

- agents in *Helicobacter pylori* clinical isolates by using EUCAST breakpoints compared with previously used breakpoints. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2017;35 (5):278-282.
5. **Van Thieu et al.**, Antimicrobial Resistance and the Successful Eradication of *Helicobacter pylori*-Induced Gastroduodenal Ulcers in Vietnamese Children. *Med. Arch.* 2021;75, 112-115.
 6. **Liu G, Xu X, He L, et al.** Primary antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* isolated from Beijing children. *Helicobacter.* 2011;16 (5):356-362.
 7. **Nguyễn Thị Việt Hà và Nguyễn Gia Khánh.** Nghiên cứu tình trạng kháng kháng sinh ở trẻ em bị viêm dạ dày tá tràng có nhiễm *Helicobacter pylori* tại bệnh viện Nhi trung ương, Tạp chí Nhi khoa. 2010; 3(3&4): 211-217.
 8. **Lê Thanh Hải, Nguyễn Thị Út.** Kháng kháng sinh tiên phát của *Helicobacter pylori* trên trẻ em nhiễm *Helicobacter pylori*. Tạp chí Y học Dự phòng. 2017;27(2PB): 9-17.
 9. **Lê Minh Hồng, Trần Thị Mộng Hiệp, Nguyễn Tuấn Khiêm và cộng sự.** Đề kháng kháng sinh nguyên phát ở trẻ em viêm loét dạ dày – tá tràng do *Helicobacter pylori*. Tạp chí Nhi khoa 2016; 9(4):79-84.
 10. **Loan T. et al.** Antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* in children with gastritis and peptic ulcers in Mekong Delta, Vietnam. *Healthcare.* 2022;10:21.

RÒ NIỆU QUẢN THẬN GHÉP: KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định nguyên nhân và cách xử trí sớm đối với các trường hợp rò niệu quản ở bệnh nhân ghép thận. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng, 4 bệnh nhân được chẩn đoán rò niệu quản qua lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính. Các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, nguồn thận ghép, thời gian rò niệu quản, kỹ thuật cắm niệu quản và bàng quang, phác đồ ức chế miễn dịch, các xét nghiệm, xử trí và kết quả sau ghép. **Kết quả:** 4 BN rò niệu quản trong đó có 3 thận lấy từ người cho sống và 1 thận ghép lấy từ người cho chết não. Thời gian xuất hiện rò là ngày thứ 1,4,5 30 sau ghép. Các bệnh nhân đều sử dụng 1 kỹ thuật cắm niệu quản vào bàng quang. Nguyên nhân rò niệu quản là bóng niệu quản do đốt điện dẫn đến thủng niệu quản gây rò. Xét nghiệm creatinine nước tiểu đều như trong máu, chụp cắt lớp vi tính nhìn rõ đường rò. Xử trí khâu lại niệu quản thận ghép với niệu quản thận cũ. Kết quả chức năng thận trở về bình thường và không còn tình trạng nhiễm khuẩn. **Kết luận:** Rò niệu quản cần mổ sớm ngay khi phát hiện, tránh điều trị bảo tồn đặt JJ hoặc dẫn lưu ổ dịch.

Từ khóa: ghép thận, rò niệu quản

SUMMARY

MANAGEMENT OF URETERAL LEAK IN KIDNEY TRANSPLANT TRANSPLANTATION AT VIETDUC HOSPITAL

Objective: To identify the causes and early management of ureteral leaks in kidney transplant recipients. **Patients and Research Methods:** Clinical descriptions of four patients diagnosed with

ureteral leaks through clinical examination and computed tomography scans. Study parameters included age, donor source, time of ureteral leak occurrence, ureteral stent insertion technique, immunosuppressive regimen, laboratory tests, treatment, and post-transplant outcomes. **Results:** Among the four patients with ureteral leaks, three received kidneys from living donors and one received a kidney from a deceased donor. Ureteral leaks occurred on postoperative days 1, 4, and 30, respectively. All patients underwent ureteral stent insertion into the bladder. The cause of the ureteral leaks was identified as ureteral injury due to direct trauma resulting in perforation. Urine creatinine levels were consistent with blood levels, and CT scans clearly visualized the site of the leak. Treatment involved re-suturing the transplanted kidney ureter to the native ureter. Kidney function returned to normal, and no signs of infection were observed. **Conclusion:** Ureteral leaks require early surgical intervention upon detection to avoid conservative treatments such as JJ stent placement or peritoneal drainage.

Keywords: kidney transplantation, urinary leak

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng tiết niệu được coi là một trong những nguyên nhân chính gây chậm chức năng hay hỏng thận ghép thậm chí gây tử vong ở người nhận thận. Tỷ lệ mắc và tác động của nó đối với thời gian sống thận ghép có thể được giảm thiểu. Biến chứng tiết niệu hay gặp ở NQ: rò nước tiểu, hẹp niệu quản và trào ngược bàng quang có tỷ lệ từ 2,5%-14,1%^{1,2}. Yếu tố liên quan tới những biến chứng này là kỹ thuật: quá trình lấy thận ghép, chuẩn bị thận niệu quản (NQ) trước ghép và kỹ thuật cắm niệu quản vào bàng quang (BQ)^{1,2}. Mặc dù ghép thận có liên quan đến tỷ lệ sống sót đáng kể và lợi ích về chi phí, nhưng các biến chứng sau phẫu thuật vẫn

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.urologue@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

xảy ra. Chúng tôi xin chia sẻ các trường hợp lâm sàng xác định rò niệu quản ngay sau ghép và thái độ xử trí cũng như cách phòng tránh biến chứng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các BN rò niệu quản (NQ) được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nhóm BN rò niệu quản thận ghép

STT	Tên BN	Tuổi	Nguồn thận ghép	Thời gian rò niệu quản	Phương pháp cầm NQ- BQ	Thuốc điều trị sau ghép
1	Lê .T.H	52	Người cho sống	Ngày thứ 1 sau ghép	Lich-Gregoir	Pred+MMF+Tac
2	Nguyễn. T.P	23	Người cho sống	Ngày thứ 4	Lich-Gregoir	Pred+MMF+Tac
3	Đỗ. V.L	45	Người cho sống	Ngày thứ 5	Lich-Gregoir	Pred+MMF+Tac
4	Bùi. M.C		Người cho chết não	Ngày thứ 30	Lich-Gregoir	Pred+MMF+Tac

Bảng 2. Chẩn đoán và kết quả điều trị BN rò niệu quản thận ghép

STT	Tên BN	Lâm sàng	Xét nghiệm creatinine dịch dẫn lưu	CLVT hình ảnh đường rò	Xử trí	Kết quả sau khi rút JJ lần 2	Kết quả sau 1 năm
1	Lê .T.H	DL ra 2l/ngày	2000 μ mol/l	Quanh bể thận	Khâu lại rò bể thận	Không giãn bể thận, chức năng thận bình thường	Cre μ mol/l
2	Nguyễn. T.P	DL ra 3l/ngày	2500 μ mol/l	Rò 1/3 G niệu quản	Khâu lại chỗ rò	Không giãn bể thận, chức năng thận bình thường	Cre 100 μ mol/l
3	Đỗ. V.L	Đau hạ vị sau rút sonde tiểu, tiểu giảm	Không xét nghiệm, chuyển mổ ngay	Rò nước tiểu ra quanh tiểu khung, vị trí cầm NQ- BQ	Cầm lại NQ- BQ, tạo hình NQ cũ- NQ thận ghép bên bên	Không giãn bể thận, chức năng thận bình thường	Cre 90 μ mol/l
4	Bùi. M.C	Sau rút JJ, Tiểu giảm, đau hạ vị, siêu âm có khối dịch 1/3 dưới	không	Rò ngoài chỗ cầm NQ – BQ + ổ dịch quanh NQ	Phá bỏ ổ áp xe phía 1/3 dưới NQ, cắt đoạn NQ cũ, nối bên bên NQ thận ghép_ NQ cũ	Không giãn bể thận, chức năng thận 130mmol.l kèm nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN)	NKTN tái phát, cre 100 μ mol/l

IV. BÀN LUẬN

Rò niệu quản thường được phát hiện sớm trong tuần đầu ngay sau ghép hoặc trong tháng đầu sau khi rút sonde JJ niệu quản ghép. giống như hẹp niệu quản sau ghép. Đây là một trong các biến chứng tiết niệu được coi là một trong những nguyên nhân chính gây nhiễm trùng thận ghép hay hồng thận ghép thậm chí gây tử vong ở người nhận thận. Tỷ lệ mắc và tác động của nó đối với thời gian sống thận ghép có thể được giảm thiểu. Yếu tố liên quan tới những biến chứng này là kỹ thuật: quá trình lấy thận ghép, chuẩn bị thận NQ trước ghép và kỹ thuật cầm NQ – BQ. Hai nguyên nhân phổ biến nhất gây rò nước tiểu là do lỗi kỹ thuật gây bóng niệu quản dẫn đến thủng niệu quản thứ phát và thiếu máu nuôi NQ gây hoại tử NQ. Lỗi kỹ thuật thường là

Tiêu chuẩn lựa chọn: Rò niệu quản được xác định qua lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính

Tiêu chuẩn loại trừ: rò đài thận, hẹp niệu quản, hoại tử niệu quản

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

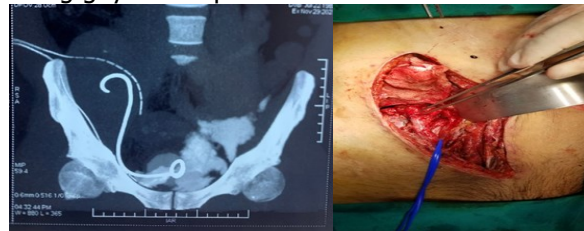
2.2.2. Mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện

không phát hiện tổn thương NQ hay bể thận trước khi ghép, miệng nối NQ-BQ không kín hoặc do chiều dài NQ không đủ gây căng kéo miệng nối. Các nguyên nhân hiếm gặp khác bao gồm tắc nghẽn dòng chảy (do thông tiểu bị tắc hoặc bí tiểu), chít hẹp tại miệng nối NQ-BQ, xông JJ bị đẩy ra ngoài đường bài tiết^{1,3}. Khác với biến chứng hẹp niệu quản thường phát hiện sau khi rút JJ thận ghép và lâm sàng biểu hiện creatinine tăng nhanh thì rò nước tiểu ở bệnh nhân ghép thận có thể thấy tình trạng nhiễm trùng nổi bật hơn và đặc biệt là nước tiểu chảy qua dẫn lưu hồ thận tăng dần theo thời gian khôn giảm kể cả khi điều trị nội. Điều trị nội khoa bảo tồn ít có hiệu quả vì đây là niệu quản của thận ghép rất khó liền do dùng thuốc ức chế miễn dịch. Nếu BN không có JJ có thể soi bàng quang hay mổ mở

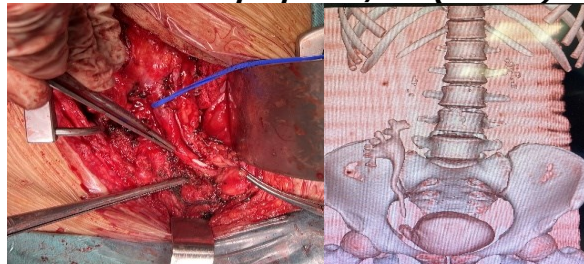
đặt JJ thận ghép. Đặt JJ thận ghép ngược dòng có thể gặp khó khăn do phải tìm vị trí lỗ niệu quản cắm vào BQ. Các tác giả đều thống nhất là khi rò niệu quản đã được xác định nên mở ra kiểm tra và đóng rò sớm [24]. Tùy vào vị trí rò và thương tổn cụ thể sẽ có các cách xử trí khác nhau trong mổ và nên đặt JJ làm nòng khi phẫu thuật sửa lại: Rò tại miệng nối NQ-BQ do kỹ thuật: Khâu tăng cường miệng nối. Rò do hoại tử thiếu dưỡng nhỏ ở NQ: có thể khâu lại hoặc nối lại NQ là đủ. Rò do hoại tử đầu xa NQ: Cắt tới chỗ lành rồi thiết lập lại đường dẫn niệu xuống BQ bằng cách phù hợp.

Biến chứng rò niệu quản và cách xử lý: Nhóm BN của chúng tôi có tình trạng niệu quản lý tưởng. Chiều dài NQ thu được khi lấy thận trung bình là $16,8 \pm 1,3$ cm ngắn nhất là 14cm dài nhất là 19 cm. 82/82 TH (100%) niệu quản đều được cắt sửa để chiều dài NQ khi ghép khoảng 10 cm⁴. Đối với vấn đề ghép NQ-BQ, hiện nay các tác giả đều sử dụng kỹ thuật cắm NQ ngoài BQ theo L-G. Phương pháp này dễ thực hiện, niệu quản lại được nằm trong lớp cơ bàng quang nên được nuôi dưỡng tốt, dễ liền sẹo, ít gây biến chứng rò nước tiểu hay hẹp niệu quản sau mổ. Việc cắm niệu quản bàng quang trong ghép thận đã trở thành thường quy, các nguyên nhân gây hẹp rò thường là do iatrogen trong mổ. Đối với niệu quản thận ghép sau khi nối xong miệng nối mạch máu, quá trình tái tưới máu cả thận và niệu quản làm mạch máu niệu quản được nuôi dưỡng rất tốt nên trong quá trình chuẩn bị niệu quản ghép các mạch máu quanh niệu quản chảy máu đỏ gây khó khăn khi làm miệng nối. Vì vậy việc đốt cầm máu mạch máu quanh niệu quản bằng dao điện thường hoặc dao điện Bipolar rất dễ gây bỏng niệu quản và tạo lỗ thủng rò thứ phát sau khi cắm niệu quản vào bàng quang. Vị trí lỗ thủng có thể bất kỳ vị trí nào từ bể thận đến 1/3 giữa, 1/3 dưới của niệu quản tương đương với vị trí chảy máu. Các vị trí khác nhau chúng tôi xử trí khác nhau. Với rò vị trí bể thận (ca 1) chúng tôi khâu lại bể thận bằng 2 mũi rồi do bể thận rộng nhiều mạch máu

dễ liền. Vị trí rò 1/3 giữa, cắt gọn khâu lại. Với vị trí 1/3 dưới (ca 3) việc mổ sớm ngay khi phát hiện rò qua cắt lớp vi tính (hình 1) có thể cho phép cắt nối lại vị trí tổn thương niệu quản và cắm lại niệu quản bàng quang do niệu quản chưa bị hoại tử mất đoạn nhiều, bên cạnh đó thì tạo thêm 1 miệng nối giữa niệu quản cũ (native) với NQ thận ghép ở vị trí 1/3 trên niệu quản thận ghép. Các miệng nối này sẽ cùng dẫn lưu nước tiểu từ trên thận xuống. Với vị trí rò niệu quản 1/3 dưới sau khi đặt JJ 2 lần nhưng không hết rò, lỗ rò ở vị trí ngoài bàng quang (hình 1) đã tạo thành 1 ổ áp xe quanh niệu quản làm tổn thương niệu quản viêm nhiễm trùng, nếu nối lại NQ-BQ thì sẽ ngăn dễ rò lại nên chúng tôi thắt lại NQ thận ghép và tạo lưu thông nước tiểu bằng miệng nối bên bên NQ thận ghép _ niệu quản cũ/ sonde JJ số 7. Đặc biệt sau khi tái lập lưu thông mạch máu thận, niệu quản lúc này được các mạch máu nuôi dưỡng dọc theo chiều dài niệu quản cần được cầm máu bằng chỉ khâu hoặc nếu dùng dùng bipolar cầm máu cần hạ dao điện xuống 40 Hz tránh bỏng niệu quản dẫn đến thủng gây rò thứ phát



Hình ảnh rò niệu quản 1/3 D (Ca số 3)



Hình ảnh rò niệu quản 1/3 D + ổ áp xe quanh niệu quản (Ca số 4)

Bảng 3. Tổng kết biến chứng tiết niệu phẫu thuật cắm NQ-BQ theo phương pháp L-G

Biến chứng	Trần Ngọc Sinh ⁵ - 2012	Đỗ Tất Cường ⁸ 2012	Hoàng Khắc Chuẩn ⁶ 2010	Trịnh Minh Thanh ⁷ - 2019	Eufraion ¹ 2011
Rò nước tiểu	6/240(2,5%)	4/98(4,08%)	4/123(3,3%)	0/85(0%)	1.8%
Hẹp NQ	0/240(0%)	1/98(1,02%)	0/123(0%)	1/85(1,2%)	2,7%
Lymphocele ổ mỡ	4/240 (1,67%)			2/85(2,4%)	1%
Nhiễm khuẩn niệu		14/98 (14,28%)	7/123(5,7%)	0/85(0%)	0.2%
Số lượng (n)	12/240 TH	19/98 TH	11/123 TH	6/85 TH	2000 TH
Tỷ lệ (%)	5 %	19,4 %	8,9 %	7,1 %	

Các tác giả trên thế giới như Hamouda⁹ ca ghép thận trong đó biến chứng tiết niệu (hẹp niệu quản 4%, tỷ lệ rò niệu quản 4%, sỏi thận 1%, trào ngược niệu quản bàng quang 1,6%). Các biến chứng rò hoặc hẹp niệu quản thận ghép tương đương nhau nếu xử lý sớm thì kết quả xa chức năng thận ghép trở về bình thường. Theo Tisserand¹⁰ thông kê trên 145 thận ghép có biến chứng tiết niệu 28,9% trong đó tỷ lệ rò niệu quản 8% tuy vậy nếu điều trị kịp thời thì chức năng thận sớm hồi phục. Các tác giả đều cho rằng cho rằng biến chứng tiết niệu nếu phát hiện và điều trị sớm ít ảnh hưởng đến chức năng thận ghép, tuy nhiên biến chứng mạch máu có ảnh hưởng đến tỷ lệ mất thận ghép rõ ràng

V. KẾT LUẬN

Rò niệu quản là biến chứng tiết niệu nặng, cần mổ sớm ngay khi phát hiện, tránh điều trị bảo tồn đặt JJ hoặc dẫn lưu ổ dịch. Nếu phẫu thuật kết quả chức năng thận sớm trở lại bình thường và tránh biến chứng nhiễm khuẩn sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eufraction P, Parada B, Moreira P** (2011) Surgical complication in 2000 renal transplants. Transplantation proceedings, 43, 142- 144. doi:10.1016/j.transproceed.2010.12.009
2. **Raman A, Lam S, Vassilaras.** (2013) Influence of ureteric anastomosis in urological complication after KT. Transplantation proceedings, 43, 142-144. <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2013.01.084>

3. **Lempinen M., Stenman J., Kyllönen L. et al** (2015). Surgical complications following 1670 consecutive adult renal transplantations: a single center study. Scandinavian Journal of Surgery 2015, Vol. 104 (4), 254 –259
4. **Lê Nguyễn Vũ, Nguyễn Quang Nghĩa** (2023). Kết quả phẫu thuật lấy thận nội soi bên phải để ghép tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt nam, số đặc biệt 12 hội nghị ngoại khoa toàn quốc
5. **Trần Ngọc Sinh, Chu Văn Nhuận, Dương Quang Vũ và cộng sự** (2012). Kết quả phẫu thuật 238 trường hợp ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy 1992-2012. Chuyên đề thận Niệu, Y học thành phố Hồ Chí Minh, 16 (3), 358-368.
6. **Hoàng Khắc Chuẩn, Trần Trọng Trí, Nguyễn Thị Thái Hà và cs** (2010). Nội soi hỗ trợ kỹ thuật Lich – Grégoir cải biên trên thận ghép tại bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí y học Việt Nam, tập 375, tháng 11, số 2/2010, 520-527
7. **Trịnh Minh Thanh, 2019.** Kết quả áp dụng kỹ thuật nối niệu quản – bàng quang theo phương pháp Lich-Gregoir cải tiến trong ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai. Luận án chuyên khoa cấp 2, ĐHY Hà Nội
8. **Đỗ Tất Cường, Bùi Văn Mạnh, Hoàng Mạnh An và cs** (2012). Kết quả và một số biến chứng qua 98 trường hợp ghép thận tại bệnh viện 103. Tạp Chí Y-Dược Học Quân Sự Số Chuyên Đề Ghép Tạng – 2012
9. **Hamouda M., Sharma A., Halawa A.**(2018). Urine Leak After Kidney Transplant: A Review of the Literature. Başkent University, Experimental and Clinical Transplantation, 1, 90-95.
10. **Tisserand B, Dore B, Touchard G.**(2013) Long term outcome of renal transplantation: impact of surgical complications on graft survival. Progres en urologie, 23, 113-120. Doi: //dx.doi.org/10.1016/j.purol.2012.09.016

THỰC TRẠNG AN TOÀN BỨC XẠ TẠI CÁC PHÒNG X-QUANG THUỘC CÁC CƠ SỞ Y TẾ CÔNG LẬP TỈNH TÂY NINH, NĂM 2023

Vương Phước Chánh¹, Trịnh Hồng Lĩnh², Tạ Văn Trâm³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các nhân viên y tế làm việc trong môi trường bức xạ tia X, do tính chất công việc họ phải tiếp xúc thường xuyên với loại bức xạ này thì nguy cơ mắc bệnh do bức xạ tia X cao hơn rất nhiều.
Mục tiêu: Mô tả thực trạng quản lý an toàn bức xạ tại

các phòng X-quang thuộc các cơ sở y tế công lập tỉnh Tây Ninh, năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 13 phòng X-quang tại các cơ sở y tế công lập tỉnh Tây Ninh từ tháng 10/2022 đến tháng 6/2023. **Kết quả:** Các tiêu chí đánh giá việc tuân thủ an toàn bức xạ của 13 phòng X-quang đạt tỷ lệ khá cao với 84,6%. Tỷ lệ phòng điều khiển đạt tiêu chuẩn cho phép là 84,6%; xử lý phim tại các cơ sở X-quang đạt tiêu chuẩn là 100%; có thiết bị X-quang đảm bảo an toàn bức xạ 84,6%; tuân thủ quy định lưu giữ hồ sơ là 92,3%; có kết quả đo suất liều bức xạ hàng năm đạt là 84,6%; có trang bị bảo hộ lao động đạt 84,6%; đưa nhân viên đi đào tạo an toàn bức xạ đạt 84,6%; khám sức khỏe định kỳ cho nhân viên đạt 92,3%. **Kết luận:** Quản lý an toàn bức xạ tại các phòng X-quang thuộc các cơ sở y tế công lập tỉnh Tây Ninh đạt tỷ lệ cao. **Từ khóa:** an toàn bức xạ, phòng X-quang, Tây Ninh.

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Tây Ninh

²Phân Viện Khoa học An toàn Vệ sinh Lao động và Bảo vệ Môi trường Miền Nam

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Vương Phước Chánh

Email: phuocchanh.ytdp@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 3.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023