu ngày đầu từ $<2000\text{ml}$

- Kém: Thận có tai biến với nhu mô, sau rửa nhu mô thận đổi màu kém, có nhiều đám tụ máu sẫm màu lớn rải rác ở cực thận, mật độ thận căng không đều. Sau ghép thận tưới máu tốt nhưng xuất hiện nước tiểu đầu chậm, lượng nước tiểu giảm $< 2000\text{ml}$, cần can thiệp nhưng chức năng thận không phục hồi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thực tế số lượng ĐM thận sau khi cắt thận (n=149)

Số lượng ĐM thận thực tế	Bên phải		Bên trái		Chung	
	N	%	N	%	N	%
1 ĐM	61	72,6	52	80,0	113	75,8
2 ĐM	20	23,8	13	20,0	33	22,2
3 ĐM	3	3,6	0	0	3	2,0
Tổng	84	100,0	65	100,0	149	100,0
P	0,277 (Fisher's exact test)					

Nhận xét: Xác định trên đại thể thận lấy cho ghép trong quá trình rửa thận thấy: 113/149 TH chiếm 75,8% thận lấy cho ghép có 1 ĐM; 33/149 TH chiếm 22,2% thận lấy cho ghép có 2 ĐM, có

3/149 TH thận có 3 ĐM chiếm 2,0%.

Bảng 2: Kỹ thuật truyền rửa thận ghép

Kỹ thuật rửa	Số lượng ĐM trong rửa			Tổng n (%)
	1 ĐM n (%)	2 ĐM n (%)	3 ĐM n (%)	
Truyền luôn vào thân chính ĐM	88 (77,9)	4 (12,1)	0 (0)	92 (61,7)
Truyền có chọn lọc mạch nhánh*	12 (10,6)	1 (3,0)	1 (33,3)	14 (9,4)
Truyền cùng lúc nhiều mạch	13 (11,5)	28 (84,9)	2 (66,7)	43 (28,9)
Tổng	113 (100,0)	33 (100,0)	3 (100,0)	149 (100)
p	<0,001			

Nhận xét: Thận ghép có 1 ĐM thì truyền rửa nhanh thành dòng không chọn lọc là 88/113 TH (77,9%), truyền rửa kết hợp với truyền chọn lọc 12/113 TH (10,6%) và truyền rửa đồng thời nhiều mạch là 13/113 TH (11,5%), đây là các trường hợp động mạch thận ghép có phân nhánh

sớm. Với các trường hợp thận ghép có 2 ĐM, đều tiến hành truyền rửa cùng lúc nhiều mạch là 28/33 TH (84,9%) kết hợp rửa ngược dòng*. Các trường hợp có 3ĐM tiến hành truyền có chọn lọc mạch nhánh và truyền cùng lúc nhiều mạch đều chiếm 2/3 TH (66,7%).

Bảng 3. Một số chỉ tiêu trong quá trình rửa thận ghép (n=149)

Các chỉ tiêu	Trung bình	Cao nhất	Thấp nhất
Thời gian rửa (phút)	10,87 ± 1,37	16	8
Rửa custodiol lần 1 (ml)	254,19±105,50	100	700
Rửa custodiol lần 2 (ml)	247,09±59,95	150	400

Bảng 4. Đặc điểm đại thể của thận ghép trước rửa (N=149)

Đặc điểm	Có N (%)	Không N (%)	Tổng N (%)
Mạch máu còn nguyên vẹn (không có tổn thương về mạch máu)	149 (100,0)	0 (0,0)	149 (100,0)
Bầm tím nhu mô	0 (0,0)	149 (100)	149 (100,0)
Rách bao thận	0 (0,0)	149 (100)	149 (100,0)
Thận có nang nhỏ < 5mm	2 (1,4)	147 (98,6)	149 (100,0)

Nhận xét: Thận ghép trước khi rửa không có TH bị đục giáp nhu mô thận, không có trường hợp nào bị tổn thương mạch máu hay rách bao thận, phần lớn thận ghép không có nang là 147/149 TH chiếm 98,6%.

Bảng 5. Mật độ và màu sắc nhu mô thận ghép sau rửa (n=149)

Kết quả	Màu sắc		Mật độ	
	N	%	N	%
Tốt	146	98,0	149	100,0
Trung bình	3	2,0	0	0
Kém	0	0	0	0
Tổng	149	100	149	100

IV. BÀN LUẬN

Thành công của ghép thận là kết quả của nhiều chuyên ngành và kỹ thuật khác nhau, trong đó có rửa thận. Rửa thận giúp làm sạch máu trong lòng mạch thận để tránh tắc nghẽn các mao mạch nhỏ, loại trừ các tế bào mang tính kháng nguyên. Bên cạnh đó còn hạ thấp nhiệt độ của thận, làm giảm nhu cầu năng lượng, giúp kéo dài thời gian chịu đựng thiếu máu của thận, cung cấp chất điện giải để hạn chế quá trình phù

nề và hoại tử tế bào thận⁴. Trong 149 TH lấy thận ghép không có trường hợp nào bị tổn thương và bong tróc lớp nội mạc mạch máu thận trước và sau khi tiến hành truyền rửa. Trong số đó, nhu mô thận còn nguyên vẹn không bị bầm tím là 149/149TH (100%) và 0/149TH (0%) nhu mô thận bầm tím trước khi truyền rửa và phần lớn thận ghép không có nang là 147/149TH chiếm 98,6% (bảng 3.7). So sánh với tác giả Châu Quý Thuận (2003) đánh giá tiêu chuẩn rửa thận ghép trong 56 trường hợp thấy có 42/56 trường hợp (75%) thận còn nguyên vẹn về mặt giải phẫu cuống thận và nhu mô thận, 14/56 trường hợp (25%) thận tím trước khi cắt, bong vỏ bọc thận, bong lớp nội mạc thận⁵. Những tổn thương bầm tím nhu mô thận gây nên những tổn thương ở thành mao mạch giải phóng ra các chất trung gian làm hoạt hóa các yếu tố đông máu ngoại sinh 4, dẫn đến hình thành cục máu đông trong lòng mạch. Chính điều này gây cản trở dòng chảy trong lòng mạch khi tiến hành truyền rửa dẫn tới việc rửa thận khó khăn, hiệu quả không cao. Trong nghiên cứu không có trường

hợp thận lấy ra bị bầm tím nhu mô. Trong khi đó tác giả Cao Quyết Thắng (2017) nghiên cứu có 1 trường hợp thận bị tổn thương bầm tím nhu mô mặt trước cực dưới và giữa thận. Trong quá trình rửa thận, thời gian rửa thận trung bình là $10,87 \pm 1,37$ (phút) với ố lượng dịch rửa custodiol trung bình: $254,19 \pm 105,50$ (ml). So sánh với Cao Quyết Thắng⁶ (2017) với lượng dịch rửa trung bình là $871,21 \pm 111,83$ (ml) và thời gian là $9,06 \pm 1,50$ (phút). Chỉ tiêu trên trong nghiên cứu đều nhỏ hơn so với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Châu Quý Thuận (2003) với thời gian rửa là $11,70 \pm 1,60$ phút và lượng dịch trung bình là $1546 \pm 201,6$ (ml) với $p < 0,05$ (Bảng 3). Sở dĩ sự khác biệt này là do quá trình rửa thận trong nghiên cứu luôn thay đổi hướng truyền rửa thận ghép. Sau khi luân kim truyền rửa vào động mạch thận và truyền rửa liên tục thành dòng, nước rửa chảy ra ở tĩnh mạch trong dân. Nhưng khi thay đổi kim truyền rửa theo các hướng khác nhau thì dịch rửa chảy ra ở tĩnh mạch vẫn còn nhiều tia máu hơn so với hướng truyền rửa trước. Do vậy để dịch rửa chảy ra ở tĩnh mạch đảm bảo không còn tia máu theo các hướng truyền rửa thì thời gian truyền rửa kéo dài hơn. Thời gian thận chuyển màu phụ thuộc vào nhiều yếu tố trong đó có thời gian thiếu máu nóng, tình trạng thận lấy trước rửa và kỹ thuật truyền rửa. Trường hợp thận bị tổn thương trước rửa, thời gian chuyển màu trắng của vùng nhu mô không bị tím kéo dài 8 phút, thời gian dịch rửa ra ở tĩnh mạch trong cũng kéo dài 11 phút. Số lượng thận chuyển màu trắng đều trong thời gian 4 phút đầu là 60,6% không có sự khác biệt so với kết quả của tác giả Châu Quý Thuận (2003) khi đánh giá tiêu chuẩn rửa thận ghép bằng dung dịch Euro-Colin là 13/20 trường hợp (65%) hay tác giả Phạm Quang Vinh rửa hoàn toàn bằng dung dịch ringerlactat⁷. Thận chuyển màu trắng ngà và dịch rửa ra tĩnh mạch trong là một trong các tiêu chuẩn đánh giá kết quả rửa thận ghép theo quy định quy trình do Bộ y tế ban hành năm 2006⁸. Để đánh giá kết quả rửa thận ghép từ người sống cho thận, chúng tôi nhận thấy không chỉ đánh giá về sự toàn vẹn giải phẫu và biến đổi màu sắc thận sau rửa mà còn căn cứ vào tình trạng chức năng thận sau ghép. Trong 149 trường hợp nghiên cứu chúng tôi thấy thời gian thận có nước tiểu đầu trung bình là $5,29 \pm 1,11$ phút, nhanh nhất là 1 phút, chậm nhất là 10 phút; số lượng nước tiểu ngày đầu sau ghép trung bình là $6597,66 \pm 1924,26$ (ml),

thấp nhất là 2010 (ml) và lượng nước tiểu trung bình giảm dần sau 5 ngày và sau khi ra viện. Kết quả này tương đồng với Cao Quyết Thắng khi nghiên cứu trên 33 đối tượng⁶. Thận ghép có 1 ĐM thì truyền rửa nhanh thành dòng không chọn lọc là 88/113 TH (77,9%), truyền rửa kết hợp với truyền chọn lọc 12/113 TH (10,6%) và truyền rửa đồng thời nhiều mạch là 13/113 TH (11,5%), đây là các trường hợp động mạch thận ghép có phân nhánh sớm. Với các trường hợp thận ghép có 2 ĐM, đều tiến hành truyền rửa cùng lúc nhiều mạch là 28/33 TH (84,9%). Các trường hợp có 3ĐM tiến hành truyền có chọn lọc mạch nhánh và truyền cùng lúc nhiều mạch đều chiếm 2/3 TH (66,7%). Thận lấy cho ghép càng nhiều động mạch, tỷ lệ rửa thận ghép đạt kết quả tốt không có sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

V. KẾT LUẬN

Rửa thận sau đó chỉnh sửa thận là một khâu quan trọng trước khi đưa thận vào khoang ghép. Việc kiểm tra lại thận sẽ giúp giảm thời gian thiếu máu lạnh và hỗ trợ tối đa khi tiến hành các miệng nối mạch máu và tiết niệu khi ghép thận

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đoàn Quốc Hưng, Cao Mạnh Thấu, Nguyễn Minh Tuấn.** Đặc điểm giải phẫu mạch máu thận ghép người cho sống tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2012-2015. Tạp chí y dược học quân sự. 2016; 4(2016): 97-101.
- Nguyễn Hồng Hà.** Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả rửa thận, bảo quản thận ứng dụng trong ghép thận thực nghiệm và lâm sàng. Hà Nội, Học viện Quân Y; 1996.
- Karam G., Kälble T., Alcaraz A., Aki F.T.** Organ Preservation. European Association of Urology; 2014
- Diuwe P., Domagala P., Wszola M., Kieszek R., Chmura A., Kwiatkowski A.** Kidney storage before transplantation with the use of machine perfusion. MEDtube Science Mar. 2014; 2(1): 1-6.
- Châu Quý Thuận.** Góp phần đánh giá tiêu chuẩn kiểm tra rửa thận và bảo quản thận để ghép tại Bệnh viện Chợ Rẫy. TP. Hồ Chí Minh, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2003
- Cao Quyết Thắng.** Đánh giá kết quả rửa và bảo quản thận ghép lấy từ người cho sống tại Bệnh viện Quân Y, Học viện Quân Y; 2017.
- Phạm Quang Vinh, Trịnh Hoàng Quân, Trịnh Cao Minh.** Nhận xét kết quả rửa thận ghép bằng dung dịch Ringer lactat tại bệnh viện 103. Tạp chí y dược học quân sự. 2012; số Chuyên đề ghép tạng(1): 89-100.
- Bộ Y tế.** Quy trình ghép thận từ người sống cho thận. Hà Nội: Hội đồng tư vấn chuyên môn ghép, tạng; 2006: 64-67.