

- review and meta-analysis. British Journal of Anaesthesia, 126(1), 319–330.
4. **MacIntyre N.R., Epstein S.K., Carson S. và cộng sự.** (2005). Management of Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation: Report of a NAMDRG Consensus Conference. Chest, 128(6), 3937–3954.
 5. **Trần Quốc Minh** (2022), Thực trạng cai thở máy và một số yếu tố liên quan đến cai thở máy kéo dài tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội. Tr 32-44.
 6. **Vũ Thị Thu Giang** (2019) Giá trị của siêu âm cơ hoành trong dự báo kết quả thở thở máy thành công ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội. Tr 37-46.
 7. **Hồ Đức Mạnh** (2021) Giá trị của độ bão hòa oxy tĩnh mạch trung tâm trong dự đoán khả năng thời thở máy của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp cần thông khí nhân tạo xâm nhập. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội. Tr 49-52.
 8. **Nguyễn Hữu Việt** (2022). Liên quan giữa nồng độ lactat máu và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm không có sốc tim. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội. Tr 42-45.

TỐI ƯU HÓA CHIỀU DÀI TĨNH MẠCH THẬN PHẢI TRONG CÁC TRƯỜNG HỢP LẤY THẬN PHẢI NỘI SOI ĐỂ GHÉP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lê Nguyễn Vũ^{1,2}, Trần Hà Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả kỹ thuật tối ưu hóa chiều dài tĩnh mạch thận phải khi lấy thận hiến từ người cho sống. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng, nghiên cứu cắt ngang 84 bệnh nhân Thận phải hiến 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. Các chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm giải phẫu thận lấy cho ghép trước rửa, số lượng ĐM, TM của thận lấy cho ghép trước rửa. **Kết quả:** Tỷ lệ thận phải sau khi lấy có 1 động mạch – 1 tĩnh mạch chiếm tỉ lệ phần lớn (61,9%), tiếp đến là có 2 động mạch - 1 tĩnh mạch chiếm 20,2% và thấp nhất là 1 động mạch – 3 tĩnh mạch chiếm 2,4%. Chiều dài và đường kính trung bình của thận phải có 1 tĩnh mạch lần lượt là 2,19±0,30cm; 12,83±2,35 mm cao hơn ở thận phải có nhiều tĩnh mạch. Trong đó, chiều dài và đường kính trung bình của thận phải có nhiều tĩnh mạch giảm dần theo số tĩnh mạch thận, cao nhất ở tĩnh mạch 1 và thấp nhất ở tĩnh mạch 3. **Kết luận:** Lựa chọn kỹ thuật dùng stapler có đầu cong để tối ưu hóa chiều dài tĩnh mạch thận là rất hữu ích khi tiến hành ghép thận từ người cho sống. **Từ khóa:** nội soi cắt thận phải, tĩnh mạch thận, Endo GIA

SUMMARY

OPTIMIZATION OF THE LENGTH OF THE RIGHT RENAL VEIN IN LAPAROSCOPIC KIDNEY DONOR NEPHRECTOMY AT VIET DUC HOSPITAL

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyễn Vũ

Email: nguyenvu.urologue@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

Objective: To describe the technique used to optimize the length of the right renal vein during the retrieval of living donor kidneys. **Patient and Research Method:** Clinical description, cross-sectional study of 84 living kidney donors undergoing laparoscopic right kidney retrieval, ensuring compliance with the selection criteria set by the Ministry of Health. Research parameters included back table anatomical features of the donor kidney, number of arteries and right veins, length of anatomy renal. **Results:** The majority of retrieved right kidneys had one artery and one vein, accounting for 61.9%, followed by two arteries and one vein at 20.2%. The least common was one artery and three veins at 2.4%. The average length and diameter of the right kidney with one vein were 2.19±0.30 cm and 12.83±2.35 mm, respectively, which were higher than those of kidneys with multiple veins. Among kidneys with multiple veins, the average length and diameter decreased as the number of veins increased, with the highest values in vein 1 and the lowest in vein 3. **Conclusion:** The selection of a technique using a curved-tip stapler is highly beneficial in maximizing the length of the right renal vein during the process of living donor kidney transplantation.

Keywords: right nephrectomy laparoscopy, Endo GIA, right renal vein

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận lấy từ người cho sống bao giờ cũng phải đảm bảo nguyên tắc để lại cho người hiến thận có chức năng tốt hơn. Do vậy các phẫu thuật viên sẽ gặp khó khăn thì thận hiến có nhiều mạch máu, có tĩnh mạch thận ngắn. Việc ứng dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng lấy thận ghép trên người cho sống theo xu hướng phát triển của y học thế giới và phù hợp với điều kiện Việt Nam là rất quan trọng và cần thiết giúp giảm sang chấn với người cho thận. Khác với các

báo cáo khác trên thế giới đa phần lấy thận trái để ghép thì đối với thận phải có tĩnh mạch thận ngắn là một khó khăn và ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn lấy thận phải trong ghép thận¹. Để làm dài tĩnh mạch thận phải chưa có nhiều có nhiều công trình nghiên cứu về vấn đề này. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài nhằm đưa ra giải pháp để đạt chiều dài tĩnh mạch thận phải đủ dài và thuận lợi cho quá trình ghép thận

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân hiến thận phải được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức

Tiêu chuẩn loại trừ: Thận ghép lấy từ người cho sống không nằm trong thời gian nghiên cứu.

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 năm 2019 đến tháng 05 năm 2020.

2.2.4. Kỹ thuật tiến hành:

Trang thiết bị và dụng cụ

- Bàn mổ thận thông thường có thể gập mở rộng vùng hông lưng.
- Dàn máy nội soi ổ bụng Karl - Storz.
- Trocar các cỡ 5mm, 10mm, 12mm.
- Hệ thống kính soi 10mm (30⁰) của hãng Karl- Storz.
- Hệ thống máy cắt đốt: đơn cực, lưỡng cực và máy cắt đốt siêu âm.
- Các dụng cụ nội soi gồm: kẹp phẫu tích các loại, ống hút, móc đốt, kéo, kẹp mang kim...
- Kẹp mạch máu gồm: kẹp Clip 300, 400, kẹp Hem-O-Lok dụng cụ ghim cắt tự động Endo GIA cho cặp cắt TM thận loại curve tip
- Gạc nội soi dài 20- 30cm.
- Bàn rửa thận, dịch rửa, túi áp lực, kim truyền rửa, bộ dụng cụ xử lý cuống thận, hộp

bảo quản thận chờ ghép.

Kỹ thuật thực hiện

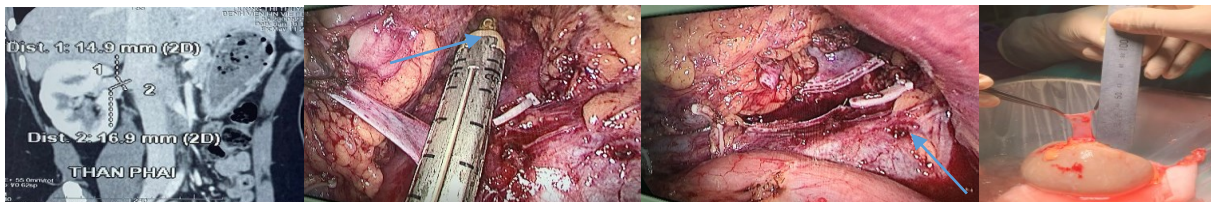
- BN được gây mê nội khí quản, bệnh nhân nằm nghiêng 90⁰, treo tay và độn đệm mềm các điểm tựa. Sau đó được bơm hơi áp lực 12mmHg (Hình D).

- Trocart đầu tiên 12mm được đặt ngay mép bên phải rốn, 1 trocart 5mm khác được đặt tại đường giữa đòn, tại vị trí hố chậu phải. 1 trocart 10mm đặt ở đường trắng giữa trên rốn. 1 trocart 5m đặt dọc theo bờ dưới sườn phải nâng gan. Quá trình phẫu thuật thực hiện hoàn toàn bằng phương pháp nội soi. Bệnh nhân được phẫu thuật bằng dao siêu âm harmonic Scalperl (Ethicon, Cincinnati, OH, USA) mở dọc mạc Told phải, giải phóng và hạ đại tràng phải, niệu quản được mở xuống dưới mức mào chậu để bộc lộ niệu quản (P). Hạ tá tràng được tách làm bộc lộ mặt trước tĩnh mạch (TM) chủ dưới từ đó phân lập được TM thận. Tách cực trên thận từ bờ phải TM chủ dưới, tách rời tuyến thượng thận khỏi thận

- Lấy phẫu tích bộc lộ đoạn tĩnh mạch thận phải, thắt và cắt TM sinh dục để lại cuống tĩnh mạch sinh dục 1-1,5cm, kẹp bằng hemolock, nếu có nhánh thứ 3 phía trên TM thận cũng thắt và cắt bỏ sao cho móm cắt tĩnh mạch dài 1cm.

- Tiếp cận cuống thận từ mặt sau để tách riêng rời hoàn toàn ĐM và TM thận khỏi các thành phần xung quanh. Phẫu tích sao cho nhìn thấy động mạch chủ để thấy chỗ xuất phát của động mạch. Động mạch (ĐM) thận cặp cắt bằng 2 hemolock và 1 clip titan.

- TM thận được kéo căng và cặp và cắt bằng stapler mạch máu Endo GIA stapler 45mm có curve tip (đầu cong). Thận có lớp phúc mạc và mỡ quanh thận được kéo xuống hố chậu phải, mở phúc mạc đã rạch chờ sẵn đưa thận ra ngoài, cầm đường truyền dịch rửa 1 lít HTK Custodiol liên tục. Sau đó đóng phúc mạc, bơm CO2 trở lại để kiểm tra cầm máu vết mổ và đặt dẫn lưu.



CLVT TM

Stapler có curve tip

2 TM phụ đều thắt từ xa

TM thận P dài

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Kích thước tĩnh mạch thận ghép sau khi lấy để ghép thận phải (n=84)

Kích thước tĩnh mạch	Thận có 1 tĩnh mạch	Thận có nhiều tĩnh mạch			
		Tĩnh mạch 1	Tĩnh mạch 2	Tĩnh mạch 3	
Chiều dài	Min	1,7	1,7	1,2	0,8

(cm)	Max	3,1	2,8	1,5	1
	TB	2,19±0,30	2,1±0,25	1,36±0,22	0,9±0,14
Đường kính (mm)	Min	10	10	2	2
	Max	15	15	4	2
	TB	12,83±2,35	12,5±2,74	2,75±0,6	2
Số lượng		72	12	12	2

Nhận xét: Chiều dài và đường kính trung bình của thận phải có 1 tĩnh mạch lần lượt là 2,19±0,30cm; 12,83±2,35 mm cao hơn ở thận phải có nhiều tĩnh mạch. Trong đó, chiều dài và đường kính trung bình của thận phải có nhiều tĩnh mạch giảm dần theo số tĩnh mạch thận, cao nhất ở tĩnh mạch 1 và thấp nhất ở tĩnh mạch 3.

Bảng 1. Số lượng ĐM-TM theo bên lấy thận

	Thận phải	
	N	Tỷ lệ %
1 ĐM – 1 TM	52	61,9
1 ĐM – 2 TM	7	8,3
2 ĐM – 1 TM	17	20,2
2 ĐM – 2 TM	3	3,6
1 ĐM – 3 TM	2	2,4
3 ĐM – 1 TM	3	3,6

Nhận xét: Tỷ lệ thận sau khi lấy có 1 động mạch – 1 tĩnh mạch chiếm tỉ lệ phần lớn (61,9%), tiếp đến là có 2 động mạch - 1 tĩnh mạch chiếm 20,2% và thấp nhất là 1 động mạch – 3 tĩnh mạch chiếm 2,4%.

IV. BÀN LUẬN

Trước đây nhiều kỹ thuật đã được phát triển để giải quyết tình trạng ngắn TM thận phải như Trung tâm John Hopkin sử dụng Endo GIA Stapler qua 1 trocar đặt ở hố chậu phải khi cắt TM thận. Mục đích để đoạn 'khâu mạch' trên một bình diện song song với TM chủ dưới để lấy được TM thận dài nhất có thể^{2,3}. Nếu TM thận quá ngắn thì sau khi bóc lộ thận có thể rách da đường dưới sườn đặt 1 dụng cụ kẹp mạch máu chuyên dụng kẹp TM (Satinsky clamp) trước khi cắt TM. Turk cũng mô tả việc sử dụng clamp Satinsky nội soi và sau khi đưa thận ra ngoài thì khâu TM trên clamp này³. Nếu sử dụng Hemolock đối với TM thận phải thì có nguy cơ bung hemolock chảy máu ngay trong quá trình mổ khi thận chưa được đưa ra ngoài và lâu dài không an toàn đối với BN hiến thận nếu tuột hemolock khi đã ra viện. Y văn đã đề cập không chính thức 2 BN tuột clip mạch máu khi hiến thận¹. Để đạt được yếu tố vừa không làm ngắn TM thận và vừa không để chảy máu từ TM chủ dưới, tại bệnh viện Việt Đức chúng tôi phẫu tích bóc tách hết tổ chức xơ dính tại vị trí TM thận đổ vào TM chủ dưới để khi cắt TM Endo GIA stapler sẽ lấn vào thành phải TM chủ dưới. Dụng cụ

Stapler làm ngắn chiều dài TM thận nếu so với mổ mở dùng clamp mạch máu cắt lẹm vào TM chủ dưới khoảng 5mm. Châu Quý Thuận lấy thận nội soi sau phúc mạc TM thận phải trung bình là: 1,7 ± 0,34cm tại bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh⁵. Chúng tôi lấy thận từ người cho chết não tại bệnh viện Việt Đức có TM thận trung bình là: 2,9 ± 0,89cm. Chúng tôi gần như không áp dụng kỹ thuật tháo hàng ghim 1 bên của stapler giống như tác giả Bollen đã nêu ra vì lý do không đảm bảo an toàn cho người hiến⁴. Các nguy cơ có thể gặp là nhầm bên, bên tĩnh mạch chủ dưới không có hàng ghim mà bên TM thận lại để lại hàng ghim, hai là do sử dụng stapler nếu tháo 1 hàng ghim thì hàng ghim còn lại sẽ không đủ cân bằng về áp lực do đó phần ghim vào tĩnh mạch chủ dưới không kín để chảy máu. Chúng tôi dùng stapler có curver tip của hãng Convidien có thể kéo dài tối đa TM thận, súng có chip cảm nhận tổ chức nên có thể ghim cắt mạch máu tốt hơn, đầu cong của hàng ghim giúp kiểm soát mặt sau dưới TM chủ dưới tốt hơn, hàng ghim sẽ không chạy nếu có vật cản (clip, hemolock) bên trong. Hơn nữa chúng tôi giải phóng các TM phụ đổ trực tiếp vào TM thận hoặc TM chủ dưới nên thân chính của TM thận được giải phóng hoàn toàn. Việc thắt các TM phụ bên phải đổ vào cùng vị trí TM thận phải – tĩnh mạch chủ dưới cần chú ý điểm kỹ thuật là: cắt xa TM chủ dưới khoảng 1- 1,5cm để khi stapler đặt vào TM thận không bị chèn qua clip hoặc hemolock vừa thắt TM phụ nguy cơ chảy máu khó cầm⁶. Tác giả Liu áp dụng phương pháp xử lý mạch máu thay Stapler bằng Hem-O-Lock trên 11TH từ 11/2005- 9/2007, so sánh với 33TH sử dụng GIA trước đó có 1TH phải chuyển mổ mở do GIA không hoạt động. Kết quả thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng như nhau, TM thận lấy dài hơn, không có biến chứng mạch máu⁷. Việc sử dụng tĩnh mạch sinh dục đi kèm niệu quản để kéo dài tĩnh mạch trong các trường hợp TM thận phải ngắn không phải lúc nào cũng khả thi. Do chiều dài và đường kính TM sinh dục bên phải thường nhỏ và nhiều nhánh chập lại nên các tĩnh mạch sinh dục bên phải thường không sử dụng để kéo dài tĩnh mạch thận⁶. Ngoài ra, các yếu tố thể chất, dinh dưỡng và di truyền có thể ảnh hưởng đến TM và chức năng của thận. Trong đó, thừa

cân và béo phì là một yếu tố ảnh hưởng đến chức năng của thận và TM thận⁸. Béo phì và thừa cân sẽ làm giảm chức năng hô hấp, tăng huyết áp động mạch phổi, và có đó có thể tăng áp lực tĩnh mạch thận. Đây là một điều rất có ý nghĩa trong lâm sàng, nhất là cho việc lựa chọn người hiến thận và dự đoán chiều dài TM thận phải khi lấy để cấy ghép.

V. KẾT LUẬN

Lựa chọn kỹ thuật dùng stapler có đầu cong để tối ưu hóa chiều dài tĩnh mạch thận là rất hữu ích khi tiến hành ghép thận từ người cho sống. Việc ứng dụng các phương tiện dụng cụ mới sẽ hỗ trợ tối đa cho kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kumar A, Srivastava A, Dubey D, Gulia. Analysis of 1000 cases of laparoscopic donor nephrectomy from 1 developing country. *AJT* 1672. 2010;90:547.
2. Lind MY, Hazebroek EJ, Hop WC, Weimar W, Bonjer HJ, IJzermans JN. Right-sided laparoscopic live-donor nephrectomy: is reluctance still justified? *Transplantation* 2004; 74:1045-1050
3. Turk IA, Deger S, Davis JW, Giesing M, Fabrizio MD, Schönberger B, Jordan GH, Loening SA. Laparoscopic live donor right nephrectomy: a new technique with preservation of vascular length. *The Journal of urology* 2002; 167:630-633
4. Bollens R, Mikhasi D, Espinoza BP, Rosenblatt A, Hoang AD, Abramowicz D, Donckier V, Schulman CC. Laparoscopic live donor right nephrectomy: a new technique to maximize the length of the renal vein using a modified Endo GIA stapler. *European urology* 2007; 51:1326-1331
5. Thuận CQ. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận để ghép trên người cho sống tại bệnh viện Chợ Rẫy: Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh; 2012.
6. Vu LN, Nghĩa NQ, Thanh DT, et al. Laparoscopic living donor right nephrectomy: assessment of outcome and association of BMI to length of right renal vein. *Actas Urol Esp, Eslvier* 2019;43(10):536-542.
7. Liu K., Chiang Y, Wang H., et al. (2008). Techniques of vascular control in laparoscopic donor nephrectomy. *Transplant Proc*, 40(7), 2342-2344.
8. Navarro Díaz M. Consequences of morbid obesity on the kidney. Where are we going? *Clinical Kidney Journal* 2016; 9:782-787

TỔNG QUAN HỆ THỐNG KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO TẠO MEN BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT TRIỆT ĐỂ

Vũ Thị Thanh Hằng¹, Lê Ngọc Tuyền²,
Trần Quỳnh Anh¹, Đặng Công Sơn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả kết quả điều trị u nguyên bào tạo men bằng phương pháp phẫu thuật triệt để theo phương pháp tổng quan hệ thống. **Đối tượng và phương pháp:** tổng quan hệ thống kết quả điều trị u nguyên bào tạo men bằng phương pháp phẫu thuật triệt để. Số lượng tìm được 186 tài liệu với 2 cơ sở dữ liệu Pubmed, Cochrane. Sau khi loại trừ các trường hợp trùng lặp 184 tài liệu được rà soát tiêu đề và tóm tắt. Ở bước này, loại bỏ 128 tài liệu không phù hợp còn lại 56 tài liệu được đưa vào phân tích toàn văn. Sau khi phân tích các bài toàn văn 10 tài liệu được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Trong số 10 nghiên cứu được đưa vào phân tích, có 8 nghiên cứu được đưa vào phân tích gộp meta đánh giá hiệu quả của

phương pháp điều trị phẫu thuật triệt để trên bệnh nhân u NBTM, kết quả chỉ ra rằng phương pháp phẫu thuật triệt để hiệu quả hơn 6,16 lần so với phương pháp khác. Tỷ lệ điều trị thành công sau phẫu thuật triệt để ghi nhận ở mức cao (78,6-100%), trong thời gian theo dõi trung bình dưới 10 năm. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật triệt để có hiệu quả tốt đối với bệnh nhân u NBTM, giúp giảm khả năng tái phát và giảm tỷ lệ can thiệp mới lên bệnh nhân.

Từ khóa: phẫu thuật, u nguyên bào tạo men.

SUMMARY

SYSTEMATIC REVIEW OF TREATMENT RESULTS AMENOBLASTOMA USING RADICAL SURGICAL METHOD

Objectives: 1. To review the results of radical surgery method for ameloblastoma. **Subjects and methods:** a systematic review of treatment results for ameloblastoma by radical surgery. The number found with 2 databases Pubmed, Cochrane was 186. After excluding duplicate cases 184 documents were reviewed for titles and abstracts. In this step, 128 non-conforming documents were removed, leaving 56 documents included in the full-text analysis. After analyzing the full-text articles, 10 documents were

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương

³Viện Khoa học Công nghệ và Sức khỏe Cộng đồng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thanh Hằng

Email: drhang.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023