

- patients towards orthodontic treatment. BMC Oral Health. 2023;23(1):132. doi:10.1186/s12903-023-02780-y
- Shrestha RM, Bhattarai P, Dhakal J, Shrestha S.** Knowledge, Attitude and Practice of Patients towards Orthodontic Treatment: A Multi-centric Study. Orthod J Nepal. 2014;4(1):6-11. doi:10.3126/ojn.v4i1.11304
 - Mathur A K, Ponnada S, Aravind N, Pavan T, Chitra P.** Awareness of orthodontic treatment need in young adults between 18-25 years. IP Indian J Orthod Dentofacial Res. 2018;4(2):94-98
 - Mane P, Patil S, Kadam K, et al.** Evaluation of the awareness and knowledge of orthodontics and orthodontic treatment in patients visiting School of Dental Sciences, Karad. J Oral Res Rev. 2018;10(2):62. doi:10.4103/jorr.jorr_29_17
 - Shekar S, Chandrashekar B, Bhagyalakshmi A, Avinash B, Girish M.** Knowledge, attitude, and practices related to orthodontic treatment among college students in rural and urban areas of Mysore, India: A cross-sectional questionnaire study. Indian J Oral Health Res. 2017;3(1):9. doi:10.4103/ijohr.ijohr_17_17
 - Garza R, Heredia RR, Cieslicka AB.** Male and Female Perception of Physical Attractiveness: An Eye Movement Study. Evol Psychol. 2016; 14(1): 1474704916631614. doi: 10.1177/1474704916631614
 - Nguyen TT, Nguyen TT, Grote U.** Internet use and agricultural productivity in rural Vietnam. Rev Dev Econ. 2023;27:1-18. doi:10.1111/rode.12990.

ĐẶC ĐIỂM KÍCH THƯỚC, CHỨC NĂNG THẬN VÀ QUAN ĐIỂM LỰA CHỌN THẬN HIỂN TRONG GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG CÙNG HUYẾT THỐNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm kích thước thận trên MSCT, chức năng thận trên xạ hình với ^{99m}TcDTPA và cách chọn thận hiến của người hiến thận cùng huyết thống. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 84 người bình thường, khỏe mạnh có cùng huyết thống với người nhận thận, sau khi làm mức lọc cầu thận 24h đạt được đánh giá hình thái thận qua MSCT 256 dãy và làm xạ hình với ^{99m}TcDTPA, từ tháng 01/2021 - 4/2022. **Kết quả:** Độ tuổi hiến thận thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 64 tuổi, TB ± SD là 49,49 ± 7,44. Người hiến có độ tuổi từ 41 – 60 là chủ yếu, chiếm tỷ lệ 82,15%. Tỷ lệ nam/nữ ở người hiến thận là 25/59. Đa số các trường hợp, mẹ sẽ là người tình nguyện hiến thận cho con ruột, chiếm tỷ lệ 54,76%. Tỷ lệ cha hiến thận cho con (23,81%) và anh chị em hiến thận cho nhau (21,43%) là tương đối bằng nhau. Kích thước của thận trên MSCT 256 dãy là: Thận phải nam 100,64 ± 7,58 mm, nữ: 100,05 ± 8,36 mm, thận trái nam 100,5 ± 11,03 mm, nữ 103,00 ± 11,51 mm. Kích thước thận hiến 100,1 ± 7,79 mm, thận để lại: 102,35 ± 8,89 mm. Chức năng thận trên xạ hình với ^{99m}TcDTPA, mức lọc cầu thận trung bình ở cả hai giới 113,26 ± 14,91 mL/phút; thận phải 55,73 ± 8,02 mL/phút, thận trái 57,53 ± 7,78 mL/phút; tỷ lệ % chức năng thận hiến: 48,43 ± 1,92 (%), thận để lại: 51,57 ± 1,92 (%). Không có mối tương đồng giữa mức lọc cầu thận trên xạ hình thận và công thức ước tính. **Kết**

luận: Kích thước thận trên cắt lớp vi tính và xạ hình chức năng thận có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn thận hiến thận. Việc chọn thận hiến được cá thể hóa trên nhiều yếu tố. **Từ khóa:** kích thước thận, ghép thận cùng huyết thống

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF KIDNEY SIZE, FUNCTION, AND DONOR SELECTION PERSPECTIVES IN KIDNEY TRANSPLANTATION FROM LIVING RELATED DONORS AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: Evaluate the characteristics of kidney size on MSCT (Multi-Slice Computed Tomography), renal function on scintigraphy with ^{99m}TcDTPA, and the selection of donor kidneys, along with blood relations. **Patients and methods:** Descriptive study involving cross-sectional imaging of 84 healthy individuals with the same blood relation as the kidney recipients. After obtaining 24-hour creatinine clearance assessment, renal morphology was evaluated using MSCT 256 slices, and scintigraphy with ^{99m}TcDTPA was performed from January 2018 to December 2022. **Results:** The minimum age for kidney donation was 30 years, the maximum was 64 years, with a mean ± SD of 49.49 ± 7.44. Donors aged 41–60 comprised the majority, accounting for 82.15%. The male-to-female ratio among kidney donors was 25/59. In most cases, mothers volunteered to donate kidneys to their offspring, representing 54.76%. The rate of fathers donating to children (23.81%) and siblings donating to each other (21.43%) was relatively equal. The kidney size on MSCT 256 slices was as follows: Right kidney in males: 100.64 ± 7.58 mm, females: 100.05 ± 8.36 mm; Left kidney in males: 100.5 ± 11.03 mm, females: 103.00 ± 11.51 mm. The size of donated kidneys was 100.1 ± 7.79 mm, and the retained

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: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

kidneys were 102.35 ± 8.89 mm. Renal function on scintigraphy with 99mTcDTPA showed an average glomerular filtration rate (GFR) in both genders of 113.26 ± 14.91 mL/minute. GFR for the right kidney was 55.73 ± 8.02 mL/minute, and for the left kidney, it was 57.53 ± 7.78 mL/minute. The donor kidney function percentage was 48.43 ± 1.92%, and the retained kidney function percentage was 51.57 ± 1.92%. No correlation was found between GFR on scintigraphy and estimated formula. **Conclusion:** Kidney size on CT scans and functional imaging play a significant role in the selection of kidney donors. The decision to donate a kidney is personalized based on various factors. **Keywords:** Kidney size, relate living kidney transplantation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một lĩnh vực đã rất phát triển ở Việt Nam từ hơn 20 năm gần đây, trong đó đại đa số là thận ghép được lấy từ người cho sống. Để ghép thận thành công, cần sự tham gia của rất nhiều chuyên khoa nội – ngoại và cơ sở, như: thận – tiết niệu, miễn dịch, giải phẫu bệnh, dược; trong đó có một khâu rất quan trọng liên quan trực tiếp đến sự thành bại của ghép thận – đó là “kỹ thuật khâu nối mạch máu” của thận ghép vào hệ thống mạch máu của người nhận thận, mà thông thường là bó mạch chậu^{1,2}. Cách thức đáp ứng khâu này có ảnh hưởng rất quyết định đến nhiều vấn đề quan trọng của ghép thận, như: lựa chọn bên thận sẽ lấy để ghép từ người cho sống, nguy cơ của lấy 1 thận đối với người cho, kết quả sớm cũng như lâu dài sau ghép ở người nhận thận. Nguyên tắc chung ở bệnh viện Việt Đức là: luôn chọn thận lấy – ghép ở bên có chức năng kém hơn; bảo tồn cuống mạch thận dài tối đa khi lấy thận; ứng dụng mọi kỹ thuật nối – ghép phức tạp của phẫu thuật mạch máu vào ghép thận. Tuy vậy ở nhóm các bệnh nhân cho thận cùng huyết thống do được theo dõi xa sau mổ tốt, và để đảm bảo thận ghép hoạt động sớm và lâu dài nên thận hiến có thể có những lựa chọn đặc biệt. Trong bài báo này, chúng tôi muốn chia sẻ về đặc điểm hình thái thận qua cắt lớp vi tính và quan điểm lựa chọn thận ghép từ người cho sống theo chức năng thận dựa theo kích thước và chức năng thận ở nhóm BN này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 84 cặp người cho – nhận cùng huyết thống có đầy đủ hồ sơ bệnh án tại trung tâm ghép tạng Bệnh viện Việt Đức

Tiêu chuẩn lựa chọn: Cặp người cho – nhận (bố mẹ, anh chị em cho con/em)

Tiêu chuẩn loại trừ: Thận ghép lấy từ người cho sống cho tặng nhưng không có quan

hệ về di truyền.

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 01 năm 2018 đến tháng 12 năm 2022

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi giới của người hiến. Quan hệ huyết thống (cha-con, mẹ-con, a chị em ruột, di cháu), đặc điểm kích thước thận trái, thận phải từng thận trên cắt lớp vi tính 256 dãy, đặc điểm chức năng thận qua xạ hình thận ^{99m}Tc- DTPA, mức lọc cầu thận đánh giá qua xạ hình từng thận, so sánh bên thận hiến và thận để lại về các chỉ số xạ hình thận và kích thước thận

2.2.5. Xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. So sánh trung bình và kiểm định chi bình phương, có ý nghĩa thống kê khi p < 0.05

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố độ tuổi đôi tượng nghiên cứu

Độ tuổi	Chung (n=84)		Nam (n=25)		Nữ (n=59)		p
	n	%	n	%	n	%	
≤ 30	1	1,19	1	4	0	0,00	>0,05
31-40	10	11,90	1	4	9	15,25	
41-50	32	38,10	11	44	21	35,59	
51-60	37	44,05	12	48	25	42,37	
≥ 61	4	4,76	0	0	4	6,78	
Tuổi trung bình	49,49 ± 7,44		49,68 ± 7,03		49,41 ± 7,67		

Nhận xét: Độ tuổi hiến thận thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 64 tuổi, TB ± SD là 49,49 ± 7,44. Người hiến có độ tuổi từ 41 – 60 là chủ yếu, chiếm tỷ lệ 82,15%. - Tỷ lệ nam/nữ ở người hiến thận là 25/59.

Bảng 2: Quan hệ huyết thống của nhóm người hiến và người nhận

Quan hệ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cha-con	20	23,81
Mẹ-con	46	54,76
Ace ruột	18	21,43
Tổng	84	100

Ace ruột: anh chị em ruột

Nhận xét: Đa số các trường hợp, mẹ sẽ là người tình nguyện hiến thận cho con ruột, chiếm tỷ lệ 54,76%. Tỷ lệ cha hiến thận cho con (23,81%) và anh chị em hiến thận cho nhau (21,43%) là tương đối bằng nhau. Không ghi nhận trường hợp có con cái hiến thận cho cha mẹ.

Bảng 3: Đặc điểm kích thước thận trên

CLVT và mức lọc cầu thận

Kích thước (mm)	Chung (n=84)	Nam (n=25)	Nữ (n=59)	P
Chiều dài thận phải	100,24 ±8,06	100,64 ±7,58	100,05 ±8,36	>0,05
Chiều dài thận trái	102,21 ±11,33	100,5 ±11,03	103,00 ±11,51	>0,05
MLCT theo công thức Cockcroft-Gault	90,94 ±14,09	93,64 ±14,17	89,79 ±14,03	>0,05
MLCT chung theo xạ hình thận 99mTc-DTPA	113,26 ±14,91	111,42 ±13,76	114,04 ±15,42	>0,05

Nhận xét: Mức lọc cầu thận qua xạ hình thận chỉ có tính chất thời điểm ít chính xác hơn mức lọc cầu thận 24h

Bảng 4: So sánh thận hiến và thận để lại

Kích thước	Thận để lại	Thận hiến	p
Chiều dài (mm)	102,35 ±8,89	100,1 ±7,79	
Chỉ số xạ hình thận	Thận để lại	Thận hiến	
% Chức năng chung	51,57 ±1,92	48,43 ±1,92	>0,05
Mức lọc cầu thận (mL/phút)	58,35 ±7,46	54,91 ±8,05	>0,05

Nhận xét: Thận để lại có % chức năng cao hơn thận hiến

IV. BÀN LUẬN

Có rất nhiều thăm dò đánh giá chức năng thận ở người cho trong quá trình xét chọn ghép thận tại bệnh viện Việt Đức cũng như các trung tâm ghép thận khác. Xạ hình thận là một thăm dò quan trọng giúp phân biệt chức năng của từng thận ở người cho, giúp đánh giá xem chức năng thận nào chiếm ưu thế hơn. Chụp cắt lớp 256 dãy hệ tiết niệu có dựng hình thận và các cuống mạch là một thăm dò quan trọng giúp nhận định kích thước thận (kích thước thận lớn hơn thường tương ứng với chức năng ưu thế hơn), và cấu trúc các cuống mạch của thận (số lượng, kích thước, độ dài, phân vùng cấp máu, nguyên ủy của động mạch và tĩnh mạch thận). Tại bệnh viện Việt Đức, bên cạnh các thăm dò đánh giá chức năng thận hiến khác theo bilan của bộ y tế, chúng tôi luôn chủ trương chọn bên thận có chức năng kém ưu thế hơn để lấy và ghép cho người nhận, tức là để lại thận có chức năng ưu thế hơn ở người cho thận. Các yếu tố bất thường giải phẫu không ảnh hưởng đến việc lựa chọn bên thận ghép, mà đóng vai trò tiên lượng – chuẩn bị cho các kỹ thuật mạch máu trong khi lấy và ghép thận. Hiện nay các tác giả đều khẳng định rằng chụp cắt lớp vi tính thận và mạch thận người hiến là một thăm dò rất quan

trọng và cần thiết trong việc đánh giá thận của người hiến trước khi lấy thận để ghép hơn nữa có thể đo được thể tích thận từ đó có thể ước lượng được mức lọc cầu thận của từng thận^{3,4}. Ngoài ra kết quả chụp cắt lớp vi tính thận và mạch thận giúp đánh giá về hình thái thận, các bệnh thận (sỏi tiết niệu, nang thận, u thận...), tình trạng mạch thận (số lượng, kích thước, phân nhánh), từ đó giúp cho sự lựa chọn thận lấy để ghép cũng như chuẩn bị, dự kiến các phương pháp xử lý mạch máu thận ghép cho phù hợp. Theo Hira⁵ nghiên cứu 526 người hiến thận đo khối lượng thận qua MSCT thấy thể tích trung bình của thận trái và thận phải lần lượt là 112,65 ml ± 16,08 và 114,74 ml ± 16,14. Nhóm tác giả cho rằng khối lượng thận ở nam giới cao hơn đáng kể nếu so với phụ nữ về cả thận trái và phải, và theo thời gian có sự giảm thể tích tăng dần theo độ tuổi về khối lượng của thận, nhất là thận trái. Theo nghiên cứu Finders R.⁶ nghiên cứu 242 trường hợp lấy thận nội soi để ghép đề xuất thận có kích thước dưới 8cm được coi là thận kém chức năng không nên hiến tặng, 2 thận nếu chênh nhau về kích thước trên 2cm kèm theo mức lọc cầu thận theo xạ hình mỗi bên chênh lệch trên 10ml/ph cũng cần cân nhắc và giải thích kỹ cho người hiến. Theo JY Choi⁷ thể tích thận thận ảnh hưởng đáng kể đến chức năng thận ghép, được coi là 1 yếu tố khi ghép cặp cho nhận với người hiến sống. Thận kích thước lớn đồng nghĩa với số lượng nephron thận nhiều, và do đó tốc độ và mức lọc cầu thận tốt hơn. Số lượng nephron phát triển nhiều nhất ở tuần thứ 34 đến 36 thai kỳ và thấp hơn ở nữ so với nam. Vì vậy nếu người hiến có thận bé ghép vào người nhận có BMI lớn thì có nguy cơ suy tạng ghép do thể tích và số lượng tế bào thận hoạt động không đủ đáp ứng nhu cầu chuyển hóa của người nhận. Hậu quả là người nhận sẽ xuất hiện protein niệu, lâu dài sẽ dẫn đến thiếu sản thận, xơ hóa cầu thận, xơ hẹp cầu thận, thoái hóa ống thận dần dần và cuối cùng là giảm chức năng ghép và suy tạng ghép. Giral⁸ và cộng sự nhận xét sự bất tương thích giữa khối lượng thận ghép và cân nặng người nhận là yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến giảm chức năng thận ghép. Bên cạnh đó JY Choi chỉ ra rằng chức năng thận ghép còn bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khác như tuổi tác, giới tính, BMI. Trong ghép thận từ người sống cho thận, việc sử dụng đồng vị phóng xạ để đánh giá chức năng thận người cho là rất cần thiết. Xạ hình thận cho chúng ta biết chính xác chức năng của từng thận từ đó giúp cho việc xác định vị trí thận lấy một cách chính

xác với yêu cầu thận có chức năng tốt hơn ưu tiên để lại với người hiến thận. Theo Nobuyuki Nakamura⁹, có hiện tượng giảm chức năng thận còn lại sau hiến thận của người cho cùng huyết thống nếu tính theo mức lọc cầu thận theo phương pháp inulin. Tất cả 84 trường hợp hiến thận trong nghiên cứu của chúng tôi đều được đo đồng vị phóng xạ. Kết quả có 35 trường hợp lấy thận trái, 49 trường hợp lấy thận phải với chức năng thận hiến qua xạ hình thận trung bình là: $48,43 \pm 1,92(\%)$. Khi so sánh chức năng giữa thận P và thận T của người hiến thận qua đo đồng vị phóng xạ, các tác giả thống nhất 2 thận có chức năng tương đương nhau khi mỗi thận chiếm từ 47,5% - 52,5% giá trị bài tiết chung, thận có chức năng <47,5% giá trị bài tiết chung được cho là thận có chức năng kém hơn, thận có chức năng >52,5% giá trị bài tiết chung được cho là thận có chức năng tốt hơn. Với tiêu chuẩn đánh giá này, so sánh kết quả đồng vị phóng xạ thận trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi với kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Thị Ánh Hường¹⁰, Trịnh Thị Minh Châu (2005)¹¹ và Shokeir A.A (2003)¹² thấy có sự khác biệt.

Bảng 5: So sánh kết quả đồng vị phóng xạ (ĐVPX)

Chức năng thận trên ĐVPX	Nguyễn Thị Ánh Hường (2008)	Trịnh Thị Minh Châu (2005)	Shokeir A.A (2003)
Tổng số BN	54	91	200
2 thận tương đương	64,8%	62,8%	58%
Thận P tốt hơn thận T	18,5%	18,6%	17,5%
Thận T tốt hơn thận P	16,7%	18,6%	24,5%

Trong nghiên cứu của chúng tôi việc đánh giá tương quan chức năng 2 thận của người hiến để lựa chọn thận lấy ghép, chúng tôi so sánh trực tiếp giá trị kết quả đồng vị phóng xạ từng thận, không sắp xếp khoảng giá trị kết quả để đánh giá, lựa chọn thận lấy. Thận bên nào có kết quả đồng vị phóng xạ >50% là thận có chức năng tốt hơn và thận nào có kết quả đồng vị phóng xạ <50% là thận có chức năng kém hơn. Với nguyên tắc ưu tiên lấy thận có chức năng kém hơn từ người hiến thận để ghép.

Nguyễn Thị Ánh Hường (2008)⁹ nghiên cứu 54 trường hợp hiến thận có 20 trường hợp 2 thận người hiến có chức năng không bằng nhau. 16/20 (80%) trường hợp thận bên có kết quả đồng vị kém hơn được lấy, 4/20 (20%) trường hợp thận có kết quả đồng vị phóng xạ tốt hơn được lấy do giải phẫu mạch máu của thận có kết

quả đồng vị kém hơn lại phức tạp hơn, nên tác giả chủ trương lấy thận có giải phẫu mạch máu đơn giản hơn để đảm bảo an toàn cho người hiến, thuận lợi cho phẫu thuật lấy thận và ghép thận. Đa phần các nghiên cứu về ghép thận từ người cho sống, các tác giả lựa chọn thận ghép ít hoặc không có biến đổi giải phẫu tĩnh mạch, do tĩnh mạch thận và tĩnh mạch chậu mỏng, dễ bị rách khi thực hiện miệng nối. Khác với khâu nối động mạch có nhiều thay đổi tùy theo kinh nghiệm, thói quen của từng phẫu thuật viên. Khâu nối tĩnh mạch không có khác biệt giữa các tác giả, với kỹ thuật thống nhất tĩnh mạch thận ghép được nối tận - bên với tĩnh mạch chậu ngoài của người nhận tĩnh mạch nhỏ có thể thắt được nếu đường kính 2-3mm. Theo chúng tôi, vấn đề ưu tiên quan trọng nhất là đảm bảo an toàn với người hiến thận, ở đây là an toàn cả trong và sau mổ. An toàn trong mổ là khi mổ lấy thận không có bất kỳ tai biến nào với người hiến thận. An toàn sau mổ là đảm bảo chức năng thận hoàn toàn bình thường, không ảnh hưởng đến sức khỏe và lao động sau khi cho 01 quả thận. Chính vì vậy trong 1 số trường hợp nếu thận hiến của người cho có hệ thống mạch máu phức tạp (động mạch chia sớm ngay chỗ xuất phát từ động mạch chủ, có 3 động mạch, hoặc có 2-3 tĩnh mạch thận) và chức năng 2 thận không chênh lệch nhau quá 2-3 % thì có thể lấy thận có chức năng tốt hơn để lại thận có chức năng thấp hơn ít với thận hiến.

V. KẾT LUẬN

Kích thước thận trên cắt lớp vi tính và xạ hình chức năng thận có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn thận hiến thận. Việc chọn thận hiến đối với cặp ghép thận cùng huyết thống được cá thể hóa trên nhiều yếu tố.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ bởi trường đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội với mã số đề tài: CS. 23.09

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. Karam, T. Kalble et al.** Guidelines on Renal Transplantation. European Association of Urology 2014.
2. **Đỗ Tất Cường, Bùi Văn Mạnh, Lê Việt Thắng, Phạm Quốc Toàn, Hoàng Trần Anh** (2010), "Nhận xét về kết quả các trường hợp ghép thận tại bệnh viện 103", Y học Việt Nam, 2: tr 306-310.
3. **Patankar K, Low RST, Blakeway D, Ferrari P.** Comparison of computer tomographic volumetry versus nuclear split renal function to determine residual renal function after living kidney donation. Acta Radiol 2014;55:753e60.

4. **Yokoyama N, Ishimura T** (2015). Usefulness of three-dimensional computerized tomographic volumetry for determining split renal function in donors for living-related kidney transplantation. *Transplant Proc* ;47:588 -590.
5. **Lal H, Singh A, Prasad R, et al** (2021) Determination of split renal function in voluntary renal donors by multidetector computed tomography and nuclear renography: How well do they correlate? *S Afr J Rad.* ;25(1), <https://doi.org/10.4102/sajr.v2>
6. **Fides RS, Brian IS, Regianld Lerebours** (2020). Correlation of preoperative imaging characteristics with donor outcomes and operative difficulty in laparoscopic donor nephrectomy. *Am J Transplant.*;20:752-760
7. **JY. Choi and O.J Kwo** (2013). Is the Graft Function of Living Donor Renal Transplants Associated With Renal Mass Matching by Computed Tomography Angiographic Volumetry? *Transplantation Proceedings*, 45, 2919 -2924
8. **Giral M, Foucher Y, Karam G, et al** (2010). Kidney and recipient weight incompatibility reduces long-term graft survival. *J Am Soc Nephrol*21:1022
9. **Nobuyuki Nakamura, Chikao Aoyagi, Hiroshi Matsuzaki, Ryusaburo Furuya** (2015). Comparison of renal scintigraphy and computed tomographic renal volumetry for determining split renal function and estimating post-transplant renal function. *Transplant Proc*;47:2700 -2
10. **Nguyễn Thị Anh Hường** (2008), Nghiên cứu phẫu thuật lấy thận ghép ở người sống cho thận, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.

NGHIÊN CỨU SỰ GẮN BÓ CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TUYẾN HUYỆN TẠI TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2023

**Mai Thị Kim Dung¹, Ngô Hoàng Dũng¹, Nguyễn Hoàng Thắng¹,
Huỳnh Minh Chín², Lê Nguyễn Đăng Khoa²**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình trạng chuyển công tác, cạnh tranh về thu nhập, môi trường làm việc giữa các cơ sở y tế ngày càng tăng, đòi hỏi cơ sở y tế cần có chiến lược hợp lý nhằm duy trì nhân lực. Môi trường làm việc mang tính gắn bó viên chức cảm thấy muốn cống hiến, đóng góp giảm ảnh hưởng từ việc tuyển người thay thế. Để một tổ chức ổn định và phát triển thì cần duy trì sự gắn bó giữa viên chức với tổ chức. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ, mức độ gắn bó của Nhân viên y tế với các trung tâm Y tế tuyến huyện. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. **Đối tượng:** Các chọn mẫu có hệ thống tổng số 394/1999 viên chức y tế thuộc Trung tâm Y tế huyện, thị, thành phố thuộc tỉnh Bình Dương. **Kết quả:** Tỉ lệ viên chức gắn bó chung với đơn vị là 54,8%. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy 08 yếu tố tác động đến sự gắn bó của viên chức. Đồng nghiệp là yếu tố có tác động mạnh nhất đến sự gắn bó của viên chức ($\beta = 0,2$), tiếp đến là yếu tố thu nhập và sự công bằng ($\beta = 0,15$), yếu tố khen thưởng, công nhận thành tích ($\beta = 0,15$), yếu tố môi trường làm việc ($\beta = 0,13$), yếu tố khoảng cách địa lý ($\beta = 0,08$), yếu tố chuyên môn công tác ($\beta = -0,05$) và cuối cùng là yếu tố chức vụ ($\beta = -0,12$). **Kết luận:** Tỉ lệ viên chức gắn bó chung với đơn vị là 54,8%. Nghiên cứu đã tìm ra 8 yếu tố tác động lớn đến sự gắn bó. **Từ khóa:** Nghiên cứu sự gắn bó, viên chức, Trung tâm Y tế tuyến huyện.

SUMMARY

THE STUDY OF EMPLOYEE ENGAGEMENT OF DISTRICT-LEVEL HEALTHCARE EMPLOYEES AND THE EFFECTIVENESS OF IMPLEMENTING TALENT ATTRACTION POLICIES IN BINH DUONG PROVINCE IN 2023

Introduction: The situation of job transfer, income competition, and working environment among health care centres are increasing. To tackle these problems, it is necessary for these health care centre to draw practical measures to maintain human resources. Friendly working environment can encourages officers to be willing to devote and contribute to reducing the impact of recruiting replacements. In order to boost stability and development, it is crucial to enhance the relationship among officers and the organization. **Objective:** To determine the rate and level of attachment of healthcare workers to district health centers. **Method:** Cross-sectional descriptive study with analysis. **Subjects:** Sample of a total of 394 out of 1999 healthcare employees from Bau Bang district health center. **Result:** The overall rate of officers attached to the medical centre for a long time is 59.67%. Multivariable linear regression analysis already shows 8 factors affecting employee engagement. Colleagues are the factor that has the strongest impact on employee engagement ("B" = 0.2), then followed by income and fairness factors ($\beta = 0,15$), reward factors, recognition of achievements ($\beta=0,15$), working condition factors ($\beta=0,13$), job characteristics factor ($\beta =-0.05$), geographical distance factor ($B=0.08$), and finally position factor ($\beta =-0.12$). **Conclusion:** The conclusion is that the overall percentage of officers attached to the unit is 54.8%. Research has found 8 factors that greatly impact

¹Trung tâm Y tế huyện Bàu Bàng

²Sở Y tế tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Minh Chín

Email: bschinkhnbv.bvdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 22.4.2024