

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU 70 TRƯỜNG HỢP GHEP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG VÀ CHẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Văn Khẩn¹, Nguyễn Quang Huy¹, Nguyễn Trương Trọng Nghĩa¹, Phạm Minh Đức¹, Nguyễn Phú Quốc¹, Trần Quốc Việt¹, Nguyễn Việt Cường¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu: đánh giá bước đầu kết quả ghép thận từ người hiến sống và chết não tại Bệnh viện Quân Y 175. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca trên 70 BN trong thời gian 3 tháng sau ghép thận từ 07/2023 - 07/2025. **Kết quả:** Sau ghép, 100% BN đều có nước tiểu tại bàn, 100% BN có số lượng nước tiểu ổn định sau ghép 1 tháng, phần lớn bệnh nhân có nồng độ ure và creatinine trở về bình thường trong tuần đầu sau ghép, ổn định sau 3 tháng. Tỷ lệ biến chứng ghi nhận là 21,15%, trong đó: có 2,85% BN chảy máu sau mổ, 4,2% BN tự dịch bạch huyết quanh thận ghép, 4,2% BN thải ghép cấp, 5,7% BN nhiễm khuẩn niệu, các biến chứng đều được xử lý thành công. **Kết luận:** Bước đầu đánh giá phẫu thuật ghép thận tại Bệnh viện Quân y 175 cho kết quả tốt: tất cả bệnh nhân đều có chức năng thận ghép hoạt động tốt sau 3 tháng, tỷ lệ biến chứng ở mức trung bình (21,15%) và đều được xử trí hiệu quả.

Từ khoá: ghép thận, chức năng thận ghép, biến chứng ghép thận.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF 70 PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION FROM LIVING AND DECEASED DONORS AT MILITARY HOSPITAL 175

Objectives: to evaluate the results of kidney transplantation from living and deceased donors at Military Hospital 175. **Subjects and Methods:** A prospective, descriptive case series study was conducted on 70 patients within 3 months post-transplantation from July 2023 to July 2025. **Results:** All patients had immediate urine output at the operating table, with stable urine volumes observed after 1 month

*and most patients achieved normalization of blood urea and creatinine levels within the first postoperative week, which remained stable after 3 months. The overall complication rate was 21.15%, including 2.85% postoperative bleeding, 4.2% perirenal lymphocele, 4.2% acute rejection, and 5.7% urinary tract infection; all complications were managed successfully. **Conclusion:** Preliminary results demonstrate that kidney transplantation at Military Hospital 175 yields favorable outcomes: all patients achieved good graft function at 3 months, with a moderate complication rate (21.15%) that was effectively treated.*

Key words: kidney transplantation, kidney transplant function, kidney transplant complications.

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ GHEP THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XUYÊN Á

Nguyễn Vĩnh Bình; Võ Đình Bảo; Lê Khải Ngọc; Lâm Văn Chương; Nguyễn Đoàn Ngọc Trán; Nguyễn Đình Đức; Phan Huy Thông; Nguyễn Phước Vinh; Ung Phúc Vĩnh Thuyền; Phạm Hoàng Thịnh

Nhóm tác giả: Khoa Ngoại Tiết Niệu Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á Củ Chi

Tóm tắt

Đặt vấn đề:

Ghép thận là phương pháp điều trị bệnh thận mạn giai đoạn cuối hiệu quả đem lại chất lượng cuộc sống cao và chi phí thấp hơn so với những phương pháp điều trị khác. Bệnh viện đa khoa Xuyên Á thực hiện ca ghép thận đầu tiên vào ngày 27 tháng 02 năm 2018. Chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu triển khai kỹ thuật ghép thận tại bệnh viện đa khoa Xuyên Á dưới sự hỗ trợ từ bệnh viện Chợ Rẫy.

Mục tiêu:

Đánh giá kết quả bước đầu ghép thận từ người cho sống tại bệnh viện Đa khoa Xuyên Á.

Đối tượng và phương pháp thực hiện:

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca. Các trường hợp ghép thận từ người hiến sống được hội đồng ghép thận thông qua và thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á.

Kết quả:

Từ 2/2018 – 7/2025, có 14 cặp cho và nhận thận được thực hiện. Tuổi trung bình người cho, người nhận lần lượt là $43,7 \pm 11,9$ và $35,0 \pm 9,1$ tuổi. Thời gian mổ lấy thận và ghép thận trung bình lần lượt là $143,9 \pm 25,4$ và $221,9 \pm 63,3$ phút. Không ghi nhận biến chứng trong mổ. Thời gian nằm viện trung bình của người cho và người nhận lần lượt là $10,1 \pm 1,8$ và $18,0 \pm 9,7$ ngày.

Kết luận:

Ghép thận tại bệnh viện Xuyên Á có nhiều thuận lợi như thời gian chờ ghép ngắn, trang thiết bị tốt, nguồn thuốc, vật tư ổn định và dịch vụ tốt nhưng vẫn còn gặp không ít khó khăn do chi phí ghép cao, khó khăn về chính sách, bảo hiểm y tế,...

INITIAL EVALUATION OF KIDNEY TRANSPLANT RESULTS AT XUYEN A GENERAL HOSPITAL

Nguyen Vinh Binh; Vo Dinh Bao; Le Khai Ngoc; Lam Van Chuong; Nguyen Doan Ngoc Tran; Nguyen Dinh Duc; Phan Huy Thong; Nguyen Phuoc Vinh; Ung Phuc Vinh Thuyen; Pham Hoang Thinh

Authors: Department of Urology - Xuyen A General Hospital

Summary

Background:

Kidney transplantation is an effective treatment for end-stage chronic kidney disease that provides a high quality of life and lower costs compared to other treatment methods. Xuyen A General Hospital performed the first kidney transplant on February 27, 2018. We report the initial results of implementing kidney transplantation techniques at Xuyen A General Hospital with the support of Cho Ray Hospital.

Objectives:

Initial evaluation of kidney transplantation results from living donors at Xuyen A General Hospital.

Patients and Methods:

Descriptive study of a series of cases. Kidney transplants from living donors are approved by The Kidney Transplant Committee and performed at Xuyen A General Hospital.

Results:

From February 2018 to July 2025, 14 pairs of kidney donors and recipients were

performed. The mean age of donors and recipients is $43,7 \pm 11,9$ and $35,0 \pm 9,1$ years, respectively. The mean time for nephrectomy and kidney transplant was $143,9 \pm 25,4$ and $221,9 \pm 63,3$ minutes, respectively. No intraoperative complications were recorded. The mean hospital stay of donors and recipients was $10,1 \pm 1,8$ and $18,0 \pm 9,7$ days, respectively.

Conclusions:

Kidney transplantation at Xuyen A Hospital has many advantages such as short waiting time, good equipment, stable source of medicine and supplies and good service, but still faces many difficulties due to high transplant costs, difficulties in policies, health insurance, etc.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU VỀ PHẪU THUẬT LẤY VÀ GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Minh Vũ¹, Phạm Thanh Phong¹, Nguyễn Minh Nghiêm¹, Thái Minh
Sâm², Phạm Văn Đông² Trương Công Thành¹, Trương Minh Khoa¹, Nguyễn
Vĩnh Nghi^{1*}, Võ Hoàng Tâm¹, Đỗ Công Đoàn¹,

Đặng Thế Oánh¹, Phạm Hữu Tân¹, Nguyễn Đại Nghĩa¹, Hoàng Duy Tân¹

1. Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

2. Bệnh viện Chợ Rẫy

*Email: bsnguyenvinhnghi@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thận mạn là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Cho tới nay, ghép thận vẫn là phương pháp điều trị thay thế thận tối ưu nhất. Tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, ca ghép thận từ người hiến sống đầu tiên đã được thực hiện vào tháng 05/2024 với sự chuyển giao kỹ thuật từ bệnh viện Chợ Rẫy và bước đầu cho thấy những tín hiệu tích cực. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật lấy và ghép thận tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc chùm ca bệnh với 12 cặp ghép thận từ tháng 05/2024 đến tháng 07/2025. **Kết quả:** 12 trường hợp hiến thận có tuổi trung bình $41,25 \pm 8,25$ tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 5/7, 9/12 trường hợp người hiến có cùng huyết thống chiếm tỉ lệ 75%, 10/12 trường hợp lấy thận trái ghép vào hố chậu phải chiếm tỉ lệ 83,33%. Có 1 trường hợp có 3 động mạch thận và 2 trường hợp có 2 tĩnh mạch thận. Thời gian phẫu thuật lấy thận trung bình là $105 \pm 13,5$ phút. Thời gian ghép thận trung bình là $160 \pm 24,5$ phút. Tất cả 12 trường hợp đều được khâu nối động mạch thận vào động mạch chậu ngoài, tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu ngoài và ghép niệu quản vào bàng quang theo kỹ thuật Lich – Gregoir. Tất cả bệnh nhân đều có nước tiểu ngay trên bàn mổ sau ghép. Thể tích nước tiểu trung bình sau 24h là 9251 ± 1350 ml. Sau phẫu thuật 3 trường hợp (25%) ghi nhận tụ dịch vị trí lấy thận và được điều trị nội khoa thành công. Chức năng thận cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật. **Kết luận:** Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật lấy và ghép thận, 12 trường hợp đều có chức năng thận cải thiện và không ghi nhận biến chứng nặng cần phải phẫu thuật lại.

Từ khoá: Ghép thận, bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

ABSTRACT

THE INITIAL RESULTS OF KIDNEY RETRIEVAL AND TRANSPLANTATION SURGERY

AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Nguyen Minh Vu¹, Pham Thanh Phong¹, Nguyen Minh Nghiem¹, Thai Minh Sam², Pham Van Dong², Truong Cong Thanh¹, Truong Minh Khoa¹, Nguyen Vinh Nghi¹, Vo Hoang Tam¹, Do Cong Doan¹, Dang The Oanh¹, Pham Huu Tan¹, Nguyen Dai Nghia¹, Hoang Duy Tan¹

1. Can Tho General Hospital

2. Cho Ray Hospital

Background: Chronic kidney disease is one of the leading causes of death worldwide. To date, kidney transplantation remains the most optimal method of renal replacement therapy. At Can Tho Central General Hospital, the first kidney transplant from a living donor was performed in May 2024, with technical support from Cho Ray Hospital, and initial results have shown positive signs. **Objectives:** To evaluate the initial outcomes of kidney retrieval and transplantation surgery at Can Tho Central General Hospital. **Materials and methods:** A prospective, descriptive, longitudinal case series study was conducted with 12 kidney transplant pairs from May 2024 to July 2025. **Results:** The 12 cases had a mean age of 41.25 ± 8.25 years, with a male-to-female ratio of 5/7. 9/12 donors were related, accounting for 75%. In 10 out of 12 cases (83.33%), the left kidney was harvested and transplanted into the right iliac fossa. One case had three renal arteries, and two cases had two renal veins. The average duration of donor nephrectomy was 105 ± 13.5 minutes. The average duration of kidney transplantation was 160 ± 24.5 minutes. All 12 cases had the renal artery anastomosed to the external iliac artery, the renal vein to the external iliac vein, and the ureter implanted into the bladder using the Lich–Gregoir technique. All patients produced urine immediately on the operating table after transplantation. The mean urine output within 24 hours was 9251 ± 1350 ml. Postoperatively, three cases (25%) developed perinephric fluid collection at the donor site, which were successfully managed conservatively. Renal function improved significantly after surgery. **Conclusion:** Early evaluation of kidney retrieval and transplantation showed that all 12 cases achieved improved renal function, with no severe complications requiring reoperation.

Keywords: Kidney transplantation, Can Tho Central General Hospital

BỆNH DO HERPES SAU GHÉP THẬN: VẤN ĐỀ CŨ - THÁCH THỨC MỚI

Hoàng Khắc Chuẩn, Võ Ngọc Anh Thơ**

Tóm tắt

Tổng quan:

Bệnh do virus herpes (CMV, EBV, VZV, HSV) là nhóm nhiễm trùng cơ hội cổ điển, chiếm tỷ lệ cao trong các nguyên nhân gây bệnh và tử vong sau ghép thận. Dù đã được nghiên cứu từ lâu, các tác nhân này vẫn gây ra bệnh cảnh lâm sàng phức tạp, không điển hình, thường biểu hiện muộn, lan tỏa hoặc đa cơ quan, khiến chẩn đoán sớm gặp nhiều khó khăn. Triệu chứng mơ hồ như sốt kéo dài, tổn thương da, viêm phổi, viêm võng mạc hay rối loạn tiêu hóa dễ bị nhầm với thải ghép hoặc tác dụng phụ của thuốc ức chế miễn dịch. Chẩn đoán xác định tác nhân đôi khi còn gặp nhiều khó khăn, do không phải lúc nào cũng có thể lấy được mẫu mô bệnh học phù hợp.

Điều trị bệnh herpes sau ghép thận đối mặt với nhiều thách thức lớn do tương tác thuốc và độc tính. Thuốc chống thải ghép cần phải được điều chỉnh cẩn thận, để không làm bùng phát bệnh cũng như tránh thải ghép. Các thuốc kháng virus gây độc gan, thận, ức chế tủy và có nhiều tương tác với các thuốc ức chế miễn dịch, cũng như kháng sinh, khi có đồng nhiễm vi khuẩn.

Kết luận: Dù là “vấn đề cũ”, bệnh do herpes sau ghép thận vẫn là thách thức lớn, chưa hề dễ kiểm soát. Chẩn đoán sớm, dự phòng hiệu quả và điều trị kịp thời vẫn là bài toán nan giải. Việc cá thể hóa phác đồ dự phòng và phối hợp chặt chẽ giữa ghép thận – truyền nhiễm và áp dụng chiến lược đa mô thức, từ sàng lọc đến quản lý nguy cơ lâu dài, là chìa khóa để giảm tỷ lệ bùng phát và tử vong.

Từ khóa: Ghép thận, virus herpes, CMV, EBV, VZV, HSV, nhiễm trùng sau ghép

* Khoa Ngoại Nội – Bệnh Viện Chợ Rẫy

Tác giả liên hệ: Võ Ngọc Anh Thơ, Khoa Ngoại Nội – Bệnh Viện Chợ Rẫy.

Email: anhthobsy@gmail.com. ĐT: 0983888841.

HERPESVIRUS DISEASE AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION: AN OLD PROBLEM – NEW CHALLENGES

Background:

Overview:

Herpesvirus disease (CMV, EBV, VZV, HSV) represent a classic group of opportunistic infections with a high incidence among causes of morbidity and mortality in kidney transplant recipients. Despite decades of research, these pathogens continue to produce complex, atypical clinical presentations—often late, disseminated, or involving multiple organs—posing significant challenges to early diagnosis. Nonspecific symptoms such as prolonged fever, skin lesions, pneumonia, retinitis, or gastrointestinal disturbances are easily confused with graft rejection or side effects of immunosuppressive therapy. Definitive pathogen identification is further complicated, as appropriate tissue biopsy samples are not always obtainable. Treatment of herpesvirus infections in kidney transplant patients faces major obstacles due to drug interactions and toxicity. Immunosuppressive agents require careful dose adjustment to prevent both disease flare-ups and graft rejection. Antiviral drugs cause hepatotoxicity, nephrotoxicity, bone marrow suppression, and exhibit multiple interactions with immunosuppressive agents as well as antibiotics used for concurrent bacterial co-infections.

Conclusion:

Although a long-standing “old” problem, herpesvirus infections after kidney transplantation remain a formidable challenge that is far from easy to control. Early diagnosis, effective prophylaxis, and timely treatment continue to be unresolved dilemmas. Individualized prophylactic regimens, close collaboration between transplant and infectious disease specialists, and a multimodal strategy—from donor/recipient screening to long-term risk management—are key to reducing outbreak rates and mortality.

Keywords: Kidney transplantation, herpesvirus, CMV, EBV, VZV, HSV, post-transplant infection

* Nephrology Surgery – Cho Ray Hospital

Corresponding author: Vo Ngoc Anh Tho, Department of Nephrology Surgery – Cho Ray Hospital.

Email: anhthobsy@gmail.com. Mobile: 0983888841.

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỰ BIẾN THIÊN NỒNG ĐỘ TACROLIMUS TRÊN NGƯỜI BỆNH GHEP THẬN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Tacrolimus (TAC) được đưa vào sử dụng từ năm 1993 và hiện đang là lựa chọn đầu tay cho phác đồ chống thải ghép sau ghép thận. Là thuốc ức chế miễn dịch có khoảng điều trị hẹp, do đó, giám sát nồng độ thuốc trong máu (TDM) được thực hiện để cá thể hóa liều nhằm đảm bảo hiệu quả điều trị và giảm thiểu tác dụng không mong muốn (TDKMM) của thuốc. Ở hầu hết các trung tâm Ghép tạng, TDM tacrolimus được tiến hành dựa trên nồng độ đáy (C_0) do có bằng chứng về mối liên quan với hiệu quả lâm sàng.

Trên thực tế, việc hiệu chỉnh liều TAC nhằm đạt C_0 mục tiêu còn nhiều thách thức do mối liên quan giữa liều và nồng độ không thực sự tuyến tính. Đồng thời do sự biến thiên về dược động học (PK) của giữa các cá thể và trong cùng cá thể theo thời gian có thể dẫn đến nguy cơ thải ghép do nồng độ dưới ngưỡng hoặc gặp TDKMM do nồng độ trên ngưỡng. IPV (inpatient variability) là thông số đặc trưng cho sự biến thiên nồng độ của TAC trong cùng cá thể khi mức liều dùng không đổi trong một khoảng thời gian. IPV cao liên quan đến thải ghép và rút ngắn thời gian sống của mảnh ghép.

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là một trong các cơ sở ghép thận lớn của cả nước. Hiện nay, Bệnh viện đã có quy trình ghép thận và hướng dẫn hiệu chỉnh liều thông qua TDM dựa trên C_0 . Nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích kết quả sự biến thiên nồng độ tacrolimus và các yếu tố ảnh hưởng đến sự biến thiên nồng độ trong năm đầu sau ghép thận.

FACTORS AFFECTING TACROLIMUS LEVEL VARIABILITY IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Tacrolimus (TAC) has been used since 1993 and it is currently the first choice for the immunosuppression regimens after kidney transplantation. As an immunosuppressant with a narrow therapeutic index, therapeutic drug monitoring (TDM) is performed to individualize the dose to ensure therapeutic efficacy and minimize adverse drug reactions. In most transplant centers, tacrolimus TDM is based on the trough concentration (C_0), as evidence shows its correlation with clinical outcomes.

In practice, dose adjustment of TAC to achieve the target trough level (C_0) remains challenging because of the non-linear relationship between dose and concentration. Moreover, interindividual and intraindividual pharmacokinetic (PK) variability over time may lead to the risk of graft rejection due to subtherapeutic concentrations or to adverse drug reactions due to supratherapeutic concentrations. **Inpatient variability (IPV)** is a parameter that characterizes fluctuations in TAC concentrations within an individual under stable dosing over a given period. High IPV has been associated with graft rejection and reduced graft survival.

Viet Duc University Hospital is one of the largest kidney transplant centers in Viet Nam. The hospital currently applies a standardized kidney transplant protocol and dosing adjustment guidelines based on TDM using C_0 . This study was conducted to analyze the variability of tacrolimus concentrations and the factors affecting this variability during the first year after kidney transplantation.

ỨNG DỤNG TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG QUẢN LÝ GHEP TANG

TS BS Huỳnh Ngọc Phương Thảo

TÓM TẮT

Trí tuệ nhân tạo đã trở thành một cuộc cách mạng trong y học hiện đại, trong đó có ghép tạng. Chúng tôi đã phân tích các tác động về lâm sàng, đạo đức, vận hành khi ra quyết định dựa trên ứng dụng trí tuệ nhân tạo trong chọn lựa người hiến, phân phối tạng, chẩn đoán, sinh thiết ảo, lên kế hoạch điều trị, phẫu thuật, tiên lượng và toàn bộ quá trình chăm sóc người bệnh. Chúng tôi cũng nêu lên những lợi ích và hạn chế của ứng dụng trí tuệ nhân tạo qua các giai đoạn quản lý ghép tạng. Chúng tôi bàn luận về các chiến lược sử dụng công cụ trí tuệ nhân tạo an toàn và hiệu quả trong thực hành lâm sàng. Từ đó đưa ra kết luận nếu biết phối hợp tốt giữa công nghệ trí tuệ nhân tạo và bác sĩ, chúng ta có thể đạt được chăm sóc chính xác và tiến bộ trong quản lý ghép tạng.

APPLICATION OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN TRANSPLANT MANAGEMENT

ABSTRACT

Artificial intelligence has become a great revolution in modern medicine, including organ transplantation. We analysed the clinical, ethical and operational implication of artificial intelligence-driven decision making in transplantation, such as donor selection, organ distribution, diagnosis, virtual biopsy, strategies of treatment, surgical assistance, prognosis and overall patient care. We identified the benefits and limitations of artificial intelligence application across different stages of transplant care. We discussed strategies for safe and effective integration of artificial intelligence tools into clinical practice. We conclude that by developing collaboration between artificial intelligence technologies and medical practitioners, we can reach the advanced, precise care in transplantation management.

Suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính:

Từ lý thuyết đến thực hành

Nguyễn Hoàng Ngọc Anh, Ngô Khánh Hòa*, Vũ Ngọc Viên*, Phan Văn Trung*,
Hồ Văn Linh*,
Vũ Ngọc Tuấn*, Đào Tấn Lực*, Vũ Văn Quang*, Lê Văn Thành*.
Bệnh viện TWQĐ 108

Giới thiệu:

Hội chứng suy gan cấp trên nền mạn (ACLF) có tỷ lệ tử vong rất cao, và ghép gan được xem là phương pháp điều trị dứt điểm cho những bệnh nhân mắc tình trạng này. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả của ghép gan từ người hiến sống (LDLT) ở bệnh nhân ACLF tại một trung tâm đơn lẻ thuộc quốc gia có thu nhập trung bình thấp – Việt Nam.

Đối tượng và phương pháp:

Đây là nghiên cứu hồi cứu được thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (Hà Nội, Việt Nam), gồm 84 bệnh nhân được chẩn đoán ACLF theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Gan Mật châu Á – Thái Bình Dương (APASL) và được ghép gan phải từ người hiến sống trong giai đoạn từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2024. Mức độ nặng của ACLF được phân tầng và đánh giá bằng thang điểm **MELD** và **AARC (APASL ACLF Research Consortium)**.

Kết quả:

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $47,27 \pm 13,61$, trong đó nam giới chiếm 88,24%. BMI trung bình là $22,78 \pm 2,61$. Bệnh lý nền thường gặp nhất là viêm gan virus B mạn tính (88,2%). Điểm MELD trung bình là $34,90 \pm 5,61$, với 33,3% bệnh nhân có $MELD \geq 40$. Theo mức độ nặng ACLF: 5 bệnh nhân (9,8%) mức I, 35 bệnh nhân (68,6%) mức II, và 11 bệnh nhân (21,6%) mức III. Điểm AARC trung bình là $9,43 \pm 1,68$. Thời gian nằm hồi sức trung bình $8,59 \pm 7,27$ ngày, và thời gian nằm viện trung bình $28,02 \pm 13,45$ ngày. Biến chứng sau ghép thường gặp nhất là biến chứng đường mật (19,61%). Có 7 bệnh nhân tử vong (13,7%). Tỷ lệ sống sau 6 tháng, 1 năm và 3 năm lần lượt là 84%, 81,7% và 81,7%.

Kết luận:

Ghép gan từ người hiến sống cho bệnh nhân ACLF là phương pháp an toàn, mang lại tỷ lệ sống sau ghép cao. Chăm sóc đa chuyên khoa trước, trong và sau mổ, cùng với quyết định ghép sớm, đóng vai trò then chốt trong việc cứu sống bệnh nhân ACLF.

Từ khóa: Ghép gan, suy gan cấp.

Acute-on-Chronic Liver Failure: From Theory to Practice

Nguyen Hoang Ngoc Anh, Ngo Khanh Hoa*, Vu Ngoc Vien*, Phan Van Trung*,
Ho Van Linh*,
Vu Ngoc Tuan*, Dao Tan Luc*, Vu Van Quang*, Le Van Thanh*.
* 108 Military Central Hospital.*

Introduction:

Acute-on-chronic liver failure (ACLF) has a high mortality rate, and liver transplantation is considered a definite treatment for patients with this condition. This study aims to evaluate the outcomes of living donor liver transplantation (LDLT) in ACLF patients in a single centre in a lower middle-income country, Vietnam.

Materials and methods:

This was a retrospective study at the 108 Military Central Hospital (Hanoi, Vietnam), enrolling 84 patients diagnosed with ACLF based on Asian Pacific Association for the Study of the Liver (APASL) criteria who underwent LDLT with a right lobe graft from December 2019 to December 2022. The authors utilize the model for end-stage liver disease (MELD) and APASL ACLF Research Consortium (AARC) scores to evaluate and stratify the severity of ACLF.

Results:

The average age of all patients was 47.27 ± 13.61 , with 88.24% being male. The average BMI was 22.78 ± 2.61 . The most common underlying liver disease was chronic viral hepatitis B (88.2%). The average MELD score of the patients was 34.90 ± 5.61 , with 33.3% having MELD score greater than or equal to 40. In terms of ACLF severity, five patients (9.8%) had grade I ACLF, 35 patients (68.6%) had grade II ACLF, and 11 patients (21.6%) had grade III ACLF. The average AARC score was 9.43 ± 1.68 . The duration of treatment in the ICU was 8.59 ± 7.27 days, and the length of hospital stay was 28.02 ± 13.45 days. The most common post-transplant complication was biliary complication (19.61%). Death occurred in 7 patients (13.7%). The survival rates at 6 months, 1 year, and 3 years were 84%, 81.7%, and 81.7%, respectively.

Conclusion:

Living donor liver transplantation for ACLF patients is safe and has a high post-transplant survival rate. Multidisciplinary care before, during, and after surgery, and the decision to do a liver transplant early, is essential in saving the lives of ACLF patients.

Keywords: Liver transplantation, Acute-on-chronic liver failure.

ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT VÀ KẾT QUẢ GHÉP GAN TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO VÀ NGƯỜI HIẾN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải, Dương Đức Hùng, Nguyễn Quang Nghĩa, Nguyễn Tiến Quyết, Trần Minh Tuấn, , Trần Hà Phương, Hoàng Tuấn và cộng sự

TÓM TẮT

Đặt vấn đề

Ghép gan là phẫu thuật thay thế gan bị bệnh bằng một phần hay toàn bộ gan từ người cho (chết não, tim ngừng đập hoặc người hiến sống). Ca ghép gan đầu tiên trên thế giới thực hiện thành công bởi Thomas R. Starlz năm 1967. Năm 2004, ca ghép gan đầu tiên được thực hiện thành công ở Việt Nam tại Học viện Quân Y. Đến năm 2007, bệnh viện hữu nghị Việt Đức thực hiện thành công ca ghép gan đầu tiên trên người lớn. Và đến năm 2010, cũng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, ca ghép gan đầu tiên từ người cho chết não đã được tiến hành. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành nhằm đánh giá đặc điểm kỹ thuật và kết quả ghép gan từ người cho chết não và người cho sống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên các bệnh nhân được ghép gan từ người chết não và cho sống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2012 đến 6/2024.

Kết quả

92 bệnh nhân được thực hiện ghép gan, trong đó 70 BN ghép gan từ người hiến chết não, 22 BN ghép gan từ người hiến sống. Tuổi trung bình là $50,9 \pm 12,7$ tuổi, tỉ lệ nam/nữ: 9/1. Chỉ định ghép: Xơ gan 31%, ung thư gan nguyên phát 59%, đợt cấp trên nền gan mạn tính 10%. Ghép từ người hiến chết não: 94,5% thực hiện kỹ thuật Piggyback, nối TM cửa tận tận chiếm 99,1%, nối ĐM gan chung – riêng (nhận - hiến) chiếm 47,1%. Ghép gan từ người hiến sống: 100% sử dụng mạch ghép gan P trong đó không kèm TM gan giữa chiếm 55%, tạo hình miệng chung TM gan P và TM tạo hình V5, V8 chiếm 23%. Nối ĐM gan P với ĐM gan P chiếm 88%; 72,7% miệng nối ĐM gan được nối vi phẫu. Biến chứng sau mổ: chảy máu trong ổ bụng 5 BN (5,4%), tắc ĐM gan 2 bệnh nhân (2,2%), 3 BN có huyết khối TM cửa (chiếm 3,3%) trong đó 2 BN được điều trị nội thành công, tràn dịch màng phổi cần dẫn lưu 29 bệnh nhân (31,5%), tỉ lệ tử vong sớm sau ghép là 5,4%. Tất cả bệnh nhân thuộc nhóm xơ gan đều còn sống, tỉ lệ sống sau 5 năm của nhóm ung thư tế bào gan là 81,4%.

Kết luận

Ghép gan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức được thực hiện gồm cả ghép gan từ người cho sống và người chết não. Sống sau ghép 5 năm đạt tỉ lệ tốt.

TECHNICAL FEATURES AND RESULTS OF LIVER TRANSPLANTATION FROM BRAIN-DEAD DONORS AND LIVING DONORS AT VIET-DUC UNIVERSITY HOSPITAL

SUMMARY

Background

Liver transplantation is a replacement of diseased liver by total or partial normal liver from a donor (brain death, cardiac death or living donor). The first liver transplantation in the world was carried out successfully by Thomas R. Starzl in 1967. By 2004, the first liver transplantation in Vietnam was performed in Vietnam Military Medical University. Subsequently, Viet Duc University Hospital achieved the country's first adult living-donor liver transplant in 2007 and the first brain-dead donor transplant in 2010. This study evaluates the technical aspects and outcomes of brain-dead donor and living-donor liver transplantation at Viet Duc University Hospital.

Objective and method

Retrospective, cross-sectional study in patients underwent brain dead donor and living donor liver transplantation at Viet Duc university hospital from 1/2012 to 6/2024.

Result

92 patients underwent liver transplantation, of which 70 patients of brain-dead donor liver transplantation and 22 patients of living donor liver transplantation. The average age was 50.9 ± 12.7 years old, male/female ratio: 9/1. Indications for transplantation: Cirrhosis 31%, HCC 59%, ACLF 10%. Brain-dead donors: liver transplantation 94.5% performed Piggyback technique, end-to-end portal vein anastomosis 99.1%, common-proper hepatic artery anastomosis (recipient-donor) 47.1%. Living donor liver transplantation: 100% used the right hepatic graft, in which 55% without the middle hepatic vein, reconstructing a common opening between the right hepatic vein and reconstructed vein of V5, V8 account for 23%. Arterial anastomosis predominantly involved right hepatic artery-to-right hepatic artery (88%), with microsurgical techniques applied in 72.7% of hepatic artery reconstructions. Postoperative complications: intra-abdominal bleeding in 5 patients (5.4%), hepatic artery occlusion in 1 patient (1.1%), portal vein thrombosis in 3 patients (3.3%), of which 2 patients were treated medically, 31.5% had pleural effusion requiring percutaneous drainage, early post-transplant mortality rate was 5.4%. All patients in the cirrhosis group were still alive, the 5-year survival rate of the hepatocellular carcinoma group was 81.4%.

Conclusion

Liver transplantation at Viet Duc University Hospital encompasses both

brain-dead donor and living-donor approaches, demonstrating favourable 5-year posttransplant survival rates.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GHÉP GAN DO UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Tổng quan: Ghép gan là phương pháp điều trị hiệu quả cho bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) và đã được triển khai tại Việt Nam từ năm 2004. Chúng tôi đánh giá kết quả ngắn hạn và dài hạn, cũng như các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn sau ghép gan cho những bệnh nhân này.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu đã phân tích các bệnh nhân HCC được ghép gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Việt Nam từ tháng 01/2012 đến tháng 03/2022. Các dữ liệu sau đây được thu thập: đặc điểm nhân khẩu học, tình trạng nhiễm virus viêm gan, đặc điểm khối u, nồng độ alpha-fetoprotein (AFP), điểm Child-Pugh và MELD, tiêu chuẩn lựa chọn, loại ghép gan, biến chứng sau phẫu thuật, tỷ lệ tử vong 30 ngày, thời gian sống không bệnh và thời gian sống toàn bộ (DFS và OS).

Kết quả: Tổng cộng có 54 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Độ tuổi trung bình $\pm$ SD là $55,39 \pm 8,46$, với tỷ lệ HCC liên quan đến viêm gan B là 88,9%. Nồng độ AFP trung vị (IQR) là 16,2 (88,7) ng/ml. Điểm MELD trung bình là $10,57 \pm 5,95$; tỷ lệ Child-Pugh A và B lần lượt là 70,4 và 18,5%. 38,9% nằm trong tiêu chuẩn Milan, ghép gan từ người cho sống là 16,7%, ghép gan từ người cho chết não là 83,3%. Huyết khối tĩnh mạch gan và tĩnh mạch cửa xảy ra lần lượt ở 0 và 1,9%; huyết khối động mạch gan là 1,9%, rò mật là 5,6% và xuất huyết sau phẫu thuật là 3,7%. Tỷ lệ tử vong sau 90 ngày là 5,6%. DFS và OS sau 5 năm lần lượt là 79,3% và 81,4%. Nồng độ AFP, điểm MELD, điểm Child-Pugh là các yếu tố tiên lượng thời gian tái phát ($\exp(\beta)$ 1,00, 1,12, 3,67) ($p < 0,05$). Đối với thời gian sống thêm toàn bộ (OS) không bao gồm tử vong trong 30 ngày, điểm MELD và điểm Child-Pugh là yếu tố có ý nghĩa thống kê ($\exp(\beta)$ 1,10, 2,88) ($p < 0,05$).

Kết luận: Ghép gan là một phương pháp hiệu quả cho ung thư biểu mô tế bào gan

tại Việt Nam với tỷ lệ biến chứng, tỷ lệ tử vong chấp nhận được và kết quả sống thêm tốt, và cần được thực hiện thêm. Điểm MELD được xác định là một yếu tố tiên lượng trong cả DFS và OS.

OUTCOMES OF LIVER TRANSPLANTATION FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Liver transplantation (LT) provides a favorable outcome for patients with hepatocellular carcinoma (HCC) and has been launched in Vietnam since 2004. We intend to evaluate the short-term and long-term outcomes, and potential risk factors after LT for these patients.

Methods: The retrospective study analyzed the HCC patients who underwent LT at Viet Duc University hospital, Vietnam from 01/2012 – 03/2022. The following data were gathered: demographics, hepatitis virus infection, tumor characteristics, alpha-fetoprotein (AFP) level, Child-Pugh and MELD score, selection criteria, type of LT, postoperative complications, 30-day mortality, disease-free and overall survival (DFS and OS).

Results: A total of 54 patients were included. The mean $\pm$ SD age was 55.39 ± 8.46 , with an HBV-related HCC of 88.9%. The median (IQR) AFP level was 16.2 (88.7) ng/ml. The mean MELD score was 10.57 ± 5.95 ; the rate of Child-Pugh A and B were 70.4 and 18.5%, respectively. 38.9% were within Milan criteria, Living-donor LT was 16.7%, brain-dead donor LT was 83.3%. Hepatic and portal vein thrombosis occurred in 0 and 1.9%, respectively; hepatic artery thrombosis 1.9%, biliary leakage 5.6%, and post-op hemorrhage 3.7%. 90-day mortality was 5.6%. 5-year DFS and OS were 79.3% and 81.4%, respectively. AFP level, MELD score, Child-Pugh score were predictive factors for the time of recurrence ($\exp(\beta)$ 1.00, 1.12, 3.67) ($p < 0.05$). For OS excluding 30-day death, MELD score and Child-Pugh score were the significant factor ($\exp(\beta)$ 1.10, 2.88) ($p < 0.05$).

Conclusions: Liver transplantation is an effective therapy for hepatocellular carcinoma in Vietnam with an acceptable complication rate, mortality rate, and good survival outcomes, and should be further encouraged. MELD score was found to be

a significant determinant in both DFS and OS.

**THAY ĐỔI HUYẾT ĐỘNG GIAI ĐOẠN TÁI TƯỚI MÁU
Ở BỆNH NHÂN GHÉP GAN TỪ NGƯỜI CHO CHẾT NÃO
TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC 2024 - 2025**

*Đào Thị Kim Dung, Nguyễn Đức Thiện, Ngô Văn Thảo, Đặng
Tuấn Quang, Ngô Mạnh Đình, Trần Thị Nương.*

Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa - Bệnh viện HN Việt Đức.

Tác giả liên hệ: *Đặng Tuấn Quang*

Báo cáo hội nghị: *Đặng Tuấn Quang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các thay đổi huyết động giai đoạn vô gan và tái tưới máu ở bệnh nhân ghép gan từ người cho chết não tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2024 đến năm 2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, trên các bệnh nhân được ghép gan từ người cho chết não từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025. Các chỉ số nghiên cứu gồm: tuổi, giới, chỉ định ghép gan, điểm MELD trước mổ, kỹ thuật kẹp tĩnh mạch chủ, lượng máu mất, lượng máu truyền, thời gian thiếu máu nóng, thời gian thiếu máu lạnh, thời gian phẫu thuật; mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, huyết áp trung bình các thời điểm: trước và sau kẹp tĩnh mạch chủ dưới, trước và sau thả kẹp tái tưới máu.

Kết quả: Có 40 bệnh nhân được đưa vào phân tích. Giảm huyết áp trên 30% giai đoạn tái tưới máu gặp ở 55% số bệnh nhân. Nhịp chậm gặp ở 42,5% và vô tâm thu gặp ở 12,5% số bệnh nhân. Bệnh nhân có xơ gan Child C tỉ lệ rối loạn huyết động khi tái tưới máu là 100%, cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân ChildPugh A và B. Ở nhóm bệnh nhân sử dụng kỹ thuật thông thường có tỉ lệ rối loạn huyết động khi tái tưới máu là 90.5%, cao hơn rõ rệt so với nhóm sử dụng kỹ thuật piggyback. Có sự khác biệt về điểm MELD, thời gian phẫu thuật và thời gian thiếu máu nóng giữa 2 nhóm trên. Không có sự khác biệt ý nghĩa về tuổi, thời gian thiếu máu lạnh, lượng máu mất và lượng chế phẩm máu truyền trong mổ giữa 2 nhóm.

Kết luận: Giai đoạn tái tưới máu trong ghép gan từ người cho chết não có nguy cơ cao gây tụt huyết áp và rối loạn huyết động và kỹ thuật kẹp tĩnh mạch chủ trong giai đoạn vô gan cũng góp phần làm tăng tỉ lệ các rối loạn đó, thậm chí rối loạn nặng đòi hỏi bác sỹ gây mê hồi sức phải thận trọng và sẵn sàng ứng phó với “hội chứng tái tưới máu” nghiêm trọng.

Từ khóa: *ghép gan, huyết động, hội chứng tái tưới máu, kỹ thuật thông thường, kỹ thuật piggyback, người cho chết não.*

Abstract:
**RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU CHU PHẪU Ở CÁC GIAI ĐOẠN GHÉP GAN Ở
NGƯỜI CHO SỐNG**

Trong quá trình ghép gan, tình trạng đông máu biến đổi sâu sắc và khác biệt rõ rệt giữa các giai đoạn, làm cho việc đánh giá và xử trí trở nên đặc biệt phức tạp. Trước phẫu thuật, bệnh nhân thường có giảm tiểu cầu và giảm tổng hợp các yếu tố đông máu do suy chức năng gan, trong khi yếu tố VIII và yếu tố von Willebrand (vWF) lại tăng cao do giảm thanh thải qua gan, tạo nên trạng thái “cân bằng mong manh” giữa nguy cơ chảy máu và huyết khối. Sang giai đoạn vô gan, khi gan bị loại bỏ hoàn toàn, quá trình tổng hợp các yếu tố đông máu và kháng đông như protein C, protein S, antithrombin III bị ngừng hẳn, đồng thời hoạt động tiêu sợi huyết tăng mạnh do phóng thích tPA từ nội mô và thiếu hụt PAI-1, dẫn đến mất cân bằng đông máu nghiêm trọng. Đến giai đoạn tái tưới máu, sự tái hoạt động của tuần hoàn qua gan ghép gây ra đợt phóng thích ồ ạt tPA cùng với giảm khả năng thanh thải, làm tiêu sợi huyết tăng đột biến, tiểu cầu bị tiêu thụ nhanh chóng, và các yếu tố đông máu, kháng đông chưa kịp phục hồi, khiến đây trở thành thời điểm rối loạn đông máu nặng nề nhất. Sự thay đổi nhanh chóng và đối nghịch của các cơ chế đông – tiêu sợi huyết qua từng giai đoạn khiến các xét nghiệm đông máu truyền thống như PT/INR không phản ánh chính xác tình trạng thực tế. Trong bối cảnh đó, các kỹ thuật đánh giá đàn hồi cục máu đông như ROTEM có thể cung cấp cái nhìn động học và toàn diện hơn về trạng thái đông máu, giúp định hướng truyền máu hợp lý, hạn chế can thiệp quá mức và cải thiện kết cục sau ghép gan.

Abstract:**CÁC BIỆN PHÁP LÀM GIẢM MÁT MÁU TRONG PHẪU THUẬT HIẾN GAN, TỪ GÓC NHÌN CỦA GÂY MÊ HỒI SỨC.**

Mất máu trong phẫu thuật cắt gan không chỉ gây ra hậu quả toàn thân như giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu và nguy cơ suy đa cơ quan, mà còn ảnh hưởng trực tiếp, nghiêm trọng đến chức năng phần gan còn lại sau mổ. Nhiều nghiên cứu khẳng định, lượng máu mất trong mổ là yếu tố dự báo độc lập cho nguy cơ suy gan sau cắt (post-hepatectomy liver failure – PHLF). Đặc biệt, mất máu >1.000–1.200 mL làm tăng nguy cơ PHLF từ 2–3 lần, đồng thời nhu cầu truyền máu làm gia tăng tỷ lệ tử vong ngắn hạn lên 20–30% so với các trường hợp không truyền. Các cơ chế bệnh sinh ghi nhận bao gồm: giảm tưới máu, thiếu oxy nhu mô gan còn lại, tổn thương nội mô xoang do thiếu máu–tái tưới, rối loạn vi tuần hoàn, phản ứng viêm do truyền máu... Tất cả đều góp phần làm giảm khả năng tái tạo và chuyển hóa của gan sau phẫu thuật. Do đó, kiểm soát và hạn chế mất máu, nhất là trong ghép gan sống, là mục tiêu trung tâm của gây mê hồi sức để bảo tồn chức năng gan và giảm biến chứng ở người hiến.

Về phương diện thực hành gây mê hồi sức, các biện pháp trọng tâm để giảm lượng máu mất trong mổ cắt gan gồm:

- Theo dõi huyết động theo mục tiêu, duy trì áp lực tĩnh mạch trung tâm thấp khi cắt nhu mô nhờ hạn chế dịch truyền, phối hợp vận mạch (bao gồm cả co mạch và giãn mạch) hợp lý để giữ huyết áp tưới máu để ưu tiên giảm dòng máu tĩnh mạch về gan mà vẫn đảm bảo tưới máu hệ thống
- Sử dụng kết quả ROTEM/TEG để định hướng điều chỉnh đông máu hợp lý.
- Sử dụng acid tranexamic, kiểm soát thân nhiệt và calci máu.
- Hạn chế tối đa truyền máu không cần thiết.

Những chiến lược trên đã được chứng minh giúp giảm lượng máu mất, cải thiện chức năng phần gan còn lại, và giảm tỷ lệ suy gan sau cắt gan trên thực tế lâm sàng. Tại Vinmec Times City, chúng tôi áp dụng các chiến lược đa mô thức này đã mang lại nhiều tiến bộ và kết quả tích cực, đặc biệt trong giảm mất máu ở người hiến gan sống, góp phần nâng cao an toàn và kết quả hậu phẫu cho bệnh nhân.

KẾT QUẢ GHÉP TIM VẬN CHUYỂN TỪ XA TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Đức Dũng^{1*}, Trần Như Bảo Lâm¹, Bùi Đức An Vinh¹, Võ Minh Tuệ¹, Trần Thanh Thái Nhân¹, Nguyễn Xuân Hùng¹, Trần Hoài Ân¹, Nguyễn Thị Cúc Nhật¹

1. Khoa Ngoại Lồng ngực Tim mạch, Bệnh viện Trung Ương Huế

***Liên hệ:**

Nguyễn Đức Dũng

Khoa Ngoại Lồng ngực Tim mạch, Bệnh viện Trung Ương Huế

SĐT: 0912641810

Email: ducdungsoi@gmail.com

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Ghép tim là giải pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối. Tại khu vực miền Trung nhu cầu ghép tim rất lớn trong khi nguồn tạng hiến còn khan hiếm. Ghép tim vận chuyển từ xa là phương pháp khả thi nhằm mở rộng nguồn tạng hiến và tăng cơ hội sống cho người bệnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu 19 trường hợp ghép tim xuyên Việt được thực hiện tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ 05/2018 đến 09/2025.

Kết quả: Có 19 trường hợp hiến tim, trong đó 5 trường hợp từ khu vực miền Nam và 14 trường hợp từ các tỉnh miền Bắc. Thời gian thiếu máu lạnh trung bình 302 ± 54 phút. Đặc điểm người nhận là nam giới chiếm 94,7%, tuổi trung bình $36,7 \pm 10,7$. Nguyên nhân suy tim giai đoạn cuối gồm 94,7% bệnh cơ tim giãn và 5,3% bệnh cơ tim xóp. Phân bố tỉ lệ nhóm máu A : B : O : AB lần lượt là 6 : 7 : 2 : 4. Có 2 trường hợp được chỉ định dobutamin liều thấp trước mổ, 1 bệnh nhân dùng 2 loại vận mạch liều cao, 3 bệnh nhân cần hỗ trợ ECMO sau ghép tim. Tỷ lệ sống sau 30 ngày 100%, chức năng thất trái hồi phục trở lại bình thường ở tất cả các trường hợp. Một bệnh nhân (5,3%) tử vong sau mổ 1,5 tháng do tự ý ngưng thuốc ức chế miễn dịch. Thời gian theo dõi trung bình $40,1 \pm 9,1$ tháng.

Kết luận: Ghép tim vận chuyển từ xa tại Bệnh viện Trung Ương Huế cho kết quả sống trung hạn tốt, khẳng định tính khả thi và hiệu quả của mô hình phối hợp ghép tim xuyên Việt.

Từ khóa: Ghép tim, vận chuyển từ xa

RESULT OF LONG-DISTANCE HEART TRANSPLANTATION AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Duc Dung^{1}, Tran Nhu Bao Lan¹, Bui Duc An Vinh¹, Vo Minh Tue¹, Tran Thanh Thai Nhan¹, Nguyen Xuan Hung¹, Tran Hoai An¹, Nguyen Thi Cuc Nhat¹*

1. Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Hue Central Hospital

***Corresponding to:**

Nguyen Duc Dung

Department of Cardiothoracic Surgery, Hue Central Hospital

Phone: +84 912 641 810

Email: *ducdungsoi@gmail.com*

ABSTRACT:

Introduction: Heart transplantation is the optimal treatment for patients with end-stage heart failure. In Central Vietnam, the demand for heart transplantation is high, while donor organ availability remains limited. Long-distance donor heart transplantation is a feasible approach to expand the donor pool and increase survival opportunities for patients.

Methods: A retrospective study was conducted on 19 cases of cross-country heart transplantation performed at Hue Central Hospital from May 2018 to September 2025.

Results: A total of 19 donor hearts were utilized, including 5 from Southern Vietnam and 14 from Northern provinces. The mean cold ischemic time was 302 ± 54 minutes. Among the recipients, 94.7% were male, with a mean age of 36.7 ± 10.7 years. The causes of end-stage heart failure included dilated cardiomyopathy (94.7%) and noncompaction cardiomyopathy (5.3%). The ratio of blood groups A, B, O, and AB was 6:7:2:4. Two patients received low-dose dobutamine preoperatively, one required two high-dose vasopressors, and three needed ECMO support after transplantation. The 30-day survival rate was 100%, with all patients demonstrating normal left ventricular function. One patient (5.3%) died 1.5 months postoperatively due to discontinuation of immunosuppressive therapy. The mean follow-up period was 40.1 ± 9.1 months.

Conclusion: Long-distance donor heart transplantation at Hue Central Hospital

achieved favorable mid-term survival outcomes, confirming the feasibility and effectiveness of the coordinated cross-regional heart transplantation model in Vietnam.

Keywords: Heart transplantation; Long-distance donor transport.

Kết quả trung và dài hạn bệnh nhân ghép tim

TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Kim Dân, Phạm Tiến Quân, Phùng Duy Hồng Sơn, Nguyễn Hữu Ước,

Khổng Tiến Bình,

Hoàng Trọng Hải, Nguyễn Quốc Kính, Dương Đức Hùng.

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả trung và dài hạn bệnh nhân (BN) sau phẫu thuật ghép tim và nhận xét một số nguyên nhân gây tử vong cho bệnh nhân tại bệnh viện Hữu Nghị (HN) Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu tiến cứu các ca ghép tim được thực hiện tại bệnh viện HN Việt Đức từ 04/2011 đến tháng 10/2023.

Kết quả: Có 48 BN trong tổng số 55 BN sống trên 1 năm sau ghép bao gồm 8 nữ, 40 nam, tuổi trung bình là 39 ± 16.0 (7-63 tuổi). Bệnh căn trước ghép là bệnh cơ tim giãn chiếm 38(79,2%), bệnh cơ tim hạn chế -3(6,2%), bệnh mạch vành-4(8,3%), bệnh tim bẩm sinh-1(2,1%), suy tim sau mổ thay van-2(4,2%). Phác đồ điều trị ức chế miễn dịch 3 thuốc CNI+MMF+Steroid chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm theo dõi (60,4% và 47%); phác đồ 4 thuốc duy trì nồng độ đáy thấp chiếm 27,1% và 17.6%; phác đồ Non-steroid chiếm 12.5% và 35.3%. Ở nhóm trung hạn: Tỷ lệ BN tăng huyết áp, suy thận, suy gan lần lượt là 33.3%; 33.3% và 6.3%; thải ghép cấp 18.7%; tiểu đường 12.5%, rối loạn lipid máu 31.2%. Tỷ lệ phát hiện hẹp mạch vành 10.4%; nhiễm trùng cơ hội 10 BN (20.8%) và 01 BN (2.1%) mắc ác tính. Nhóm dài hạn: Tỷ lệ BN tăng huyết áp, suy thận, suy gan lần lượt là 52.9%; 30.4% và 0%. Thải ghép cấp 5,9%; tiểu đường 33.3%; rối loạn lipid máu 41.2%. Tỷ lệ phát hiện hẹp vành là 5,9%; 02 BN mắc ác tính (11.8%). Siêu âm tim chức năng tim tốt ở cả 2 nhóm; tỷ lệ hở van 3 lá sau ghép lần lượt là 12,5% và 5,9%. 28 BN (58.3%) có công việc ổn định sau ghép với thời gian quay trở lại công việc sau PT là từ 3 – 6 tháng;

18.8% BN phụ thuộc gia đình (nhóm học sinh, sinh viên). Nhóm này tái nhập học sau 6-12 tháng, không cháu nào phải bỏ học vì lý do sức khỏe; 100% BN có thể tham gia hoạt động thường ngày. Tỷ lệ sống sau ghép đạt 79.2%, trong đó: Sống trên 1 năm, 3 năm lần lượt là: 48 BN (87.3%); 31 BN (64.6%); có 17 BN sống sau ghép 5 năm và 3 BN sống > 10 năm. Tỷ lệ tử vong chung: 10 BN (20.8%). Trong đó 04 BN thải ghép được chẩn đoán bằng sinh thiết cơ tim và 3 BN nghi ngờ dựa trên các bằng chứng lâm sàng và cận lâm sàng; 01 BN hẹp mạch vành sau ghép (CAV); 01 BN ung thư biểu mô tế bào nhỏ - phổi (1 BN) và 01 BN đột tử không rõ nguyên nhân. Kết luận: Ghép tim hiện vẫn là phương pháp điều trị tốt nhất cho BN suy tim giai đoạn cuối với kết quả trung và dài hạn tốt giúp kéo dài tuổi thọ và mang lại chất lượng cuộc sống rất tốt. Để quản lý BN tốt cần có sự phối hợp đa chuyên khoa trong điều trị các bệnh lý mắc phải sau ghép.

Từ khóa: Ghép tim; Chết não; Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

MEDIUM AND LONG-TERM OUTCOMES OF HEART TRANSPLANTATION AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Abstract

Introduction: This study aims to evaluate mid- and long-term outcomes and review some causes of death for patients after heart transplantation at Viet Duc University Hospital.

Patients and methods: This is a retrospective study of consecutive patients undergoing heart transplantation at Viet Duc University Hospital from April 2011 to October 2024.

Results: 48 patients who survived more than 1 year after transplantation included 8 women and 40 men, with a mean age of 39 ± 16.0 (7-63 years). The underlying disease before transplantation was dilated cardiomyopathy-38(79.2%), restrictive cardiomyopathy-6 (2%), coronary artery disease-8 (3%), congenital heart disease-2 (1%), and post-valve replacement heart failure-4 (2%). The 3-drug immunosuppressive regimen CNI + MMF + Steroid accounted for the highest rate in both follow-up groups (60,4% and 47%); the 4-drug regimen, maintaining low trough concentrations, accounted for 27,1% and 17,6%; the non-steroid regimen accounted for 12,5% and 35,3%. In the medium-term group: The rate of patients with hypertension, renal failure, and liver failure was 33.3%, 33.3%, and 6.3%; acute rejection 18.7%; diabetes 12.5%, dyslipidemia 31.2%. Coronary artery stenosis detection rate is 10.4%; opportunistic infections are 10 patients (20.8%), and 01 patients (2.1%) have malignancy. Long-term group: The rate of patients with hypertension, renal failure, and liver failure was 52.9%, 30.4%, and 0%, respectively. Acute rejection 5.9%; diabetes 33.3%; dyslipidemia 41.2%. Coronary artery stenosis detection rate was 5.9%; 02 patients with malignancy (11.8%). Echocardiography showed good cardiac function in both groups; tricuspid

regurgitation rate after transplantation was 12.5% and 5.9%, respectively. 28 patients (58.3%) had stable jobs after transplantation, with a return-to-work time after surgery of 3-6 months; 18.8% of patients were dependent on their families (pupils, students). This group re-entered school after 6-12 months; none of them had to drop out of school for health reasons; 100% of patients could participate in daily activities. The survival rate after transplantation was 79.2%, of which: Survival over 1 year, 3 years was 48 patients (87.3%), 31 patients (64.6%); 17 patients survived 5 years after transplantation, and 3 patients survived > 10 years. Overall mortality rate: 10 patients (20.8%). Of which, 04 patients had graft rejection diagnosed by myocardial biopsy, and 3 patients were suspected based on clinical and paraclinical evidence; 01 patient had coronary artery stenosis after transplantation (CAV); 01 patient with small cell lung carcinoma (1 patient), and 01 patient with sudden death of unknown cause.

Conclusion: Heart transplant from a brain-dead donor at Viet Duc University Hospital gives good mid- and long-term results, equivalent to results in the world. The quality of life after transplant changes very clearly and returns to normal life. For good management and care, multidisciplinary coordination is required in the treatment of post-transplant diseases.

Key words: Heart transplantation, Brain dead donors, Viet Duc University Hospital

ECMO TRONG GHÉP TIM: KINH NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Tiến Quân

Nơi công tác: Khoa HSTC Tim Mạch – Lồng

Ngực

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: ECMO (Oxy hoá màng ngoài cơ thể) được sử dụng ngày càng phổ biến trong ghép tim (HTx), đặc biệt được sử dụng như chiến lược bắc cầu đến HTx ở bệnh nhân (BN) suy tim giai đoạn cuối. Sau khi Chính sách phân bổ tim mới của Mạng lưới chia sẻ tạng thống nhất (UNOS), Mỹ được sửa đổi vào năm 2018. BN được hỗ trợ ECMO xếp vào mức ưu tiên cao nhất, đã giúp giảm thời gian chờ ghép, kết quả sau ghép tương đương với nhóm BN không ECMO trước ghép. Điều này đã thúc đẩy việc sử dụng ECMO làm cầu nối đến HTx tăng vọt so với trước 2018. Với các nước có nguồn lực tài chính hạn chế, nguồn tim hiến cao thì chiến lược ECMO bắc cầu đến HTx là lựa chọn hợp lý.

Báo cáo các trường hợp: Trường hợp 1, BN nữ 29 tuổi, chẩn đoán sốc tim không hồi phục do viêm cơ tim cấp, ECMO 14 ngày và rút ECMO không thành công, chuyển HTx. Sau ghép tim 2 ngày thì rút ECMO, ngày thứ 3 rút ống nội khí quản (NKQ) và ra viện sau 26 ngày. Trường hợp 2, BN nữ 20 tuổi, suy tim giai đoạn cuối do bệnh cơ tim chu sản, ECMO hỗ trợ đến HTx ngay sau khi bị ngừng tim. BN được HTx sau chạy ECMO 3 ngày. Sau ghép, BN tiến triển tốt, rút ECMO sau 3 ngày, rút NKQ sau ghép 5 ngày, ngày thứ 14 test Dengue (+) điều trị ổn và ra viện sau 35 ngày. Trường hợp 3, BN nữ 61 tuổi, sốc tim không hồi phục sau mổ bệnh cơ tim phì đại, được HTx sau ECMO 25 ngày. Trước ghép có viêm phổi do *A.baumannii* MDR, viêm đường tiết niệu do *C.albicans*, kháng sinh theo kháng sinh đồ và nhiễm trùng đã được kiểm soát ngay trước ghép. Sau ghép bị nhiễm trùng vùng đặt canuyn ECMO do *K.pneumonia* MDR, điều trị kháng sinh kéo dài, hết nhiễm trùng phải vá da và BN ổn định, ra viện sau 81 ngày. Từ kết quả các nghiên cứu cho thấy: ECMO bắc cầu đến ghép tim, đặc biệt thời gian ECMO trước ghép < 7 ngày cho kết quả tương đồng với nhóm BN ghép tim không ECMO, hiện nay sử dụng ECMO bắc cầu đến ghép tim ngày càng tăng nhanh.

Kết luận: Chiến lược ECMO bắc cầu đến HTx được sử dụng ngày càng tăng sau thay đổi của UNOS năm 2018, giúp rút ngắn thời gian chờ ghép và kết quả sau ghép đạt mức như với BN không ECMO.

Từ khoá: Ghép tim, ECMO, ECMO bắc cầu đến ghép tim

ECMO IN HEART TRANSPLANTATION: EXPERIENCE FROM VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT:

Background: Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) has become increasingly common in heart transplantation (HTx), particularly as a bridging strategy to HTx in patients with end-stage heart failure. Following the 2018 revision of the United Network for Organ Sharing (UNOS) heart allocation policy in the United States, patients supported with ECMO were assigned the highest priority status, resulting in shorter waiting times and post-transplant outcomes comparable to those without pre-transplant ECMO. This policy change has led to a significant rise in ECMO use as a bridge to HTx. In countries with limited financial resources but relatively high donor heart availability, ECMO bridging to HTx represents a reasonable strategy.

Case reports: Case 1: A 29-year-old female with irreversible cardiogenic shock due to acute myocarditis received ECMO support for 14 days. After unsuccessful ECMO weaning, she underwent HTx. ECMO was removed on postoperative day 2, extubation was achieved on day

3, and she was discharged after 26 days. Case 2: A 20-year-old female with end-stage heart failure secondary to peripartum cardiomyopathy underwent ECMO support following cardiac arrest and received HTx after 3 days on ECMO. Post-transplant recovery was favorable: ECMO removal on day 3, extubation on day 5, Dengue fever diagnosed and treated on day 10, and

discharge after 35 days. Case 3: A 61-year-old female with refractory cardiogenic shock after surgery for hypertrophic cardiomyopathy received HTx after 25 days on ECMO. Pre-transplant infections (MDR *A. baumannii* pneumonia and *C. albicans* urinary tract infection) were treated successfully. Post-transplant, the patient developed MDR *K. pneumoniae* infection at the ECMO cannulation site, which resolved after prolonged antibiotic therapy and skin grafting;

she was discharged after 81 days. Previous studies have shown that ECMO bridging to HTx, especially when ECMO duration is less than 7 days before transplantation, yields outcomes comparable to non-ECMO HTx recipients. ECMO as a bridge to HTx is now increasingly adopted worldwide.

Conclusion: The use of ECMO as a bridge to HTx has increased markedly following the 2018 UNOS policy change, leading to shorter waiting times and post-transplant outcomes comparable to non-ECMO recipients.

Keywords: Heart transplantation, ECMO, ECMO bridge to heart transplantation

NHIỄM NẤM ASPERGILLUS XÂM LẤN: BIẾN CHỨNG NGHIÊM TRỌNG Ở BỆNH NHÂN GHEP GAN

Báo cáo viên: Ngô Đình Trung – Khoa Hồi sức Ngoại khoa và ghép tạng, Bệnh viện Trung ương quân đội 108.

TÓM TẮT

Nhiễm nấm *Aspergillus* xâm lấn (Invasive Aspergillosis – IA) là biến chứng hiếm gặp nhưng có tỷ lệ tử vong rất cao ở bệnh nhân ghép gan. Báo cáo trình bày ba trường hợp lâm sàng tại Khoa Hồi sức Ngoại khoa và Ghép tạng, Bệnh viện TWQĐ 108. Các bệnh nhân đều mắc viêm gan B mạn tính, tiến triển đến hội chứng suy gan cấp trên nền mạn (ACLF) và được chỉ định ghép gan. IA được phát hiện sớm qua hình ảnh CT ngực (dấu hiệu halo), cấy đờm, kháng nguyên galactomannan, PCR và các biểu hiện lâm sàng đặc trưng.

Ca thứ nhất và thứ ba có diễn tiến nhanh, tổn thương phổi và thần kinh trung ương nặng, không đáp ứng điều trị chống nấm (voriconazole $\pm$ echinocandin) và tử vong. Ngược lại, ca thứ hai được chẩn đoán sớm sau ghép nhờ nội soi phế quản, cấy đờm và CT phổi. Sau điều trị bằng isavuconazole phối hợp anidulafungin, tình trạng nhiễm trùng cải thiện rõ rệt và bệnh nhân phục hồi tốt.

Phản tổng quan báo cáo làm rõ đặc điểm dịch tễ học, yếu tố nguy cơ (suy miễn dịch, thở máy, lọc máu...), chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm sinh học, cũng như các phác đồ điều trị hiện nay. Voriconazole là lựa chọn điều trị hàng đầu; phối hợp thuốc được khuyến nghị ở ca nặng hoặc kháng thuốc. Dự phòng có mục tiêu cần được triển khai ở nhóm nguy cơ cao.

Phát hiện sớm và xử trí kịp thời IA là yếu tố quyết định tiên lượng ở bệnh nhân ghép gan.

HỒI SỨC VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN GHÉP GAN CẤP CỨU DO ACLF/BỆNH NHÂN GHÉP THẬN: BÁO CÁO CA BỆNH

Tác giả: BSKKI. Nguyễn Thanh Nga – Trung tâm Ghép tạng, Bệnh viện Quân y 103

1. Đặt vấn đề

Ghép gan cấp cứu là phương pháp điều trị duy nhất giúp cải thiện tiên lượng sống ở bệnh nhân suy gan cấp hoặc suy gan cấp trên nền mạn (ACLF). Tuy nhiên, ghép gan ở bệnh nhân đã từng ghép thận trước đó là tình huống rất hiếm gặp, tiềm ẩn nhiều nguy cơ và thách thức: rối loạn miễn dịch, tương tác thuốc ức chế miễn dịch, và nguy cơ nhiễm trùng cơ hội cao.

2. Ca bệnh

Bệnh nhân nam, 41 tuổi, tiền sử ghép thận 8 năm, bệnh thận mạn giai đoạn 3, viêm gan B mạn tính, điều trị entecavir nhưng tự ngưng thuốc 6 tuần trước nhập viện. Bệnh nhân nhập viện trong tình trạng vàng da, ngứa gà; xét nghiệm: Bilirubin 282 $\mu\text{mol/L}$, PT 23%, APTT 65s, lactat 3 mmol/L, creatinine 485 $\mu\text{mol/L}$ – chẩn đoán ACLF do viêm gan B (MELD 38, AARC 12). Bệnh nhân được chỉ định ghép gan cấp cứu từ người cho sống không cùng huyết thống. Trong mô phải lọc máu liên tục do vô niệu.

3. Diễn biến sau ghép

- 4 ngày đầu: bệnh nhân hồi phục tốt, tỉnh táo, chức năng gan cải thiện, đã rútNKQ ngày thứ 2.

- Ngày thứ 5: xuất hiện giảm tiểu cầu nặng, đột ngột ($<10 \text{ G/L}$) kèm xuất huyết niêm mạc. Nghi ngờ giảm tiểu cầu miễn dịch, xử trí: ngừng thuốc nghi ngờ (Ceftaroline, Biseptol, Lovenox), điều trị IVIG 0,2 mg/kg/ngày x 5 ngày, Solumedrol 80 mg/ngày, truyền khối tiểu cầu, và ganciclovir do phát hiện CMV dương tính.

- Ngày thứ 14: bệnh nhân sốt cao, ho khạc đờm hồng, CLVT ngực: tổn thương đông đặc tạo hang; Galactomannan huyết thanh dương tính $\rightarrow$ chẩn đoán nhiễm nấm *Aspergillus* phổi xâm lấn, điều trị Voriconazole, bệnh nhân cải thiện sau 3 ngày.

4. Bàn luận

Giảm tiểu cầu sau ghép gan là biến chứng thường gặp nhưng giảm tiểu cầu nặng $<10 \text{ G/L}$ là hiếm. Nguyên nhân có thể bao gồm: pha loãng máu, giảm sinh tiểu cầu do giảm TPO, tăng bắt giữ ở lách hoặc tế bào Kupffer, tác dụng thuốc, cơ chế miễn dịch, hoặc nhiễm trùng (CMV, nấm). Trong nhóm bệnh nhân suy gan cấp, điểm MELD cao kèm theo có bệnh thận mạn tính sau ghép thận làm tăng nguy cơ tổn thương thận cấp trong và sau ghép tạng yêu cầu phải lọc máu liên tục trong và sau ghép, việc dùng kéo dài thuốc ức chế miễn dịch làm tăng nguy cơ nhiễm nấm cơ hội,

đặc biệt là *Aspergillus*, với tỷ lệ tử vong cao. Điều trị sớm bằng Voriconazole giúp cải thiện tiên lượng rõ rệt.

5. Kết luận

Ghép gan cấp cứu ở bệnh nhân đã ghép thận là tình huống đặc biệt, có thể thực hiện thành công nếu được hồi sức và theo dõi sát. Giảm tiểu cầu nặng sau ghép cần được đánh giá toàn diện để loại trừ nguyên nhân thuốc – miễn dịch – nhiễm trùng. Nhiễm *Aspergillus* phổi xâm lấn là biến chứng nặng, cần chẩn đoán sớm bằng galactomannan và hình ảnh học, đồng thời điều trị kịp thời bằng Voriconazole nhằm cải thiện tiên lượng bệnh nhân và bảo tồn mảnh ghép.

QUẢN LÝ HỒI SỨC SAU GHÉP GAN: KINH NGHIỆM TỪ 10 TRƯỜNG HỢP ĐẦU TIÊN

Nguyễn Quang Tường- Nguyễn Việt Đăng Khoa- Lê Thị Thanh Hoa- Hồ Thị Cẩm Vy

Lê Đình Hào- Lê Quang Anh- Lại Huy Vinh- Nguyễn Văn Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả cận lâm sàng trong giai đoạn hồi sức sớm sau ghép gan từ người hiến sống tại Bệnh viện Quân y 175. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca hồi cứu được thực hiện tại Khoa Hồi sức tích cực Ngoại, Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 12/2024 đến tháng 10/2025. Mười bệnh nhân ghép gan từ người hiến sống được theo dõi từ ngày trước phẫu thuật (N-1) đến ngày thứ tư hậu phẫu (N+4), bao gồm các chỉ số về huyết động, hô hấp, chức năng gan ghép và biến chứng sớm. **Kết quả:** Mười bệnh nhân nam; tuổi trung vị 52 [21–68] năm; điểm MELD 11 [7–31]. Ung thư biểu mô tế bào gan và xơ gan mỗi loại chiếm 60%. Thời gian nằm ICU trung vị 9 [5–18] ngày. Huyết động ổn định sau 49,25 ± 12,41 giờ; 37,5% cần thuốc vận mạch. AST và ALT đạt đỉnh khoảng 640 và 520 U/L trong 24–48 giờ đầu, giảm rõ sau 72 giờ. Rút ống nội khí quản sớm đạt 60%. Biến chứng gồm: suy thận cấp (30%), mạch máu (20%), chảy máu (20%), tim mạch (20%); không ghi nhận thải ghép hay tử vong. **Kết luận** Kết quả bước đầu cho thấy quá trình hồi sức sau ghép gan từ người hiến sống tại Bệnh viện Quân y 175 có tính an toàn, khả thi và tỷ lệ biến chứng sớm ở mức chấp nhận được với giai đoạn triển khai ban đầu. Nghiên cứu cung cấp dữ liệu nền giúp hoàn thiện quy trình chăm sóc hồi sức và định hướng cho các nghiên cứu tiếp theo.

Từ khóa: Ghép gan từ người hiến sống, hồi sức sau ghép gan, chăm sóc ICU, biến chứng sau ghép gan.

EARLY OUTCOME OF INTENSIVE CARE MANAGEMENT FOLLOWING LIVER TRANSPLANTATION

Objective: To describe the clinical characteristics and paraclinical results during the early intensive care period after living donor liver transplantation at 175 Military Hospital.

Methods: A retrospective case series study was conducted at the Surgical Intensive Care Unit, 175 Military Hospital, from December 2024 to October 2025. Ten patients undergoing living donor liver transplantation were monitored from the day before surgery (D-1) to the fourth postoperative day (D+4), including indicators for hemodynamics, respiration, graft function, and early complications.

Results: Ten male patients; median age 52 [21–68] years; MELD score 11 [7–31]. Hepatocellular carcinoma and cirrhosis each accounted for 60%. Median ICU stay was 9 [5–18] days. Hemodynamic stability was achieved after 49.25 ± 12.41 hours; 37.5% required vasopressors. AST and ALT peaked at approximately 640 and 520 U/L in the first 24–48 hours, decreasing significantly after 72 hours. The early extubation rate was 60%. Complications included: acute kidney injury (30%), vascular (20%), bleeding (20%), and cardiovascular (20%); no graft rejection or mortality was recorded.

Conclusion: The initial results indicate that the intensive care management process after living donor liver transplantation at 175 Military Hospital is safe, feasible, and has an acceptable rate of early complications for the initial implementation phase. The study provides baseline data to help refine the intensive care protocol and guide future research.

Keywords: *Living donor liver transplantation, post-transplant intensive care, ICU care, post-transplant complications.*

BIẾN ĐỔI HUYẾT ĐỘNG TRONG GÂY MÊ HỒI SỨC GHÉP GAN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG: MÔ TẢ LOẠT CA BỆNH

Nguyễn Quang Nhật, Phùng Văn Việt, Bùi Công Đoàn, Nguyễn Thị Diệu Thảo, Nguyễn Hồng Ngọc Cẩm, Hoàng Thị Huế.

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá sự biến đổi huyết động trong các giai đoạn của phẫu thuật ghép gan từ người cho sống (LDLT).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 08 bệnh nhân phẫu thuật LDLT tại Bệnh viện Quân y 175 (12/2024 - 06/2025). Các bệnh nhân được theo dõi huyết động xâm lấn liên tục bằng hệ thống FloTrac. Các thông số huyết động, lactate máu, thể tích nước tiểu và liều vận mạch được ghi nhận tại các thì phẫu thuật then chốt.

Kết quả: Biến đổi huyết động rõ rệt bắt đầu từ thì vô gan. Thì vô gan ghi nhận xu hướng co mạch, chỉ số sức cản mạch máu hệ thống (SVRI) tăng 13%. Ngược lại, thì tái tưới máu ghi nhận xu hướng giãn mạch hệ thống: SVRI giảm 38%, cung lượng tim tăng (CI tăng 49% và SVI tăng 25%). Đòi hỏi can thiệp vận mạch: Noradrenaline liều cao ($\approx 0,09$ mcg/kg/phút) và Adrenaline bolus (10-30 mcg) duy trì huyết áp.

Kết luận: Thì vô gan và đặc biệt là thì tái tưới máu là hai giai đoạn thách thức nhất về quản lý huyết động trong LDLT. Sự chuyển đổi đột ngột từ tình trạng co mạch (vô gan) sang giãn mạch hệ thống (tái tưới máu) kèm tăng cung lượng tim, là đặc điểm chính, tiềm ẩn nguy cơ biến cố tim mạch nghiêm trọng.

Từ khóa: huyết động, ghép gan, gây mê hồi sức, FloTrac.

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HỒI SỨC SAU GHÉP THẬN
TỪ NGƯỜI CHO SỐNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175**

**Phạm Quách Tuấn Anh^{1*}, Trần Quốc Việt¹, Nguyễn Việt Cường¹
Hồ Ngọc Phát¹, Dương Minh Tú¹, Hồ Thị Cẩm Vi¹
Luu Việt Tính¹, Nghiêm Tấn Phú¹**

¹Bệnh viện Quân y 175

***Tác giả liên hệ: Phạm Quách Tuấn Anh (bs.tuananh.bv175@gmail.com)**

Ngày nhận bài: 22/9/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 8/10/2025

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá biến chứng ở giai đoạn hồi sức sau ghép thận từ người hiến sống tại Bệnh viện Quân y 175.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả tiến hành trên 50 người bệnh (NB) được phẫu thuật ghép thận từ người cho sống tại Khoa Hồi sức Ngoại, Bệnh viện Quân y 175. Thu thập dữ liệu bệnh án người bệnh ≥ 18 tuổi sau ghép thận từ tháng 7/2023 - 6/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình là $42,3 \pm 12,1$; nam chiếm 68%; BMI trung bình $21,35 \pm 2,52$ kg/m². Hầu hết có bệnh nền mãn tính và thời gian lọc máu trước ghép dài. Sau mổ, không ghi nhận biến chứng hô hấp nặng. Có 2% cần dùng thuốc vận mạch. Tăng huyết áp cần điều trị gấp ở 86% trường hợp. Đa niệu và rối loạn điện giải xuất hiện sớm sau mổ nhưng cải thiện nhanh, nồng độ ure và creatinine gần bình thường sau 3 ngày. Có 6 người bệnh (12%) ghi nhận biến chứng bao gồm 2 ca chảy máu phải mổ lại, 2 ca tụ dịch bạch huyết, 2 ca thải ghép cấp.

Kết luận: Ghép thận từ người cho sống trong giai đoạn hồi sức sau mổ còn tiềm ẩn nhiều biến chứng. Theo dõi sát sau mổ là cần thiết để phát hiện, xử trí kịp thời, góp phần nâng cao kết quả điều trị.

Từ khóa: Ghép thận; Hồi sức sau mổ; Biến chứng; Người cho sống.

EVALUATION OF POSTOPERATIVE CRITICAL CARE OUTCOMES FOLLOWING LIVING-DONOR KIDNEY TRANSPLANTATION AT MILITARY HOSPITAL 175

Abstract

Objectives: To describe clinical and paraclinical characteristics and to evaluate complications during postoperative critical care after living donor kidney transplantation at Military Hospital 175.

Methods: A retrospective, descriptive study was conducted on 50 patients who underwent living donor kidney transplantation at the Surgical ICU of Military Hospital 175, including patients ≥ 18 years who underwent kidney transplantation from July 2023 to June 2025.

Results: Mean age 42.3 ± 12.1 years; 68% male; mean BMI 21.35 ± 2.52 kg/m². Most had chronic comorbidities and prolonged pre-transplant dialysis. No severe respiratory complications occurred postoperatively. Vasopressor support was needed in 2% of cases. Hypertension requiring treatment was observed in 86% of cases. Early postoperative polyuria and electrolyte disturbances occurred but resolved quickly; serum urea and creatinine levels approached near-normal values by day 3. Complications were observed in 12% of patients (n = 6): postoperative bleeding requiring reoperation (n = 2), lymphocele (n = 2), and acute rejection (n = 2).

Conclusion: Living donor kidney transplantation carries considerable complication risks during the post-resuscitation period. Close postoperative monitoring is essential for timely detection and intervention to optimize outcomes.

Keywords: Kidney transplant; Postoperative intensive care; Complications; Living donor.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU VỀ GÂY Mê HỒI SỨC TRONG PHẪU THUẬT GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Phạm Văn Đông¹, Lê Văn Dũng¹, Nguyễn Minh Vũ², Phạm Thanh Phong², Thái Đắc Vinh², Nguyễn Thanh Liêm², Nguyễn Hữu Nghiệm², Lưu Tuyết Kiều²

1. Bệnh viện Chợ Rẫy

2. Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ

ĐT: 0939.088.579, Email: canthobacsiliemnckh@gmail.com

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Ghép thận là một phẫu thuật phức tạp vì bệnh nhân bị suy thận giai đoạn cuối thường có bệnh lý đi kèm, có thể là do suy thận gây nên do đó đòi hỏi phải lập kế hoạch gây mê tỉ mỉ để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và chức năng của thận ghép được tối ưu. Tại bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần thơ, từ tháng 5/2024 đến 10/2025 với sự chuyển giao khoa học kỹ thuật từ bệnh viện Chợ Rẫy chúng tôi đã thực hiện 12 cặp ghép thận từ người sống hiến thận cho bệnh nhân suy thận cần ghép thận. Trong quá trình thực hiện gây mê chúng tôi đã sử dụng qui trình gây mê ghép thận của bệnh viện Chợ Rẫy, ERAS trong ghép thận, thuốc mê hô hấp Desflurane theo qui tắc 6-6-6 bước đầu cho kết quả rất tích cực.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu về gây mê, thoát mê, chăm sóc sau mổ ở các BN ghép thận.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, Thực hiện gây mê trên 12 bệnh nhân ghép thận tại bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu. Các biến số thu thập là thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật, thức tỉnh trong mổ, thời gian thoát mê, thời gian rút ống nội khí quản, thể tích thuốc mê sử dụng, thể tích dịch trong mổ, thời gian chuyển đến phòng hồi sức sau mổ, thời gian chuyển ra khỏi phòng hồi sức, mức độ an thần khi chuyển đến phòng hồi sức sau mổ, tỷ lệ nôn ói sau mổ, thang điểm đau VAS tại phòng hồi sức sau mổ, thang điểm đau VAS khi chuyển ra phòng hồi sức, sự hài lòng của người bệnh.

Kết Quả: Thời gian gây mê trung bình 300 ± 43 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình là 286.2 ± 42.7 phút. Không có trường hợp nào thức tỉnh trong mổ. Thời gian thoát mê ở nhóm hiến là 5.5 ± 1 phút. Thời gian rút ống nội khí là 8.08 ± 0.6 phút. Thể tích thuốc mê desflurane sử dụng trong 1 giờ là 19.9 ± 2.3 ml. Tổng lượng dịch truyền trong mổ là 3383.33 ± 392.1 ml. Thời gian chuyển đến phòng hồi sức sau mổ là 18.17 ± 2.4 phút, Thời gian chuyển bệnh nhân ra khỏi phòng hồi sức là 340.83 ± 38.9 phút. Tại phòng hồi sức có 11(91.7%) bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo chỉ có 1 (8.3%) bệnh nhân có mức an thần 1. Sau mổ có 10 (83.3%) bệnh nhân không có triệu chứng buồn hay nôn chỉ có 2 (16.7%) bệnh nhân có triệu chứng nhẹ không cần phải điều trị. Thang điểm đau tại hồi sức VAS = 0 có 8 (66.7%)

bệnh nhân VAS = 1 có 4 (33.7%) bệnh nhân. Thang điểm đau khi chuyển bệnh nhân ra khỏi phòng hồi sức VAS = 0 có 8 (66.7%) bệnh nhân, VAS = 1 có 3 (25%) bệnh nhân VAS = 2 có 1 (8.3%). 100% bệnh nhân đều đánh giá là rất hài lòng và hài lòng.

Kết luận: Gây mê với thuốc mê hô hấp Desflurane theo qui tắc 6-6-6, thực hiện ERAS giúp bệnh nhân ghép thận mê nhanh, tỉnh mê nhanh, chất lượng tỉnh mê tốt.

Từ khóa: Gây mê ghép thận, ERAS, Desflurane

INITIAL EVALUATION OF RESULTS OF ANESTHESIA AND RESUSCITATION IN KIDNEY TRANSPLANT SURGERY AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

SUMMARY

BACKGROUND: Kidney transplantation is a complex surgery, patients with end-stage renal failure and comorbidities that may be caused by renal failure, therefore requiring meticulous anesthesia planning to ensure patient safety and optimal kidney function. At Can Tho Central General Hospital, from May 2024 to October 2025, with the transfer of science and technology from Cho Ray Hospital, we performed 12 pairs of kidney transplants from living donors to patients with renal failure requiring kidney transplants. During the anesthesia process, we used Cho Ray Hospital's kidney transplant anesthesia process, ERAS in kidney transplantation, and Desflurane respiratory anesthesia according to the 6-6-6 principle, which initially gave very positive results.

PURPOSE: Initial assessment of anesthesia, recovery, and postoperative care in kidney transplant patients.

OBJECTS AND METHODS: Cross-sectional descriptive study, Anesthesia was performed on 12 kidney transplant patients at Can Tho Central General Hospital during the study period. The collected variables were anesthesia time, surgery time, intraoperative awakening, anesthesia recovery time, endotracheal tube removal time, anesthetic volume used, intraoperative fluid volume, transfer time to the postoperative recovery room, transfer time out of the recovery room, sedation level when

transferred to the postoperative recovery room, postoperative vomiting rate, VAS pain score in the postoperative recovery room, VAS pain score when transferred out of the recovery room, and patient satisfaction.

RESULTS: The average anesthesia time was 300 ± 43 minutes. The average surgery time was 286.2 ± 42.7 minutes. There was no case of awakening during surgery. The anesthesia emergence time in the donor group was 5.5 ± 1 minute. The time to remove the endotracheal tube was 8.08 ± 0.6 minutes. The volume of desflurane used in 1 hour was 19.9 ± 2.3 ml. The total amount of fluid infused during surgery was 3383.33 ± 392.1 ml. The time to transfer to the recovery room after surgery was 18.17 ± 2.4 minutes. The time to transfer the patient out of the recovery room was 340.83 ± 38.9 minutes. In the recovery room, 11 (91.7%) patients were completely awake, only 1 (8.3%) patient had sedation level 1. After surgery, 10 (83.3%) patients had no symptoms of nausea or vomiting, only 2 (16.7%) patients had mild symptoms that did not require treatment. Pain score in the recovery room VAS = 0 had 8 (66.7%) patients, VAS = 1 had 4 (33.7%) patients. Pain score when transferring patients out of the recovery room VAS = 0 had 8 (66.7%) patients, VAS = 1 had 3 (25%) patients, VAS = 2 had 1 (8.3%). 100% of patients rated as very satisfied and satisfied.

CONCLUSIONS: Anesthesia with Desflurane inhalation anesthetic according to the 6-6-6 principle, performing ERAS helps patients to become anesthetized quickly, wake up quickly, and have good quality of anesthesia.

Key word: Anesthesia for kidney transplant surgery, ERAS, Desflurane

KẾT QUẢ GHÉP GIÁC MẠC XUYÊN TỪ NGƯỜI CHO CHẾT NÃO TẠI KHOA MẮT BỆNH VIỆN CHỢ RẪY GIAI ĐOẠN 2015 - 2024

*Ngô Văn Hồng, Vũ Tuấn Sơn, Nguyễn Thụy Đan và cộng sự
Khoa Mắt, bệnh viện Chợ Rẫy*

I. Mục tiêu nghiên cứu

Báo cáo kết quả ghép giác mạc xuyên từ người cho chết não tại khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy trong 10 năm (2015-2024). Nghiên cứu nhằm xác định các chỉ định ghép giác mạc thường gặp, phân tích tỷ lệ thành công và các biến chứng sau phẫu thuật.

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca trên 35 mắt của 33 bệnh nhân đã được ghép giác mạc xuyên tại khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ năm 2015 đến 2024. 100% giác mạc được thu nhận từ người cho chết não, được bảo quản trong dung dịch Optisol ở 2-8°C và được ghép trong vòng 24 - 48 giờ. Dữ liệu về chỉ định ghép giác mạc, thị lực trước và sau mổ, tình trạng mảnh ghép và biến chứng được thu thập từ hồ sơ bệnh án.

III. Kết quả nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 54,41, tỷ lệ nam/nữ là 0.52. Có 2 mắt (5,71%) được thực hiện phẫu thuật kết hợp ghép giác mạc xuyên và phẫu thuật thủy tinh thể. Chỉ định phẫu thuật phổ biến nhất là sẹo giác mạc sau viêm loét nhiễm trùng (31/35 mắt, 88,57%). Trước phẫu thuật, 100% bệnh nhân (35/35 mắt) có thị lực rất kém (từ mức BBT - <ĐNT 1m). Tại thời điểm 1 năm sau phẫu thuật, 100% bệnh nhân có thị lực cải thiện ($\geq$ ĐNT 1m) và 100% có mảnh ghép còn trong suốt. Tại thời điểm theo dõi cuối cùng, tỷ lệ mảnh ghép còn trong suốt là 77,14% (27/35 mắt), tương ứng với 77,14% số mắt duy trì thị lực cải thiện. Tỷ lệ biến chứng muộn (gây đục mảnh ghép) là 22,86% (8/35 mắt). Không ghi nhận biến chứng sớm sau phẫu thuật.

IV. Kết luận

Ghép giác mạc từ người cho chết não mang lại hiệu quả về mặt giải phẫu và chức năng, với tỷ lệ thành công 100% tại thời điểm 1 năm. Chỉ định ghép giác mạc thường gặp nhất là sẹo giác mạc do viêm loét. Tỷ lệ thành công chung tại thời điểm theo dõi cuối cùng là 77,14%.

Từ khóa: ghép giác mạc xuyên, người cho chết não

Liên lạc: BSCKII. Ngô Văn Hồng, điện thoại: 0903668081

Email: drngohong@gmail.com

**CLINICAL OUTCOMES OF PENETRATING KERATOPLASTY
USING CORNEAL GRAFTS FROM BRAIN-DEAD DONORS
AT THE DEPARTMENT OF OPHTHALMOLOGY, CHO RAY HOSPITAL
(2015 - 2024)**

Hong Van Ngo, Son Tuan Vu, Dan Thuy Nguyen, et al.
Department of Ophthalmology, Cho Ray Hospital

I. Objective

To report the clinical outcomes of penetrating keratoplasty (PKP) using grafts from brain-dead donors at the Department of Ophthalmology, Cho Ray Hospital, over a 10-year period (2015-2024). The study aimed to identify common indications for PKP, to analyze success rates and postoperative complications.

II. Materials and Methods

This retrospective, descriptive case series included 35 eyes of 33 patients who underwent PKP between 2015 and 2024. All donor corneas were obtained from brain-dead donors, preserved in Optisol-GS at 2-8°C, and transplanted within 24 - 48 hours. Data on surgical indications, preoperative and postoperative visual acuity, graft status, and complications were collected from medical records.

III. Results

The mean patient age was 54.41 years, with a male to female ratio of 0.52. Two eyes (5.71%) underwent combined PKP and cataract surgery with intraocular lens implantation. The most common indication for PKP was corneal scarring secondary to infectious keratitis (31/35 eyes, 88.57%). Preoperatively, all eyes had very poor vision, ranging from Hand Movement (HM) to less than Counting Fingers (CF) at 1 meter. At 1-year follow-up, 100% of patients achieved visual improvement ($\geq$ CF at 1m), and all grafts maintained clear. At the final follow-up, the graft clarity rate was 77.14% (27/35 eyes), corresponding to 77.14% of eyes maintaining improved vision. The late complication rate (causing graft opacification) was 22.86% (8/35 eyes). No early postoperative complications were recorded.

IV. Conclusion

Penetrating keratoplasty using corneas from brain-dead donors provides excellent anatomical and functional outcomes, with a 100% success rate at the 1-year follow-up. The most common indication was corneal scarring due to infectious keratitis. The overall success rate at the final follow-up was 77.14%.

Keywords: penetrating keratoplasty, brain-dead donors.

NHÂN 02 TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT PHỐI HỢP GHEP GIAC MAC XUYEN VỚI LẤY THỦY TINH THỂ VÀ ĐẶT THỦY TINH THỂ NHÂN TẠO

Ngô Văn Hồng^{1*}, Vũ Tuấn
Son*

Đặt vấn đề: Phẫu thuật phối hợp ghép giác mạc xuyên với lấy thủy tinh thể (TTT) đục và đặt thủy tinh thể nhân tạo là phương pháp điều trị tối ưu trong các trường hợp bệnh nhân vừa có sẹo giác mạc, vừa có đục thủy tinh thể.

Mục tiêu: khôi phục tính chất trong suốt của giác mạc, thay TTT đục bằng TTT nhân tạo trong cùng một cuộc phẫu thuật. Giúp giảm số lần phẫu thuật, và rút ngắn thời gian phục hồi thị lực sớm nhất cho bệnh nhân.

Trường hợp lâm sàng: Chúng tôi báo cáo 02 trường hợp bệnh nhân có 01 mắt bị sẹo giác mạc gần toàn bộ do viêm loét giác mạc trước đây và hiện có kèm đục TTT, thị lực suy giảm nặng chỉ còn bóng bàn tay. Bệnh nhân được chỉ định: phẫu thuật phối hợp ghép giác mạc xuyên, lấy TTT đục và đặt TTT nhân tạo hậu phòng.

Kết quả: Cả 02 trường hợp đều được phẫu thuật thành công (mảnh ghép trong, TTT được thay chính tâm, thị lực cải thiện sớm).

Kết luận: 02 trường hợp lâm sàng này cho thấy phẫu thuật phối hợp ghép giác mạc xuyên, lấy TTT và đặt TTT nhân tạo là một lựa chọn điều trị an toàn và hiệu quả, giúp phục hồi thị lực sớm ngay cả trên những bệnh nhân có tiên lượng dè dặt (sẹo giác mạc gần toàn bộ kèm đục TTT).

Từ khóa: phẫu thuật phối hợp, ghép giác mạc xuyên, lấy thủy tinh thể, đặt thủy tinh thể nhân tạo.

COMBINED PENETRATING KERATOPLASTY, CATARACT EXTRACTION, AND INTRAOCULAR LENS IMPLANTATION: A REPORT OF TWO CASES

Hong Van Ngo^{1*}, Son Tuan Vu^{*}

ABSTRACT

Introduction: Combined penetrating keratoplasty, cataract extraction, and intraocular lens (IOL) implantation represent an optimal surgical approach for patients with both corneal scarring and cataract.

Objectives: To restore corneal transparency and replace the opacified lens with an artificial IOL in a single procedure, thereby reducing the number of surgeries and facilitating earlier visual rehabilitation.

Case Report: We report two cases of patients with unilateral, near-total corneal scarring secondary to previous infectious keratitis, accompanied by cataract formation. Preoperative visual acuity was limited to hand movement. Both patients underwent combined penetrating keratoplasty, cataract extraction, and posterior chamber IOL implantation.

Results: Both surgeries were completed successfully, achieving clear corneal grafts, well-centered IOLs, and early postoperative visual improvement.

Conclusion: These two cases highlight that combined penetrating keratoplasty, cataract extraction, and IOL implantation can be a safe and effective surgical option, providing early visual recovery even in patients with poor preoperative prognosis due to extensive corneal scarring and cataract.

Keywords: combined surgery, penetrating keratoplasty, cataract extraction, intraocular lens implantation.

¹Tác giả liên hệ: BSCKII. Ngô Văn Hồng, điện thoại: 0903668081, email: drngohong@gmail.com

*khoa Mắt Bệnh Viện Chợ Rẫy

HIỆU QUẢ LÂU DÀI CỦA GHÉP TẾ BÀO GỐC TẠO MÁU TỰ THÂN Ở NGƯỜI BỆNH U LYMPHO: NGHIÊN CỨU HỒI CỨU 10 NĂM

Trương Phạm Hồng Diễm*, Trần Thanh Tùng*, Lâm Mỹ Hạnh*, Lê Phước Đạm*, Nguyễn Thị Bé Út*,

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của ghép tế bào gốc tự thân trên người bệnh u lympho tại Bệnh viện Chợ Rẫy

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh mắc u lympho Hodgkin và không Hodgkin được ghép tế bào gốc tự thân tại khoa Huyết học- Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 12/2023.

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

- **Kết quả:** Chúng tôi ghi nhận 76 trường hợp vào nghiên cứu. Trung vị giai đoạn giảm bạch cầu hạt và giảm tiểu cầu lần lượt là 8 và 9 ngày. Biến chứng không huyết học độ III-IV thường gặp nhất là loét niêm mạc và tiêu chảy, hai bệnh nhân tử vong do biến chứng nhiễm trùng. Có 6 bệnh nhân (7,89%) phát triển độc tính thận, tất cả các bệnh nhân đều ở độ I-II, tự hồi phục sau đó, không cần can thiệp lọc máu. Tỷ lệ tử vong trong 100 ngày sau ghép là 2,63%. Xác suất sống còn toàn bộ và sống không tiến triển bệnh tại thời điểm 36 tháng lần lượt là 73,6% và 62,3%. Xác suất sống còn toàn bộ ở thời điểm 72 tháng (6 năm): 50,4%. Thời gian sống còn toàn bộ và sống không tiến triển bệnh trung vị chưa đạt được.

Kết luận: Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp bằng chứng ủng hộ cho tính an toàn và hiệu quả của ghép tế bào gốc tự thân trên bệnh nhân u lympho tại bệnh viện Chợ Rẫy.

ĐÁNH GIÁ TÍNH KHẢ THI VÀ HIỆU QUẢ CỦA VIỆC SỬ DỤNG HÓA CHẤT LIỀU CAO KÈM GHÉP TẾ BÀO GỐC TỰ THÂN TRONG BỆNH LÝ U NGUYÊN BÀO THẦN KINH NGUY CƠ CAO: ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Thị Kim Hoa¹, Phạm Như Hiệp¹, Trần Kiêm Hào^{1,2}, Hoàng Thị Lan
Hương¹, Phạm Hữu Trí¹, Châu Văn Hà¹, Trần Thị Kim Cúc¹.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề:

Hóa chất liều cao kèm ghép tế bào gốc tự thân là bước điều trị chính đối với những bệnh nhân bị bệnh lý u nguyên bào thần kinh nguy cơ cao tại các nước phát triển. Tuy nhiên, việc tiếp cận với phương pháp này còn hạn chế ở những nước có nguồn lực thấp và trung bình. Nghiên cứu này nhằm mô tả các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của 46 bệnh nhân bị u nguyên bào thần kinh nguy cơ cao và đánh giá tính khả thi và hiệu quả của liệu pháp ghép tế bào gốc tự thân tại Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu được tiến hành trên 34 bệnh nhân được chẩn đoán u nguyên bào thần kinh nguy cơ cao có chỉ định ghép tế bào gốc tự thân từ tháng 11/2019 đến tháng 10/2025. Các dữ liệu được thu thập từ bệnh án và được xử lý bởi phần mềm SPSS v.18.0.

Kết quả: Tuổi trung bình là $4,2 \pm 1,2$ tuổi, với tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là sốt (58,8%), đau bụng (47,1%), và xanh xao (38,2%). Các vị trí di căn thường gặp là tủy xương (79,4%), xương (44,1%), di căn hạch xa (20,6%), não (11,8%), và gan (11,8%). Gen N-Myc khuếch đại gặp trong 19,5%

¹ Bệnh viện Trung ương Huế

² Sở y tế Huế

trường hợp. Đánh giá trước ghép cho thấy 84,2% bệnh nhân đáp ứng một phần, và 17,6% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn. Số lượng tế bào gốc CD34+ trung bình truyền cho bệnh nhân là $5,5 \pm 2,6 \times 10^6/\text{kg}$. Có mối liên quan giữa lượng tế bào gốc truyền vào và thời gian mọc mảnh ghép. Tỷ lệ loét niêm mạc độ 3 và tỷ lệ gặp biến chứng thuyên tắc tĩnh mạch trên gan lần lượt là 5,9% và 2,9%. Tất cả bệnh nhân đều được điều trị thành công với sốt giảm bạch cầu hạt. Có một bệnh nhân tử vong trong 100 ngày đầu sau ghép. Thời gian sống toàn bộ và sống không bệnh trong vòng 36 tháng lần lượt là $46,5 \pm 11,6\%$ và $37,5 \pm 10,4\%$.

Kết luận: Sử dụng hóa chất liều cao với busulfan và melphalan trước ghép tủy cho các bệnh nhân u nguyên bào thần kinh nguy cơ cao ở các nước có nguồn lực thấp và trung bình như Việt Nam cho thấy tính an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: U nguyên bào thần kinh, nguy cơ cao, ghép tế bào gốc tự thân.

Feasibility and Efficacy of High-Dose Chemotherapy and Autologous Stem Cell Rescue for Children with High Risk Neuroblastoma: A Preliminary Report from Hue Central Hospital

Abstract

Background: High-dose chemotherapy (HDC) with autologous stem-cell rescue is a key component of treatment for high risk (HR) neuroblastoma in high-income countries. However, access to this therapy is limited in low- and middle-income countries (LMIC). This study aims to describe the baseline characteristics of 46 children with HR neuroblastoma and evaluate the feasibility and effectiveness of this therapy at Hue Central Hospital, Vietnam.

Methods: Demographic and response data were collected from the medical records of 34 children with HR neuroblastoma who received autologous transplantation between November, 2019 (start of program) and April, 2024. Data were analyzed in SPSS v.18.0.

Results: The mean age was 4.2 ± 1.2 years with a male-to-female ratio of 1.2:1. The most common symptoms were fever (58.8%), abdominal pain (47.1%), and pallor (38.2%). Metastatic sites included bone marrow (79.4%), bone (44.1%), distant lymph node (20.6%), brain (11.8%), and liver (11.8%). N-Myc was amplified in 19.5% of cases. Pre-transplant evaluation showed 82.4% patients with partial response and 17.6% patients with complete response. The mean dose of CD34+ cells was $5.5 \pm 2.6 \times 10^6/\text{kg}$. The number of CD34+ cells infused positively correlated with earlier time to engraftment. The percentage of grade 3 mucositis and venoocclusive disease were 5.9% and 2.9%, respectively. All patients were successfully treated for febrile neutropenia. Only one case passed away during 100 days after transplant. The 36-month overall and event-free survival were $46.5 \pm 11.6\%$ and $37.5 \pm 10.4\%$, respectively.

Conclusions: Using HDC with busulfan and melphalan prior to stem cell rescue for

HR neuroblastoma in a LMIC setting is safe and efficacious.

Key words: Neuroblastoma, high risk, autologous stem cell transplant.

Administering donor-type red cells before transplantation is a practical and safe method to reduce isohemagglutinin levels and avoid donor marrow infusion complications in major ABO-incompatible settings

Nguyen Thi Kim Hoa, Pham Nhu Hiep, Nguyen Thanh Xuan, Pham Huu Tri, Bui Minh Duc, Pham Kieu Loc, Chau Van Ha

Abstract: Although ABO incompatibility is not considered a contraindication for allogeneic stem cell transplantation, it can lead to acute hemolytic complications. Because manipulation of stem cell products is technically demanding and resource-intensive, we explored an alternative approach using donor-type red cell transfusion to mitigate these reactions, particularly in settings where marrow serves as the graft source. In many low- and middle-income transplant centers, facilities for product manipulation may be limited, creating a need for simpler and safer methods. This study describes a practical strategy aimed at lowering isohemagglutinin titers and preventing infusion-related hemolysis in major ABO-mismatched bone marrow transplants.

Between June and October 2025, four pediatric patients with beta-thalassemia major underwent allogeneic bone marrow transplantation—three with major and one with bidirectional ABO mismatch. When isohemagglutinin titers reached $\geq 1:32$, donor-type packed red blood cells were divided into four irradiated aliquots and administered over four consecutive days in gradually increasing volumes. Patients were closely monitored for hemolytic reactions, and if none occurred, marrow infusions were performed without product manipulation. All patients experienced only mild hemolysis. Post-transfusion titer assessment demonstrated reductions in three cases except one case. Our findings suggest that pre-transplant donor-type red cell transfusion is a safe and effective alternative for reducing isohemagglutinin titers and preventing acute hemolysis in major ABO-mismatched stem cell transplantation. However, we need to conduct the study in a larger number of patients to gain more experience and evaluate the outcomes more comprehensively.

Keywords: ABO-incompatible transplantation; bone marrow graft; donor-type packed red blood cell transfusion; isohemagglutinin reduction.

Truyền hồng cầu nhóm máu người cho trước ghép là phương pháp thực tiễn và an toàn giúp giảm nồng độ isohemagglutinin và hạn chế biến chứng khi truyền tủy người cho trong ghép tế bào gốc có bất đồng nhóm máu ABO chính

Nguyễn Thị Kim Hoa, Phạm Như Hiệp, Nguyễn Thanh Xuân, Phạm Hữu Trí, Bùi Minh Đức, Phạm Kiều Lộc, Châu Văn Hà

Tóm tắt: Mặc dù bất đồng nhóm máu ABO không được xem là chống chỉ định tuyệt đối trong ghép tế bào gốc tạo máu đồng loài, nhưng có thể gây ra các biến chứng tan máu cấp tính. Do việc xử lý sản phẩm tế bào gốc đòi hỏi kỹ thuật cao và nguồn lực lớn, chúng tôi đã tìm hiểu một phương pháp thay thế – truyền hồng cầu nhóm máu người cho trước ghép – nhằm giảm nguy cơ phản ứng tan máu, đặc biệt trong những trường hợp sử dụng tủy xương làm nguồn tế bào gốc. Ở nhiều trung tâm ghép tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình, điều kiện để xử lý sản phẩm ghép còn hạn chế, do đó cần có những giải pháp đơn giản và an toàn hơn. Nghiên cứu này trình bày một chiến lược thực tế nhằm giảm nồng độ isohemagglutinin và phòng ngừa tan máu liên quan đến truyền tủy ở các ca ghép bất đồng nhóm máu ABO chính.

Từ tháng 6 đến tháng 10 năm 2025, bốn bệnh nhi mắc beta-thalassemia thể nặng đã được ghép tủy xương đồng loài, trong đó ba trường hợp có bất đồng nhóm máu chính và một trường hợp bất đồng hai chiều. Khi hiệu giá isohemagglutinin $\geq 1:32$, hồng cầu lắng nhóm máu người cho được chia thành bốn phần nhỏ, chiếu xạ và truyền liên tục trong bốn ngày với liều tăng dần. Bệnh nhân được theo dõi sát phản ứng tan máu, và nếu không có biểu hiện bất thường, tủy xương được truyền nguyên vẹn, không qua xử lý. Tất cả bệnh nhân chỉ xuất hiện tan máu nhẹ; không ghi nhận trường hợp nào bị tan máu nặng hoặc phản vệ. Hiệu giá isohemagglutinin sau truyền giảm ở ba trường hợp, chỉ một trường hợp không thay đổi.

Kết quả của chúng tôi cho thấy, truyền hồng cầu nhóm máu người cho trước ghép là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong việc làm giảm nồng độ isohemagglutinin và phòng ngừa tan máu cấp ở các ca ghép tế bào gốc có bất đồng nhóm máu ABO chính. Tuy nhiên, cần tiến hành nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn hơn để có thêm kinh nghiệm và đánh giá kết quả một cách toàn diện hơn.

Từ khóa: Ghép tế bào gốc bất đồng nhóm máu ABO; ghép tủy xương; truyền hồng cầu nhóm máu người cho; giảm hiệu giá isohemagglutinin.

CẬP NHẬT TRUYỀN MÁU TRÊN BỆNH NHÂN GHÉP TẠNG THEO HƯỚNG DẪN QUỐC TẾ

Bối cảnh: Bệnh nhân ghép tạng có nguy cơ cao gặp biến chứng liên quan truyền máu, đặc biệt là bệnh mảnh ghép chống chủ (TA-GVHD) và nhiễm virus gây bệnh nặng như CMV. Các hướng dẫn quốc tế đã cập nhật rõ ràng hơn về yêu cầu sử dụng chế phẩm máu loại bỏ bạch cầu và chiếu xạ để đảm bảo an toàn trong ghép tạng.

Mục tiêu: Bài tổng quan này trình bày các khuyến cáo mới nhất về chỉ định và thời gian áp dụng chế phẩm loại bỏ bạch cầu và chế phẩm chiếu xạ cho bệnh nhân ghép tạng.

Nội dung chính: Tổng quan phân tích: (1) mức độ bắt buộc của loại bỏ bạch cầu trong ghép tạng để giảm lây truyền CMV, giảm alloimmunization và hạn chế phản ứng sốt; (2) chỉ định chiếu xạ máu nhằm phòng ngừa TA-GVHD ở các nhóm nguy cơ cao (3) thời gian duy trì yêu cầu sử dụng chế phẩm loại bỏ bạch cầu và chiếu xạ trong từng loại ghép theo các khuyến cáo quốc tế.

Kết luận: Việc tuân thủ đúng chỉ định và thời gian sử dụng chế phẩm loại bỏ bạch cầu và chiếu xạ góp phần giảm đáng kể biến chứng truyền máu và tối ưu hóa kết quả ghép tạng. Các trung tâm ghép tại Việt Nam cần chuẩn hóa thực hành này theo hướng dẫn quốc tế.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Võ Thành Hoài Nam¹, Vũ Huỳnh Minh Ngọc¹, Ngô Đình Đại¹

¹ Bệnh viện Quân Y 175

Tác giả chịu trách nhiệm chính: BSCK2. Võ Thành Hoài Nam

Email: vthnam175@gmail.com

Điện thoại : 0966367278

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, kỹ thuật và đánh giá kết quả bước đầu của ghép thận từ người hiến sống. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 52 bệnh nhân được ghép thận từ người hiến sống tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 07/2023 đến tháng 05/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình người nhận là 42.3 ± 12.2 , tỷ lệ nam là 65.4%. Môi quan hệ hiến phổ biến nhất là không cùng huyết thống (86,5%), tiếp theo là cha/mẹ (9,6%), anh/chị/em (3,8%). Tỷ lệ ghép cùng nhóm máu là 28.4%, tương hợp nhóm máu là 71.7%. Tỷ lệ sống còn thận ghép sau 3 tháng là 100%. Chức năng thận được cải thiện rõ rệt, độ lọc cầu thận (eGFR) tăng từ 10.9 ± 5.4 mL/ph/1.73m² trước ghép lên 66.3 ± 15.2 mL/ph/1.73m² tại thời điểm 1 tháng sau ghép và 63.3 ± 15.8 mL/ph/1.73m² tại thời điểm 3 tháng sau ghép. Tỷ lệ biến chứng sau ghép 15.1% (nhiễm trùng 9.4%, thải ghép cấp tính là 3.8%, biến chứng khác 3,8%) **Kết luận:** Chương trình ghép thận từ người hiến sống tại Bệnh viện Quân y 175 bước đầu đạt được kết quả rất khả quan, với tỷ lệ sống còn thận ghép cao và tỷ lệ biến chứng thấp, tương đương với các trung tâm lớn trong khu vực.

Từ khóa: Ghép thận, người hiến sống, kết quả ghép, sống còn thận

ABSTRACT

PRELIMINARY OUTCOMES OF LIVING DONOR KIDNEY TRANSPLANTATION AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To describe the epidemiological characteristics, surgical techniques, and evaluate the initial outcomes of living donor kidney transplantation.

Subjects and Methods: A case series study was conducted on 52 patients who underwent living donor kidney transplantation at 175 Military Hospital from July 2023 to May 2025. **Results:** The mean recipient age was 42.3 ± 12.2 years, with 65.4% being male. The most common donor-recipient relationship was non-related (86.5%), followed by parent (9.6%), and sibling (3.8%). The rate of ABO-identical transplantation was 28.4%, while ABO-compatible transplantation was 71.7%. The 3-month graft survival rate was 100%. Renal function improved significantly, with the estimated glomerular filtration rate (eGFR) increasing from 10.9 ± 5.4 mL/min/1.73m² pre-transplant to 66.3 ± 15.2 mL/min/1.73m² at 1 month and 63.3 ± 15.8 mL/min/1.73m² at 3 months post-transplant. The post-transplant complication rate was 15.1% (infection 9.4%, acute rejection 3.8%, other complications 3.8%). **Conclusion:** The living donor kidney transplantation program at 175 Military Hospital has achieved very promising initial results, with high graft survival and low complication rates, comparable to major centers in the region.

Keywords: Kidney transplantation, living donor, transplant outcomes, graft survival

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG CÓ BIẾN THỂ NHIỀU MẠCH MÁU THẬN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phạm Ngọc Hùng, Trương Văn Cẩn, Nguyễn Kim Tuấn, Võ Đại
Hồng Phúc, Phan Hữu Quốc Việt, Nguyễn Văn Quốc Anh, Trương
Minh Tuấn, Hoàng Vương Thắng, Lê Nguyên Kha, Lê Văn Hiếu

Bệnh viện Trung ương Huế

Tổng quan: Việc lấy thận nhiều mạch máu từ người hiến sống còn tranh cãi do khó khăn kỹ thuật. Nghiên cứu này nhằm so sánh đặc điểm phẫu thuật và kết quả sớm giữa nhóm bất thường số lượng mạch máu thận và nhóm giải phẫu điển hình tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu 100 ca ghép thận (9/2022–9/2024), gồm 50 ca nhiều mạch máu (Nhóm I) và 50 ca một động mạch – một tĩnh mạch (Nhóm II).

Kết quả: Nhóm I có thời gian lấy thận và ghép thận dài hơn ($165,5 \pm 43,6$ và $192,98 \pm 40,32$ phút) so với nhóm II ($125,2 \pm 28,3$ và $165,76 \pm 42,12$ phút), $p < 0,05$. Thời gian thiếu máu nóng, thiếu máu lạnh và thời gian khâu nối mạch đều kéo dài hơn có ý nghĩa. Tuy vậy, tỷ lệ biến chứng sớm liên quan đến mạch máu tương tự (8% so với 6%, $p > 0,05$). Siêu âm thận ghép, creatinin máu và chỉ số RI trong 1–3 tháng sau ghép không khác biệt đáng kể.

Kết luận: Ghép thận từ người hiến sống có nhiều mạch máu làm tăng độ phức tạp và thời gian mổ, nhưng kết quả sớm và chức năng thận ghép tương đương với thận giải phẫu chuẩn. Điều này chứng minh tính an toàn, khả thi và góp phần mở rộng nguồn hiến thận.

Abstract

“Evaluation of Outcomes of Living Donor Kidney Transplantation

with Multiple Renal Vessels at Hue Central Hospital”

Background: The use of living donor kidneys with multiple renal vessels remains controversial due to technical challenges. This study aimed to compare surgical characteristics and early outcomes between grafts with multiple vessels and those with normal anatomy at Hue Central Hospital.

Methods: A retrospective study was conducted on 100 kidney transplants (September 2022–September 2024), including 50 cases with multiple vessels (Group I) and 50 cases with a single artery and vein (Group II). Clinical data, operative variables, and short-term outcomes were analyzed.

Results: Group I had longer nephrectomy and transplant times (165.5 ± 43.6 and 192.98 ± 40.32 minutes) compared with Group II (125.2 ± 28.3 and 165.76 ± 42.12 minutes), $p < 0.05$. Warm ischemia, cold ischemia, and vascular anastomosis times were also significantly longer. However, early vessel complication rates were similar (8% vs. 6%, $p > 0.05$). Post-transplant kidney ultrasound findings, serum creatinine, and resistive index (RI) at 1–3 months showed no significant differences between groups.

Conclusion: Although transplantation using kidneys with multiple renal vessels increases surgical complexity and operative time, early outcomes and graft function are comparable to those with standard anatomy. These findings support the safety and feasibility of using kidneys with multiple vessels, contributing to the expansion of the donor pool.

GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO
LOẠT 4 TRƯỜNG HỢP ĐẦU TIÊN TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA
ĐỊNH

Phan Đỗ Thanh Trúc*, Trần Trọng Nhân*, Trần Đoàn Thiên Bảo*, Lê Trung
Trực*, Nguyễn Xuân Toàn*, Hoàng Khắc Chuẩn**, Mai Phan Tường Anh*, Thái
Minh Sâm***

*: Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

** : Bệnh viện Chợ Rẫy

***: Bác sĩ cố vấn chuyên môn BV Nhân Dân Gia Định, bác sĩ cao cấp, Phó chủ
tịch Hội tiết niệu thận học TPHCM

Tác giả liên hệ: Phan Đỗ Thanh Trúc. Email: Phantruc90@gmail.com. Số điện
thoại: +84904478135

Tóm tắt

Đặt vấn đề

Ghép thận là lựa chọn điều trị mang lại kết quả tốt đối với người bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Nhu cầu ghép thận của người bệnh ngày càng tăng dẫn đến tình trạng thiếu hụt nguồn tạng hiến nghiêm trọng. Ghép thận từ người hiến tạng sau chết não là chiến lược để gia tăng nguồn tạng hiến. Thực hiện ghép thận từ người hiến tạng sau chết não tại cùng một trung tâm là một hoạt động cần sự phối hợp của nhiều chuyên khoa, phòng ban của bệnh viện và các chuyên gia, đơn vị hỗ trợ. Chúng tôi mô tả kết quả và kinh nghiệm thực hiện loạt 4 trường hợp (TH) đầu tiên ghép thận từ 2 người hiến tạng sau chết não tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

Mô tả loạt ca lâm sàng

Chúng tôi thực hiện 4 TH ghép thận từ 2 người hiến tạng sau chết não tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Người hiến thứ nhất là nam, 34 tuổi, creatinine máu trước ghép là 433,1 umol/L, có 4 lần ngưng tim. Người hiến thứ hai là nữ, 46 tuổi,

creatinine máu trước ghép là 112 umol/L, có nhiễm viêm gan siêu vi B mạn. 4 TH nhận thận có độ tuổi 24 - 41 tuổi, có thời gian lọc máu từ 2 - 50 tháng, 2 TH nhận thận từ người hiến thứ nhất có chậm chức năng thận ghép, không có trường hợp cần lọc máu hỗ trợ sau ghép, không có trường hợp cần can thiệp phẫu thuật lại. Thời gian nằm viện từ 13 - 30 ngày. Chúng tôi không ghi nhận TH thải ghép cấp. Chức năng thận ghép ổn định trong thời gian theo dõi sau ghép (trung bình 5,5 tháng).

Kết luận

Chúng tôi đã thực hiện thành công 4 TH ghép thận từ 2 người hiến tạng sau chết não, kết quả giai đoạn đầu sau ghép cho thấy thận ghép hoạt động tốt, chưa ghi nhận tai biến biến chứng sau ghép. Sau 4 TH đầu tiên này, chúng tôi đã thu được rất nhiều kinh nghiệm để tiếp tục xây dựng chính chu hơn chương trình ghép thận từ người hiến tạng sau chết, chương trình vận động hiến tạng sau khi chết, cũng như công tác tư vấn người nhà và hồi sức bảo vệ tạng ở người bệnh chết não tiềm năng. Chúng tôi sẽ tiếp tục xây dựng để bệnh viện Nhân Dân Gia Định trở thành một trung tâm ghép tạng chất lượng trong khu vực.

KIDNEY TRANSPLANTATION FROM BRAIN-DEAD DONORS AT NDGD HOSPITAL: REPORT OF THE FIRST 4 CASES

Truc Phan Do Thanh*, Nhan Tran Trong*, Bao Tran Doan Thien*, Truc Le Trung*, Toan Nguyen Xuan*, Chuan Hoang Khac**, Anh Mai Phan Tuong*, Sam Thai Minh***

*: Nhan Dan Gia Dinh Hospital, Hochiminh city, Vietnam

** : Cho Ray Hospital, Vietnam

***: Senior Consultant, Nhan Dan Gia Dinh Hospital, Vice President of Ho Chi Minh City Urology and Nephrology Association

Corresponding author: Truc Phan Do Thanh. Email: Phantruc90@gmail.com.

Phone: +84 904478135

Abstract

Introduction

Kidney transplantation is an effective treatment option that offers excellent outcomes for patients with end-stage renal disease. The increasing demand for kidney transplantation has led to a severe shortage of donor organs. Transplantation from brain-dead donors is a key strategy to expand the donor pool. Performing kidney transplantation from brain-dead donors within a single center requires close collaboration among multiple hospital departments, specialties, experts, and supporting units. We report the outcomes and experiences from the first four kidney transplantations from two brain-dead donors performed at Nhan Dan Gia Dinh Hospital.

Case presentation

Four kidney transplantations were performed from two brain-dead donors at Nhan Dan Gia Dinh Hospital. Donor 1 was a 34 years-old male, pre-procurement serum creatinine 433.1 $\mu\text{mol/L}$, with four episodes of cardiac arrest. Donor 2 was a 46 years- old female, pre-procurement serum creatinine 112 $\mu\text{mol/L}$, with chronic hepatitis B infection. The four recipients, aged 24–41 years, had prior dialysis durations ranging from 2 to 50 months. Two recipients (from Donor 1) experienced delayed graft function, but none required post-transplant dialysis. No cases required surgical re-exploration. The postoperative hospital stay ranged from 13 to 30 days. No acute rejection episodes were recorded, and all grafts maintained stable function during follow-up (mean = 5.5 months).

Conclusion

We successfully performed four kidney transplants from two brain-dead donors. The early post-transplant outcomes demonstrated good graft function with no major complications. Through these first four cases, our team gained valuable experience to further refine the brain-dead donor kidney transplantation program, promote

public awareness and consent for organ donation after death, and strengthen donor organ preservation and coordination protocols. We aim to develop Nhan Dan Gia Dinh Hospital into a high-quality regional kidney transplant center in the near future.

**KẾT QUẢ NGẮN HẠN GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO
TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH**
ThS Trần Minh Hoàng, TS Huỳnh Ngọc Phương Thảo, GS Trần Ngọc Sinh
Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Đặt vấn đề: Ghép thận từ người hiến chết não là giải pháp then chốt nhằm tăng số lượng ca ghép tại Việt Nam. Tuy nhiên, nguồn tạng này thường đối mặt với các thách thức như thời gian thiếu máu lạnh kéo dài, người hiến có nhiều yếu tố nguy cơ, và nguy cơ trì hoãn chức năng thận ghép cao. Chúng tôi báo cáo kết quả ngắn hạn của 4 trường hợp ghép thận từ người hiến chết não tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Phương pháp: Hồi cứu, mô tả 4 trường hợp ghép thận (tháng 01/2025) từ 2 người hiến chết não. Phân tích đặc điểm người hiến, người nhận, thời gian thiếu máu lạnh, trì hoãn chức năng thận ghép, diễn tiến chức năng thận và các biến chứng trong 10 tháng theo dõi.

Kết quả: Bốn người bệnh nhận thận từ 2 người hiến chết não với bệnh cảnh trái ngược nhau. Cặp 1 nhận thận từ người hiến 27 tuổi (người hiến tiêu chuẩn, có tổn thương thận cấp nặng, Creatinine 5.03) với thời gian thiếu máu lạnh ngắn (2.9 - 5.4 giờ); cả 2 trường hợp đều có chức năng thận phục hồi ngay và không bị trì hoãn chức năng thận ghép. Ngược lại, Cặp 2 nhận thận từ người hiến 43 tuổi (Tăng huyết áp, HCV dương tính) với thời gian thiếu máu lạnh dài (10 giờ), cả hai ca đều trì hoãn chức năng thận ghép. Sau 4-5 tháng cả hai đều bị nhiễm BK virus trong máu. Diễn tiến hai ca này hoàn toàn khác nhau: Trường hợp người bệnh 20 tuổi (Bướu Wilms, lọc màng bụng 18 năm) dù ban đầu hồi phục ngoạn mục nhưng sau đó đã phát triển Bệnh thận do BK virus (bằng chứng trên sinh thiết thận) dẫn đến suy thận ghép nặng, hiện đã điều chỉnh ức chế miễn dịch nhưng eGFR chỉ dao động quanh mức 20. Trường hợp người bệnh 57 tuổi (ghép lần 2, bệnh thận IgA) hồi phục kém hơn, sau đó cũng phát hiện BK virus trong máu và tái phát bệnh thận IgA sớm. Tuy nhiên, sau khi điều chỉnh ức chế miễn dịch, BK virus được kiểm soát (tải lượng giảm còn 3.070 copies/mL, so với đỉnh điểm 822.000) và chức năng thận vẫn ổn định.

Kết luận: Ghép thận từ người hiến chết não là nguồn tạng khả thi. Thời gian thiếu máu lạnh ngắn cho phép thận (ngay cả khi có tổn thương thận cấp) hồi phục tốt. Thời gian thiếu máu lạnh kéo dài dẫn đến 100% trì hoãn chức năng thận ghép. Tuy nhiên, thách thức lớn nhất là quản lý các biến chứng phức tạp sau đó. Qua 4 ca trình bày, cho thấy vai trò của sinh thiết và cá thể hóa điều trị ức chế miễn dịch dựa trên bệnh nền của người nhận.

Từ khóa: Ghép thận; Người hiến chết não; Bệnh thận do BK virus.

SHORT-TERM OUTCOMES OF DECEASED DONOR KIDNEY TRANSPLANTATION AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Authors: Tran Minh Hoang, MD, MSc; Huynh Ngoc Phuong Thao, MD, PhD; Tran Ngoc Sinh, MD, PhD *University Medical Center Ho Chi Minh City.*

Background: Deceased donor kidney transplantation (DCDT) is a key solution to increase transplant volume in Vietnam. However, this organ source often faces challenges such as prolonged cold ischemia time, donors with multiple risk factors, and a high risk of delayed graft function. We report the short-term outcomes of 4 DCDT cases at the University Medical Center Ho Chi Minh City.

Methods: A retrospective, descriptive report of 4 kidney transplant cases (January 2025) from 2 deceased donors. We analyzed donor and recipient characteristics, cold ischemia time, delayed graft function, renal function trajectory, and complications over a 10-month follow-up.

Results: Four recipients received kidneys from 2 deceased donors, presenting divergent clinical scenarios. Pair 1 received from a 27-year-old Standard Criteria Donor (SCD) (despite severe AKI, Cre 5.03) with short CIT (2.9 - 5.4 hours); both recipients achieved immediate graft function (IGF) without DGF. Conversely, Pair 2 received from a 43-year-old donor (with HTN, HCV+) with prolonged CIT (10 hours), and both recipients experienced DGF. After 4-5 months, both developed BK viremia. Their progression was entirely different: The 20-year-old recipient (Wilms tumor, 18-yr PD), despite spectacular initial recovery, subsequently developed biopsy-proven BK Virus Nephropathy (BKVN), leading to severe graft dysfunction. Following immunosuppression modulation, his eGFR now fluctuates around 20 mL/min/1.73m². The 57-year-old recipient (2nd transplant, IgAN) had poorer recovery, and was also diagnosed with BK viremia and early IgAN recurrence. However, after immunosuppression adjustment, the BK virus was controlled (viral load decreased to 3,070 copies/mL from a peak of 822,000), and his renal function remains stable.

Conclusion: Deceased donor kidney transplantation is a viable organ source. Short CIT allows for excellent recovery, even in AKI-affected grafts. Prolonged CIT was uniformly associated with DGF. However, the greatest challenge lies in managing subsequent complex complications. These 4 cases highlight the critical role of biopsy and individualizing immunosuppressive therapy based on the recipient's underlying pathology.

Keywords: Kidney Transplantation; Deceased Donor; BK Virus Nephropathy.

ĐÁNH GIÁ LƯU LƯỢNG MẢNH GHÉP ĐỘNG – TĨNH MẠCH THẬN TRONG PHẪU THUẬT GHÉP THẬN BẰNG TTFM VÀ HFUS

TÓM TẮT

1. Mục tiêu:

Đánh giá lưu lượng mảnh ghép động – tĩnh mạch thận trong phẫu thuật ghép thận bằng hai phương pháp đo lưu lượng tức thời Transit-Time Flow Measurement (TTFM) và siêu âm tần số cao (High-Frequency Ultrasound – HFUS), nhằm phát hiện sớm bất thường tưới máu, tối ưu hóa kết quả ghép thận.

2. Đối tượng và phương pháp:

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Quân y 175 trên các ca ghép thận thường quy từ năm 2023. Trong mổ, lưu lượng động – tĩnh mạch thận ghép được đo trực tiếp bằng đầu dò TTFM vô khuẩn, đồng thời siêu âm HFUS được sử dụng để đánh giá đặc điểm dòng chảy và sức cản mạch (PI, DF). Các thông số lưu lượng (Q), chỉ số kháng trở (PI) và dạng sóng tưới máu được ghi nhận và phân tích.

3. Kết quả:

Tất cả 70/70 trường hợp ghép thận đều thành công, có nước tiểu tại bàn mổ. Lưu lượng trung bình đo bằng TTFM đạt giá trị ≥ 250 ml/phút, chỉ số PI < 5 , DF $> 50\%$. Thể tích nước tiểu trung bình sau 24 giờ là 7323 ± 1392 ml và sau 4 tuần là 2850 ± 1570 ml. Không có trường hợp nào phải mổ lại do biến chứng mạch máu.

4. Kết luận:

Kết hợp đo lưu lượng tức thời bằng TTFM và siêu âm HFUS trong mổ ghép thận giúp đánh giá chính xác tình trạng tưới máu mảnh ghép, phát hiện sớm tổn thương kỹ thuật, cho phép xử trí kịp thời, góp phần nâng cao tỷ lệ thành công và an toàn của phẫu thuật ghép thận.

Từ khóa: Ghép thận, lưu lượng mảnh ghép, Transit-Time Flow Measurement (TTFM), siêu âm tần số cao (HFUS), đánh giá tưới máu.

ABSTRACT

1. Objective:

To evaluate renal graft arterial and venous flow during kidney transplantation using Transit-Time Flow Measurement (TTFM) and High-Frequency Ultrasound (HFUS), with the aim of early detection of perfusion abnormalities and optimization of graft outcomes.

2. Materials and Methods:

This study was conducted at Military Hospital 175 on routine kidney transplant cases performed since 2023. During surgery, direct intraoperative flow measurements of the renal artery and vein were obtained using sterile TTFM probes. Simultaneously, HFUS was applied to assess flow characteristics and vascular resistance indices (PI, DF). The parameters including flow rate (Q), pulsatility index (PI), and diastolic filling (DF) patterns were recorded and analyzed.

3. Results:

All 70 out of 70 kidney transplantations were successful, with immediate urine output observed intraoperatively. The mean arterial flow measured by TTFM was ≥ 250 ml/min, with PI < 5 and DF $> 50\%$. The mean urine output was 7323 ± 1392 ml at 24 hours postoperatively and 2850 ± 1570 ml after 4 weeks. No cases required reoperation due to vascular complications.

4. Conclusion:

The combined use of intraoperative TTFM and HFUS provides accurate assessment of renal graft perfusion, allows early detection and correction of technical issues, and significantly enhances the safety and success rate of kidney transplantation procedures.

Keywords: Kidney transplantation, graft flow, Transit-Time Flow Measurement (TTFM), High-Frequency Ultrasound (HFUS), perfusion assessment.

Hội chứng chuyển hóa sau ghép thận: Vấn đề đang được quan tâm hiện nay trên bệnh nhân sau ghép thận

GS. TS.Võ Tam

TÓM TẮT

Ghép thận là phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối, được thực hiện thành công lần đầu tiên năm 1954, mở ra một chương mới giúp kéo dài tuổi thọ và cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối (ESKD). Tuy nhiên, cùng với sự gia tăng về thời gian sống thêm của mảnh ghép và người nhận, các biến chứng chuyển hóa phát sinh sau ghép đang trở thành một thách thức đáng kể. Trong đó, Hội chứng chuyển hóa (Metabolic Syndrome - MetS) là bao gồm tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì, rối loạn acid uric máu, có tỷ lệ hiện mắc cao ở những bệnh nhân ghép thận, tỷ lệ khoảng từ 10%-30%, xu hướng tăng dần theo thời gian sau ghép thận, đạt đỉnh điểm từ 1-5 năm đầu, cao hơn đáng kể so với nhóm dân số khỏe mạnh cùng độ tuổi. Hội chứng chuyển hóa không chỉ là một biến chứng độc lập mà còn là yếu tố nguy cơ hàng đầu đe dọa chất lượng mảnh ghép, gia tăng 2-3 lần tỷ lệ suy giảm chức năng mảnh ghép, thải ghép, nguy cơ biến cố tim mạch, và tỷ lệ tử vong ở người bệnh. Việc nhận diện và kiểm soát MetS đã trở thành một trọng tâm quan trọng trong theo dõi và quản lý bệnh nhân sau ghép thận.

Tăng huyết áp (THA) là biến chứng phổ biến với tỷ lệ hiện mắc cao từ 60-80%, thúc đẩy tổn thương mảnh ghép, và bệnh lý tim mạch. Tăng huyết áp sau ghép là một tình trạng đa yếu tố, bao gồm thuốc ức chế miễn dịch, dẫn đến tăng hoạt động động hệ Renin-Angiotensin-Aldosterone (RAAS), tăng thể tích dịch, phối hợp cùng các yếu tố người nhận: béo phì, đái tháo đường sau ghép, và tiền sử THA trước ghép. Về mặt điều trị, việc đặt mục tiêu huyết áp dưới 130/80 mmHg được khuyến nghị. Các nhóm thuốc như Ức chế Men chuyển (ACEi) hoặc Ức chế Thụ thể Angiotensin (ARB) được ưu tiên vì tác dụng bảo vệ tim mạch và giảm protein niệu, đặc biệt khi không có chống chỉ định rõ ràng.

Đái tháo đường sau ghép thận (PTDM), là một biến chứng chuyển hóa nghiêm trọng và phổ biến, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống và tiên lượng lâu dài của bệnh nhân ghép thận. Tỷ lệ hiện mắc của PTDM dao động từ 10% đến 40% tùy theo chủng tộc, tiêu chuẩn chẩn đoán và phác đồ ức chế miễn dịch. PTDM làm tăng gấp ba lần nguy cơ các biến cố tim mạch, tăng tỷ lệ nhiễm trùng, và đặc biệt là thúc đẩy sự suy giảm chức năng, dẫn đến mất sớm mảnh ghép thận. PTDM là kết quả của sự tương tác phức tạp giữa tuổi người nhận, tiền sử ĐTĐ, béo phì hoặc tăng cân nhanh sau ghép, và quan trọng nhất là việc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, gây độc tính trực tiếp lên tế bào beta tuyến tụy, cũng như tình trạng kháng insulin. Chiến lược quản lý chủ động và đa phương thức. Việc sàng lọc sớm (sử dụng nghiệm pháp dung

nạp glucose đường uống) và phòng ngừa (kiểm soát cân nặng, xem xét giảm liều hoặc loại bỏ steroid) là thiết yếu. Về điều trị, việc lựa chọn thuốc cần cân nhắc tương tác với các thuốc ức chế miễn dịch. Các nhóm thuốc mới như SGLT2 inhibitors và GLP-1 receptor agonists đang mở ra triển vọng cải thiện kiểm soát đường huyết và mang lại lợi ích bảo vệ tim mạch, thậm chí cho nhóm bệnh nhân này, mặc dù cần thêm dữ liệu dài hạn.

Béo phì là một biến chứng chuyển hóa cực kỳ phổ biến và đáng lo ngại ở bệnh nhân sau ghép thận. Phần lớn người nhận đều tăng cân đáng kể trong năm đầu sau ghép, với tỷ lệ béo phì ($BMI \geq 30\text{kg/m}^2$) sau 3-5 năm có thể lên tới 40% đến 60%. Tình trạng này là trung tâm thúc đẩy Hội chứng chuyển hóa, Đái tháo đường sau ghép (PTDM), Tăng huyết áp, và bệnh lý tim mạch. Béo phì đe dọa trực tiếp đến sự sống còn lâu dài của mảnh ghép và người nhận. Béo phì (đặc biệt là béo phì nội tạng) làm tăng kháng insulin và gây viêm mạn tính cấp độ thấp, là nguyên nhân cốt lõi của PTDM và rối loạn lipid máu, làm tăng tốc độ suy giảm chức năng thận ghép. BMI người hiến cũng là một tác nhân cần được xem xét nhằm giảm yếu tố nguy cơ ở người nhận. iệc quản lý béo phì đòi hỏi một cách tiếp cận đa chuyên khoa, ưu tiên can thiệp lối sống tích cực (chế độ ăn kiêng cá thể hóa, chương trình tập luyện). Khi lối sống không hiệu quả, có thể cân nhắc các liệu pháp dược lý, và trong những trường hợp béo phì nặng có kèm theo các bệnh lý chuyển hóa phức tạp, phẫu thuật giảm cân (Bariatric Surgery) có thể là một lựa chọn hiệu quả và an toàn, giúp cải thiện đáng kể các yếu tố nguy cơ chuyển hóa.

Tăng acid uric máu (Hyperuricemia) và sự phát triển của bệnh Gout là những biến chứng chuyển hóa phổ biến, gây đau đớn và thường bị đánh giá thấp ở bệnh nhân sau ghép thận. Tỷ lệ tăng acid uric máu có thể lên tới 80%, và tỷ lệ mắc bệnh Gout khởi phát mới sau ghép được ghi nhận khoảng 10% đến 20%. Tình trạng này không chỉ gây ra các cơn viêm khớp cấp tính mà còn là một yếu tố nguy cơ tiềm ẩn gây tổn thương mạch máu và thận, từ đó làm suy giảm chức năng thận ghép, ảnh hưởng đến thời gian tồn tại mảnh ghép. Nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng, tăng acid uric sau ghép có liên quan đến biến cố tim mạch, tổn thương xơ hóa mảnh ghép, và tổn thương mảnh ghép mạn tính. Việc nhận diện nguyên nhân, đánh giá tác động và thiết lập chiến lược điều trị phù hợp cho tăng acid uric máu là cần thiết để bảo vệ chức năng mảnh ghép và cải thiện chất lượng sống.

**SỰ THAY ĐỔI ĐỘ LỌC CẦU THẬN Ở NGƯỜI
SAU HIẾN THẬN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY**
Diệp Thắng^{1}, Trần Thái Thanh Tâm^{2*}, Hoàng Khắc Chuẩn³, Thái Minh
Sâm³*

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát sự biến đổi độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR) ở người sau hiến thận sống, đồng thời phân tích mối liên quan giữa sự biến đổi eGFR với một số yếu tố trước khi hiến thận và eGFR sau 6 tháng hiến thận. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu dọc, hồi cứu trên 189 người hiến thận từ tháng 01/2014 đến tháng 12/2023 tại Phòng khám Ghép thận, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Giá trị eGFR trung bình trước hiến thận của 189 người là $88,74 \pm 13,27$ mL/phút/1,73m². Một tháng sau hiến, eGFR giảm còn $65,19 \pm 10,56$ mL/phút/1,73m², tương đương mức giảm 26,5%. Sau 3 năm, eGFR là $75,81 \pm 13,55$ mL/phút/1,73m², giảm 14,57% so với trước hiến. Trong số 189 người, có 105 người được theo dõi đủ 5 năm, với eGFR trung bình là $77,71 \pm 13,10$ mL/phút/1,73m². Phân tích hồi quy đa biến cho thấy nồng độ cystatin C huyết thanh trước hiến (ScysC) là yếu tố dự báo sự biến đổi eGFR sau 3 năm. ScysC và eGFR tại thời điểm 6 tháng sau hiến là hai yếu tố dự báo có ý nghĩa thống kê đối với sự biến đổi eGFR sau 5 năm ($p < 0,05$). **Kết luận:** Độ lọc cầu thận ước đoán có xu hướng phục hồi một phần sau 3 năm và duy trì ổn định đến năm thứ 5 sau hiến thận. ScysC trước hiến và eGFR sau hiến 6 tháng là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với sự biến đổi eGFR sau hiến thận sống.

Từ khóa: Độ lọc cầu thận ước đoán; Hiến thận từ người sống; Yếu tố nguy cơ.

¹ Khoa Y, Trường Đại học Văn Lang, Thành phố Hồ Chí Minh

² Khoa Y, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Thành phố Cần Thơ

³ Khoa Ngoại Tiết Niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

***Tác giả liên hệ:** Diệp Thắng (thang.d@vlu.edu.vn)

**CHANGES IN ESTIMATED GLOMERULAR FILTRATION RATE IN
LIVING KIDNEY DONORS AT CHO RAY HOSPITAL**

Abstract

Objectives: To evaluate changes in estimated glomerular filtration rate (eGFR) in living kidney donors, and to analyze the association between eGFR variation and selected pre-donation factors, as well as the 6-month post-donation eGFR. **Methods:** A retrospective longitudinal study was conducted on 189 living kidney donors from January 2014 to December 2023 at the Cho Ray Hospital's Outpatient Department. **Results:** The mean pre-donation eGFR of the 189 donors was 88.74 ± 13.27 mL/min/1.73 m². One month after donation, the eGFR decreased to $65.19 \pm$

10.56 mL/min/1.73 m², representing a 26.5% decline. At the three-year follow-up, the mean eGFR was 75.81 ± 13.55 mL/min/1.73 m², reflecting a 14.57% decrease compared to pre-donation values. Of the total cohort, 105 donors had complete follow-up data for five years, resulting in a mean eGFR of 77.71 ± 13.10 mL/min/1.73 m². Multivariate regression analysis identified pre-donation serum cystatin C (ScysC) as a significant predictor of changes in eGFR at the three-year mark. Additionally, ScysC and the 6-month post-donation eGFR were significant predictors of five-year eGFR variation ($p < 0,05$). **Conclusions:** Estimated GFR shows partial recovery by the third year and remains stable through the fifth year post-donation. Pre-donation ScysC levels and eGFR measured six months post-donation are significant predictors of long-term renal function changes in living kidney donors.

Keywords: Estimated glomerular filtration rate; Living kidney donors; Risk factors.

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

*Đỗ Thị Yến Nghi¹, Trịnh Cương Duy¹, Nguyễn Quang Khả¹,
Phạm Thanh Phong¹, Phạm Văn Đông², Thái Minh Sâm²*

Tóm Tắt:

Mục tiêu: đánh giá kết quả bước đầu triển khai ghép thận từ người hiến sống cho bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối tại bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 04/2024 đến 07/2025

Đối Tượng: 12 Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối được chỉ định ghép thận từ 04/2024 đến 07/2025 tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ. Tiêu chuẩn chọn bệnh: tất cả bệnh nhân đã được ghép thận và quản lý ngoại trú sau ghép tính đến tháng 09/2025. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đồng ý tham gia

Phương Pháp: mô tả cắt ngang

Kết Quả: qua 15 tháng triển khai bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ đã thực hiện phẫu thuật ghép thận từ người hiến sống cho 12 bệnh nhân có mối quan hệ trong gia đình gồm: cha hoặc mẹ hiến thận cho con 02 trường hợp chiếm 16,7%; anh chị em ruột hiến thận cho nhau 07 trường hợp chiếm 58,3%; vợ hiến thận cho chồng 03 trường hợp chiếm 25%; tỷ lệ nam-nữ gồm 08 nam và 04 nữ chiếm tỷ lệ 66,7%-33,3%; độ tuổi trung bình $40,00 \pm 7,69$ tuổi nhỏ nhất 29 tuổi và lớn nhất 58 tuổi. Hòa hợp HLA có 03 trường hợp MM 0/6 chiếm 25%, 01 trường hợp MM 6/6 chiếm 8,3% còn lại 08 trường hợp MM 2-5 chiếm 66,7%, 02 trường hợp có PRA class I 09% và 52% không có DSA. Thuốc dẫn nhập ATG 03 trường hợp có nguy cơ miễn dịch cao chiếm 25%, 09 trường hợp dùng simulect chiếm 75%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật có 03 trường hợp nằm viện 14 ngày, 09 trường hợp nằm viện 08 ngày. Creatinin máu trung bình lúc xuất viện $0,97 \pm 0,27$ mg/dl so với trước khi ghép thận creatinin $10,55 \pm 3,80$ mg/dl ($p < 0,001$). Một trường hợp có creatinin tăng 1,6mg/dl sau khi ghép thận 3 tháng do thận ứ nước trào ngược bàng quang niệu quản, xử trí đặt sonde JJ thận ghép thì chức năng thận hồi phục về 1,17mg/dl. Hiện tại creatinin trung bình của nhóm bệnh nghiên cứu $1,04 \pm 0,19$ mg/dl. Hemoglobin trước ghép thận $11,09 \pm 1,42$ g/dl (phải sử dụng thuốc tạo máu) và sau khi ghép Hemoglobin $13,3 \pm 1,39$ g/dl (không cần sử dụng thuốc tạo máu). Tất cả 12 trường hợp hiện chưa ghi nhận nhiễm BKV hoặc CMV, nước tiểu trung bình hiện tại 3758 ± 925 ml

Kết Luận: ghép thận là phương pháp thay thế thận đem lại chất lượng cuộc sống tốt cho bệnh nhân mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Bước đầu ghép thận cho 12 trường hợp tại bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 04/2024 đến 07/2025 mang lại kết quả khả quan, tuy nhiên cần thêm nhiều trường hợp cũng như thời gian theo gian theo dõi lâu hơn.

Từ khóa: ghép thận từ người hiến sống, bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Viết Tắt:

MM - Mismatch

PRA – Panel reactive antibody
DSA – Donor-Specific antibody
ATG - Antithymo globulin
CMV - Cytomegalovirus
BKV – Polyomavirus BK

¹ Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ

² Bệnh viện Chợ Rẫy

Thông tin liên hệ: Ths.Bs Đỗ Thị Yến Nghi

Email: drngianghi@gmail.com, Tel 0907.282.058

EVALUATION OF INITIAL OUTCOMES OF KIDNEY TRANSPLANTATION AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

*Do Thi Yen Nghi¹, Trinh Cuong Duy¹, Nguyen Quang Kha¹,
Pham Thanh Phong¹, Pham Van Dong², Thai Minh Sam²*

Abstract

Objective: To evaluate the initial outcomes of living donor kidney transplantation for patients with end-stage chronic kidney disease at Can Tho Central General Hospital from April 2024 to July 2025.

Subjects: 12 patients with end-stage chronic kidney disease who underwent kidney transplantation from April 2024 to July 2025 at Can Tho Central General Hospital. Inclusion criteria: all patients who had undergone transplantation and were followed up as outpatients after transplantation up to September 2025. Exclusion criteria: patients who did not agree to participate.

Method: Cross-sectional descriptive study.

Results: Over 15 months of implementation, Can Tho Central General Hospital performed living donor kidney transplants for 12 patients with familial relationships: parents donating to children (2 cases, 16.7%), biological siblings donating to each other (7 cases, 58.3%), and wives donating to husbands (3 cases, 25%). The male-to-female ratio was 8 males (66.7%) and 4 females (33.3%). The mean age was 40.00 ± 7.69 years, ranging from 29 to 58 years. HLA matching: 3 cases with MM 0/6 (25%), 1 case with MM 6/6 (8.3%), and 8 cases with MM 2–5 (66.7%). Two cases had PRA class I of 9% and 52%, without DSA. Induction therapy: ATG in 3 cases high immunological risk (25%), Simulect in 9 cases (75%). Postoperative hospital stay: 3 cases stayed 14 days, 9 cases stayed 8 days. Mean creatinine at discharge was 0.97 ± 0.27 mg/dl, compared to pre-transplant 10.55 ± 3.80 mg/dl ($p < 0.001$). A case

with elevated creatinine of 1.6 mg/dl three months after kidney transplantation due to hydronephrosis caused by vesicoureteral reflux. The patient was managed with JJ stent placement in the transplanted kidney, resulting in recovery of renal function to 1.17 mg/dl. The current mean creatinine level of the study group is 1.04 ± 0.19 mg/dl. Hemoglobin before transplantation was 11.09 ± 1.42 g/dl (requiring erythropoietin), and after transplantation increased to 13.3 ± 1.39 g/dl (no longer requiring erythropoietin). None of the 12 cases have shown BK virus (BKV) or Cytomegalovirus (CMV) infection. Current mean urine output is 3758 ± 925 ml.

Conclusion: Kidney transplantation is an effective renal replacement therapy that improves the quality of life for patients with end-stage chronic kidney disease. The initial 12 cases of kidney transplantation at Can Tho Central General Hospital from April 2024 to July 2025 have shown promising results. However, more cases and longer follow-up are needed.

Keywords: living donor kidney transplantation, Can Tho Central General Hospital

Abbreviations:

- MM: mismatch
- ATG: antithymocyte globulin
- CMV: Cytomegalovirus
- BKV: Polyomavirus BK

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU TRONG 6 THÁNG ĐẦU SAU GHÉP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN GHÉP THẬN THEO DÕI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Phan Bá Nghĩa¹, Lê Việt Thắng¹, Nguyễn Thị Thu Hà^{1*}

¹ Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thu Hà Email: drthuha103@gmail.com

0977606550

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ thiếu máu trong 6 tháng đầu và mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh sau ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103 (BVQY103). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu các thời điểm sau ghép trong vòng 6 tháng, trên 258 bệnh nhân (BN) được ghép thận thành công từ tháng 01/2022 – 01/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu sau ghép thận tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng giảm dần, lần lượt là 92,24%, 68,6%, 39,53% và 23,26%; trong đó chủ yếu là thiếu máu đẳng sắc mức độ nhẹ, kích thước hồng cầu bình thường; tỷ lệ xuất hiện đa hồng cầu là 5,04%. Ở nhóm BN nữ giới hoặc có mức lọc cầu thận tại thời điểm tháng thứ 6 sau ghép thấp < 60mL/phút, có nồng độ Hemoglobin thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn lại, $p < 0,05$. Tuổi của BN và mức lọc cầu thận sau ghép là các yếu tố độc lập liên quan với thiếu máu sau ghép, với OR lần lượt là 0,97 và 0,96 với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ thiếu máu trong vòng 6 tháng đầu sau ghép thận khá cao; các tỷ lệ này giảm dần trong 6 tháng và vẫn còn tới 23,26% ở tháng thứ 6, có liên quan với giới tính nữ, mức lọc cầu thận và tuổi của BN ghép thận.

Từ khoá: Bệnh thận mạn giai đoạn cuối; 6 tháng sau ghép thận; Thiếu máu.

ASSESSMENT OF ANEMIA CHARACTERISTICS DURING THE FIRST SIX MONTHS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS FOLLOWED AT MILITARY

Abstract

Objectives: To evaluate the prevalence of anemia during the first six months after kidney transplantation and its association with selected clinical and laboratory

characteristics in patients at Military Hospital 103. **Methods:** A combined retrospective and prospective cohort study was conducted on 258 patients who successfully underwent kidney transplantation between January 2022 and January 2025. Anemia prevalence was assessed at 1 week, 1 month, 3 months, and 6 months post-transplant. **Results:** The prevalence of anemia progressively decreased from 92.24% at 1 week to 68.6% at 1 month, 39.53% at 3 months, and 23.26% at 6 months. Most cases were mild normocytic normochromic anemia; polycythemia was observed in 5.04% of patients. At 6 months post-transplant, female patients and those with an estimated glomerular filtration rate (eGFR) <60 mL/min had significantly lower hemoglobin levels compared with other groups ($p < 0.05$). Patient age and post-transplant eGFR were independent predictors of anemia, with odds ratios of 0.97 and 0.96, respectively ($p < 0.05$). **Conclusion:** Anemia was highly prevalent during the first six months after kidney transplantation, although the prevalence decreased over time. At 6 months, anemia persisted in 23.26% of patients and was associated with female sex, reduced eGFR, and older age. **Keywords:** End-stage renal disease; Kidney transplantation; Six-month follow-up; Anemia.

GALECTIN-3 HUYẾT THANH: GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG SAU GHEP THẬN

*ThS Đinh Thị Minh Hảo
Bệnh viện Trung Ương Huế*

Tóm tắt:

Galectin-3, một lectin liên kết β -galactoside, ngày càng được chú ý vì vai trò đa diện của nó trong tiên lượng ghép thận. Galectin-3 tham gia vào quá trình viêm, xơ hóa và điều hòa miễn dịch nhờ hoạt hóa các đại thực bào và nhiều tế bào biểu mô khác nhau. Trong bối cảnh ghép thận, nồng độ galectin-3 trong huyết thanh tăng cao có liên quan đến các kết quả bất lợi như rối loạn chức năng ghép mạn tính, xơ hóa kẽ và teo ống thận. Những thay đổi bệnh lý này là những yếu tố chính góp phần gây suy thận ghép muộn và giảm khả năng sống sót lâu dài.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy galectin-3 có thể đóng vai trò là một dấu ấn sinh học không xâm lấn để phát hiện sớm tổn thương thận ghép, mang lại giá trị tiên lượng vượt trội so với các dấu ấn truyền thống như creatinine huyết thanh. Mối liên hệ của galectin-3 với bệnh tim mạch ở bệnh nhân ghép thận càng nhấn mạnh thêm ý nghĩa tiên lượng của nó. Hơn nữa, galectin-3 có thể phản ánh tình trạng viêm cận lâm sàng đang diễn ra và các quá trình xơ hóa trước khi xuất hiện rối loạn chức năng ghép rõ ràng, khiến nó trở thành một công cụ hữu ích cho việc phân tầng nguy cơ và chăm sóc sau ghép.

Việc hiểu được động lực học của galectin-3 trong huyết thanh có thể mở đường cho các chiến lược điều trị mới nhằm bảo tồn chức năng ghép. Khi nghiên cứu tiếp tục làm sáng tỏ các con đường cơ chế của nó, galectin-3 hứa hẹn không chỉ là một dấu ấn sinh học mà còn là một mục tiêu tiềm năng cho can thiệp trong ghép thận.

Abstract:

Galectin-3, a β -galactoside-binding lectin, has garnered increasing attention for its multifaceted role in kidney transplantation prognosis. Known for its involvement in inflammation, fibrosis, and immune regulation, galectin-3 is expressed by activated macrophages and various epithelial cells, contributing to tissue remodeling and immune responses. In the context of kidney transplantation, elevated serum galectin-3 levels have been correlated with adverse outcomes, including chronic allograft dysfunction, interstitial fibrosis, and tubular atrophy. These pathological changes are key contributors to late graft failure and reduced long-term survival.

Recent studies suggest that galectin-3 may serve as a non-invasive biomarker for early detection of graft injury, offering predictive value beyond traditional markers such as serum creatinine. Its association with cardiovascular morbidity in transplant recipients further underscores its prognostic significance, given the high prevalence of cardiovascular complications in this population. Moreover, galectin-3 may reflect ongoing subclinical inflammation and fibrotic processes that precede overt graft dysfunction, making it a valuable tool for risk stratification and personalized post-

transplant care.

Understanding the dynamics of serum galectin-3 could pave the way for novel therapeutic strategies aimed at modulating its activity to preserve graft function. As research continues to elucidate its mechanistic pathways, galectin-3 holds promise not only as a biomarker but also as a potential target for intervention in kidney transplantation.

Hiệu quả nhóm thuốc Statins trên quản lý rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ghép thận

BS. Tô Hữu Thiện¹
GS. TS. Võ Tam^{1,2,3}

1. Khoa Nội Thận, Bệnh viện Trung ương Huế
2. Trường đại học Y dược Huế
3. Hội Thận- Tiết Niệu Việt Nam

I. Đặt vấn đề

Rối loạn lipid máu (RLLM) là một biến chứng phổ biến và nghiêm trọng sau ghép thận, góp phần làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch (BTM) và tử vong ở nhóm bệnh nhân này. Statins là nhóm thuốc chủ lực trong điều trị RLLM, nhưng hiệu quả và tính an toàn của chúng ở bệnh nhân ghép thận, những người thường dùng thuốc ức chế miễn dịch và có nguy cơ tương tác thuốc cao, cần được đánh giá một cách hệ thống.

II. Nội dung chính

Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang tại khoa Nội Thận, Bệnh viện Trung Ương Huế, tính đến tháng 6/2025, có 289 bệnh nhân ghép thận đang được theo dõi ngoại trú, với độ tuổi trung bình $41.56(\pm 11.27)$. Chức năng thận ghép trung bình $54.74(\pm 15.56)$ ml/phút/1.73m², với mức Creatinine huyết thanh trung bình là $113.90(\pm 79.22)$ μ mol/l. Theo dõi các rối loạn chuyển hóa thường gặp ở BN sau ghép thận, có đến 32.4% BN có tình trạng rối loạn lipid máu. RLLM là một trong những nguyên nhân hàng đầu làm tăng biến cố tim mạch và tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân. Việc điều trị RLLM trên bệnh nhân ghép thận còn gặp nhiều hạn chế do sự tương tác với thuốc Ức chế miễn dịch. Đồng thời, việc sử dụng nhóm Statins làm tăng nguy cơ khởi phát đái tháo đường sau ghép thận, đặc thủy tinh thể, tiêu cơ vân trên BN ghép thận. Rosuvastatin, Atorvastatin thường là ưu tiên lựa chọn trên BN ghép thận bởi tính an toàn và hiệu quả trong việc điều chỉnh rối loạn lipid máu. Nhiều nghiên cứu mới mở ra thêm nhiều lựa chọn trong việc kiểm soát lipid ở BN ghép thận như Fluvastatin, Pravastatin. Tuy nhiên, Việc sử dụng Statins cần được cân nhắc và theo dõi sát sao như một phần thiết yếu trong chiến lược quản lý nguy cơ tim mạch ở đối tượng bệnh nhân đặc biệt này, nhằm hạn chế các tác dụng phụ có thể xảy ra.

III. Kết luận

Với sự đa dạng trong phác đồ ức chế miễn dịch, nghiên cứu đã chứng minh rằng statins có thể được sử dụng hiệu quả và an toàn khi có sự lựa chọn thuốc cẩn

thận (tránh hoặc điều chỉnh liều statins có nguy cơ tương tác cao với thuốc ức chế miễn dịch) và theo dõi lâm sàng chặt chẽ. Sự dung nạp tốt giúp đảm bảo tỷ lệ tuân thủ điều trị cao và đạt được mục tiêu điều trị lipid máu, qua đó làm giảm nguy cơ tim mạch và nâng cao tuổi thọ mảnh ghép

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ GHEP GAN TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO TIÊU CHUẨN MỞ RỘNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Hải Đăng¹, Nguyễn Đức Trung¹, Hoàng Tuấn¹, Ninh Việt Khải¹, Nguyễn Quang Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm người hiến–người nhận và kết quả ghép gan sử dụng người hiến chết não tiêu chuẩn mở rộng (Extended Criteria Donor – ECD) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 01/2012–12/2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả; chọn mẫu thuận tiện từ các ca ghép gan tiêu chuẩn mở rộng từ người cho chết não. Chỉ tiêu chính: đặc điểm người hiến/người nhận, biến chứng sớm (≤ 90 ngày) và muộn (> 3 tháng), thời gian nằm ICU/viện, tử vong 90 ngày, và thời gian sống thêm.

Kết quả: Tổng cộng 65 người nhận ghép gan, trong đó 25 (38,5%) nhận gan ECD. Tiêu chí ECD thường gặp: $\text{Na}^+ > 170 \text{ mmol/L}$ (36%), bilirubin $> 34 \mu\text{mol/L}$ (12%), 4 người người hiến có ≥ 2 tiêu chí. Ở người nhận: nam 93,8%; tuổi trung bình 52,1 tuổi; chỉ định chủ yếu là HCC ($> 65\%$) trên nền viêm gan B ($> 80\%$). Thời gian nằm ICU ($4,7 \pm 1,7$ so với $5,2 \pm 2,3$ ngày; $p = 0,25$) và nằm viện ($27,2 \pm 8,4$ so với $27,0 \pm 10,2$; $p = 0,91$) tương đương giữa ECD và nhóm chứng. Biến chứng sớm: nhóm ECD có thải ghép 4,0% và suy chức năng mảnh ghép 4,0%. Tử vong 90 ngày: 8% (ECD) so với 2,5% (SCD). Không có sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa 2 nhóm.

Kết luận: Ghép gan từ người hiến chết não tiêu chuẩn mở rộng cho kết quả sống thêm tương đương; tuy nhiên cần lưu ý nguy cơ biến chứng nặng và tử vong 90 ngày cao hơn ở ECD. Kết quả cho thấy sử dụng ECD trong bối cảnh thiếu tạng là an toàn, tuy nhiên cần tiêu chuẩn chọn lọc phù hợp và quy trình kiểm soát nguy cơ chặt chẽ.

Từ khóa: Ghép gan, người hiến chết não, tiêu chuẩn mở rộng, sống thêm

EVALUATION OF LIVER TRANSPLANTATION OUTCOMES USING EXTENDED CRITERIA DONOR DECEASED DONORS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To evaluate the characteristics of donors and recipients and the outcomes of liver transplantation using extended criteria donor (ECD) deceased donors at Viet Duc University Hospital from January 2012 to December 2023.

Methods: A retrospective descriptive study; convenience sampling was used to select cases of liver transplantation from ECD deceased donors. Primary endpoints included donor/recipient characteristics, early (≤ 90 days) and late (> 3 months) complications, ICU/hospital stay duration, 90-day mortality, and survival time.

Results: A total of 65 liver transplant recipients were included, of which 25 (38.5%) received ECD livers. Common ECD criteria were $\text{Na}^+ > 170 \text{ mmol/L}$ (12%), bilirubin $> 34 \text{ } \mu\text{mol/L}$ (12%), and 4 donors had ≥ 2 criteria. Among recipients: 93.8% were male; mean age was 52.1 years; primary indications were HCC ($> 65\%$) on a background of hepatitis B ($> 80\%$). ICU stay (4.7 ± 1.7 vs. 5.2 ± 2.3 days; $p = 0.35$) and hospital stay (27.2 ± 8.3 vs. 27.0 ± 10.2 days; $p = 0.91$) were comparable between ECD and control groups. Early complications in the ECD group included graft rejection (4%) and primary graft dysfunction (4%). Ninety-day mortality was 8% (ECD) compared to 2.5% (SCD). No significant difference in survival time was observed between the two groups.

Conclusion: Liver transplantation using ECD deceased donors yields comparable survival outcomes; however, the higher risk of severe complications and 90-day mortality in the ECD group warrants attention. The results suggest that ECD use is safe in the context of organ shortage, provided appropriate selection criteria and rigorous risk management protocols are applied.

Keywords: Liver transplantation, extended criteria donor, brain-dead donor, outcomes.

ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT VÀ KẾT QUẢ GHEP GAN TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO VÀ NGƯỜI HIẾN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải, Dương Đức Hùng, Nguyễn Quang Nghĩa, Nguyễn Tiến Quyết, Trần Minh Tuấn, , Trần Hà Phương, Hoàng Tuấn và cộng sự

TÓM TẮT

Đặt vấn đề

Ghép gan là phẫu thuật thay thế gan bị bệnh bằng một phần hay toàn bộ gan từ người cho (chết não, tim ngừng đập hoặc người hiến sống). Ca ghép gan đầu tiên trên thế giới thực hiện thành công bởi Thomas R. Starlz năm 1967. Năm 2004, ca ghép gan đầu tiên được thực hiện thành công ở Việt Nam tại Học viện Quân Y. Đến năm 2007, bệnh viện hữu nghị Việt Đức thực hiện thành công ca ghép gan đầu tiên trên người lớn. Và đến năm 2010, cũng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, ca ghép gan đầu tiên từ người cho chết não đã được tiến hành. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành nhằm đánh giá đặc điểm kỹ thuật và kết quả ghép gan từ người cho chết não và người cho sống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên các bệnh nhân được ghép gan từ người chết não và cho sống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2012 đến 6/2024.

Kết quả

92 bệnh nhân được thực hiện ghép gan, trong đó 70 BN ghép gan từ người hiến chết não, 22 BN ghép gan từ người hiến sống. Tuổi trung bình là $50,9 \pm 12,7$ tuổi, tỉ lệ nam/nữ: 9/1. Chỉ định ghép: Xơ gan 31%, ung thư gan nguyên phát 59%, đợt cấp trên nền gan mạn tính 10%. Ghép từ người hiến chết não: 94,5% thực hiện kỹ thuật Piggyback, nối TM cửa tận tận chiếm 99,1%, nối ĐM gan chung – riêng (nhận - hiến) chiếm 47,1%. Ghép gan từ người hiến sống: 100% sử dụng mạch ghép gan P trong đó không kèm TM gan giữa chiếm 55%, tạo hình miệng chung TM gan P và TM tạo hình V5, V8 chiếm 23%. Nối ĐM gan P với ĐM gan P chiếm 88%; 72,7% miệng nối ĐM gan được nối vi phẫu. Biến chứng sau mổ: chảy máu trong ổ bụng 5 BN (5,4%), tắc ĐM gan 2 bệnh nhân (2,2%), 3 BN có huyết khối TM cửa (chiếm 3,3%) trong đó 2 BN được điều trị nội thành công, tràn dịch màng phổi cần dẫn lưu 29 bệnh nhân (31,5%), tỉ lệ tử vong sớm sau ghép là 5,4%. Tất cả bệnh nhân thuộc nhóm xơ gan đều còn sống, tỉ lệ sống sau 5 năm của nhóm ung thư tế bào gan là 81,4%.

Kết luận

Ghép gan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức được thực hiện gồm cả ghép gan từ người cho sống và người chết não. Sống sau ghép 5 năm đạt tỉ lệ tốt.

TECHNICAL FEATURES AND RESULTS OF LIVER TRANSPLANTATION FROM BRAIN-DEAD DONORS AND LIVING DONORS AT VIET-DUC UNIVERSITY HOSPITAL

SUMMARY

Background

Liver transplantation is a replacement of diseased liver by total or partial normal liver from a donor (brain death, cardiac death or living donor). The first liver transplantation in the world was carried out successfully by Thomas R. Starzl in 1967. By 2004, the first liver transplantation in Vietnam was performed in Vietnam Military Medical University. Subsequently, Viet Duc University Hospital achieved the country's first adult living-donor liver transplant in 2007 and the first brain-dead donor transplant in 2010. This study evaluates the technical aspects and outcomes of brain-dead donor and living-donor liver transplantation at Viet Duc University Hospital.

Objective and method

Retrospective, cross-sectional study in patients underwent brain dead donor and living donor liver transplantation at Viet Duc university hospital from 1/2012 to 6/2024.

Result

92 patients underwent liver transplantation, of which 70 patients of brain-dead donor liver transplantation and 22 patients of living donor liver transplantation. The average age was 50.9 ± 12.7 years old, male/female ratio: 9/1. Indications for transplantation: Cirrhosis 31%, HCC 59%, ACLF 10%. Brain-dead donors: liver transplantation 94.5% performed Piggyback technique, end-to-end portal vein anastomosis 99.1%, common-proper hepatic artery anastomosis (recipient-donor) 47.1%. Living donor liver transplantation: 100% used the right hepatic graft, in which 55% without the middle hepatic vein, reconstructing a common opening between the right hepatic vein and reconstructed vein of V5, V8 account for 23%. Arterial anastomosis predominantly involved right hepatic artery-to-right hepatic artery (88%), with microsurgical techniques applied in 72.7% of hepatic artery reconstructions. Postoperative complications: intra-abdominal bleeding in 5 patients (5.4%), hepatic artery occlusion in 1 patient (1.1%), portal vein thrombosis in 3 patients (3.3%), of which 2 patients were treated medically, 31.5% had pleural effusion requiring percutaneous drainage, early post-transplant mortality rate was 5.4%. All patients in the cirrhosis group were still alive, the 5-year survival rate of the hepatocellular carcinoma group was 81.4%.

Conclusion

Liver transplantation at Viet Duc University Hospital encompasses both

brain-dead donor and living-donor approaches, demonstrating favourable 5-year posttransplant survival rates.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI GHEP GAN TỪ NGUOI HIEN SONG SU DUNG MANH GHEP GAN PHAI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175 NHÂN 10 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Văn Mạnh^{1,*}; Nguyễn Văn Quỳnh¹; Đoàn Thanh Huy¹;
Nguyễn Mạnh Khỏe¹; Lê Đức Trung¹; Phan Văn Hậu¹;
Lê Văn Thành²; Hồ Văn Linh²; Lê Trung Hiếu²

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu triển khai phẫu thuật ghép gan từ người hiến sống (LDLT) sử dụng mảnh ghép gan phải. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu loạt ca ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải, từ tháng 12/2024 đến tháng 10/2025, tại Bệnh viện Quân y 175 dưới sự chuyển giao trực tiếp từ đội ngũ chuyên gia ghép gan của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Kết quả: 10 bệnh nhân được ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải. Độ tuổi trung bình là: $57,6 \pm 16,7$ (21-68) tuổi; 100% bệnh nhân nam giới. Chỉ định ghép gan, do HCC có 5/10 trường hợp (TH) chiếm 50%, do ALCF có 3/10 TH (30%), 2 TH do xơ gan mất bù (20%); điểm MELD trung bình là: $17,0 \pm 11,2$ (7-31) điểm. Có 3/10 TH sử dụng mảnh ghép gan phải mở rộng, 6/10 TH sử dụng mảnh ghép gan phải cải tiến. 1 TH mảnh ghép gặp biến chứng phồng lóc động mạch gan phải cần can thiệp đặt stent động mạch trong mổ, không ghi nhận biến chứng mạch máu và đường mật, không ghi nhận thải ghép. Chúng tôi gặp 2 TH chảy máu sau mổ phải mổ lại cầm máu, 6/10 TH tăng Kali máu do tác dụng phụ của Tacolimus. **Kết luận:** Phẫu thuật ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải bước đầu được triển khai tại Bệnh viện Quân y 175 có kết quả khả quan.

Từ khoá: Ghép gan từ người hiến sống, mảnh ghép gan phải, cắt gan.

INITIAL OUTCOMES OF LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION USING RIGHT LOBE GRAFTS AT MILITARY HOSPITAL 175: REPORT OF 10 CASES

Abstract:

Objective: To assess the preliminary outcomes of living donor liver transplantation (LDLT) using right lobe grafts. **Methods:** A prospective case series was conducted at Military Hospital 175 between December 2024 and October 2025. LDLT procedures employed right lobe grafts under direct technical supervision from the liver transplantation team of the 108 Military Central Hospital. **Results:** Nine male patients (mean age, 57.6 ± 16.7 years; range, 21–68) underwent LDLT with right

lobe grafts. Indications included hepatocellular carcinoma (5/10, 50%), decompensated cirrhosis (3/10, 30%), and decompensated cirrhosis (2/10, 20%). The mean MELD score was 17.0 ± 11.2 (range, 7–31). Extended right lobe grafts were used in 3 patients, and modified right lobe grafts in 7. One graft developed right hepatic artery dissection with aneurysmal change requiring intraoperative stenting. No vascular or biliary complications and no rejection episodes were observed. Postoperative bleeding occurred in 2 cases requiring reoperation, and 6 patients developed tacrolimus-associated hyperkalemia.

Conclusions: LDLT with right lobe grafts was successfully initiated at Military Hospital 175, demonstrating favorable short-term outcomes.

Keywords: Living donor liver transplantation, right lobe graft, hepatectomy.

¹: Bệnh viện Quân y 175

²: Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

*Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Văn Mạnh
(manhnguyen2388@gmail.com)

KINH NGHIỆM BƯỚC ĐẦU GHÉP GAN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Tóm tắt: Ghép gan là phương pháp điều trị tối ưu cho các bệnh lý gan giai đoạn cuối, là kỹ thuật phức tạp, đòi hỏi trang thiết bị hiện đại, đội ngũ giàu kinh nghiệm và sự phối hợp liên chuyên khoa giữa phẫu thuật, gây mê hồi sức, chăm sóc hậu phẫu và điều trị nội khoa. Trường hợp ghép gan đầu tiên tại Bệnh viện Trung ương Huế được thực hiện vào tháng 9/2019 với sự hỗ trợ từ Bệnh viện Chợ Rẫy, đánh dấu khởi đầu quan trọng của chương trình ghép gan tại miền Trung. Từ năm 2024, bệnh viện triển khai thêm 4 trường hợp với hỗ trợ kỹ thuật từ Bệnh viện Trung ương Quân đội 108; trong đó 3 trường hợp thành công, bệnh nhân hồi phục chức năng gan tốt, một trường hợp thất bại do biến chứng mạch máu. Đặc biệt, tháng 10/2025, Bệnh viện Trung ương Huế tự thực hiện thành công trường hợp ghép gan đầu tiên từ mảnh ghép chia trong cơ thể người cho chết não, khẳng định khả năng làm chủ kỹ thuật. Kết quả bước đầu cho thấy bệnh viện có thể triển khai ghép gan thành công với nhân lực, trang thiết bị và quy trình phối hợp liên chuyên khoa chuẩn hóa. Thành công này mở ra cơ hội tiếp cận ghép gan cho bệnh nhân miền Trung và Tây Nguyên, đồng thời việc tiếp tục đào tạo, rút kinh nghiệm và chuẩn hóa quy trình là cần thiết để nâng trường hợp tỷ lệ thành công và đảm bảo an toàn tối đa cho người bệnh trong tương lai.

Abstract: Liver transplantation is the optimal treatment for end-stage liver diseases, but it is a complex procedure requiring modern equipment, an experienced team, and close multidisciplinary coordination among surgery, anesthesia and critical care, postoperative management, and internal medicine. The first liver transplant at Hue Central Hospital was performed in September 2019 with support from Cho Ray Hospital, marking an important milestone for the liver transplantation program in Central Vietnam. Since 2024, the hospital has conducted four additional cases with technical support from 108 Central Military Hospital; among these, three were successful with good postoperative liver function, while one failed due to vascular complications. Notably, in October 2025, Hue Central Hospital independently performed its first liver transplant using a split graft from a deceased donor, demonstrating its mastery of the technique. These initial results indicate that the hospital can successfully implement liver transplantation with well-prepared personnel, equipment, and standardized multidisciplinary procedures. This success opens up access to liver transplantation for patients in Central Vietnam and the Central Highlands, while ongoing training, experience accumulation, and procedure standardization are essential to further improve success rates and ensure maximum patient safety in the future.

GHÉP LẠI GAN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG: BÁO CÁO 3 CA LÂM SÀNG

Đào Đức Dũng¹, Lê Văn Thành¹, Nguyễn Thế Duy², Trần Mạnh Thắng²,
Ngô Vi Hải³, Nguyễn Văn Lành¹, Nguyễn Hùng Cường¹, Phạm Đức Huân¹

¹Bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City

²Trường Đại học VinUniversity

³Bệnh viện TUQĐ 108

TÓM TẮT

Tổng quan: Ghép lại gan là phương pháp điều trị duy nhất giúp cứu sống bệnh nhân bị suy mảnh ghép sau ghép gan lần đầu. Trong bối cảnh nguồn hiến tạng sau chết còn hạn chế, ghép lại gan từ người hiến sống là lựa chọn thay thế hợp lý cho ghép lại gan từ người hiến chết. Tuy nhiên, ghép lại gan thường có tỷ lệ sống thấp hơn và vẫn đang được tiếp tục đánh giá.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả 3 trường hợp ghép lại gan từ người hiến sống được thực hiện tại Bệnh viện Vinmec Times City từ tháng 9/2021 đến tháng 9/2025. Phân tích dữ liệu lâm sàng trước, trong và sau mổ; đánh giá biến chứng và kết quả theo dõi xa sau ghép.

Kết quả: Ba bệnh nhân nam được ghép lại gan sau khi ghép gan lần đầu từ người hiến sống, đều sử dụng mảnh ghép gan phải. Chỉ định ghép gan lần đầu gồm: ung thư biểu mô tế bào gan (2 trường hợp, trong đó 1 trường hợp bất đồng nhóm máu ABO) và suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn (1 trường hợp). Cả 3 bệnh nhân đều bị huyết khối động mạch gan dẫn đến suy mảnh ghép, cần ghép lại ở tháng thứ 1, thứ 5 và thứ 11 sau ghép.

Cả 3 ca ghép lại đều sử dụng mảnh ghép gan phải; 2 trường hợp phải tái tạo động mạch gan bằng đoạn tĩnh mạch hiến lớn. Biến chứng sau mổ gồm: 1 trường hợp tắc miệng nối mật–mật do thiếu máu phải mổ lại làm miệng nối mật–ruột; 1 trường hợp xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày–tá tràng cần can thiệp nội soi cầm máu. Một bệnh nhân tử vong tháng thứ 13 sau ghép do viêm phổi do Covid-19. Hai bệnh nhân còn

lại hiện ổn định ở thời điểm theo dõi tháng thứ 2 và tháng thứ 14 sau ghép. Không ghi nhận biến chứng ở người hiến.

Bàn luận: Nguồn tạng khan hiếm khiến việc mở rộng chỉ định sử dụng mảnh ghép “biên giới” ngày càng phổ biến, làm tăng nguy cơ suy mảnh ghép và nhu cầu ghép lại. Huyết khối mạch máu và suy mảnh ghép nguyên phát là các chỉ định thường gặp nhất cho ghép lại gan sau ghép gan từ người cho sống. Mặc dù ghép lại gan có tỷ lệ tử vong cao và kết quả lâu dài hạn chế, ghép lại gan từ người hiến sống vẫn là lựa chọn khả thi trong bối cảnh thiếu hụt nguồn hiến tạng chết não.

Kết luận: Huyết khối động mạch gan và suy mảnh ghép là chỉ định phổ biến nhất cho ghép lại gan. Ghép lại gan từ người hiến sống là một lựa chọn an toàn và khả thi khi được thực hiện bởi đội ngũ phẫu thuật có kinh nghiệm và quản lý toàn diện trước, trong và sau mổ.

Từ khóa: Ghép lại gan; ghép gan từ người cho sống; suy mảnh ghép; huyết khối động mạch gan; biến chứng đường mật.

Tác giả liên hệ:

TS.BS Đào Đức Dũng, Khoa Ngoại Gan mật tụy và Ghép tạng, Bệnh viện Quốc tế Vinmec Times City (458 Minh Khai, Vĩnh Tuy, Hà Nội).

ĐT: 0916423855. Email: drdung.sur@gmail.com

Abstract

Living-donor liver retransplantation: A report of three clinical cases

Đào Đức Dũng¹, Lê Văn Thành¹, Nguyễn Thế Duy², Trần Mạnh Thắng²,
Ngô Vi Hải³, Nguyễn Văn Lành¹, Nguyễn Hùng Cường¹, Phạm Đức Huân¹

¹Vinmec Times City International Hospital

²VinUniversity

³108 Military Central Hospital

Introduction: Liver retransplantation (reLT) is the only life-saving treatment for patients with graft failure after primary liver transplantation. In regions where deceased-donor organs are scarce, living-donor liver retransplantation (re-LDLT) represents a reasonable alternative to deceased-donor retransplantation (re-DDLT). However, outcomes following reLT after LDLT remain inferior and continue to be evaluated.

Methods: We retrospectively reviewed three cases of living-donor liver retransplantation performed at Vinmec Times City Hospital between September 2021 and September 2025. Preoperative, intraoperative, and postoperative clinical data were analyzed, including postoperative complications and long-term outcomes.

Results: Three male patients underwent reLT following primary LDLT using right-lobe grafts. The initial indications were hepatocellular carcinoma (two cases, including one with ABO-incompatible transplantation) and acute-on-chronic liver failure (one case). All three developed hepatic artery thrombosis leading to graft failure, requiring retransplantation at 1, 5, and 11 months post-transplantation. All reLTs utilized right-lobe grafts; in two cases, hepatic artery reconstruction was performed using a segment of the great saphenous vein. Postoperative complications included one case of biliary stricture at the duct-to-duct anastomosis due to ischemia requiring revision to a hepaticojejunostomy, and one case of gastrointestinal bleeding from peptic ulcer disease managed by endoscopic hemostasis. One patient died at 13 months post-reLT due to COVID-19–related pneumonia. The remaining two patients are currently stable at 2 and 14 months of follow-up. No donor-related complications were observed.

Discussion: The shortage of donor organs has led to broader utilization of marginal grafts, increasing the risk of graft dysfunction and the need for retransplantation.

Vascular thrombosis and primary graft failure are the most common indications for reLT after LDLT. Although reLT is associated with high morbidity and mortality, living-donor retransplantation remains a feasible option in experienced centers, particularly where deceased-donor organs are limited.

Conclusion: Hepatic artery thrombosis and graft failure are the leading indications for reLT after LDLT. Living-donor liver retransplantation is a technically demanding yet safe and viable option when supported by meticulous perioperative management and a skilled surgical team.

Keywords: Liver retransplantation; living-donor liver transplantation; graft failure; hepatic artery thrombosis; biliary complication.

BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH MẢNH GHÉP GAN PHẢI Ở NGƯỜI HIẾN SỐNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP

Trần Quốc Việt, Nguyễn Việt Cường, Trịnh Văn Thảo,
Nguyễn Văn Quỳnh, Nguyễn Văn Mạnh

TÓM TẮT

Bóc tách động mạch mảnh ghép gan ở người hiến sống là một biến chứng nặng nề, hiếm gặp, có thể làm mất mảnh gan ghép và phải ghép lại, ít được mô tả trong y văn. Ca lâm sàng của chúng tôi là một trường hợp bệnh nhân nam, 68 tuổi, mắc ung thư biểu mô tế bào gan, được phẫu thuật ghép gan phải từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải, người hiến gan là con gái. Trong quá trình phẫu thuật phát hiện động mạch gan phải của mảnh ghép có huyết khối, nội mạc bị bóc tách sâu đến nhu mô. Chúng tôi tiến hành khâu dính nội mạc vào lớp cơ và lớp áo ngoài của động mạch rồi nối với động mạch gan của người nhận. Sau khi nối xong siêu âm thấy không có dòng chảy qua động mạch của mảnh ghép, quyết định nối tiếp đường mật, đóng bụng và đưa bệnh nhân đi can thiệp mạch. Quá trình can thiệp đặt được stent qua miệng nối động mạch, sau đó dùng thuốc tiêu huyết khối, kiểm tra sau can thiệp lưu thông của động mạch tốt, bệnh nhân được tiếp tục theo dõi tại khoa hồi sức tích cực. Tuy nhiên diễn biến của bệnh nhân xuất hiện tình trạng chảy máu trong ổ bụng, phải phẫu thuật lại để cầm máu, trong phẫu thuật thấy chảy máu rỉ rả ở nhiều vị trí trong ổ bụng mà trước đó đã được cầm máu. Sau phẫu thuật lần 2 diễn biến của bệnh nhân ổn định và ra viện sau 3 tuần. Qua trường hợp này chúng ta có thể thấy can thiệp mạch là một phương pháp có thể cứu cánh trong trường hợp bóc tách động mạch gan ở mảnh gan ghép, và sau khi dùng thuốc tiêu huyết khối có thể gặp biến chứng chảy máu nên cần được theo dõi sát.

ABSTRACT

The dissection of the hepatic artery in living donor liver transplantation

is a severe and rare complication that can lead to the loss of the graft and necessitate re-transplantation, and it is rarely described in the literature. Our clinical case involves a 68-year-old male patient with hepatocellular carcinoma who underwent right liver transplantation from a living donor, with the graft being the right lobe and the donor being his daughter. During the surgery, thrombosis of the right hepatic artery of the graft was discovered, with the intima dissected deeply into the parenchyma. We proceeded to suture the intima to the muscular layer and the adventitia of the artery, then anastomosed it to the recipient's hepatic artery. After completing the anastomosis, ultrasound showed no flow through the graft's artery, leading to the decision to perform a biliary anastomosis, close the abdomen, and transfer the patient for vascular intervention. During the intervention, a stent was placed through the anastomosis of the artery, followed by thrombolytic therapy. Post-intervention checks showed good arterial flow, and the patient was continued to be monitored in the intensive care unit. However, the patient's condition developed into internal bleeding in the abdominal cavity, requiring a second surgery to control the bleeding. During the surgery, oozing was observed at multiple sites in the abdominal cavity that had previously been controlled. After the second surgery, the patient's condition stabilized, and they were discharged after three weeks. This case illustrates that vascular intervention can be a lifesaving method in cases of hepatic artery dissection in a liver graft, and after using thrombolytic medication, bleeding complications may occur, necessitating close monitoring.

Tên bài báo cáo: *Xây dựng mô hình nomogram động trong tiên lượng nhiễm trùng sớm sau ghép gan*

Báo cáo viên: Thạc sĩ. Bác sĩ **Đỗ Văn Nam**

Đơn vị: Khoa Hồi sức Ngoại khoa và Ghép tạng

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xây dựng mô hình nomogram động giúp dự đoán nguy cơ nhiễm trùng sớm (trong 30 ngày đầu) sau ghép gan, từ đó hỗ trợ bác sĩ trong phân tầng nguy cơ, theo dõi và đề ra chiến lược điều trị sau ghép.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu được tiến hành trên 205 bệnh nhân ghép gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong giai đoạn 2017–2024. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến được thực hiện để xác định các yếu tố tiên lượng độc lập. Mô hình hồi quy cuối cùng được sử dụng để xây dựng nomogram động. Một phiên bản ứng dụng web thân thiện với người dùng đã được thiết lập để hỗ trợ sử dụng mô hình trong lâm sàng.

Kết quả: Tỷ lệ nhiễm trùng sớm sau ghép gan là 22%. Năm yếu tố tiên lượng độc lập được đưa vào mô hình gồm: tuổi người nhận, điểm MELD trước ghép, rò mật sau ghép, cần truyền máu trong tuần đầu sau ghép và số ngày nằm hồi sức sau ghép. Mô hình cho kết quả $AUC = 0,794$, mô hình nomogram động cho tiên lượng nhiễm trùng sớm sau ghép cũng đã được xây dựng và đưa lên website với đường link truy cập là: https://dynnomogramsicu.shinyapps.io/shiny_infection_app/.

Kết luận: Nomogram động được xây dựng dựa trên năm yếu tố nguy cơ độc lập là công cụ đơn giản, dễ tiếp cận, hỗ trợ dự báo nguy cơ nhiễm trùng sớm sau ghép gan và có thể được ứng dụng thực tế tại giường bệnh.

BÁO CÁO LOẠT CASE BỆNH: SỰ THAY ĐỔI CỦA MỘT SỐ CHỈ SỐ ĐÔNG CẢM MÁU Ở NGƯỜI BỆNH GHEP GAN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Trương Xuân Bách.

Bệnh viện Quân y 175

Email: truongxuanbach17031992@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi của một số chỉ số đông cầm máu trong quá trình ghép ở người bệnh ghép gan từ người cho sống.

Phương pháp nghiên cứu: báo cáo loạt ca, 10 bệnh nhân ghép gan từ người cho sống tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2024 – tháng 10/2025 về kết quả xét nghiệm số lượng tiểu cầu (SLTC), tỉ lệ prothrombin (PT%), tỉ số thromboplastin từng phần hoạt hoá (rAPTT), Fibrinogen, Protein C toàn phần, Protein S toàn phần, Antithrombin III và một số chỉ số của ROTEM ở các thời điểm: Trước ghép, không gan, sau tái tưới máu và ngay sau ghép của quá trình ghép gan

Kết quả: Xét nghiệm PT%, rAPTT, Fibrinogen thay đổi theo xu hướng giảm đông từ giai đoạn không gan và rõ rệt nhất ở giai đoạn sau tái tưới máu, bắt đầu cải thiện dần ở giai đoạn sau ghép. SLTC giảm ở giai đoạn không gan, tăng ở giai đoạn sau tái tưới máu và giảm không đáng kể ở giai đoạn ngay sau ghép. Chỉ số CTINTEM kéo dài ở giai đoạn sau tái tưới máu, CTEXTTEM thì trong giới hạn bình thường ở tất cả các giai đoạn ghép gan. Các chỉ số A5, A10 của EXTEM, FIBTEM giảm ở giai đoạn sau tái tưới máu và tăng nhẹ trở lại ở giai đoạn ngay sau ghép; ở BN số 3, BN số 7 và BN số 10 thì giảm dưới ngưỡng giá trị bình thường nên có sử dụng 2 đơn vị tủa lạnh (200ml). Các chỉ số Protein C, Protein S, Antithrombin III đều giảm ở giai đoạn sau tái tưới máu nhưng có BN số 3 và BN số 10 có chỉ định dùng thêm 2000IU Antithrombin III human.

Kết luận: Sự thay đổi của các chỉ số đông cầm máu bắt đầu xảy ra ở giai đoạn không gan và rõ nhất ở giai đoạn sau tái tưới máu, xu hướng giảm đông và cải thiện dần ở giai đoạn ngay sau ghép. Một số chỉ số của ROTEM cũng biến động tương đối giống với các chỉ số của xét nghiệm đông máu cơ bản, việc sử dụng ROTEM trong phẫu thuật ghép gan là cần thiết

Từ khóa: Ghép gan từ người cho sống, các chỉ số đông cầm máu, các yếu tố kháng đông tự nhiên, ROTEM

ABSTRACT

A CASE SERIES REPORT: ALTERATIONS OF SOME HEMOSTATIC PARAMETERS OF PATIENTS UNDERGOING LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION AT MILITARY HOSPITAL 175

Truong Xuan Bach.

Military Hospital 175

Objectives: To evaluate the alterations of intraoperative hemostatic parameters of patients undergoing living donor liver transplantation.

Methods: case series report, we report 10 patients getting liver transplantation at Military hospital 175 from December 2024 to October 2025. The test results of these parameters: Platelet count (PLT), Prothrombin ratio (PT%), Activated partial thromboplastin time (rAPTT), Fibrinogen, Protein C, Protein S, Antithrombin III and ROTEM parameters at four time points as Pre – Transplant, Anhepatic, After Reperfusion and Post – Transplant.

Results: PT%, rAPTT, Fibrinogen tests were critically abnormal, indicating reduced blood clotting after reperfusion phase and gradually improved after the post – transplant phase. PLT decreased at the anhepatic phase, increased after reperfusion phase and slightly decreased at the post – transplant phase. CTINTEM was prolonged at the after reperfusion phase. CTEXTM remained normal throughout the liver transplant process. A5, A10 of EXTEM, FIBTEM decreased after reperfusion phase and slightly increased at the post – transplant phase; levels decreased below the normal range in patients 3, 7, and 10, who subsequently received two units of cryoprecipitate (200 mL in total). Levels of Protein C, Protein S, and Antithrombin III decreased after reperfusion; however, in patients 3 and 10, supplementation with 2000 IU of human Antithrombin III was required.

Conclusions: Coagulation – Hemostatic tests began to change during the anhepatic phase, with the most significant changes occurring after reperfusion, where blood clotting was reduced and gradually improved during the post – transplant phase. ROTEM parameters also changed in a similar manner to the Coagulation – Hemostatic tests, the use of ROTEM in liver transplantation is essential.

Keywords: Living donor liver transplantation, Coagulation – Hemostatic tests, Naturally occurring anticoagulant proteins, ROTEM

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Phạm Ngọc Thạch, Phan Tân Đức, Phan Lê Minh

Tiến

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật ghép thận ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, TP.HCM từ năm 2004 đến 2024.

Đối tượng - Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 37 trường hợp ghép thận (34 từ người cho sống có quan hệ huyết thống, 3 từ người cho chết não) từ tháng 6/2004 đến tháng 8/2024.

Kết quả: Người cho thận chủ yếu là nam (64,9%), độ tuổi trung bình 33–52, phần lớn sống tại các tỉnh (67,6%). 91,9% trường hợp ghép thận trái, 59,5% mổ nội soi. Người nhận có tuổi từ 9–16, chủ yếu là nam (67,6%). Nguyên nhân suy thận mạn thường gặp nhất là thiếu sản thận hai bên (70,3%). Thận ghép đặt tại hố chậu phải trong 91,9% trường hợp. Phương pháp khâu nối mạch máu chủ yếu là nối với động mạch chậu ngoài (83,8%) và tĩnh mạch chậu ngoài (100%). Tỷ lệ có nước tiểu tại bàn là 94,6%. Biến chứng ngoại khoa gặp ở 6 trường hợp (16,2%), gồm 2 trường hợp mất thận ghép, 1 tử vong.

Kết luận: Phẫu thuật ghép thận tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 đạt tỷ lệ phục hồi chức năng thận cao, song vẫn còn tỷ lệ biến chứng mạch máu và tiết niệu cần lưu tâm, đặc biệt ở nhóm nhận thận từ người cho chết não.

Từ khóa: ghép thận, trẻ em, biến chứng ngoại khoa, suy thận mạn, Bệnh viện Nhi Đồng 2.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes of pediatric kidney transplantation at Children's Hospital 2, Ho Chi Minh City, from 2004 to 2024.

Pham Ngoc Thach, Phan Tan Duc, Phan Le Minh Tien

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study of 37 pediatric kidney transplant cases (34 from living related donors and 3 from brain-dead donors) performed between June 2004 and August 2024.

Results: The majority of donors were male (64.9%), aged 33–52 years and resided in provinces outside Ho Chi Minh City (67.6%). Left kidney transplantation was performed in 91.9% of cases, with 59.5% done laparoscopically. Recipients were aged 9–16 years, predominantly male (67.6%). The most common cause of end-stage renal disease was bilateral renal hypoplasia (70.3%). The transplanted kidney was placed in the right iliac fossa in 91.9% of patients. Vascular anastomoses were mainly performed with the external iliac artery (83.8%) and external iliac vein

(100%). The immediate urine output rate was 94.6%. Surgical complications occurred in 6 cases (16.2%), including 2 cases of graft loss and 1 death.

Conclusion: Kidney transplantation at Children's Hospital 2 achieved a high rate of graft function recovery. However, vascular and urinary complications remain issues of concern, particularly in recipients of kidneys from brain-dead donors.

Keywords: kidney transplantation, pediatrics, surgical complications, chronic renal failure, Children's Hospital 2.

GÂY Mê HỒI SỨC TRONG PHẪU THUẬT GHEP THẬN Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Bs Vũ Ngọc Vy, bệnh viện Nhi Đồng 2

Mail: vungocvy14121992@gmail.com, Tel 0765628537

TÓM TẮT

Giới thiệu

Ghép thận ở trẻ em đặt ra nhiều thách thức trong gây mê và hồi sức do sự khác biệt trong thực hành giữa các trung tâm và đặc điểm bệnh lý phức tạp của bệnh nhi. Báo cáo này mô tả quá trình gây mê thành công cho một ca ghép thận từ người hiến chết não tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

Trình bày ca bệnh

Bệnh nhi nam 13 tuổi, suy thận mạn giai đoạn cuối do bệnh thận IgA, đang được chạy thận nhân tạo qua cầu nối động–tĩnh mạch từ năm 2020. Khám tiền mê ghi nhận: vô niệu, suy dinh dưỡng, tăng huyết áp, đau khớp, huyết khối mạn tính hai tĩnh mạch chậu.

Xét nghiệm tiền phẫu: creatinine máu 816 $\mu\text{mol/L}$, ure 26,8 mmol/L, eGFR 6 mL/phút/1,73 m², PTH 582 ng/L, D-dimer 0,27 $\mu\text{g/mL}$, HLA mismatch 5/6. Gây mê toàn thân được thực hiện với fentanyl, propofol và rocuronium; duy trì mê bằng sevoflurane. Huyết động được kiểm soát bằng theo dõi xâm lấn và truyền noradrenaline (0,02–0,05 $\mu\text{g/kg/phút}$). Thuốc ức chế miễn dịch Grafalon được sử dụng trong mổ (tổng liều 30 mg).

Bệnh nhi được rút nội khí quản sau phẫu thuật một ngày. Siêu âm thận ghép cho thấy tưới máu tốt (RI 0,63), lượng nước tiểu 4–5 lít/ngày. Kháng đông bằng enoxaparin 40 IU/kg/ngày. Bệnh nhi xuất viện sau 20 ngày với chức năng thận bình thường, ăn uống tốt và giảm đau khớp rõ rệt.

Kết luận

Gây mê – hồi sức đóng vai trò then chốt trong thành công bước đầu của ghép thận nhi khoa. Đánh giá tiền phẫu toàn diện, kiểm soát huyết động chặt chẽ và chiến lược bù dịch hợp lý là các yếu tố quan trọng giúp tối ưu hóa kết quả điều trị.

Từ khóa

Gây mê nhi khoa; ghép thận trẻ em; suy thận mạn.

ANESTHESIA AND PERIOPERATIVE MANAGEMENT IN PEDIATRIC KIDNEY TRANSPLANTATION: A CASE REPORT FROM CHILDREN'S HOSPITAL 2

Abstract

Background

Pediatric kidney transplantation presents unique anesthetic and perioperative challenges due to variations in clinical practice and patient comorbidities. This case report describes the anesthetic management of a pediatric patient undergoing kidney transplantation from a brain-dead donor at a tertiary children's hospital in Vietnam.

Case Presentation

A 13-year-old boy with end-stage renal disease secondary to IgA nephropathy, on maintenance hemodialysis since 2020, was scheduled for kidney transplantation. Preoperative evaluation revealed anuria, malnutrition, hypertension, and chronic iliac vein thrombosis. Laboratory findings included elevated serum creatinine (816 $\mu\text{mol/L}$), urea (26.8 mmol/L), and parathyroid hormone (582 ng/L), with an eGFR of 6 mL/min/1.73 m^2 . General anesthesia was induced with fentanyl, propofol, and rocuronium, and maintained with sevoflurane. Hemodynamic stability was achieved using invasive monitoring and noradrenaline infusion (0.02–0.05 $\mu\text{g/kg/min}$). Immunosuppression was initiated intraoperatively with Grafalon (total dose 30 mg). Postoperative recovery was uneventful; the patient was extubated on day one, with good graft perfusion (RI 0.63) and urine output of 4–5 liters/day. Anticoagulation with enoxaparin was administered. The patient was discharged on postoperative day 20 with normalized renal function and improved clinical status.

Conclusion

Successful anesthetic and perioperative management contributed to favorable early outcomes in pediatric kidney transplantation. Comprehensive preoperative assessment, vigilant hemodynamic control, and individualized fluid and immunosuppressive strategies are essential for optimizing outcomes in this high-risk population.

Keywords

Pediatric anesthesia, kidney transplantation, end-stage renal disease,.

ĐẶC ĐIỂM HỒI SỨC SỚM SAU GHÉP THẬN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Hoàng Minh Tuyên, Võ Thị Tường Vy, Lê Triệu Khải, Nguyễn Văn Nhàn,
Huỳnh Thị Vũ Quỳnh

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị trong giai đoạn hồi sức trong và sau phẫu thuật, cũng như xác định các biến chứng sớm sau ghép thận trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu hàng loạt ca gồm 32 bệnh nhi được ghép thận (30 trường hợp từ người cho sống và 2 trường hợp từ người cho chết não) từ tháng 1 năm 2004 đến tháng 12 năm 2024.

Kết quả: Tuổi trung bình khi ghép thận là $12,7 \pm 2,2$ tuổi, với thời gian chờ trung bình là 15,6 tháng. Nguyên nhân phổ biến nhất gây suy thận mạn giai đoạn cuối là thiếu sản thận bẩm sinh (28,1%). Lượng nước tiểu xuất hiện ngay sau mổ ở 84,4% bệnh nhân. Có 87,5% bệnh nhân cần sử dụng thuốc vận mạch: Dopamine (53,1%), Noradrenaline (12,5%), hoặc phối hợp Dopamine + Adrenaline hoặc Noradrenaline (21,9%). Hầu hết bệnh nhân (93,8%) được sử dụng Simulect để ức chế miễn dịch dẫn nhập và tất cả đều được sử dụng ức chế miễn dịch duy trì bằng Prednisone + MMF, kết hợp với Tacrolimus (81,3%) hoặc Cyclosporin A (18,7%). Lượng nước tiểu trung bình trong 24 giờ đầu là 11,5 ml/kg/giờ, giảm xuống còn 6,6 ml/kg/giờ vào ngày thứ 3. Lượng dịch nhập trung bình là 7677,6 ml/m²/ngày vào ngày đầu và 3386,4 ml/m²/ngày vào ngày thứ 3. Nồng độ creatinine huyết thanh trung vị giảm từ 737 μ mol/L trước mổ xuống còn 108 μ mol/L vào ngày thứ 3. Huyết áp trung bình trong 24 giờ đầu là $141 \pm 10,3$ mmHg (tâm thu) và $86 \pm 8,9$ mmHg (tâm trương). Tăng huyết áp xảy ra ở 81% bệnh nhân và được điều trị bằng Nicardipine (thời gian trung bình: $2,9 \pm 1,9$ ngày). Các biến chứng phẫu thuật phổ biến nhất trong giai đoạn hậu phẫu sớm là chảy máu sau mổ và tụ dịch bạch huyết, mỗi loại chiếm 6,2%. Các biến chứng nội khoa thường gặp nhất là nhiễm trùng đường tiểu (21,9%) và chậm chức năng mảnh ghép (15,6%).

Kết luận: Việc quản lý dịch và huyết động chu phẫu đóng vai trò then chốt trong việc tối ưu hóa chức năng mảnh ghép và giảm thiểu biến chứng sớm. Các phác đồ chuẩn hóa và theo dõi chặt chẽ là yếu tố cần thiết nhằm cải thiện kết quả sau ghép thận ở trẻ em.

CHARACTERISTICS OF EARLY PERIOPERATIVE CARE FOLLOWING PEDIATRIC KIDNEY TRANSPLANTATION AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

**Hoang Minh Tuyen, Vo Thi Tuong Vy, Le Trieu Khai, Nguyen Van Nhan,
Huynh Thi Vu Quynh**

Aims: Our study aims to describe the clinical features, laboratory findings and treatment during the intraoperative and early postoperative phases, and to identify early complications following pediatric kidney transplantation at Children's Hospital 2.

Methods: A retrospective case series of 32 pediatric kidney transplant recipients (30 from living donors and 2 from deceased donor) was conducted from January 2004 to December 2024.

Results: The mean age at transplantation was 12.7 ± 2.2 years, with an average waiting time of 15.6 months. The most common cause of end-stage renal disease was congenital renal hypoplasia (28.1%). Immediate postoperative urine output was observed in 84.4% of patients. 87.5% of patients required inotropes: Dopamine (53.1%), Noradrenaline (12.5%), or a combination of Dopamine + Adrenaline or Noradrenaline (21.9%). Most patients (93.8%) received Simulect as induction immunosuppression and all patients received maintenance immunosuppression with Prednisone + MMF, combined with Tacrolimus (81.3%)

or Cyclosporin A (18.7%). Mean urine output in the first 24 hours was 11.5 ml/kg/h, decreasing to 6.6 ml/kg/h by day 3. Fluid intake averaged 7677.6 ml/m²/day on day 1 and 3386.4 ml/m²/day on day 3. Median serum creatinine decreased from 737 µmol/L preoperatively to 108 µmol/L on day 3. The average systolic and diastolic blood pressure in the first 24 hours were 141 ± 10.3 mmHg and 86 ± 8.9 mmHg, respectively. Hypertension occurred in 81% of patients and was managed with Nicardipine (average duration: 2.9 ± 1.9 days). The most common surgical complications during the early postoperative period were postoperative bleeding and lymphocele, each accounting for 6.2%. The most frequent medical complications were urinary tract infection (21.9%) and delayed graft function (15.6%).

Conclusions: Careful perioperative fluid and hemodynamic management is vital for optimizing graft function and minimizing early complications. Standardized protocols and close monitoring are essential to improve outcomes in pediatric kidney transplantation.

Ứng dụng trí tuệ nhân tạo (AI, artificial intelligence) trong điều phối tạng từ người hiến chết não hay chết tuần hoàn tại Bệnh viện Chợ Rẫy: Kết quả bước đầu

Dư Thị Ngọc Thu⁽¹⁾, Lê Thanh Chương⁽¹⁾, Võ Minh Luân⁽²⁾, Lê Anh Duy⁽²⁾, Bradford Tuckfield⁽²⁾, Đỗ Mạnh Hưng⁽²⁾, Nguyễn Lê Quốc Cường⁽²⁾, Hồng Hạ Uyên⁽²⁾, Trần Thị Mỹ Duyên⁽¹⁾, Nguyễn Tất Đạt⁽¹⁾, Phạm Hữu Thiện Chí⁽¹⁾, Nguyễn Hoàng Bình⁽¹⁾, Trần Vũ Thông⁽¹⁾, Nguyễn Thị Kim YẾN⁽¹⁾, Lâm Văn Minh⁽¹⁾, Thân Thị Lệ⁽¹⁾, Nguyễn Việt Đăng Khoa⁽¹⁾, Vương Vân Hương⁽¹⁾, Phạm Thanh Việt⁽¹⁾, Nguyễn Tri Thức⁽¹⁾

Từ khóa: Machine learning, Donor-recipient matching, Artificial intelligence, Organ allocation, Organ transplantation

TÓM TẮT

ĐẶT VẤN ĐỀ: Mô-tạng nhận được từ người hiến khi chết não hay chết tuần hoàn là món quà vô giá. Việc lựa chọn ai là người phù hợp nhất về miễn dịch để ghép yêu cầu phải chính xác và nhanh chóng. Làm thế nào có thể đáp ứng được yêu cầu này?

TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: Nghiên cứu tiến cứu. Nghiên cứu này là tiếp nối của đề tài nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả của ứng dụng công nghệ thông tin trong tuyển chọn người bệnh trên danh sách chờ được ghép thận từ người hiến chết não hay tim ngừng đập tại Bệnh viện Chợ Rẫy”. Triển khai mở rộng phần mềm cho các tạng tim, gan, phổi và giác mạc đồng thời ứng dụng AI trong tuyển chọn người nhận tạng hiến. Thời gian nghiên cứu từ 10/02/2021-30/06/2025

KẾT QUẢ: Từ 10/02/2021-30/06/2025, hoàn thành được phần mềm “Tiếp nhận, quản lý, tuyển chọn và điều phối mô-tạng hiến - Bệnh viện Chợ Rẫy” có ứng dụng AI hỗ trợ trong tuyển chọn người bệnh trên danh sách chờ ghép. Tiếp nhận được 11 người hiến. 232 người bệnh đăng ký vào danh sách chờ ghép mô-tạng.

KẾT LUẬN: Ứng dụng trí tuệ nhân tạo trong tuyển chọn, điều phối tạng hiến có thể mang lại nhiều lợi ích như rút ngắn thời gian, nâng cao tính chính xác, minh bạch và công bằng.

APPLICATION OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE (AI) IN ORGAN ALLOCATION FROM DECEASED DONORS AT CHO RAY HOSPITAL:

The first steps

Du Thi Ngoc Thu⁽¹⁾, Le Thanh Chuong⁽¹⁾, Vo Minh Luan⁽²⁾, Le Anh Duy⁽²⁾, Bradford Tuckfield⁽²⁾, Do Manh Hung, Nguyen Le Quoc Cuong, Hong Ha Uyen⁽²⁾, Tran Thi My Duyen⁽¹⁾, Nguyen Tat Dat⁽¹⁾, Pham Huu Thien Chi⁽¹⁾, Nguyen Hoang Binh⁽¹⁾, Tran Vu Thong⁽¹⁾, Nguyen Thi Kim Yen⁽¹⁾, Lam Van Minh⁽¹⁾, Than Thi Le⁽¹⁾, Nguyen Viet Dang Khoa⁽¹⁾, Vuong Van Huong⁽¹⁾, Pham Thanh Viet⁽¹⁾, Nguyen Tri Thuc⁽¹⁾

Keywords: Machine learning, Donor-recipient matching, Artificial intelligence, Organ allocation, Organ transplantation

Objectives: Organs have been received from donors who are brain-dead or circulatory-dead are invaluable. The selection of the most suitable immunologically compatible recipient for transplantation requires precision and speed. How can this be achieved?

Material and methods: Prospective study. This study is a continuation of the research topic "Evaluating the effectiveness of information technology applications in matching patients on the waitlist for kidney transplantation from brain-dead or cardiac-death donors at Cho Ray Hospital". Expanding software deployment for heart, liver, lung and cornea and applying AI in selecting organ donors. Research period from Feb. 10, 2021 to June 30, 2025

Results: From Feb. 10, 2021 to June 30, 2025, the software "Receiving, managing and organs-tissues allocation at Cho Ray Hospital" was completed with an AI

application to support the selection of patients on the waitlist. 11 donors were received. 232 patients registered on the organ and tissue waitlist.

Conclusions: Applying artificial intelligence in organ allocation can bring many benefits such as shortening time, improving accuracy, transparency and fairness.

Điều phối ghép tạng trong bối cảnh y tế số: Kinh nghiệm từ Bệnh viện Trung ương Huế

Organ Transplant Coordination in the Era of Digital Health: Insights from Hue Central Hospital

Trần Thị Cẩm Tú, Lê Ngân Giang
Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Thực tiễn và kinh nghiệm trong điều phối ghép tạng xuyên Việt, vận động hiến tạng tại Bệnh viện Trung ương Huế; đánh giá hiệu quả của mô hình phối hợp đa ngành và ứng dụng công nghệ số trong điều phối ghép tạng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu các ca ghép mô, tạng từ người hiến chết não tại BVTW Huế giai đoạn 2011–2025. Thu thập và phân tích, số liệu về loại tạng, nguồn hiến, quy trình điều phối. **Kết quả:** Thực hiện 94 ca ghép mô, tạng từ người hiến chết não, gồm: Tim: 20 ca, Gan: 5 ca, Thận: 11 ca, Tim – phổi: 1 ca, Giác mạc: 57 ca. Các tạng được tiếp nhận từ 13 bệnh viện trên toàn quốc và tại chỗ: Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Quân đội 108, Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ, Bệnh viện Thụy Điển Uông Bí – Quảng Ninh, Bệnh viện Đa khoa Hưng Yên, Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, Bệnh viện Thống Nhất, Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Bà Rịa. **Kết luận:** Hoạt động điều phối – ghép tạng xuyên Việt tại BVTW Huế đạt hiệu quả cao nhờ phối hợp liên ngành, liên viện và ứng dụng công nghệ số. Quy trình điều phối được chuẩn hóa, giám sát chặt chẽ, bảo đảm chất lượng tạng ghép và an toàn người bệnh, đồng thời tiếp tục đẩy mạnh vận động hiến tạng từ người chết não để tăng nguồn tạng ghép.

Từ khóa: Điều phối ghép tạng, hiến tạng, ghép tạng.

Summary

Objective: To present the practices and experiences in nationwide organ transplant coordination and organ donation promotion at Hue Central Hospital; and to evaluate the effectiveness of the multidisciplinary coordination model and the application of digital technologies in organ transplant coordination. **Subjects and Methods:** A retrospective study was conducted on organ and tissue transplant cases from brain-dead donors at Hue Central Hospital during the period 2011-2025. Data on organ types, donation sources, and coordination procedures were collected and analyzed. **Results:** A total of 94 organ and tissue transplants from brain-dead donors were performed, including heart (20 cases), liver (5 cases), kidney (11 cases), heart-lung (1 case), and cornea (57 cases). The organs were received from 13 hospitals nationwide and locally, including: Viet Duc University Hospital, 108 Military Central Hospital, 103 Military Hospital, Bach Mai Hospital, Phu Tho Provincial General Hospital, Uong Bi Swedish Hospital - Quang Ninh, Hung Yen General

Hospital, Nghe An Friendship General Hospital, Hue Central Hospital, Nhan Dan Gia Dinh Hospital, University Medical Center Ho Chi Minh City, Thong Nhat Hospital, Cho Ray Hospital, and Ba Ria Hospital. *Conclusion:* The nationwide organ transplant coordination activities at Hue Central Hospital have proven highly effective through multidisciplinary and inter-hospital collaboration and the application of digital technologies. The coordination process has been standardized and closely monitored, ensuring both organ quality and patient safety. At the same time, continuous efforts are being made to promote organ donation from brain-dead donors to increase the availability of transplant organs.

GÂY MÊ HỒI SỨC THEO ERAS TRONG GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT: BÁO CÁO 6 TRƯỜNG HỢP

Trương Vân Anh^{1*}, Đào Ngô Quyền¹

1. Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

** Tác giả liên hệ: BS CKII Trương Vân Anh, Email: vananhgmhs@gmail.com;*

SĐT: (+84) 0914222829

Tóm tắt:

Giới thiệu: Ghép thận là một trong những lựa chọn điều trị tốt nhất cho người bệnh suy thận giai đoạn cuối. Rất nhiều người bệnh tử vong trong khi chờ được ghép thận.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả loạt ca.

Kết quả: Sáu trường hợp ghép thận từ người hiến chết não.

Kết luận: Số lượng người mắc bệnh thận giai đoạn cuối ngày càng tăng, sự chênh lệch giữa nguồn tạng hiến tặng sẵn có và người bệnh đang chờ ghép tạng ngày càng lớn. Nguồn tạng từ người hiến tặng chết não có thể giải quyết vấn đề này một cách hiệu quả. Ghép thận là phẫu thuật cực kỳ phức tạp đòi hỏi phải lập kế hoạch gây mê tỉ mỉ để thực hiện đảm bảo an toàn cho người bệnh và tối ưu chức năng của thận ghép. Các phác đồ hồi phục sớm sau phẫu thuật (ERAS) được coi là an toàn và hiệu quả cho phẫu thuật ghép thận.

Từ khóa: Ghép thận, hiến tạng chết não, ERAS, hồi phục sớm sau mổ

ANESTHESIA AND PERIOPERATIVE MANAGEMENT FOLLOWING ERAS PROTOCOL IN KIDNEY TRANSPLANTATION FROM BRAIN-DEAD DONORS AT THONG NHAT HOSPITAL: A CASE SERIES OF SIX PATIENTS

Truong Van Anh^{1*}, Dao Ngo Quyen¹

¹Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam

Abstract:

Introduction: Kidney transplantation is one of the most effective treatment options for patients with end-stage renal disease. However, a considerable number of patients die while waiting for transplantation.

Patients and Methods: We conducted a descriptive case series.

Results: Six cases of kidney transplantation from brain-dead donors were reported.

Conclusion: The prevalence of end-stage renal disease is steadily increasing, while the disparity between available organ supply and transplantation demand continues to widen. Organs from brain-dead donors represent an effective strategy to address this shortage. Kidney transplantation is a highly complex surgical procedure that necessitates meticulous anesthetic planning to ensure patient safety and optimize graft function. The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol has been recognized as a safe and effective approach in kidney transplantation.

Keywords: Kidney transplantation, brain-dead donor, anesthesia and perioperative management, ERAS protocol

Trần Hoàng Mỹ Phương¹, Trương Minh Thương¹, Trần Quyết Thắng¹,
Nguyễn Đức Trọng¹, Trần Minh Vũ¹

¹ Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh – Bệnh viện Quân y 175

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Hệ mạch máu thận có nhiều biến thể giải phẫu, ảnh hưởng trực tiếp đến kỹ thuật lấy thận và khâu nối mạch trong ghép thận. Chụp cắt lớp vi tính mạch máu (CT angiography) là phương pháp đánh giá trước mổ chính xác, không xâm lấn. **Mục tiêu:** Mô tả tỷ lệ biến thể của động mạch, tĩnh mạch thận ở người hiến sống tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 200 người hiến sống (400 thận) từ năm 2023–2025 trên CLVT mạch máu. Đánh giá số lượng, vị trí xuất phát, kiểu phân nhánh của động – tĩnh mạch thận, phân nhánh sớm và hợp lưu muộn. **Kết quả:** Đa số thận có một động mạch thận (phải: 76%, trái: 69%) và một tĩnh mạch thận (phải: 64,5%, trái: 97,5%). Động mạch thận phụ gặp ở 24% thận phải và 31% thận trái, chủ yếu đi vào rốn thận hoặc cực trên. Phân nhánh sớm ghi nhận ở 33% thận phải và 23% thận trái; hợp lưu muộn tĩnh mạch thận ở 23,5% bên phải và 6% bên trái. Không có khác biệt giữa hai giới ($p > 0,05$). CLVT giúp đánh giá số lượng ĐM với độ nhạy (Se) 56%, độ đặc hiệu (Sp) 100%, giá trị tiên đoán dương (PPV) 100%, giá trị tiên đoán âm (NPV) 80%, Kappa là 0,701, đánh giá số lượng TM với Se: 57,1%, Sp: 98,3%, PPV: 80%, NPV: 95,3%, Kappa là 0,663. **Kết luận:** Biến thể mạch máu thận khá phổ biến, gặp nhiều hơn ở bên trái. CLVT mạch máu giúp đánh giá chi tiết hệ mạch thận trước mổ, góp phần đảm bảo an toàn và tối ưu cho phẫu thuật lấy thận và ghép thận.

Từ khóa: biến thể mạch máu thận, CLVT mạch máu, người hiến sống, ghép thận, Bệnh viện Quân y 175

Abstract

Background: Renal vascular anatomy shows high variability, which directly affects donor nephrectomy planning and vascular anastomosis during transplantation. Computed tomography (CT) angiography is currently the most accurate noninvasive method for preoperative assessment. **Objective:** To describe the variations of renal arteries and veins in living kidney donors at Military Hospital 175. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 200 living kidney donors (400 kidneys) from 2023 to 2025 using CT angiography. The number, origin, and branching pattern of renal arteries and veins were analyzed, along with early branching and late venous confluence. **Results:** Most kidneys had a single renal artery (right: 76%, left: 69%) and a single renal vein (right: 64,5%, left: 97,5%).

Accessory renal arteries were found in 24% of right kidneys and 31% of left kidneys, mainly entering the renal hilum or upper pole. Early arterial branching occurred in 33% (right) and 23% (left). Late venous confluence was observed in 23,5% of right and 6% of left kidneys. No significant differences were found between genders ($p > 0,05$). CT angiography demonstrated the ability to assess the number of renal arteries with a sensitivity (Se) of 56%, specificity (Sp) of 100%, positive predictive value (PPV) of 100%, negative predictive value (NPV) of 80%, and a Kappa coefficient of 0,701. For renal veins, the Se: 57,1%, Sp: 98,3%, PPV: 80%, NPV: 95,3%, and Kappa coefficient 0,663. **Conclusion:** Renal vascular variations are common and occur more frequently on the left side. MDCT angiography provides detailed preoperative evaluation of renal vessels, contributing to safer donor nephrectomy and surgical planning in kidney transplantation.

Keywords: renal vascular variation, CT angiography, living donor, kidney transplantation, Military Hospital 175

TÌNH HÌNH ỨNG DỤNG KỸ THUẬT CHỤP CLVT TRONG PHÂN TÍCH HÌNH THÁI GAN Ở NGƯỜI HIẾN TẠI BVQY 175

TÓM TẮT

Mục tiêu:

Trình bày ứng dụng của kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính (CLVT) trong phân tích thể tích và hình thái gan người hiến, bao gồm đánh giá tổng thể tích gan, phân chia thể tích gan trái – phải, thể tích hạ phân thùy và khảo sát hệ thống mạch máu gan nhằm hỗ trợ lập kế hoạch ghép gan sống.

Nội dung:

Báo cáo tổng quan các ứng dụng chính của CLVT trong đánh giá gan người hiến, tập trung vào đo thể tích gan và tái tạo 3D mạch máu để nhận diện biến thể giải phẫu. Nhóm tác giả minh họa bằng 7 trường hợp chụp CLVT tại Trung tâm Chẩn đoán Hình ảnh – Bệnh viện Quân y 175. Kết quả cho thấy sự tương đồng giữa thể tích gan ước lượng trên CLVT và trọng lượng mảnh ghép sau phẫu thuật, với sai số trung bình khoảng 8%. Dạng hình 3D cho phép thể hiện rõ cấu trúc mạch máu gan, giúp xác định biến thể và định hướng đường cắt an toàn.

Kết luận:

CLVT đa dãy là phương tiện quan trọng trong đánh giá thể tích và hình thái gan người hiến. Ứng dụng tái tạo 3D và phân tích mạch máu không chỉ giúp ước lượng chính xác thể tích gan toàn phần và từng phân thùy mà còn góp phần phát hiện biến thể giải phẫu, đảm bảo chọn lựa mảnh ghép tối ưu và nâng cao an toàn cho cả người hiến và người nhận.

Từ khóa: CLVT, thể tích gan, phân chia gan, dựng hình 3D, biến thể mạch máu, người hiến gan, ghép gan.

APPLICATION OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN LIVER MORPHOLOGICAL ANALYSIS OF LIVING DONORS AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective:

To present the application of computed tomography (CT) in analyzing liver volume and morphology in living donors, including total liver volume estimation, right–left lobe and segmental volumetry, and vascular reconstruction for preoperative donor assessment in living donor liver transplantation.

Content:

This report provides an overview of the main applications of CT in evaluating living liver donors, focusing on liver volumetry and 3D vascular reconstruction for anatomical variation assessment. Seven donor cases performed at the Diagnostic Imaging Center – Military Hospital 175 were illustrated. The mean difference between CT-estimated liver volume and the actual graft weight after surgery was approximately 8%. Three-dimensional reconstruction clearly demonstrated hepatic vascular structures including portal veins, hepatic veins, and hepatic arteries,

facilitating identification of anatomical variations and safe transection planning.

Conclusion:

Multidetector CT plays a crucial role in evaluating liver volume and morphology in living donors. The integration of 3D reconstruction and vascular analysis enables accurate estimation of total and segmental liver volumes, identification of vascular variations, and selection of optimal grafts, thereby enhancing safety and efficiency in living donor liver transplantation.

Keywords: CT, liver volumetry, liver segmentation, 3D reconstruction, vascular variation, living donor, liver transplantation.

PHÂN TÍCH ĐẶC ĐIỂM VÀ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CHỨC NĂNG THẬN GHEP SỚM TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

*Đặng Thanh Phương¹, Nguyễn Công Bình¹, Dương Xuân Minh¹
Nguyễn Việt Cường¹, Trần Quốc Việt¹*

¹ Bệnh viện Quân Y 175

Tác giả chịu trách nhiệm: BS.CKI Đặng Thanh Phương

Số điện thoại: 0978229938

Email: dangthanhphuong175@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chức năng thận ghép sớm (1–3 tháng) và các yếu tố ảnh hưởng ở bệnh nhân ghép thận từ người hiến sống tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt ca, gồm 52 bệnh nhân ghép thận từ người hiến sống (7/2023–5/2025). Các thông số thu thập: đặc điểm người hiến/nhận, mismatch HLA, chức năng thận hiến, biến chứng sau ghép, nồng độ tacrolimus, eGFR (1 và 3 tháng). Phân tích thống kê với SPSS 26.0, $p < 0.05$ có ý nghĩa. **Kết quả:** Tuổi trung bình người nhận $42,2 \pm 12,6$; nam 64,2%. Người hiến: $35,8 \pm 8,2$ tuổi; mismatch HLA trung bình $2,8 \pm 1,2$. eGFR 1 tháng: $67,2 \pm 16,3$; eGFR 3 tháng: $63,8 \pm 15,9$ (không khác biệt có ý nghĩa). Yếu tố ảnh hưởng: tuổi người nhận >50 và chênh lệch tuổi >10 năm liên quan đến eGFR thấp hơn tại 1 tháng. Ở nhóm tacrolimus >5 ng/mL, chuyển hóa tacrolimus nhanh có eGFR 3 tháng thấp hơn ($55,8$ vs $67,1$; $p=0.015$) và Δ eGFR xấu hơn ($-8,0$ vs $-1,0$; $p=0.032$). **Kết luận:** Chức năng thận ghép sớm ổn định, tỷ lệ sống còn 3 tháng 100%. Chuyển hóa nhanh tacrolimus gắn với giảm eGFR sớm, gợi ý vai trò theo dõi C/D ratio để cá thể hóa điều trị.

Từ khóa: Suy thận mạn giai đoạn cuối, ghép thận, chức năng thận

ABSTRACT

ANALYSIS OF CHARACTERISTICS AND FACTORS AFFECTING EARLY KIDNEY GRAFT FUNCTION AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To evaluate early graft function (1–3 months) and associated factors among living donor kidney transplant recipients at Military Hospital 175. **Methods:** A prospective case series including 52 recipients (Jul 2023–May 2025). Data collected: donor/recipient demographics, HLA mismatch, donor renal function, complications, tacrolimus levels, and eGFR at 1 and 3 months. Statistical analyses were performed using SPSS 26.0, significance at $p < 0.05$. **Results:** Mean recipient age was 42.2 ± 12.6 years (64.2% male). Donors had a mean age of 35.8 ± 8.2 ; mean HLA mismatch 2.8 ± 1.2 . eGFR at 1 and 3 months was 67.2 ± 16.3 and 63.8 ± 15.9 mL/min/1.73m², respectively (ns). Recipient age >50 and donor–recipient age difference >10 years were associated with lower eGFR at 1 month. Among patients with tacrolimus >5 ng/mL at discharge, fast metabolizers had significantly lower 3-month eGFR (55.8 vs 67.1 ; $p=0.015$) and worse Δ eGFR (-8.0 vs -1.0 ; $p=0.032$).

Conclusion: Early graft function was stable with 100% 3-month graft survival. Fast tacrolimus metabolism was associated with impaired eGFR, supporting the role of C/D ratio monitoring in individualized immunosuppression.

Keywords: Chronic kidney disease, Kidney transplantation, Renal function

Đặc điểm kháng nguyên hoà hợp tổ chức trên bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện
Quân y 175

Hồ Văn Sơn
Bệnh viện Quân y 175

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm kháng nguyên HLA, độ hòa hợp HLA và mối liên hệ giữa độ hòa hợp với tiến triển chức năng thận sau ghép ở bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng, nghiên cứu cắt ngang trên 71 cặp bệnh nhân cho-nhận thận. Các chỉ tiêu nghiên cứu tuổi, giới, tiền sử lọc máu trước ghép. Đặc điểm HLA theo từng alen A, B, DRB1 và phân tích mức độ hòa hợp HLA với chỉ số chức năng thận. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình 40,82 tuổi, nam giới chiếm 64,8%; 94,4% đã điều trị lọc máu chu kỳ trước khi ghép và tỷ lệ nhiễm viêm gan B/C tương đối thấp. Trước ghép không có trường hợp nào có phản ứng chéo và phần lớn bệnh nhân âm tính với kháng thể kháng HLA lớp I và II. Phân tích kiểu gen HLA ghi nhận các kháng nguyên phổ biến là A*02, A*11, B*15, B*46 và DRB1*12; mức độ hòa hợp HLA $\geq 3/6$ chiếm 62%. Theo dõi chức năng thận trong 6 tháng sau ghép cho thấy cả hai nhóm (hòa hợp cao và thấp) đều có cải thiện rõ rệt: nồng độ ure và creatinine giảm về gần ngưỡng bình thường và eGFR tăng đáng kể. Nhóm có hòa hợp $>3/6$ đạt ổn định các chỉ số ure, creatinine và eGFR nhanh hơn trong 3 tháng đầu, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết luận:** Độ hòa hợp HLA cao là yếu tố thuận lợi cho phục hồi chức năng thận sau ghép nhưng không quyết định kết quả cuối cùng; với chiến lược điều trị ức chế miễn dịch phù hợp, bệnh nhân ngay cả khi hòa hợp HLA thấp vẫn có thể đạt được cải thiện chức năng thận tương đương trong theo dõi ngắn hạn. Phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của quản lý miễn dịch và theo dõi sau ghép hơn là chỉ dựa vào mức độ hòa hợp HLA để dự đoán kết quả lâm sàng.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA Ổ BỤNG CẮT THẬN CHO GHÉP TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Trần Hoài Nam^{1*}, Nguyễn Việt Cường¹, Trần Quốc Việt¹
Phạm Đức Vinh¹, Đinh Quang Tín¹, Nguyễn Nhật Linh¹
Nguyễn Phú Quốc¹, Lưu Hồ Đình Đức¹

¹Khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Quân y 175

*Tác giả liên hệ: Trần Hoài Nam (Trannamglht@gmail.com)

Ngày nhận bài: 22/9/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 08/10/2025

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật phẫu thuật nội soi qua ổ bụng qua áp dụng tại Bệnh viện Quân y 175. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả trên 60 trường hợp được phẫu thuật nội soi qua ổ bụng cắt thận cho ghép từ người hiến sống từ tháng 6/2023 - 6/2025. Các biến số theo dõi gồm đặc điểm bệnh nhân (BN), thận hiến, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tai biến, biến chứng và chức năng thận còn lại sau hiến. **Kết quả:** 100% phẫu thuật nội soi lấy thận thành công, tuổi trung bình là 35,4, BMI trung bình là 23,08 kg/m². Có 47 thận trái, 13 thận phải; 43 trường hợp có 1 động mạch thận, 17 trường hợp có 2 động mạch. Thời gian phẫu thuật trung bình là 168,72 phút, thời gian thiếu máu nóng trung bình là 4,67 phút, mất máu không đáng kể. Thận lấy ra đảm bảo giải phẫu, 100% thận ghép có nước tiểu ngay tại bàn phẫu thuật. 1 trường hợp chảy máu chân trocar sau phẫu thuật cần phải can thiệp. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc lấy thận để ghép là kỹ thuật an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Ghép thận; Phẫu thuật nội soi; Hiến thận.

INITIAL OUTCOMES OF TRANSPERITONEAL LAPAROSCOPIC LIVING DONOR NEPHRECTOMY AT MILITARY HOSPITAL 175

Abstract

Objectives: To evaluate the initial outcomes of transperitoneal laparoscopic nephrectomy at Military Hospital 175. **Methods:** A prospective, descriptive study was conducted on 60 cases of living donor nephrectomy using the transperitoneal laparoscopic approach from June 2023 to June 2025. The variables were assessed, including clinical and paraclinical characteristics, operative time, estimated blood loss, intraoperative and postoperative complications, and postoperative donor renal function. **Results:** 100% of laparoscopic nephrectomies were successfully performed. The mean donor age was 35.4 years, with an average BMI of 23.08 kg/m². Left kidneys were harvested in 47 cases and right kidneys in 13 cases; 43 donors had a single renal artery, while 17 had two. The mean operative time was 168.72 minutes, and the average warm ischemia time was 4.67 minutes; blood loss

was minimal. The harvested kidneys had intact anatomy, and all grafts produced immediate urine output in the operating room. One case experienced postoperative bleeding at the trocar site, requiring intervention. **Conclusion:** Transperitoneal laparoscopic donor nephrectomy is a safe and effective technique for living kidney donation.

Keywords: Kidney transplantation; Laparoscopic surgery; Kidney donation.

PHẪU THUẬT NỘI SOI BA CHIỀU SAU PHÚC MẠC LẤY THẬN GHÉP TỪ NGƯỜI CHO SỐNG

Trần Hữu Tài¹, Phó Minh Tín¹, Trần Ngọc Sinh¹, Lê Mạnh Hùng¹, Nông Văn Huy¹, Phạm Văn An¹

TÓM TẮT

Mục Tiêu: Ghép thận là một trong những phương pháp điều trị thay thế thận hiệu quả nhất. Đối với người cho sống kỹ thuật mổ lấy thận ghép có thể thực hiện bằng phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn, phẫu thuật nội soi ba chiều (3D) hoặc phẫu thuật nội soi hỗ trợ robot. Báo cáo này nhằm mục đích đánh giá bước đầu phẫu thuật nội soi 3D sau phúc mạc lấy thận ghép từ người cho sống tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng và phương pháp: Hồi cứu mô tả cắt ngang 34 trường hợp hiến thận từ người cho sống cùng huyết thống tại khoa Tiết niệu, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 06/2019 đến tháng 09/2023.

Kết quả: Có 70 trường hợp (TH) người cho được phẫu thuật lấy thận ghép, gồm 27/70TH (38,6%) nam và 43/70TH (61,4%) nữ. Tuổi trung bình $49,0 \pm 9,4$ tuổi (28-66). BMI $22,7 \pm 2,8$ kg/m² (17-29). Cùng huyết thống 68TH (97,14%). Thời gian mổ: $133,8 \pm 30,0$ phút. Thời gian thiếu máu nóng: $5,4 \pm 1,7$ phút. Thời gian nằm viện: $6,0 \pm 1,3$ ngày. Máu mất không đáng kể trong 70 trường hợp, không TH nào phải chuyển mổ mở hay mổ lại. Chức năng thận còn lại của người cho sau mổ: eGFR $78,9 \pm 14,5$ ml/phút/1,73m² so với trước mổ $95,1 \pm 13,6$ ml/phút/1,73m². Biến chứng sau mổ theo phân loại Clavien-Dindo: 0/70 trường hợp (0%).

Kết luận: Người cho thận sống an toàn với kỹ thuật phẫu thuật nội soi 3D lấy thận ghép. Chức năng thận sau khi cho thận ghi nhận giảm nhẹ. Thời gian mổ và thời gian thiếu máu nóng trong giới hạn cho phép. Di chứng sau mổ không gặp. Kỹ thuật phẫu thuật nội soi 3D sau phúc mạc có nhiều ưu điểm và khả thi. Kỹ thuật này hiện nay là kỹ thuật thường quy tại BV Đại học Y Dược TP.HCM.

Từ khóa: Lấy thận để ghép từ người cho sống. Phẫu thuật nội soi 3D sau phúc mạc lấy thận để ghép.

ABSTRACT

THREE-DIMENSIONAL LAPAROSCOPY FOR LIVING-DONOR NEPHRECTOMY

Pho Minh Tin¹, Tran Ngoc Sinh¹, Le Manh Hung¹,
Nong Van Huy¹, Tran Huu Tai¹, Pham Van An¹.

Objective: Kidney transplant is one of the most effective treatments for end-stage CKD. Living donor nephrectomy (LDN) can be done by open surgery, 2D laparoscopic surgery, 3D laparoscopic surgery or robotic surgery. This report aims to survey and evaluate our initial 3D laparoscopic donor nephrectomy technique at the University Medical Center HCM city.

Methods: Cross-sectional descriptive retrospective study from 06/2019 to 06/2025. People selected for living donor nephrectomy are those who have family relationships with the recipient at urology department.

Results: There were 70 living donors, including 27/70TH (38,6%) males and 43/70TH (61,4%) females. The average age was $49,0 \pm 9,4$ y.o (28-65). BMI $22,7 \pm 2,8$ kg/m² (17 - 29). Related donors 68TH (97,14%). Operating time: $133,8 \pm 30,0$ minutes. Warm ischemia time: $5,4 \pm 1,7$ minutes. Hospital stay: $6,0 \pm 1,3$ days. Blood loss was negligible in 70 cases, none of which required conversion to open surgery or reoperation. Donors renal function post-op: eGFR $78,9 \pm 14,5$ ml/min/1.73m² compared with renal function pre-op: eGFR $95,1 \pm 13,6$ ml/min/1.73m². No complications post-op (Clavien-Dindo classification).

Conclusion: The 3D-RPLDN is patient-friendly. Donors' renal function post-op was noted to be slightly decreased and recovered well. Operating time and warm ischemic time were acceptable. Complications post-op were not found. The 3D-RPLDN is feasible and with many advantages. It has been a routine surgery at the UMC.

Key words: Living Donor Nephrectomy (LDN). 3D - Laparoscopic Living Donor Nephrectomy (3D-RPLDN).

PHÂN TÍCH ĐƯỜNG CONG HỌC TẬP PHẪU THUẬT ROBOT CẮT THẬN TRÁI ĐỂ GHÉP TỪ NGƯỜI HIỆN SỐNG

Phạm Đức Minh^{1,2}, Trương Hồ Trọng Tấn², Lê Hữu Thuận², Hoàng Khắc Chuẩn²,
Thái Minh Sâm^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề:

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt thận để ghép từ người hiến sống là phương pháp tiêu chuẩn trong phẫu thuật lấy thận để ghép từ người hiến sống tại nhiều trung tâm trên thế giới. Phần lớn thận trái được ưu tiên được lấy vì thuận lợi hơn trong quá trình ghép thận. Hệ thống Robot mang lại những tính năng vượt trội giúp quá trình phẫu thuật dễ dàng hơn và rút ngắn được đường cong học tập. Sau thời gian thực hiện kỹ thuật này từ tháng 5/2018 cho đến nay, chúng tôi phân tích đường cong học tập của phương pháp phẫu thuật Robot lấy thận trái để ghép tại trung tâm chúng tôi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Chúng tôi phân tích một loạt trường hợp liên tiếp được thực hiện PTNS Robot cắt thận trái để ghép của cùng một nhóm phẫu thuật viên. Để hạn chế các yếu tố gây nhiễu, chúng tôi chỉ lựa chọn phân tích những trường hợp mạch máu thận đơn giản, tức là chỉ có 01 động mạch, 01 tĩnh mạch, không có bất thường tại vị trí xuất phát của động mạch hoặc hợp lưu của tĩnh mạch. Nghiên cứu tiến hành tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 05/2018 đến 02/2025. Các biến số dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật, và biến chứng được ghi nhận.

Kết quả nghiên cứu:

Tất cả gồm 30 trường hợp mạch máu thận đơn giản được PTNS Robot cắt thận trái để ghép. Tuổi trung bình là $47,6 \pm 8,6$ tuổi (29 - 61 tuổi). Nam:nữ: 1:1. BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là $23,1 \pm 2,4$ kg/m² (19,1 - 28,9 kg/m²). Thời gian phẫu thuật trung bình là $201,3 \pm 48,6$ phút (120 – 300 phút), thời gian điều khiển Robot trung bình $141,2 \pm 47,8$ phút (70 – 240 phút). Lượng máu mất trung bình là $68,7 \pm 44,9$ ml (20 - 200ml). Thời gian thiếu máu nóng trung bình là $5,0 \pm 1,2$ phút (3 - 8 phút). Hai trường hợp bị rò bạch huyết sau mổ, được điều trị nội khoa. Không trường hợp nào cần chuyển mổ mở hoặc truyền máu trong mổ. Phân tích đường cong học tập cho thấy thời gian phẫu thuật và điều khiển Robot cải thiện đáng kể sau 15 trường hợp đầu tiên. Thời gian phẫu thuật trung bình 15 TH đầu so với 15 TH sau là 220 phút và 182 phút ($\Delta t = -38$ phút, $p=0.033$), thời gian điều khiển Robot trung bình ở 2 nhóm là 159 phút và 123 phút ($\Delta t = -36$ phút, $p=0.035$). Bệnh nhân xuất viện sau 3.7 ± 2.0 ngày. Chỉ số Creatinine huyết thanh người hiến sau mổ 1 tháng là $1,13 \pm 0,25$ mg/dl.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi Robot cắt thận để ghép là một phương pháp hứa hẹn, mang lại tính an toàn và hiệu quả cao, đồng thời có đường cong học tập ngắn. Vì vậy, phương pháp này rất triển vọng để ứng dụng rộng rãi trong phẫu thuật cắt thận

để ghép.

Từ khoá: ghép thận, phẫu thuật nội soi, người hiến sống.

Abstract:

LEARNING CURVE OF ROBOTIC LIVING DONOR NEPHRECTOMY: RESULTS FROM A HIGH VOLUME TRANSPLANTATION CENTER

Objective:

Laparoscopic living donor nephrectomy (LDN) has been the standard procedure for kidney transplantation from living donors across numerous institutions globally. The left kidney is predominantly preferred for most patients due to its enhanced convenience concerning kidney transplantation. The utilization of the robotic system provides superior attributes that facilitate the surgical process and diminish the learning curve. Since the inception of this technique in May 2018, we have conducted an analysis of the learning curve associated with the robotic living donor nephrectomy (RDN) for harvesting the left kidney at our center.

Materials and Methods:

An analysis was conducted on consecutive cases of left living-donor nephrectomy performed by the same surgical team. To mitigate confounding factors, we analyzed the cases involving simple renal vascular structures, specifically those consisting of a single artery and a single vein, without any abnormalities present at the origin of the artery or at the confluence of the veins. The study was carried out at Cho Ray Hospital from May 2018 to February 2025. Epidemiological, clinical, and paraclinical variables, along with surgical outcomes and complications, were documented.

Results:

Among more than 1000 cases of traditional laparoscopic and robotic living donor nephrectomy, a total of 30 patients with uncomplicated renal vascular structures who underwent left robotic LDN were analyzed. Mean age of the participants was 47.6 ± 8.6 years, with an age range of 29 to 61 years. Male-to-female ratio was 1:1. The mean BMI was 23.1 ± 2.4 (19.1 - 28.9) kg/m². Mean operative time was 201.3 ± 48.6 (120–300) minutes, with an estimated blood loss of 68.7 ± 44.9 (20–200) mL. Mean warm ischemic time was 5.0 ± 1.2 (3 - 8) minutes. Neither intraoperative complications nor open conversions were observed. Two cases of postoperative lymphatic leakage were treated medically. Mean hospital stay was

3.7 ± 2.0 days. Mean serum creatinine was 1.04 ± 0.26 mg/dl after 1 month. Analysis of the learning curve indicated that surgical duration and robotic control exhibited significant improvement subsequent to the initial 15 cases (cubic regression, r square=0.426). Mean operation time for the first 15 cases compared to the next 15 cases was 220 vs 182 mins ($\Delta t = -38$ mins, $p=0.033$). Similarly, the mean console time in these two groups was 159 vs 123 mins ($\Delta t = -36$ mins, $p=0.033$).

Conclusion:

Robotic laparoscopic nephrectomy for transplantation is a promising method with high safety and efficacy, and a short learning curve. Consequently, this methodology possesses considerable potential for extensive application in kidney harvesting for transplantation purposes.

Keywords: living donor nephrectomy, robot-assisted laparoscopic surgery.

BIẾN CHỨNG LYMPHOCELE XUẤT HIỆN MUỘN TRÊN BỆNH NHÂN GHÉP THẬN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Trương Hoàng Minh^{1,2}, Ngô Quang Trung^{1,}*

¹ Khoa Ngoại niệu - ghép thận, Bệnh viện Nhân dân 115

² Bộ môn Thận niệu - Nam khoa, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

* Tác giả liên hệ: Ngô Quang Trung

Khoa Ngoại niệu - ghép thận, Bệnh viện Nhân dân 115

Điện thoại: 0986462999, Email: dr.ngoquangtrung@gmail.com

Tóm tắt

Biến chứng tụ dịch bạch huyết (lymphocele) là một trong những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật ghép thận. Biến chứng này thường gặp ở thời điểm từ 2 tuần cho tới 6 tháng sau mổ, thường gặp nhất ở tuần thứ 6. Tuy nhiên cũng có một số trường hợp hiếm gặp có thể xuất hiện muộn khoảng vài năm sau ghép. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo một trường hợp hiếm gặp: bệnh nhân nam 37 tuổi tiền sử ghép thận vào hố chậu phải cách nhập viện 8 năm vào viện với lý do tụ dịch quanh thận ghép, gây chèn ép và làm giảm chức năng thận ghép được chẩn đoán là tụ dịch bạch huyết (lymphocele) xuất hiện muộn trên bệnh nhân ghép thận. Bệnh nhân được dẫn lưu dịch quanh thận dưới hướng dẫn siêu âm, sau đó mổ mở dẫn lưu dịch. Chức năng thận sau phẫu thuật dẫn lưu giải ép về bình thường, xét nghiệm thành phần dịch quanh thận ghi nhận dịch bạch huyết, bệnh nhân tiếp tục được theo dõi dịch dẫn lưu và thay ống dẫn lưu hố thận ghép định kỳ mỗi 3 tháng. Sau 18 tháng, dịch dẫn lưu không ra, siêu âm kiểm tra hết tụ dịch quanh thận ghép, bệnh nhân được rút bỏ ống dẫn lưu, chức năng thận ghép trở về bình thường.

Từ khóa: Lymphocele, tụ dịch quanh thận, ghép thận

Abstract

Lymphocele is one of the most common surgical complications observed after kidney transplantation. The diagnosis of lymphocele is usually occurred between the

postoperative 2nd week and 6th month, the highest incidence is encountered at the 6th week. However, only few data reported the late occurrence of lymphocele following kidney transplantation even several years after surgery. In this paper, we present an uncommon case of 37-year-old man with the medical history of kidney transplantation on right iliac fossa at 8th year. His chief complaint was dull pain at transplanted kidney fossa due to perinephric fluid causing graft compression. He was diagnosed with late onset-lymphocele after renal transplantation. The initial management was needle aspiration under the guidance of ultrasound for transplanted kidney decompression, then we performed open perinephric fluid drainage surgery. Postoperatively, the graft function was recovered and the fluid biochemical test indicated lymphatic fluid. After 18 month of follow-up and the drain was changed every each 3 month, when there was no fluid collection we removed the drain, the graft function was normal.

Keywords: Late onset-lymphocele, renal transplantation, perirenal fluid

EXPERIENCES AND OUTCOMES OF INVERTED KIDNEY TRANSPLANTATION FROM A SINGLE VIETNAMESE INSTITUTE

Abstract

Background: Inverted kidney transplant (KT) has been applied in many transplant centers, but the experiences and outcomes of this technique was limited.

Aim: To describe the technical characteristics, indications and evaluate the outcomes of inverted kidney transplantation.

Methods: Retrospective study from January 2016 to December 2023, included 74 patients who underwent inverted kidney transplantation with 72 cases of right kidney transplant into the right iliac fossa and 2 cases of left kidney transplant into the left iliac fossa performed in Viet Duc University Hospital.

Results: 63 cases in stage 1 (ipsilateral kidney transplant), all kidney graft were transplanted on the same side and 11 cases in stage 2 in which the kidney transplant was performed in some special cases such as recipients with severe atherosclerotic iliac arteries or incompatibility between the arteries and venous. The operation time was significantly higher (192.8 vs 173.7 minutes, $p = 0.037$). However, the kidney function showed no difference when being discharged and remained stable until the latest follow-up. 3-year graft survival was 98.3%. There was 1 case of graft loss due to chronic graft rejection – immunosuppression incompliance requiring retransplantation after 2 years. Main complications included acute pancreatitis (2.7%), and ureteral stenosis at the ureter-bladder junction (6.8%), not significantly different compared to conventional KT.

Conclusion: Inverted kidney transplantation is a simple, safe and effective technique and could be a feasible solution for some specific circumstances.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ GHÉP THẬN ĐẢO CỰC TẠI BỆNH VIỆN HỮU
NGHỊ VIỆT ĐỨC

Bối cảnh: Ghép thận đảo cực đã được áp dụng tại nhiều trung tâm ghép thận, nhưng kinh nghiệm và kết quả của kỹ thuật này còn hạn chế.

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm kỹ thuật, chỉ định và đánh giá kết quả của ghép thận đảo cực.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2023, bao gồm 74 bệnh nhân đã được ghép thận đảo cực, trong đó 72 trường hợp ghép thận phải vào hố chậu phải và 2 trường hợp ghép thận trái vào hố chậu trái được thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Kết quả: 63 trường hợp ở giai đoạn 1 (ghép thận cùng bên), tất cả thận ghép đều được ghép cùng bên và 11 trường hợp ở giai đoạn 2, ghép thận được thực hiện trong một số trường hợp đặc biệt như người nhận có động mạch chậu bị xơ vữa nặng hoặc không tương hợp giữa động mạch và tĩnh mạch. Thời gian phẫu thuật cao hơn đáng kể (192,8 phút so với 173,7 phút, $p = 0,037$). Tuy nhiên, chức năng thận không có sự khác biệt khi xuất viện và vẫn ổn định cho đến lần theo dõi gần nhất. Tỷ lệ sống sau 3 năm của thận ghép là 98,3%. Có 1 trường hợp mất thận ghép do thải ghép mạn tính – không tuân thủ điều trị ức chế miễn dịch cần ghép lại sau 2 năm. Các biến chứng chính bao gồm viêm tụy cấp (2,7%) và hẹp niệu quản tại chỗ nối niệu quản-bàng quang (6,8%), không khác biệt đáng kể so với ghép thận thông thường.

Kết luận: Ghép thận đảo cực là một kỹ thuật đơn giản, an toàn và hiệu quả, có thể là giải pháp khả thi cho một số trường hợp cụ thể.

TÁI TẠO MẠCH MÁU TRONG GHÉP THẬN CÓ BIẾN THỂ GIẢI PHẪU: CÁCH TIẾP CẬN VÀ XỬ TRÍ.

Nhóm báo cáo: *Nguyễn Doãn Thái Hưng, Nguyễn Việt Cường, Bùi Việt Anh, Trương Hữu Thành, Nguyễn Trọng Khôi, Lê Thanh Nhã, Nguyễn Trường Vũ.*

Báo cáo viên: Nguyễn Doãn Thái Hưng

Khoa Phẫu thuật Tim - mạch, Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Quân y 175

Email: mdthaihung@gmail.com

Tóm tắt

Giới thiệu:

Biến thể giải phẫu mạch máu thận gặp ở 20–35% dân số, đặc biệt là đa động mạch hoặc động mạch phân nhánh sớm, gây khó khăn trong ghép thận. Việc nhận diện và lựa chọn kỹ thuật tái tạo mạch phù hợp đóng vai trò quan trọng nhằm đảm bảo tưới máu tối ưu và giảm biến chứng mạch sau ghép

Mục tiêu:

Trình bày một số kinh nghiệm và kết quả bước đầu tái tạo mạch máu trong các trường hợp ghép thận có biến thể giải phẫu.

Phương pháp:

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca ghép thận từ người cho sống từ 7/2023 – 10/2025 tại Bệnh viện Quân y 175. Các dạng biến thể được phân loại dựa trên hình ảnh chụp mạch trước mổ và mô tả trong quá trình lấy thận. Các kỹ thuật tái tạo được áp dụng gồm nối trực tiếp, end-to-side, side-to-side, kỹ thuật double-barrel, pantaloons, và ghép nối qua mảnh trung gian.

Kết quả:

87 trường hợp ghép thận, trong đó 41 trường hợp (52,9%) có biến thể động mạch với ≥ 2 động mạch thận, 11 trường hợp (12,6%) cần tạo hình tĩnh mạch. Nối động mạch trực tiếp vào động mạch chậu ngoài được thực hiện trong 29 trường hợp có biến thể (70,7%), mảnh ghép động mạch thượng vị dưới được sử dụng trong 5 trường hợp (12,2%) và cho thấy kết quả đo lưu lượng khả quan hơn so với việc nối trực tiếp vào nhánh động mạch thượng vị dưới, 3 trường hợp được nối kiểu nòng súng/ Pantaloons, 2 trường hợp được nối tận bên và 2 trường hợp nối trực tiếp vào động mạch thượng vị dưới. 8 trường hợp tĩnh mạch ngắn được tạo hình bằng tĩnh mạch hiển/ sinh dục, 1 trường hợp được nối bên bên và 2 trường hợp được nối trực tiếp vào tĩnh mạch chậu. Thời gian rửa thận trung bình $5,2 \pm 2,3$, số lượng dung dịch rửa tạng trung bình 1000 ± 200 ml, thời gian thiếu máu lạnh trung bình $59,5 \pm 18,2$ phút.

Không ghi nhận biến chứng mạch máu cấp; 2 trường hợp có rò bạch huyết nhẹ được điều trị bảo tồn.

Kết luận:

Ghép thận có biến thể giải phẫu mạch máu có thể đạt kết quả tương đương thận thông thường nếu được đánh giá kỹ trước mổ và áp dụng kỹ thuật bộc lộ rốn thận, tái tạo mạch thích hợp. Việc lựa chọn tư thế đặt thận, phương pháp nối phù hợp với từng dạng biến thể giúp tối ưu hóa dòng chảy, rút ngắn thời gian thiếu máu và giảm biến chứng mạch sau ghép.

Từ khoá: Ghép thận, tái tạo mạch máu, biến thể giải phẫu, đa động mạch thận, kỹ thuật double-barrel, kỹ thuật pantaloons

VASCULAR RECONSTRUCTION IN RENAL TRANSPLANTATION WITH VASCULAR ANATOMICAL VARIANTS: APPROACH AND MANAGEMENT

Authors: Nguyen Doan Thai Hung, Nguyen Viet Cuong, Bui Viet Anh, Truong Huu Thanh, Nguyen Trong Khoi, Le Thanh Nha, Nguyen Trung Vu

Presenter: Nguyen Doan Thai Hung

Department of Cardiovascular Surgery, Cardiovascular Center, 175 Military Hospital

Email: mdthaihung@gmail.com

Abstract

Introduction:

Vascular anatomical variations of the renal vessels occur in approximately 20–35% of the population, most commonly multiple renal arteries or early arterial branching, which can pose significant technical challenges during kidney transplantation. Accurate identification and appropriate vascular reconstruction are crucial to ensure optimal perfusion and minimize postoperative vascular complications.

Objective:

To present our experience and early outcomes in vascular reconstruction for renal transplantation in cases with anatomical vascular variants.

Methods:

A retrospective descriptive study was conducted on living-donor kidney transplantations performed from July 2023 to October 2025 at 175 Military Hospital. Vascular variations were classified based on preoperative angiographic findings and intraoperative assessment. Reconstruction techniques included direct anastomosis, end-to-side, side-to-side, double-barrel, pantaloons, and patch graft interposition.

Results:

A total of 87 kidney transplants were performed, of which 41 cases (52.9%) had arterial variations with ≥ 2 renal arteries, and 11 cases (12.6%) required venous reconstruction. Direct anastomosis of the renal artery to the external iliac artery was performed in 29 variant cases (70.7%). Inferior epigastric artery grafts were used in 5 cases (12.2%), yielding better flow measurements compared to direct anastomosis to its branch. Double-barrel or pantaloon techniques were applied in 3 cases, end-to-side in 2 cases, and direct anastomosis to the inferior epigastric artery in 2 cases.

Eight cases with short renal veins were reconstructed using great saphenous or gonadal vein grafts, one underwent side-to-side venous anastomosis, and two had direct anastomosis to the iliac vein.

The mean perfusion time was 5.2 ± 2.3 minutes, with an average perfusate volume of 1000 ± 200 mL. The mean cold ischemia time was 59.5 ± 18.2 minutes. No major vascular complications were observed; two cases of mild lymphatic leakage were managed conservatively.

Conclusion:

Kidney transplantation with vascular anatomical variants can achieve outcomes comparable to standard cases when careful preoperative assessment, precise hilar dissection, and appropriate vascular reconstruction techniques are applied. The choice of kidney positioning and anastomotic strategy tailored to each variant optimizes blood flow, minimizes ischemic time, and reduces postoperative vascular complications.

Keywords: kidney transplantation, vascular reconstruction, anatomical variants, multiple renal arteries, double-barrel, pantaloon.

Xử trí tĩnh mạch chậu trái teo nhỏ trong ghép thận bằng bắc cầu tĩnh mạch thận ghép vào tĩnh mạch buồng trứng với mảnh ghép tĩnh mạch hiển: báo cáo ca lâm sàng

Nguyễn Đức Dũng¹, Võ Minh Tuệ¹, Nguyễn Xuân Hùng¹, Nguyễn Khoa Hùng²,
Phạm Ngọc Hùng³

¹ Khoa Ngoại Lồng ngực Tim mạch, Bệnh viện Trung Ương Huế

² Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

³ Khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Trung Ương Huế

TÓM TẮT

Hẹp hoặc teo tĩnh mạch chậu ngoài (TMCN) là biến chứng hiếm gặp nhưng có thể gây thất bại lưu thông tĩnh mạch sớm sau ghép thận. Tuy nhiên, tổn thương này thường khó phát hiện trước mổ và chỉ phát hiện trong lúc phẫu thuật, đặc biệt ở bệnh nhân có tiền sử đặt catheter tĩnh mạch bên > 1 tháng. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nữ 51 tuổi, suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận từ người cho sống. Thận ghép bên trái có ba động mạch và một tĩnh mạch (đường kính 12 mm), được đặt tại hố chậu trái. Trong mổ phát hiện teo nặng TMCN trái (đường kính 3 mm) và hệ tĩnh mạch bàng hệ kém phát triển. Ban đầu thực hiện nối tĩnh mạch thận – TMCN theo kỹ thuật thường quy, tuy nhiên sau tái tưới máu, thận ghép căng cứng và tĩnh mạch thận giãn, gợi ý tắc nghẽn dòng chảy ra. Chúng tôi quyết định tạo đường thoát thứ 2 từ tĩnh mạch thận đến đoạn tĩnh mạch buồng trứng trái (đường kính 3,7 mm) bằng đoạn tĩnh mạch hiển lớn đảo chiều (đường kính 3 mm), nối tận – bên với miệng nối vát rộng. Sau mổ kẹp, thận mềm ngay, nước tiểu xuất hiện tức thì, siêu âm Doppler ghi nhận chỉ số RI 0,56. Sau mổ, chức năng thận cải thiện nhanh, creatinine 54 $\mu\text{mol/L}$; tái khám 8 tháng ghi nhận creatinin 65 $\mu\text{mol/L}$, hình ảnh Doppler và MRI cho thấy dòng chảy thông tốt, đoạn hiển và tĩnh mạch buồng trứng giãn đáp ứng (9 mm và 6,3 mm). Trường hợp này minh họa tính khả thi của kỹ thuật bắc cầu hiển–buồng trứng trong bối cảnh hẹp TMCN, giúp giải áp tức thì

mà vẫn duy trì lưu thông bền vững. So với các phương án khác như nối chủ dưới hoặc hệ cửa – vốn đòi hỏi bóc tách sâu và tăng thời gian thiếu máu – kỹ thuật này đơn giản, thực hiện trong cùng hố chậu và phù hợp cho xử trí cứu vãn trong mổ.

Từ khóa: ghép thận, người cho sống, teo tĩnh mạch chậu ngoài, tĩnh mạch hiển lớn, tĩnh mạch buồng trứng, bắc cầu tĩnh mạch.

ABSTRACT

External iliac vein (EIV) stenosis or atrophy is a rare but potentially serious cause of early venous outflow failure after kidney transplantation. However, such lesions are often difficult to detect preoperatively and are usually identified only intraoperatively, especially in patients with a history of femoral vein catheterization lasting more than one month. We report a 51-year-old woman with end-stage renal disease who underwent living-donor kidney transplantation. The left donor kidney had three arteries and one vein (12 mm in diameter) and was implanted in the left iliac fossa. Intraoperatively, the left EIV was markedly atrophic (3 mm in diameter) with poorly developed collateral veins. A standard renal vein–EIV anastomosis was initially performed, but the graft became tense and congested after reperfusion, indicating venous outflow obstruction. A secondary drainage pathway was then created from the renal vein to the left ovarian vein (3.7 mm in diameter) using an inverted autologous great saphenous vein graft (3 mm in diameter) with a wide beveled end-to-side anastomosis. After clamp release, the graft immediately softened with prompt urine output, and Doppler ultrasonography demonstrated a resistive index of 0.56. Postoperatively, renal function improved rapidly, with a serum creatinine level of 54 $\mu\text{mol/L}$; at the 8-month follow-up, creatinine was 65 $\mu\text{mol/L}$. Doppler and MRI confirmed patent flow with adaptive dilation of the great saphenous vein conduit (9 mm) and the ovarian vein (6.3 mm). This case illustrates the feasibility of the great saphenous–to–ovarian vein bypass in the setting of

external iliac vein atrophy, providing immediate decompression and sustained venous drainage. Compared with alternative routes such as caval or portal drainage, which require deep dissection and longer ischemia time, this technique is simple, performed within the same iliac field, and suitable for intraoperative salvage.

Keywords: kidney transplantation, living donor, external iliac vein atrophy, great saphenous vein, ovarian vein, venous bypass.

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ NGANG BỤNG TRONG GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

*Phạm Thị Thanh Vân, Trần Quốc Việt, Phùng Văn Việt, Nguyễn Lưu Phương
Thuý, Nguyễn Thị Hà Nhi*

Mục tiêu: Đánh giá kết quả giảm đau sau mổ cho người bệnh sau phẫu thuật ghép thận ở người nhận thận tại Bệnh viện Quân Y 175.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 76 người bệnh được phẫu thuật ghép thận tại Bệnh viện Quân Y 175 từ tháng 07/2023 đến tháng 09/2025. Sau mổ, người bệnh được sử dụng phương pháp giảm đau theo phác đồ chung bao gồm TAP-Block do người bệnh tự điều khiển kết hợp với nefopam truyền tĩnh mạch liên tục và sử dụng liều morphin cứu hộ. Hiệu quả giảm đau được đánh giá thông qua thang điểm VAS đánh giá khi rút ống nội khí quản và theo dõi trong 72 giờ, số lần bấm PCA, thời gian bấm PCA đầu tiên, các biến số hậu phẫu.

Kết quả: Nghiên cứu trên 76 người bệnh trong đó có 50 nam, 26 nữ, thời gian phẫu thuật $327,7 \pm 45,8$ phút, đường rạch da vết mổ dài khoảng 12 cm. Sau 2 giờ rút ống nội khí quản 97,4 % người bệnh có điểm VAS < 4, ngày đầu tiên sau mổ khi người bệnh ở khoa phòng, tỷ lệ đau nhẹ (VAS 3 – 4 điểm) chiếm tỷ lệ cao 91 %. Nhưng vẫn còn 7 ca chiếm 9% đau mức độ vừa (VAS 5 – 6 điểm). Các ngày sau không đau. Tỷ lệ gặp các tác dụng không mong muốn thấp.

Kết luận: Kết quả giảm đau sau mổ ghép thận bằng phương pháp gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng liên tục do người bệnh tự kiểm soát có hiệu quả giảm đau tốt, thời gian vận động sớm, thời gian trung tiện và đem lại sự hài lòng của người bệnh.

Từ khoá: bupivacain, giảm đau mặt phẳng cơ ngang bụng người bệnh tự điều khiển, phẫu thuật ghép thận.

Objective: To evaluate the postoperative analgesic outcomes in kidney transplant recipients at Military Hospital 175.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 76 patients who underwent kidney transplantation at Military Hospital 175 between July 2023 and September 2025. Postoperatively, patients received a standardized multimodal analgesic regimen consisting of continuous patient-controlled transversus abdominis plane (TAP) block combined with continuous intravenous nefopam infusion and rescue morphine when required. Analgesic efficacy was assessed using the visual analogue scale (VAS) at extubation, at rest, and during mobilization, as well as the number of PCA demands, time to first PCA demand,

and other postoperative variables.

Results: Among 76 patients (50 males and 26 females), the mean surgical duration was $327,7 \pm 45,8$ minutes, with a skin incision length of approximately 12 cm. Two hours after extubation, 97,4 % of patients had VAS < 4. On the first postoperative day in the ward, mild pain (VAS 3–4) was reported in 91 % of cases, while moderate pain (VAS 5–6) occurred in 7 patients (9%). No significant pain was observed in the subsequent days. The incidence of adverse effects was low.

Conclusion: Continuous patient-controlled TAP block combined with intravenous nefopam infusion provided effective analgesia after kidney transplantation, facilitated early mobilization and bowel function recovery, and achieved high patient satisfaction.

Keywords: bupivacaine, continuous patient-controlled transversus abdominis plane block, kidney transplantation, postoperative analgesia

TRƯỜNG HỢP NGỘ ĐỘC TACROLIMUS SỚM SAU GHÉP THẬN Ở BỆNH NHÂN CHUYỂN HÓA THUỐC NHANH

**Ngô Trọng Vinh¹, Lê Thị Thu Thúy¹,
Huỳnh Thảo Sương¹, Đặng Thị Quỳnh Trang¹**

¹ Bệnh viện Quân Y 175

Tác giả liên hệ: BS. CKII. Ngô Trọng Vinh

Email: Ngotrongvinh@gmail.com

Số điện thoại: 0989004092

TÓM TẮT

Bài báo trình bày một trường hợp ngộ độc Tacrolimus xuất hiện sớm trong tuần thứ hai sau ghép thận ở bệnh nhân nam 22 tuổi, được ghép thận từ bố ruột. Bệnh nhân biểu hiện tăng kali máu nặng, tăng huyết áp, tăng creatinine sau giai đoạn cải thiện ban đầu và nồng độ Tacrolimus C0 tăng cao do tương tác thuốc với Fluconazole và vì bệnh nhân thuộc nhóm chuyển hóa nhanh (C/D ratio thấp). Bài báo phân tích chi tiết cơ chế bệnh sinh, các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhóm chuyển hóa nhanh (fast metabolizer), bằng chứng từ các nghiên cứu về mối liên hệ giữa tốc độ chuyển hóa Tacrolimus và nguy cơ giảm chức năng thận ghép, cũng như thảo luận về ngưỡng liều Tacrolimus dễ gây độc ở người chuyển hóa nhanh và khuyến cáo lâm sàng.

Từ khóa: Ngộ độc tacrolimus, Ghép thận, Chuyển hóa

ABSTRACT

EARLY TACROLIMUS TOXICITY AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION IN A FAST DRUG METABOLIZER

We report a case of early tacrolimus toxicity occurring in the second week after kidney transplantation in a 22-year-old man who received a living-related graft from his father. Following initial improvement, the patient developed severe hyperkalemia, hypertension, and a rise in serum creatinine, coinciding with a markedly elevated tacrolimus trough concentration (C0). The elevation was attributed to a drug-drug interaction with fluconazole and an intrinsic fast-metabolizer phenotype, reflected by a low concentration-to-dose (C/D) ratio. The article details the underlying pathophysiology and risk factors associated with fast metabolizers, reviews evidence linking tacrolimus metabolism rate to the risk of allograft dysfunction, and discusses dose thresholds that may precipitate toxicity in this subgroup. Practical clinical recommendations are proposed for recognition, monitoring, and individualized dosing to mitigate toxicity while preserving anti-rejection efficacy.

Keywords: Tacrolimus toxicity, Kidney transplantation, Metabolism

**Kết quả sau 03 năm ghép thận ở bệnh nhân bệnh thận IgA từ người hiến
sống: Báo cáo ca lâm sàng**

*Nguyễn Bách, Trần Nữ Thùy, Hoàng Duy Thái, Nguyễn Tiến Linh, Trần Hiệp Đức
Thắng*

Khoa Nội Thận – Lọc máu, BV Thống Nhất TP.HCM

Đặt vấn đề: Bệnh thận IgA (IgAN) tái phát sau ghép thận (GT) chiếm tỷ lệ cao (20-50%). Điều này làm cho bác sĩ thận học, ghép thận rất cân nhắc khi chỉ định GT cho bệnh nhân (BN) IgAN, nhất là từ người hiến sống.

Mục tiêu: đánh giá IgAN tái phát, biến đổi chức năng thận ghép, bất thường nước tiểu sau 3 năm

Đối tượng: 04 BN IgAN được GT và theo dõi dọc liên tục.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả, báo cáo loạt ca

Kết quả: 04 BN, 2 nữ, 2 nam, tuổi 26-45, BMI 19-23, được chẩn đoán suy thận giai đoạn cuối do IgAN và GT từ người hiến sống, cùng huyết thống (02 BN) với mismatch 2-3/6. Hậu phẫu ổn định, không biến chứng nội và ngoại khoa. Điều trị dẫn nhập methylprednisolone (01 BN), *Basiliximab* (03 BN). Duy trì Tacrolimus, Mecophenolate mofetil, Prednisolon (04 BN). Kết quả theo dõi sau 3 năm có 01 BN bệnh thận IgA tái phát ở năm thứ 3 với biểu hiện đau họng, tiểu máu, đạm niệu, chức năng thận ghép còn tốt. Kết quả sinh thiết thận ghép là IgA theo phân loại Oxford M1,E1,S1,T0,C1. BN đáp ứng ứng với điều trị theo phác đồ bệnh thận IgA. 03 BN còn lại ổn định với ĐLCT ≥ 60 ml/p/1.72 m² da; uPCR < 0,2 mg/mg; hồng cầu (HC) niệu < 50/ μ L que nhúng.

Kết luận: Ghép thận cho bệnh nhân bệnh thận IgA vẫn an toàn, có kết quả tốt nhưng theo dõi sau ghép cần chú ý bất thường nước tiểu để sinh thiết thận ghép và điều trị kịp thời.

Từ khóa: ghép thận, bệnh thận IgA, bệnh thận tái phát

Outcome after 03 years of kidney transplant in patients with IgA nephropathy from living donors: case report

Nguyen Bach, Tran Nu Thuy, Nguyen Tien Linh, Tran Hiep Duc Thang

Department of Nephrology - Dialysis, Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City

Introduction: IgA nephropathy (IgAN) relapses after kidney transplant (KT) with high rate (20-50%). This makes nephrologists very cautious when deciding KT for patients with IgAN from living donors.

Objective: to evaluate IgAN relapse, changes in transplant kidney function, and urinary abnormalities after 3 years

Patients and method: case report

Results: 04 patients, 2 female, 2 male, age 26-45, BMI 19-23, diagnosed with end-stage renal failure due to IgAN and KT from a living donor, relative donor (02 patients) to mismatch 2-3/6. Postoperatively stable, no complications. Induction with methylprednisolone (01 patient), Basiliximab (03 patients). Maintenance of Tacrolimus, Mycophenolate mofetil, Prednisolone (04 patients). Follow-up results after 3 years showed 01 patient with recurrent IgA nephropathy with symptoms of sore throat, hematuria, proteinuria, stable kidney transplant function. Kidney transplant biopsy results were IgA according to Oxford classification M1, E1, S1, T0, C1. The remaining 03 patients were stable with eGFR ≥ 60 ml/min/1.72 m² skin. uPCR < 0.2 mg/mg. Urinary red blood cells (HC) < 50/ μ L dipstick. The patient responded to treatment according to the IgA nephropathy protocol.

Conclusion: Kidney transplant for patients with IgA nephropathy is still safe, with good results, but post-transplant monitoring requires special attention to urinary

abnormalities for kidney biopsy and timely treatment.

Keywords: kidney transplant, IgA nephropathy, recurrent kidney disease

QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH SAU GHEP THẬN MANG THAI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hoàng Thị Diễm², Nguyễn Thế Cường², Hà Phan Hải An^{1,2}, Nguyễn Thị Thủy²,
Man Thị Thu Hương², Nguyễn Thu Trang², Phạm Quang Đức²

1. Trường Đại học Y Hà Nội

2. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

- Tác giả liên hệ: Hoàng Thị Diễm (diemmapu@gmail.com)

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ghép thận là giải pháp tối ưu giúp phụ nữ mắc bệnh thận giai đoạn cuối có thể mang thai. Tuy nhiên, việc mang thai sau ghép thận vẫn còn nhiều thách thức và tiềm ẩn những rủi ro đáng kể cho cả mẹ và thai nhi, đòi hỏi phải lên kế hoạch tỉ mỉ và quản lý đa chuyên khoa.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của thai kỳ sau ghép thận đối với mẹ và thai nhi, đồng thời đánh giá tác động của thai kỳ lên chức năng thận ghép.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên các bệnh nhân nữ mang thai sau ghép thận tại Khoa Thận – Lọc máu, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trong giai đoạn từ tháng 10/2013 đến tháng 10/2025. Phân tích các biến chứng ở mẹ, kết quả thai kỳ và chức năng thận ghép.

Kết quả: 22 bệnh nhân nữ sau ghép mang thai với 28 thai kỳ (59,2% sinh 1 con, 18,2% sinh 2 con, 9,1% đã sinh 1 con và đang mang thai, 9,1% đang mang thai lần đầu, 4,5% sảy thai). Tuổi trung bình khi mang thai $32,3 \pm 5,1$ tuổi, thời gian trung bình từ khi ghép đến mang thai là $58,8 \pm 25,1$ tháng (từ 13 đến 108 tháng). Biến chứng ở mẹ gồm: tăng huyết áp 52,2%, tiền sản giật 20,8%, đái tháo đường thai kỳ 26,6%, nhiễm khuẩn tiết niệu 13%. Tổng cộng 23 đứa trẻ được sinh ra với tỷ lệ sống 95,7%, tử vong sơ sinh 4,3%, sinh non 33,3%, cân nặng sơ sinh thấp 17,4%. Chức năng thận ổn định sau thai kỳ (Creatinin trung bình trước mang thai $83,7 \pm 14,5$ $\mu\text{mol/L}$ và sau sinh $89,5 \pm 23,2$ $\mu\text{mol/L}$; $p = 0.084$), không có trường hợp thải ghép nào được ghi nhận.

Kết luận: Mang thai ở phụ nữ sau ghép thận nhìn chung an toàn, không ảnh hưởng đáng kể đến sự sống còn của mẹ, kết quả của thai nhi hoặc chức năng thận ghép. Tuy nhiên, tỷ lệ tăng huyết áp, tiền sản giật và đái tháo đường thai kỳ ở các bà mẹ, cũng như sinh non và nhẹ cân ở trẻ sơ sinh vẫn còn cao và cần được theo dõi chặt chẽ đa chuyên khoa.

Từ khóa: Mang thai, người nhận thận, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, chức năng thận ghép, kết quả của mẹ

PREGNANCY MANAGEMENT IN PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Abstract

Background: Kidney transplantation provides the best opportunity for women with end-stage chronic kidney disease to achieve pregnancy. However, pregnancy after kidney transplantation remains challenging and carries significant maternal and fetal risks, requiring meticulous planning and multidisciplinary management

Objective: To evaluate maternal and fetal outcomes of pregnancies after kidney transplantation and to assess the impact of pregnancy on graft function.

Subjects and methods: This retrospective study included female kidney transplant recipients who became pregnant at the Department of Nephrology and Dialysis, Viet Duc University Hospital, between October 2013 and October 2025. Maternal complications, pregnancy outcomes, and graft function were analyzed.

Results: A total of 22 female recipients experienced 28 pregnancies. Of these, 59.2% resulted in the birth of one child, 18.2% in two children, 9.1% had delivered one child and were pregnant again, 9.1% were in their first pregnancy, and 4.5% ended in miscarriage.

The mean maternal age at conception was 32.3 ± 5.1 years, with a mean interval of 58.8 ± 25.1 months between transplantation and conception.

Maternal complications included hypertension (52.2%), preeclampsia (20.8%), gestational diabetes (26.6%), and urinary tract infection (13%).

A total of 23 infants were born, with a survival rate of 95.7%, neonatal mortality of 4.3%, preterm birth rate of 33.3%, and low birth weight rate of 17.4%.

Graft function remained stable before and after pregnancy, with mean serum creatinine levels of 83.7 ± 14.5 $\mu\text{mol/L}$ pre-pregnancy and 89.5 ± 23.2 $\mu\text{mol/L}$ post-delivery ($p = 0.084$). No cases of graft rejection were observed.

Conclusion: Pregnancy following kidney transplantation is generally safe and does not significantly affect maternal survival, fetal outcomes, or graft function.

Nevertheless, the rates of hypertension, preeclampsia, and gestational diabetes among mothers, as well as preterm birth and low birth weight among infants, remain elevated and warrant close multidisciplinary monitoring.

Keywords: *Pregnancy, kidney transplant recipients, end-stage chronic kidney disease, graft function, maternal outcomes*

ĐÁNH GIÁ BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ TẾ BÀO MÁU NGOẠI VI, CHỈ SỐ BẠCH CẦU NEUTROPHIL/LYMPHO (NLR) VÀ TỶ SỐ TIỂU CẦU/LYMPHO (PLR) Ở NGƯỜI BỆNH SAU GHÉP THẬN TRONG 6

THÁNG ĐẦU THEO DÕI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

***Tác giả chịu trách nhiệm chính:** Hoàng Phúc Khăm

Email: Khamnephrologist@gmail.com. Số điện thoại: 0983259610

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự thay đổi của một số chỉ số tế bào máu ngoại vi và NLR, PLR ở BN trước và trong vòng 6 tháng đầu sau ghép thận. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 258 BN được ghép thận tại Bệnh viện Quân Y 103 từ 01/2022 đến 04/2025. Thu thập đặc điểm lâm sàng, công thức máu thời điểm ngay trước ghép và hàng tháng trong 06 tháng đầu sau ghép, đánh giá mối liên quan. **Kết quả:** Hồng cầu, huyết sắc tố, HCT tăng dần từ tháng thứ nhất sau ghép. Tỷ lệ BN thiếu máu và mức độ thiếu máu giảm dần, trước ghép là 82,6%, sau ghép thận 6 tháng còn 15,5%. Số lượng tiểu cầu tăng so với trước ghép, $218,61 \pm 70,3$ (G/L) với $231,98 \pm 60,41$ (G/L), $p < 0,05$. Số lượng lympho tăng so với trước ghép, $1,55 \pm 0,69$ (G/L) với $1,75 \pm 0,81$ (G/L), $p < 0,05$. NLR giảm so với trước ghép, $3,07$ ($2,26 - 4,45$) với $2,72$ ($1,93 - 3,75$), $p < 0,05$. **Kết luận:** Trong 6 tháng đầu sau ghép thận, các chỉ số tế bào máu ngoại vi cải thiện so với thời điểm trước ghép. NLR giảm so với thời điểm trước ghép thận. Việc theo dõi tế bào máu ngoại vi sau ghép giúp phát hiện sớm các biến chứng và điều chỉnh kịp thời phác đồ điều trị.

Từ khóa: tế bào máu ngoại vi, ghép thận, NLR, PLR

ABSTRACT

EVALUATION OF CHANGES IN PERIPHERAL BLOOD CELL INDICES, NEUTROPHIL TO LYMPHOCYTE RATIO (NLR), AND PLATELET TO LYMPHOCYTE RATIO (PLR) DURING THE FIRST SIX MONTHS POST-TRANSPLANT IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS FOLLOW-UP AT MILITARY HOSPITAL 103

Objective: To investigate changes in peripheral blood cell indices, NLR, and PLR during the first sixth months post-transplant in 258 kidney transplant recipients

at 103 Military Hospital (01/2022–04/2025). **Methods:** Descriptive, combine retrospective and prospective study, clinical characteristics and complete blood counts were collected and analyzed. **Results:** RBC, hemoglobin, and hematocrit increased from the first month post-transplant; anemia prevalence decreased from 82.6% pre-transplant to 15.5% at 6 months. Platelet counts rose from 218.61 ± 70.3 to 231.98 ± 60.41 G/L ($p < 0.05$), lymphocytes from 1.55 ± 0.69 to 1.75 ± 0.81 G/L ($p < 0.05$), while NLR declined from 3.07 (2.26–4.45) to 2.72 (1.93–3.75) ($p < 0.05$). **Conclusion:** Peripheral blood indices improved within 6 months after transplantation, regular monitoring facilitates early complication detection and timely therapeutic adjustment.

Keywords: peripheral blood cells, kidney transplantation, NLR, PLR.

NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI ĐỘ CỨNG THẤT TRÁI BẰNG SIÊU ÂM ĐÁNH DẤU MÔ CƠ TIM Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI TRƯỚC VÀ SAU GHEP THẬN

¹Bệnh viện Quân y 103

*Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Phúc Khăm

Email: Khamnephrologist2gmail.com. ĐT: 0983259610

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự biến đổi độ cứng thất trái bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở người mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối trước và sau ghép thận

Đối tượng và phương pháp: gồm 63 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025, theo dõi sau ghép thận 1 tháng.

Kết quả: DWS trước và sau ghép thận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Độ cứng của thất trái sau ghép thận tăng rõ rệt so với trước ghép. Độ cứng của thất trái sau ghép ở nhóm lọc máu chu kỳ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm điều trị bảo tồn khi đánh giá bằng cả 2 phương pháp doppler mô (TDI) và siêu âm đánh dấu mô cơ tim (STE). DWS sau ghép giữa 2 nhóm điều trị không nhận thấy sự khác biệt. Độ cứng của thất trái sau ghép ở nhóm lọc máu chu kỳ trên 12 tháng cao hơn có ý nghĩa so với dưới 12 tháng khi đánh giá bằng cả 2 phương pháp TDI và STE.

Kết luận: Sau ghép thận 1 tháng, độ cứng thất trái đo bằng 3 phương pháp (DWS và E/e' / LVEDV và $E/LASr/LVEDV$) có xu hướng cải thiện, phản ánh sự giảm độ cứng cơ tim. Các yếu tố như phương pháp điều trị trước ghép cũng như thời gian lọc máu chu kỳ cũng có thể ảnh hưởng đến độ cứng thất trái.

Từ khoá: độ cứng thất trái, siêu âm đánh dấu mô cơ tim, ghép thận

STUDY OF CHANGES IN LEFT VENTRICULAR STIFFNESS BY
ULTRASOUND CARDIOMYLAR MARKERS IN PATIENTS WITH END-
STAGE CHRONIC KIDNEY DISEASE BEFORE AND AFTER KIDNEY

TRANSPLANTATION

SUMMARY

Objective: To investigate the change in left ventricular stiffness by speckle tracking echocardiography in patients with end-stage chronic kidney disease before and after kidney transplantation.

Subjects and methods: We studied 63 patients with end-stage chronic kidney disease who underwent kidney transplantation at Military Hospital 103 from October 2024 to April 2025. All patients were followed up one month after transplantation.

Results: There was no significant difference in DWS before and after kidney transplantation. Left ventricular stiffness after kidney transplantation increased significantly compared to before transplantation. Left ventricular stiffness after transplantation in the hemodialysis group increased significantly compared to the empty treatment group when assessed by both tissue doppler (TDI) and speckle tracking echocardiography (STE). There was no difference in DWS after transplantation between the two treatment groups. Left ventricular stiffness after transplantation in the hemodialysis group over 12 months was significantly higher than that under 12 months when assessed by both TDI and STE.

Conclusion: One month after kidney transplantation, left ventricular stiffness measured by 3 methods (DWS and $E/e' / LVEDV$ and $E/LASr/LVEDV$) tended to improve, reflecting a reduction in myocardial stiffness. Factors such as pre-transplant treatment and duration of dialysis may also affect left ventricular stiffness.

Keywords: left ventricular stiffness, speckle-tracking echocardiography, end-stage chronic kidney disease, kidney transplantation.

Hội phục thiếu máu bất sản nguyên hồng cầu sau ghép thận: Báo cáo một trường hợp

TÓM TẮT

Thiếu máu bất sản nguyên hồng cầu do kháng thể kháng erythropoietin (PRCA) được xem là biến chứng hiếm gặp và nặng nề ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn

cuối. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 30 tuổi, bệnh thận giai đoạn cuối với lọc máu chu kỳ, biểu hiện thiếu máu đẳng sắc đẳng bào mức độ nặng, lệ thuộc truyền máu. Kết quả xét nghiệm ghi nhận chỉ số hồng cầu lưới thấp, bất sản nguyên hồng cầu với 10% erythroblast trên tủy đồ. Chẩn đoán xác định PRCA bởi sự hiện diện của kháng thể kháng erythropoietin. Sau khi ngưng sử dụng ESA, bệnh nhân được chỉ định ghép thận. Mức hemoglobin bắt đầu cải thiện 2 tuần sau ghép thận, và hồi phục hoàn toàn (> 10 g/dL) trong 1 tháng sau ghép, và tiếp tục ổn định sau 1 năm theo dõi. Trường hợp này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xem xét thiếu máu bất sản dòng hồng cầu (PRCA) do trung gian kháng thể ở những bệnh nhân bị thiếu máu kháng lại điều trị bằng ESA, và chỉ định ghép thận như một lựa chọn điều trị có thể mang lại hiệu quả trong các trường hợp nặng.

Antibody-mediated Pure Red Cell Aplasia in an End-Stage Renal Disease Patient Recovering After Kidney Transplantation: A Case Report

ABSTRACT

Antibody-mediated pure red cell aplasia (PRCA) is a rare hematologic disorder but severe complication of erythropoiesis-stimulating agent (ESA) therapy in patients with end-stage renal disease. We report a 30-year-old patient with end-stage renal disease (ESRD) secondary to glomerular nephropathy, who developed transfusion-dependent, normochromic normocytic anemia, that is unresponsive to ESA therapy. Laboratory investigation shows severely reduced reticulocyte count, and bone marrow biopsy reveals erythroid hypoplasia with 10% erythroblast. The presence of anti-erythropoietin antibody confirmed the diagnosis of ESA-induced PRCA. The patient remained in severe anemia until undergoing kidney transplantation. After 2 week post-transplantation, his hemoglobin level started to improve and totally recovered within 1 month (>10 g/dL). He remained transfusion-independent at one-year follow-up. This case underscores the importance of considering antibody-mediated PRCA in patients with ESA refractory anemia and highlights kidney transplantation as a potentially effective treatment option in severe cases.

Đặc điểm nhiễm khuẩn catheter tĩnh mạch trung tâm và nhiễm trùng tiểu sau ghép thận tại bệnh viện Thống Nhất

*Trần Nữ Thùy, Hoàng Duy Thái, Đoàn Văn Đàm, Lý Xuân Thiêng,
Hoàng Tuấn Nghĩa, Nguyễn Bách
Khoa Nội thận – Lọc máu; Bệnh viện Thống Nhất*

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nhiễm trùng sớm sau ghép thận là biến chứng thường gặp, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí và có thể ảnh hưởng đến chức năng thận ghép. Trong đó, nhiễm trùng catheter tĩnh mạch trung tâm (CVC) và nhiễm trùng tiểu (NTI) là các nguyên nhân quan trọng.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, vi sinh của nhiễm trùng CVC và NTI sau ghép thận; tìm hiểu mối liên quan với các yếu tố như BMI, giới tính, thuốc ức chế miễn dịch dẫn nhập và loại người hiến.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu loạt ca trên 26 bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Thống Nhất từ 5/2022 đến 10/2025. Đầu catheter được cấy khi rút và nước tiểu được cấy để chẩn đoán NTI (≥ 100.000 CFU/mL).

Kết quả: Tỷ lệ cấy đầu catheter dương tính là 11,54% (3/26), toàn bộ là *Staphylococcus epidermidis*; chỉ 1 bệnh nhân (3,85%) có triệu chứng lâm sàng. Tỷ lệ cấy nước tiểu dương tính cao hơn rõ rệt: 42,31% (11/26), chủ yếu gặp các vi khuẩn bệnh viện như *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa* và *Acinetobacter* spp.; chỉ 2 trường hợp (7,69%) có triệu chứng. Nhiễm trùng catheter có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với BMI cao hơn ($22,13 \pm 0,50$ so với $19,41 \pm 1,39$, $p=0,003$) và thời gian nằm viện kéo dài hơn ($14,33 \pm 3,21$ so với $9,30 \pm 2,67$ ngày, $p=0,006$).

Một tỷ lệ đáng chú ý các trường hợp NTI xảy ra ở nhận thận từ người cho chết não (83,33%) và nhóm dùng thuốc dẫn nhập ATG (57,14%).

Kết luận: Nhiễm khuẩn niệu không triệu chứng rất thường gặp sau ghép thận, trong khi nhiễm trùng catheter ít gặp hơn nhưng có liên quan đến BMI cao và kéo dài ngày nằm viện. Việc tuân thủ nghiêm ngặt nguyên tắc vô khuẩn khi đặt và chăm sóc catheter, kết hợp với cấy đầu catheter và cấy nước tiểu thường quy, là rất cần thiết để chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời các nhiễm trùng thường không có triệu chứng rõ ràng này.

Abstract

Background: Early infections after kidney transplantation are common complications that prolong hospitalization, increase costs, and can impair allograft function. Central venous catheter (CVC)-related infections and urinary tract infections (UTIs) are significant sources of post-transplant morbidity.

Objectives: This study aimed to describe the clinical and microbiological characteristics of CVC-related and urinary tract infections in kidney transplant recipients and investigate their association with factors such as BMI, gender, induction immunosuppression, and donor type.

Methods: A prospective case series was conducted on 26 patients who underwent kidney transplantation at Thong Nhat Hospital from May 2022 to October 2025. Upon removal, the CVC tip was cultured aseptically. Urine samples were collected via urinary bag for culture, with a diagnosis of UTI defined as $>100,000$ CFU/mL.

Results: The rate of positive CVC tip culture was 11.54% (3/26), with *Staphylococcus epidermidis* isolated in all cases; only one patient (3.85%) had clinical signs of infection. The rate of positive urine culture was significantly higher at 42.31% (11/26), predominantly involving hospital-acquired bacteria such as *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, and *Acinetobacter* spp.; only two patients (7.69%) were symptomatic. CVC infection was significantly associated with higher BMI (22.13 ± 0.50 vs. 19.41 ± 1.39 , $p=0.003$) and longer hospital stay (14.33 ± 3.21 vs. 9.30 ± 2.67 days, $p=0.006$). A notable proportion of UTIs occurred in patients receiving kidneys from deceased donors (83.33%) and those induced with ATG (57.14%).

Conclusion: Asymptomatic bacteriuria is very common after kidney transplantation, while CVC-related infections are less frequent but associated with increased BMI and prolonged hospitalization. Rigorous aseptic techniques during catheter insertion and care, alongside routine microbial cultures of CVC tips and urine, are crucial for early diagnosis and management of these often asymptomatic infections.

Vai trò của chẩn đoán hình ảnh trong lập kế hoạch ghép gan:

Ứng dụng các tiến bộ của chụp cắt lớp vi tính phổ và trí tuệ nhân tạo

TS.BS. NGÔ MINH TRÍ
Phó Trưởng Khoa Chẩn đoán hình ảnh
Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

CT phổ giúp cải thiện chất lượng hình ảnh, tăng độ phân giải mô, đồng thời giảm liều tia và lượng thuốc cản quang. **Trí tuệ nhân tạo (AI)** hỗ trợ tự động hóa trong đo thể tích gan, đánh giá gan nhiễm mỡ và phân chia phân thùy với độ chính xác cao, góp phần rút ngắn thời gian và tăng tính nhất quán trong lập kế hoạch.

Sự kết hợp giữa **CT phổ và AI** thể hiện tiềm năng lớn trong phát hiện sớm bất thường tiềm ẩn và tối ưu hóa kích thước phần gan ghép. Báo cáo này trình bày những ứng dụng nổi bật của hai công nghệ, đánh dấu **bước tiến quan trọng hướng tới cá thể hóa điều trị và nâng cao hiệu quả lâm sàng** trong chương trình ghép tạng tại Việt Nam.

Từ khóa: Chụp cắt lớp vi tính phổ; Trí tuệ nhân tạo; Lập kế hoạch ghép gan

The Role of Diagnostic Imaging in Liver Transplantation Planning: Applications of Spectral CT and Artificial Intelligence

Minh Tri Ngo, MD, PhD

Deputy Head, Department of Diagnostic Imaging

Hue Central Hospital

Abstract

Spectral CT improves image quality and tissue resolution while reducing radiation dose and contrast agent usage. Artificial intelligence (AI) enables automation in liver volumetry, fat quantification, and precise hepatic segmentation, thereby shortening processing time and enhancing consistency in preoperative planning.

The integration of spectral CT and AI demonstrates great potential in early detection of hidden abnormalities and optimization of graft volume selection. This presentation highlights the emerging applications of these technologies, marking a significant step toward personalized treatment and improved clinical outcomes in liver transplantation programs in Vietnam.

Keywords: Spectral CT; Artificial intelligence; Liver transplantation planning

¹ Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Khản. E-mail: bs.nguyenvankhan@gmail.com

Số điện thoại: 0902619409

PHẪU THUẬT LẤY MẢNH GHÉP TỪ NGƯỜI CHO SỐNG GHÉP GAN CHO TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Báo cáo viên: BS CK2. Vũ Mạnh Hoàn, Bệnh viện Nhi trung ương

Tóm tắt

Ghép gan được coi là biện pháp điều trị cuối cùng cho các bệnh lý gan giai đoạn cuối, suy gan cấp và một số khối u ở gan, cho cả đối tượng trẻ em và người lớn. Sự khan hiếm về nguồn tạng ghép đã làm cho việc ghép gan từ người cho sống trở nên ngày càng phổ biến. Chúng tôi tiến hành hồi cứu trên 31 cặp ghép gan cho trẻ em được tiến hành tại bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 7/2018 – 3/2023 nhằm đánh giá tính an toàn của phẫu thuật trên nhóm người cho gan. Hệ thống phân loại theo Clavien - Dindo được áp dụng để đánh giá mức độ các biến chứng gặp phải. Trong số 31 người cho gan có 15 nam, 16 nữ, tuổi trung bình 33,74. Bố mẹ ruột hiến gan cho con chiếm 67,8%. Các loại mảnh ghép được lấy bao gồm: thùy bên trái 26 trường hợp (87,1%), gan phải 3 (12,9%), gan trái 2 (6,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình 301,8 phút, thời gian nằm viện trung bình 9,1 ngày. Bất thường sau mổ gặp ở 9 trường hợp, trong đó 8 phân loại mức độ nhẹ, 1 mức độ nặng (từ độ III trở lên) theo Clavien-Dindo, không có trường hợp nào tử vong. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, phẫu thuật lấy mảnh ghép gan từ người cho sống với người nhận trẻ em có thể được thực hiện an toàn với tỉ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: ghép gan từ người cho sống, ghép gan cho trẻ em

LIVING DONOR HEPATECTOMY FOR PEDIATRIC LIVER TRANSPLANTATION IN NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

Summary

Liver transplantation is a lifesaving procedure in patients with end-stage liver disease, acute liver failure, hepatic tumors, and some metabolic disorders for both children and adults. The scarcity of grafts has led to living donor liver transplantation (LDLT) becoming increasingly popular. Thirty-one cases of LDLT were performed in National Children Hospital in the period from 7/2018 – 3/2023. Retrospectively review was made for evaluating the safety of donor's hepatectomy procedure with the help of Clavien – Dindo system for classification of negative outcomes in general surgery. There were 15 males, 16 females in the total group, the mean age was 33.74 years. Grafts from the father/mother of the recipients were used in 67.8%. The graft types were left lateral segment, right liver and left liver with the rates were 87.1%, 12.9% and 6.5%, respectively. The mean operation time was 301.8 minutes and the mean length of stay in hospital was 9.1 days.

Postoperative discomforts and potential complications were identified in 9 cases (29%), including 8 cases in mild group, 1 case in severe group (grade III and above according to Clavien – Dindo classification). Postoperative mortality was zero. In conclusion, the donor hepatectomy for pediatric liver transplantation can be

performed safely with low rate of complication.

Keyword: living donor liver transplantation, pediatric liver transplantation

**GHÉP GAN TRẺ EM VỚI NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO: NHÂN HAI
TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2
PEDIATRIC LIVER TRANSPLANTATION FROM DECEASED DONORS:
REPORT OF TWO CASES AT CHILDREN'S HOSPITAL 2**

Trần Thanh Trí, Hồ Phi Duy, Phan Tuấn Kiệt, Lưu Nguyễn An Thuận, Trịnh Nguyễn Hạ Vi, Bùi Hải Trung, Trương Thị Yến Nhi, Nguyễn Hồng Vân Khánh.

ABSTRACT

Background

Pediatric liver transplantation (LT) is an established, life-saving therapy for children with end-stage liver disease in Vietnam, primarily utilizing living donors. However, deceased donor liver transplantation (DDLT) in pediatric recipients has not been previously documented nationally.

Case presentation

Case 1: A 21-month-old girl (weight 6.8 kg) with cirrhosis secondary to progressive familial intrahepatic cholestasis type 1 (PFIC1) and portal hypertension (PELD score 26) underwent orthotopic liver transplantation using a left lateral segment graft (segments II–III). The graft-to-recipient weight ratio (GRWR) was appropriate. The intraoperative and immediate postoperative courses were uneventful. Four months post-LT, the patient had chronic diarrhea unchanged after transplantation, while serum bilirubin normalized but liver enzymes remained mildly elevated (AST 139 U/L, ALT 225 U/L, GGT 168 U/L). Percutaneous liver biopsy demonstrated moderate steatohepatitis. Six months post-LT, she underwent biliary diversion (internal bile drainage to the transverse colon). Following diversion, stool frequency decreased to 2–3 times per day, oral intake improved, and graft function stabilized.

Case 2: A 15-month-old boy (weight 10 kg) with cirrhosis secondary to biliary atresia after Kasai portoenterostomy and portal hypertension (PELD score 26) received a split left lateral segment graft (segments II–III) from a deceased donor. The operation proceeded smoothly. Postoperatively, the patient developed massive ascites (up to 3,000 mL per day). Doppler ultrasonography and contrast-enhanced computed tomography revealed venous outflow obstruction of the segment III hepatic vein. Surgical revision was performed with reconstruction of the segment III hepatic vein to the inferior vena cava using a synthetic interposition graft. On postoperative day 1, he underwent re-exploration for hemostasis. The subsequent recovery was uneventful, with normalization of graft function and satisfactory growth at five months post-LT.

Conclusion

Liver transplantation in pediatric recipients from deceased donors is a safe and

effective therapeutic option.

Tóm tắt

Đặt vấn đề

Ghép gan cho bệnh nhi có bệnh gan giai đoạn cuối đã là phương thức điều trị hiệu quả và an toàn tại Việt Nam. Tuy nhiên, ghép gan cho trẻ em từ người hiến chết não vẫn chưa được báo cáo

Ca lâm sàng

Trường hợp 1: bé gái nặng 6,8kg, 21 tháng, chẩn đoán xơ gan, tăng áp cửa, PFIC 1, PELD 26 điểm, được ghép gan từ người hiến chết não. Gan ghép gồm 2 hạ phân thùy II và III. Diễn tiến trong và ngay sau mổ không ghi nhận những biến cố quan trọng. Bốn tháng sau ghép, bệnh nhi tiêu chảy mạn tính, bilirubin máu về bình thường, AST 139 U/L, ALT 225 U/L và GGT 168 U/L vẫn cao nhẹ. Sinh thiết gan cho thấy gan nhiễm mỡ mức độ vừa. Bệnh nhi được phẫu thuật chuyển dòng mật dẫn lưu trong xuống đại tràng ngang sau ghép 6 tháng. Sau mổ, số lần đi tiêu giảm dần hiện còn 2-3 lần/ ngày, ăn uống tốt, chức năng gan ổn định.

Trường hợp 2: Bé trai nặng 10kg, 15 tháng tuổi, xơ gan, tăng áp cửa, teo đường mật đã phẫu thuật Kasai, PELD 26 điểm, được ghép gan từ người hiến chết não. Gan ghép gồm 2 hạ phân thùy II và III. Diễn tiến cuộc mổ thuận lợi. Thời gian hậu phẫu ghi nhận dịch báng ngày càng nhiều, tối đa 3.000ml/24 giờ, siêu âm Doppler mạch máu và CLVT bụng cản quang cấu trúc nhu mô không đồng nhất của mảnh ghép, không thấy rõ nhánh tĩnh mạch gan hạ phân thùy 3. Bệnh nhi được phẫu thuật nối tĩnh mạch gan HPT III với tĩnh mạch chủ dưới bằng mạch máu nhân tạo. Hậu phẫu ngày 1, bệnh nhi được mổ để cầm máu. Diễn tiến sau mổ thuận lợi và bệnh nhân ổn định sau ghép 5 tháng.

Kết luận

Ghép gan cho bệnh nhi với người hiến chết não là giải pháp an toàn và hiệu quả

CÁC LOẠI THẢI GHÉP VÀ TỔN THƯƠNG HIỂM GẶP SAU GHÉP GAN Ở TRẺ EM

PGS.TS Nguyễn Phạm Anh Hoa

Khoa Gan mật - Bệnh viện Nhi Trung ương

Hệ thống miễn dịch đóng vai trò quan trọng giai đoạn sau ghép tạng. Thải ghép xảy ra khi hệ thống miễn dịch của người nhận nhận diện kháng nguyên gan của người hiến và tạo ra phản ứng miễn dịch chống lại mảnh ghép. Những phản ứng này gây tổn thương và nguy cơ mất tạng ghép.

Trẻ em là đối tượng ghép tạng đặc biệt. Ghép tạng nói chung và ghép gan ở trẻ em có nhiều khó khăn về kỹ thuật, hệ thống hồi sức, hệ miễn dịch chưa trưởng thành cũng như nguy cơ ảnh hưởng tới các tạng ngoài tạng ghép... Trong ghép tạng trẻ em, ngoài các loại thải ghép thường gặp được chú ý và nghiên cứu nhiều, vẫn còn một số các thể hiếm gặp hoặc ít được chú ý như thải ghép hỗn hợp, thải ghép thể giàu tương bào, thải ghép qua trung gian miễn dịch dịch thể.... Các thể thải ghép do hiếm gặp nên dễ bị bỏ qua và thường khó chẩn đoán nếu không sử dụng các phương pháp xét nghiệm chuyên sâu. Việc điều trị các thể thải ghép này cũng thường phức tạp song nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể dẫn tới mất tạng ghép hoặc tử vong. Báo cáo này mô tả 1 một số ca bệnh có tình trạng thải ghép hiếm gặp, tổng hợp kiến thức về các loại thải ghép cơ chế, cách tiếp cận chẩn đoán và các phương thức điều trị của các loại thải hiếm gặp ở trẻ em.

RARE REJECTIONS AND LESIONS POST LIVER TRANSPLANTATION IN CHILDREN

Nguyen Pham Anh Hoa Assoc. Prof. PhD

Department of Hepatology – National Children's Hospital

The immune system plays a pivotal role in the post transplant period. Transplant rejection arises when the recipient's immune system recognizes donor liver antigens as foreign and mounts an immune response against the graft. Such immune-mediated reactions result in allograft injury and may ultimately lead to graft dysfunction or loss.

Children represent a unique population in the field of organ transplantation.

Pediatric transplantation, particularly liver transplantation, poses significant challenges due to anatomical and technical limitations, immature immune regulation, perioperative resuscitation complexity, and the potential impact on other organ systems.

In pediatric liver transplantation, beyond the commonly recognized and well-studied forms of rejection, several rare or underrecognized entities still exist — including mixed rejection, plasma cell rich rejection, and antibody mediated rejection. Owing to their rarity and often subtle clinical or histopathologic features, these forms of rejection are frequently underdiagnosed without specific immunologic or histological testing.

Management of rare transplant rejection is often complex and requires a multidisciplinary approach. If unrecognized or inadequately treated, these entities can rapidly progress to irreversible graft loss or even mortality. This report presents a series of uncommon rejection cases in pediatric liver transplantation, summarizing current knowledge on their underlying immunopathogenesis, diagnostic strategies, and therapeutic approaches.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH TĂNG SINH MÔ LYMPHO DO VIRUS EPSTEIN–BARR SAU GHÉP GAN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Nguyễn Hồng Vân Khánh, Trương Thị Yên Nhi, Lê Lâm Anh Thy, Phan Nguyễn
Ngọc Thanh, Trần Thanh Trí

TÓM TẮT

Đặt vấn đề:

Bệnh tăng sinh mô lympho sau ghép (PTLD) liên quan đến virus Epstein–Barr (EBV) là một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất sau ghép gan, đặc biệt ở nhóm bệnh nhi có tình trạng miễn dịch âm tính với EBV trước ghép. Tỷ lệ tử vong có thể lên đến 60%. Tại Việt Nam, dữ liệu về đặc điểm và kết cục của PTLD sau ghép gan ở trẻ em còn hạn chế.

Mục tiêu:

Nghiên cứu mô tả tỷ lệ mắc, đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị của nhiễm EBV và PTLD ở nhóm bệnh nhi ghép gan và theo dõi sau ghép tại Bệnh viện Nhi Đồng 2.

Đối tượng và phương pháp:

Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên tất cả bệnh nhi ghép gan tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 hoặc theo dõi sau ghép tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong giai đoạn 2005 – 2025. Dữ liệu về tải lượng EBV DNA, đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị PTLD được thu thập từ hồ sơ bệnh án.

Kết quả:

- Trong giai đoạn nghiên cứu, có 74 bệnh nhi ghép gan và từng theo dõi sau ghép tại bệnh viện Nhi Đồng 2, trong đó 67% (40/60) bệnh nhi có phát hiện EBV DNA trong máu sau ghép, 9,5% (7/74) ca bị PTLD, 3/7 ca bị PTLD tử vong.
- Các ca PTLD có tuổi trung bình lúc ghép là $14,6 \pm 6$ tháng, tuổi trung bình bị PTLD là $20,7 \pm 3,5$ tháng. Thời gian chẩn đoán PTLD sau ghép trung bình là $5,7 \pm 2,5$ tháng.
- Trong quá trình điều trị có 2 ca đáp ứng với ngưng Prograf không cần điều trị với Rituximab. Ca ngưng Prograf lâu nhất đến hiện nay là 1 năm, 3 ca ngưng Prograf đều có thải ghép cấp phải điều trị bolus corticoid. Tất cả các ca đều có triệu chứng sốt, 3/7 ca khởi đầu với biểu hiện ở đường tiêu hoá.
- Các yếu tố liên quan đến PTLD sau ghép bao gồm tuổi lúc ghép nhỏ ($p=0,01$), không ghi nhận liên quan giữa tải lượng EBV và PTLD ($p=0,075$)

Kết luận:

Nhiễm EBV và PTLD là biến chứng đáng lưu ý sau ghép gan ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. Cần nghĩ đến chẩn đoán PTLD khi bệnh nhân có EBV trong máu kèm bất kỳ triệu chứng lâm sàng hoặc cận lâm sàng nào. Tải lượng siêu vi tại một thời

điểm không liên quan chặt chẽ đến nguy cơ PTLĐ, tốc độ tăng quan trọng hơn số lượng tuyệt đối. Điều trị dự phòng EBV sau ghép không có hiệu quả ngăn ngừa PTLĐ. Giảm thuốc ức chế miễn dịch là điều trị đầu tay khi phát hiện EBV trong máu. Cần theo dõi chặt chẽ tải lượng siêu vi định kỳ ở trẻ em sau ghép đặc biệt trong 1-2 năm đầu để kịp thời điều chỉnh ức chế miễn dịch và các dấu hiệu sớm của PTLĐ.

CHARACTERISTICS OF EPSTEIN–BARR VIRUS–ASSOCIATED POST-TRANSPLANT LYMPHOPROLIFERATIVE DISORDER AFTER LIVER TRANSPLANTATION AT CHILDREN’S HOSPITAL 2

Nguyen Hong Van Khanh, Truong Thi Yen Nhi, Le Lam Anh Thy, Phan Nguyen Ngoc Thanh, Tran Thanh Tri

Abstract

Background:

Epstein–Barr virus (EBV)-associated post-transplant lymphoproliferative disorder (PTLD) is one of the most serious complications following liver transplantation, particularly among EBV-seronegative pediatric recipients. The reported mortality rate can reach up to 60%. In Vietnam, data regarding the characteristics and outcomes of PTLĐ after liver transplantation in children remain limited.

Objectives:

This study describes the incidence, clinical characteristics, and treatment outcomes of EBV infection and post-transplant lymphoproliferative disorder (PTLD) in pediatric liver transplant recipients and post-transplant follow-up patients at Children’s Hospital 2.

Methods:

A retrospective study was conducted among all pediatric liver transplant recipients who underwent or were followed after transplantation at CH2 during the period from 2005 to 2025. Data on EBV DNA load, clinical manifestations, and PTLĐ treatment outcomes were collected from medical records.

Results:

During the study period, 74 pediatric liver transplant recipients were followed at CH2. Among them, 67% (40/60) had detectable EBV DNAemia after transplantation, and 9.5% (7/74) developed PTLĐ, with 3 out of 7 cases resulting in death.

The mean age at transplantation among PTLĐ cases was 14.6 ± 6 months, and the mean age at PTLĐ diagnosis was 20.7 ± 3.5 months. The average interval from transplantation to PTLĐ diagnosis was 5.7 ± 2.5 months.

During treatment, two cases responded to discontinuation of tacrolimus without the need for rituximab. The longest duration of tacrolimus withdrawal to date is 1 year. Three cases developed acute graft rejection requiring bolus corticosteroid therapy. All PTLĐ patients presented with fever; 3 out of 7 initially had gastrointestinal

symptoms.

Risk factor analysis revealed that younger age at transplantation was significantly associated with PTLT occurrence ($p = 0.01$), while EBV viral load at a single time point was not significantly correlated ($p = 0.075$).

Conclusions:

EBV infection and PTLT are important complications after pediatric liver transplantation at Children's Hospital 2. PTLT should be suspected in any EBV-DNA-positive patient presenting with clinical or paraclinical abnormalities. A single-point viral load does not correlate strongly with PTLT risk; rather, the rate of increase in EBV DNA is more critical. Prophylactic antiviral therapy is not effective in preventing PTLT. Reduction of immunosuppression remains the first-line management upon EBV detection. Regular EBV DNA surveillance, especially during the first 1–2 years post transplant, is essential for timely adjustment of immunosuppressive therapy and early detection of PTLT.

GHÉP THẬN TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG DENYS DRASH

Đặt vấn đề

Hội chứng Denys Drash là một hội chứng hiếm gặp, tỉ lệ khoảng dưới 1/10.000, nguyên nhân là do đột biến gen WT1 (11p13), biểu hiện đặc trưng bao gồm hội chứng thận hư kháng corticoid, u Wilms và rối loạn phát triển giới tính. Khó khăn trong chẩn đoán do có thể chỉ biểu hiện thận hư kháng corticoid ở thời điểm đầu. Việc tầm soát và phát hiện hội chứng Denys Drash trước ghép thận rất quan trọng do nguy cơ cao tiến triển u Wilms cũng như u tế bào mầm sinh dục.

Phương pháp

Mô tả ca lâm sàng

Kết quả

Bệnh nhi 11 tuổi được chẩn đoán hội chứng Denys Drash trước ghép thận. Thận hiến được lấy từ mẹ ruột, cùng nhóm máu O, Rh dương. Hòa hợp miễn dịch tốt với mismatch 1/6. Dẫn nhập Simulect và duy trì bằng Tacrolimus, Mycophenolate mofetil, Prednison. Bệnh nhi được cắt thận nguyên thủy bên phải và cấu trúc dạng hạch vùng hố chậu phải, ghép thận trái từ người hiến. Thời gian thiếu máu nóng 6 phút, lạnh 67 phút, ấm 46 phút, có nước tiểu tại bàn mổ. Diễn tiến sau ghép Creatinin máu ổn định, không ghi nhận bệnh thận tái phát sau ghép.

Kết luận

Phát hiện sớm hội chứng Denys Drash ở bệnh nhân thận hư kháng corticoid rất quan trọng do cần điều trị đặc hiệu và tầm soát u Wilms. Bệnh nhân có tiên lượng tốt sau ghép thận.

CỔ CHƯỞNG SAU GHÉP THẬN: BÁO CÁO CA BỆNH

Trương Thùy Linh^{1}, Nguyễn Thu Hương¹, Thái Thiên Nam¹, Nguyễn Thị Ngọc¹*

1: Bệnh viện Nhi Trung Ương

*Tác giả chịu trách nhiệm: Trương Thùy Linh

Email: truongthuylinh27@gmail.com

Tóm tắt: Cổ chướng sau ghép thận là một tình trạng hiếm gặp và liên quan đến tiên lượng xấu. Đó có thể là hậu quả liên quan đến cuộc phẫu thuật hoặc căn nguyên nội khoa bao gồm tăng áp lực tĩnh mạch cửa, thải ghép hoặc căn nguyên khác. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh đã ghép thận thành công từ người cho sống không cùng huyết thống, xuất hiện tình trạng cổ chướng sau khi ghép thận 3 năm cùng với tình trạng thải ghép thận mạn tính. Thăm dò các căn nguyên cổ chướng khác đều không ghi nhận bất thường, dù bệnh nhân đã được điều trị theo phác đồ thải ghép mạn tính qua trung gian kháng thể, tình trạng cổ chướng vẫn tăng nhanh kèm tràn dịch màng phổi. Bệnh nhân được đặt catheter thăm phân phúc mạc để xả dịch định kì, đồng thời đổi tacrolimus sang cyclosporin do nghi ngờ nguyên nhân cổ chướng có thể liên quan đến tacrolimus, tình trạng tràn dịch màng phổi hết tuy nhiên dịch ổ bụng còn nhiều và chưa đáp ứng sau đổi thuốc.

Abstract: Ascites is an ominous finding after kidney transplantation. It occurs either as a result of technical complication of the transplant procedure or from medical reasons that include portal hypertension, graft rejection and other causes. Here, we report a case of successful kidney transplantation from an unrelated living donor, who developed ascites three years post-transplantation in association with chronic allograft rejection. Comprehensive investigations for the etiology of ascites were unremarkable. Despite treatment with an antibody-mediated chronic rejection protocol, the ascites progressed rapidly, accompanied by pleural effusion. The patient was managed with periodic peritoneal drainage via a peritoneal dialysis catheter, and tacrolimus was switched to cyclosporine due to suspected tacrolimus-induced ascites. Following the switch, the pleural effusion resolved; however, significant ascites persisted with poor response to therapy.

Arteriovenous Fistula Aneurysm in Pediatric Hemodialysis: Two-Year Surgical Experience from Children's Hospital No.2

*Phan Tan Duc, Nguyen Binh An, Dinh Nguyen Hoai Thanh**

Background: Aneurysmal dilatation of arteriovenous fistula (AVF) is among the most frequent vascular-access complications in pediatric hemodialysis. Owing to high-flow circulation, AVF aneurysms carry a risk of rupture and life-threatening hemorrhage (reported rupture rates ~0.8–5.6%). Early detection and appropriate management are essential.

Methods: We conducted a retrospective descriptive review at Children's Hospital No.2 (Ho Chi Minh City, Vietnam) from June 2023 to June 2025. Clinical features, surgical indications, techniques, and postoperative outcomes were analyzed for pediatric patients with AVF aneurysms who underwent surgery. Indications included thin/ulcerated overlying skin, pain, infection, rupture or risk of rupture.

Results: A total of 12 pediatric patients underwent surgical treatment for AVF aneurysm (male:female = 1:1, mean age 13 years, range 9–15 years). One patient presented with a ruptured aneurysm requiring emergency AVF ligation, and one case of infected aneurysm also underwent ligation. Three patients received aneurysm plication with Dacron patch reinforcement; however, one developed postoperative infection and subsequently required AVF ligation. All remaining cases were treated with AVF ligation due to diffuse aneurysmal degeneration or poor vessel quality.

Conclusion: In pediatric hemodialysis, AVF aneurysm is important yet manageable. Surgical repair is the preferred modality, providing durable patency while preserving access. Routine clinical and Doppler surveillance, along with blood-pressure control, site-rotation cannulation, and meticulous access care, is crucial to prevent aneurysm formation and rupture.

Keywords: Pediatric hemodialysis; arteriovenous fistula; aneurysm

*Department of Urology, Children's Hospital No.2, Ho Chi Minh City, Vietnam

A Case of Opportunistic Infection Following Pediatric Kidney Transplantation at Children's Hospital 2

I. Introduction

Kidney transplantation is a renal replacement therapy that offers a better quality of life for patients with end-stage renal disease (ESRD), especially in the pediatric population. The use of immunosuppressive drugs is mandatory to reduce the rate of graft rejection in patients. Pre-transplant screening and post-transplant monitoring of opportunistic infections (OIs) are always top priorities. We report on a clinical case of an opportunistic infection following pediatric kidney transplantation at Children's Hospital 2.

II. Case Presentation

The patient is an 8-year-old male who underwent kidney transplantation in July 2022. The transplant was a living-related donor from his cousin (the son of his paternal uncle/aunt). Pre-transplant serology for Epstein-Barr Virus (EBV) placed the patient in the high-risk group (D+R-). The patient was monitored for EBV, Cytomegalovirus (CMV), and BK Virus (BKV) infection post-transplant by quantitative PCR of the virus in the blood, following the recommended guidelines for kidney transplant patient management.

In September 2022, the patient showed an increase in EBV viral load in the blood and was treated with a reduction in immunosuppressive drugs, with an initial positive response. By January 2023, the EBV viral load had risen sharply again, and an abnormal mass in the patient's spleen was simultaneously detected. After spleen biopsy, the patient was confirmed to have EBV-associated Post-Transplant Lymphoproliferative Disorder (PTLD). The patient received Rituximab according to protocol and showed a good response.

In March 2023, the patient was noted to have a simultaneous increase in both CMV and BKV viral loads. For the CMV infection, treatment with oral Valganciclovir for two months resulted in a good outcome.

Regarding the BKV infection, the patient's continuously high viral load, exceeding 10^6 copies/mL, led to the diagnosis of BKV-associated nephropathy (BKVN). This result was confirmed by biopsy of the allograft kidney. We applied a regimen of immunosuppressive drug reduction accompanied by supportive antiviral treatment, which successfully rendered the BKV blood viral load negative and restored the transplanted kidney function.

Currently, the patient continues to be followed up at Children's Hospital 2, with

stable allograft function and negative viral loads for EBV, CMV, and BKV in the blood.

III. Discussion

Opportunistic infections following kidney transplantation are a common complication due to the use of high-dose immunosuppressive drugs in solid organ transplant recipients, especially in the early post-transplant period. Pre-emptive monitoring of EBV, CMV, and BKV infection after kidney transplantation, following current guidelines, is crucial for implementing a pre-emptive treatment strategy. In managing opportunistic infections from these three viruses in transplant recipients, reducing the dose of immunosuppression is necessary to decrease the viral load in the blood. Along with reducing anti-rejection medication, close monitoring of allograft function is required to timely detect cases of early-stage rejection. In many difficult situations, transplant kidney biopsy should be considered to differentiate between graft rejection and BKV-associated nephropathy.

IV. Conclusion

Kidney transplantation, especially in the pediatric age group, is being performed more frequently at Children's Hospital 2. Adhering to the latest guidelines will contribute to minimizing the rate of opportunistic infections in this specific patient population.

Key words: End-stage renal disease, Renal transplantation, Opportunistic infection, Post-Transplant Lymphoproliferative Disorder, BKV-associated nephropathy.

□

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI SAU GHÉP THẬN NHỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Giới thiệu

Ghép thận là một phương pháp điều trị thay thế thận mang lại chất lượng sống tốt đẹp hơn cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, nhất là bệnh nhân ở lứa tuổi nhi đồng. Việc dùng thuốc ức chế miễn dịch là yêu cầu bắt buộc để giảm tỷ lệ thải ghép ở bệnh nhân. Việc tầm soát trước ghép, theo dõi vấn đề nhiễm trùng cơ hội sau ghép luôn được ưu tiên hàng đầu. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng về một trường hợp nhiễm trùng cơ hội sau ghép thận nhị tại bệnh viện Nhi đồng 2.

Ca lâm sàng

Bệnh nhân nam, 8 tuổi, ghép thận vào tháng 7 năm 2022 từ người cho sống là anh họ, con của bác ruột. Xét nghiệm trước ghép ghi nhận huyết thanh chẩn đoán nhiễm EBV thuộc nhóm nguy cơ cao là D+R-. Bệnh nhân được theo dõi nhiễm EBV, CMV, BKV sau ghép bằng phương pháp định lượng PCR virus trong máu theo các khuyến cáo về điều trị bệnh nhân ghép thận.

Tháng 9/2022 ghi nhận bệnh nhân có tăng tải lượng EBV trong máu, được điều trị giảm thuốc ức chế miễn dịch có đáp ứng ban đầu. Đến tháng 01/2023 tải lượng EBV tăng cao trở lại, đồng thời phát hiện khối bất thường ở lách bệnh nhân. Sau sinh thiết lách, xác nhận bệnh nhân mắc hội chứng tăng sinh mô lympho sau ghép tạng (PTLD) liên quan nhiễm EBV. Bệnh nhân được dùng Rituximab theo phác đồ, có đáp ứng tốt.

Tháng 03/2023 bệnh nhân được ghi nhận có tải lượng tăng đồng thời CMV và BKV. Đối với nhiễm CMV, việc điều trị với Valganciclovir đường uống trong 2 tháng đã mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân.

Đối với nhiễm BKV, do tải lượng virus trong máu tăng cao liên tục vượt 10^6 copies/ml, bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh thận do BKV. Kết quả được xác nhận bằng sinh thiết thận ghép của bệnh nhân. Chúng tôi áp dụng phác đồ giảm thuốc ức chế miễn dịch đi kèm với các điều trị hỗ trợ kháng virus đã giúp tải lượng BKV trong máu về âm tính và chức năng thận ghép hồi phục.

Hiện tại, bệnh nhân vẫn tiếp tục theo dõi và tái khám tại bệnh viện Nhi đồng 2, chức năng thận ghép ổn định, tải lượng virus trong máu của EBV, CMV, BKV đều âm tính.

Thảo luận

Nhiễm trùng cơ hội sau ghép thận là một biến chứng thường gặp do việc dùng thuốc ức chế miễn dịch liều cao ở bệnh nhân ghép tạng, nhất là giai đoạn đầu sau ghép. Việc tầm soát nhiễm EBV, CMV, BKV sau ghép thận ở bệnh nhân theo các khuyến cáo hiện có là hết sức cần thiết để thực hiện chiến lược điều trị đón đầu. Trong điều trị nhiễm trùng cơ hội 3 loại virus trên ở bệnh nhân ghép thận, việc giảm liều ức chế miễn dịch là cần thiết để giảm tải lượng virus trong máu. Đi kèm với giảm liều thuốc chống thải ghép, cần theo dõi sát chức năng thận ghép để kịp thời

phát hiện các trường hợp thải ghép ở giai đoạn sớm. Trong nhiều tình huống khó, việc sinh thiết thận ghép nên được đặt ra để phân biệt thải ghép và bệnh thận do nhiễm BKV.

Kết luận

Ghép thận nhất là ở bệnh nhân lứa tuổi nhi đồng ngày càng được thực hiện nhiều hơn tại bệnh viện Nhi đồng 2. Việc tuân theo các khuyến cáo mới nhất sẽ góp phần giảm thiểu tỷ lệ nhiễm trùng cơ hội trên đối tượng bệnh nhân đặc biệt này.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT ỐNG THÔNG TENCKHOFF TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Phan Nguyễn Ngọc Tú*, Phạm Ngọc Thạch**, Đặng Xuân Vinh**,
Phan Tấn Đức, Phạm Thị Mai Anh**

1) TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng đặt ống thông Tenckhoff trong điều trị bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối tại Bệnh viện Nhi đồng 2.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả được thực hiện trên tất cả các bệnh nhi suy thận mạn giai đoạn cuối có chỉ định thẩm phân phúc mạc và được phẫu thuật nội soi đặt ống thông Tenckhoff tại Khoa Thận – Nội tiết, Bệnh viện Nhi đồng 2, trong giai đoạn từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2024. Các biến số được ghi nhận bao gồm kết quả phẫu thuật và các biến chứng sau mổ như: chảy máu, rò dịch thẩm phân, di lệch và tắc ống thông.

Kết quả: Có tổng cộng 50 trường hợp được phẫu thuật nội soi đặt ống thông Tenckhoff trong thời gian nghiên cứu. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 38%, bao gồm biến chứng sớm 16% và biến chứng muộn 22%. Viêm phúc mạc chiếm tỷ lệ 12%, trong đó giai đoạn muộn chiếm 10%. Trong số các trường hợp viêm phúc mạc, tỷ lệ cấy dương tính là 50%, với *Escherichia coli* (2 trường hợp) và *Staphylococcus aureus* (1 trường hợp); một bệnh nhân phải rút bỏ ống thông do viêm phúc mạc tái diễn. Nhiễm khuẩn lỗ ra ống thông chiếm 10%. Tắc ống thông ghi nhận ở 4% trường hợp, trong đó một bệnh nhân tắc do mạc nối lớn phải rút bỏ ống thông. Rò dịch chiếm 4%, chủ yếu xảy ra sớm sau mổ và đều tự hồi phục, không cần can thiệp. Biến chứng chảy máu và thoát vị chiếm tổng cộng 4%; có 1 trường hợp chảy máu trong ổ bụng cần phẫu thuật lại. Không ghi nhận trường hợp di chuyển đầu ống thông.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi đặt ống thông Tenckhoff để thẩm phân phúc mạc là phương pháp đơn giản, an toàn và hiệu quả, góp phần quan trọng trong điều trị bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối ở trẻ em.

Từ khóa: thẩm phân phúc mạc, phẫu thuật nội soi, ống thông Tenckhoff, suy thận mạn, trẻ em.

ABSTRACT

EVALUATE THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC INSERTION OF TENCKHOFF FOR PERITONEAL DIALYSIS AT THE CHILDREN'S HOSPITAL 2

Phan Nguyen Ngoc Tu^{}, Pham Ngoc Thach^{***}, Dang Xuan Vinh^{**}, Phan Tan Duc,
2) Pham Thi Mai Anh*

3) ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic Tenckhoff catheter placement for peritoneal dialysis at Children's Hospital 2.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on all pediatric patients with end-stage renal disease who underwent laparoscopic Tenckhoff catheter insertion between January 2021 and December 2024 at the Department of Nephrology–Endocrinology, Children's Hospital 2. Surgical outcomes and postoperative complications were recorded and analyzed, including postoperative bleeding, dialysate leakage, catheter migration, and catheter obstruction.

Results: Fifty patients underwent laparoscopic Tenckhoff catheter placement during the study period. The overall postoperative complication rate was 38%, comprising 16% early and 22% late complications. Peritonitis occurred in 12% of cases, with late-onset peritonitis accounting for 10%. Positive culture results were found in 50% of these patients, identifying *Escherichia coli* (2 cases) and *Staphylococcus aureus* (1 case); one patient required catheter removal due to recurrent peritonitis. Exit-site infection occurred in 10% of cases. Catheter obstruction was noted in 4%, including one case caused by omental wrapping requiring catheter removal. Dialysate leakage was observed in 4% of patients, all of which resolved spontaneously without re-intervention. Bleeding and hernia were reported in 4% of cases; one patient experienced intraperitoneal bleeding requiring reoperation. No cases of catheter tip migration were observed.

Conclusion: Laparoscopic Tenckhoff catheter insertion for peritoneal dialysis in children is a simple, safe, and effective technique. It plays an important role in the management of pediatric end-stage renal disease.

Keywords: peritoneal dialysis, laparoscopic Tenckhoff catheter placement, pediatric surgery.

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO RÒ ĐỘNG
TĨNH MẠCH ĐỂ CHẠY THẬN NHÂN TẠO
TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2 TỪ 01/2013 ĐẾN 12/2017**

Phan Tấn Đức, Hồ Minh Nguyệt*, Nguyễn Đình Thái*,
Đổng Sơn Trà*, Phan Nguyễn Ngọc Tú**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo rò động tĩnh mạch để chạy thận nhân tạo (CTNT) ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng 2.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu các trường hợp suy thận mạn (STM) giai đoạn cuối được phẫu thuật tạo rò động tĩnh mạch (arteriovenous fistula - AVF) để chạy thận nhân tạo tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/2013 đến 12/2017.

Kết quả: Tổng số 66 bệnh nhi. Tuổi trung bình: 11,15 tuổi (4 – 16 tuổi). Giới: Nam/Nữ: 35/31. Bệnh nhân phải chạy thận nhân tạo cấp cứu trước mổ chiếm 31,82%; STM đang chạy thận nhân tạo định kỳ nhập viện vì tắc hoặc suy AVF chiếm 10,61%; bệnh nhi chưa chạy thận nhân tạo nhập viện mổ AVF để chuẩn bị chạy thận nhân tạo chiếm 57,57%. Bệnh nguyên và một số bệnh đi kèm: bệnh lý cầu thận 63,63%, dị tật tiết niệu 30,30%, Lupus ban đỏ 6,06%, tăng huyết áp, suy tim, viêm phổi. Thời gian mổ trung bình: 45 ± 25 phút (30 – 180 phút). Vị trí mổ: vùng cổ tay 64,48%; khuỷu tay 22,37%, có 11,84% trường hợp mổ không thành công, được chuyển vị trí (từ cổ tay lên khuỷu hoặc qua tay đối diện). Một số kỹ thuật đặc biệt: nông hóa TM nền cánh tay chiếm 1,32%. Thành công 78,79%; tỉ lệ mổ lại 21,21%.

Kết luận: Mổ tạo AVF có một ý nghĩa rất quan trọng vì đây là con đường sống của bệnh nhân STM. Tỷ lệ thành công phụ thuộc vào tình trạng mạch máu, tuổi tác bệnh nhi, bệnh lý đi kèm, kỹ thuật mổ. Ngoài ra còn tùy thuộc kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Từ khóa: Phẫu thuật tạo rò động tĩnh mạch, chạy thận nhân tạo, suy thận mạn, trẻ em.

ABSTRACT

ASSESSMENT OF SURGICAL RESULTS OF ARTERIOVENOUS FISTULA (AVF) FOR HAEMODIALYSIS IN CHILDREN'S HOSPITAL 2 (FROM 01/2013 TO 12/2017)

Phan Tan Duc, Ho Minh Nguyet, Nguyen Dinh Thai,
Dong Son Tra, Phan Nguyen Ngoc Tu

Objective: Evaluating the results of AVF surgery for haemodialysis in children at Children's Hospital 2.

Method: Retrospective study of the end-stage chronic renal failure patients undergoing surgery to create AVF for haemodialysis at Children's Hospital 2 from 01/2013 to 12/2017.

Result: Total 66 patients. Average age: 11.15 years (4 - 16 years). Gender: Male/Female: 35/31. The patients coming with the emergency condition need to be haemodialysis without AVF accounting to 31.82%. The proportion of hospitalized patients due to AVF obstruction or failure and patients with AVF surgery to prepare for dialysis are 10.61%, 57.57% respectively. Causes of CRF and some associated diseases: glomerular disease 63.63%, urinary tract diseases 30.30%, lupus 6.06%, hypertension, heart failure, pneumonia, The average time of surgery: 45 ± 25

minutes (30 - 180 minutes). Place of operation: wrist area 64.48%; elbow 22.37%. There is 11.84% of cases of unsuccessful surgery before transferring from wrist to elbow or through the other hand. Some special techniques: shallowing basilic vein accounted for 1.32%. Success rate 78.79%. Reoperation rate 21.21%.

Conclusion: AVF surgery is very important because of the survival of chronic renal failure patients. The rate of success depends on the condition of the blood vessels, age of the patient, associated illnesses, surgical techniques, additionally, depending on the experiences of the surgeon.

Key words: Arteriovenous fistula surgery, haemodialysis, chronic renal failure, children.

* Bệnh viện Nhi Đồng 2

Tác giả liên hệ: BS. Hồ Minh Nguyệt, ĐT: 0932623166 , Email:

drnguyet2912@gmail.com

MỘT SỐ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRONG PHÁT HIỆN VÀ VẬN ĐỘNG HIẾN TẶNG TỪ NGƯỜI CHẾT NÃO TẠI BV TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI

108

Mục tiêu: Mô tả và đánh giá kết quả bước đầu của hoạt động phát hiện, vận động hiến tạng từ người chết não tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, đồng thời so sánh sự thay đổi trước và sau khi triển khai mô hình điều phối nội viện chính thức.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu từ hồ sơ bệnh án, nhật ký trực và biên bản vận động. Các biến số được phân tích gồm số ca bệnh nặng xin về, số trường hợp được thông báo, số ca vận động và hiến tạng thành công.

Kết quả: Trong giai đoạn 2017–2023, hoạt động phát hiện và vận động hiến tạng còn hạn chế, chưa có quy trình thống nhất, số trường hợp được thông báo thấp. Từ năm 2024, sau khi triển khai mô hình điều phối nội viện, tỷ lệ phát hiện người chết não tăng rõ rệt, đạt 58,4%. Năm 2025, mặc dù số ca thông báo giảm, song tỷ lệ vận động và hiến tạng thành công tăng lần lượt lên 13,2% và 6,7%. Các tạng hiến chủ yếu gồm tim, gan, thận (3–4 tạng/người); mô hiến chủ yếu là giác mạc và chi thể (1,5–2 mô/người).

Kết luận: Mô hình điều phối hiến tạng nội viện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã giúp cải thiện đáng kể hiệu quả phát hiện và vận động hiến tạng từ người chết não. Cần tiếp tục hoàn thiện quy trình và ứng dụng công nghệ thông tin để nâng cao tính bền vững của chương trình.

Từ khóa: Phát hiện, vận động, hiến tạng sau chết não, điều phối nội viện.

Objective: To describe and evaluate the initial outcomes of organ donation identification and promotion from brain-dead donors at the 108 Military Central Hospital, and to compare the changes before and after the implementation of an official in-hospital coordination model.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted using retrospective data collected from medical records, duty logs, and counseling reports. Variables analyzed included the number of terminally ill patients whose families requested discharge, the number of reported potential donors, the number of counseling sessions, and successful organ donations.

Results: During 2017–2023, organ donation identification and promotion activities were limited, with low reporting rates and no standardized protocol. Since 2024, following the establishment of an in-hospital coordination model and brain-death detection protocol, the identification rate markedly increased to 58.4%. In 2025, although the number of notifications decreased, both the number and rate of successful counseling and donations rose (13.2% and 6.7%, respectively), demonstrating the effectiveness of the new in-hospital system. The main donated

organs included heart, liver, and kidneys (3–4 organs per donor), while donated tissues comprised corneas and limbs (1.5–2 tissues per donor).

Conclusion: The implementation of the in-hospital organ donation coordination model at the 108 Military Central Hospital significantly improved the identification and promotion of organ donation from brain-dead donors. Continuous refinement of procedures and the adoption of digital technologies are recommended to enhance the sustainability of the program.

Keywords: Detection, Counseling, Organ donation after brain death, In-hospital coordination.

Khó khăn và thuận lợi của người bệnh trên danh sách chờ ghép tạng

Nguyễn Thị Kim YẾN⁽¹⁾, Thân Thị Lệ⁽¹⁾, Dư Thị Ngọc Thu⁽¹⁾, Lâm Văn Minh⁽¹⁾, Nguyễn Việt Đăng Khoa⁽¹⁾, Vương Vân Hương⁽¹⁾, Lê Minh Hiên⁽¹⁾, Bùi Văn Tuấn⁽¹⁾, Phạm Thanh Việt⁽¹⁾, Nguyễn Tri Thức⁽²⁾

Từ khóa: Danh sách chờ ghép, Chờ ghép tạng, Thống kê hiến tạng, Lấy và ghép tạng

TÓM TẮT

ĐẶT VẤN ĐỀ: Ghép tạng là một trong những phương pháp điều trị thay thế tốt nhất, nhưng làm thế nào để cho người bệnh có thể tham gia vào chương trình ghép tạng?

TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: Nghiên cứu quan sát. Thời gian nghiên cứu từ 10/02/2021-30/06/2025

KẾT QUẢ: Từ 10/02/2021-30/06/2025, Bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR) tiếp nhận được 232 người bệnh đăng ký vào danh sách chờ ghép mô-tạng, trong đó gồm: 132/232 (56,9%) người bệnh chờ ghép thận; 23/232 (9,91%) ghép gan; 39/232 (16,81%) ghép tim; 1/232 (0,43%) ghép phổi; 37/232 (15,95%) ghép giác mạc. Gồm 140/232 (60,34%) nam; 92/232 (39,66%) nữ. Tuổi trung bình $41,20 \pm 15,75$ tuổi (nhỏ nhất 2 tuổi; lớn nhất 91 tuổi). Địa phương cư trú của người đăng ký chiếm đa số ở Tp. HCM 36,64%, số còn lại trải rộng khắp khu vực miền Nam. Nghề nghiệp lao động tự do chiếm tỉ lệ cao nhất là 23,28%, 9,48% ở nhà và nội trợ, giáo viên, sinh viên học sinh 12,7%. Tài chính đang là một gánh nặng đối với người bệnh.

KẾT LUẬN: Thiếu nguồn tạng hiến, có khoảng cách về đầu tư trang thiết bị y tế, kỹ thuật cao, chăm sóc chuyên sâu giữa tuyến cơ sở và trung ương. Cần có quy trình phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa, bệnh viện trong việc theo dõi, điều trị người bệnh suy tạng giai đoạn cuối trên danh sách chờ ghép xuyên suốt cả nước.

Difficulties and advantages of patients on the organ transplant waiting list

Nguyen Thi Kim Yen⁽¹⁾, Than Thi Le⁽¹⁾, Du Thi Ngoc Thu⁽¹⁾, Lam Van Minh⁽¹⁾, Nguyen Viet Dang Khoa⁽¹⁾, Vuong Van Huong⁽¹⁾, Le Minh Hien⁽¹⁾, Bui Van Tuan⁽¹⁾, Pham Thanh Viet⁽¹⁾, Nguyen Tri Thuc⁽²⁾

Keywords: transplant waiting list, Organ Waiting List, Organ Donation Statistics, Organ Procurement and Transplantation

Objectives: Organ transplantation is one of the best alternative treatments, but how can patients participate in the organ transplant program?

Material and methods: Observational study. Study period from February 10, 2021 to June 30, 2025

Results: From Feb. 10, 2021 to June 30, 2025, 232 patients registered on the organ-tissue transplant waiting list at Cho Ray Hospital. It's including: 132/232 (56.9%) patients waiting for kidney transplant; 23/232 (9.91%) liver transplant; 39/232 (16.81%) heart transplant; 1/232 (0.43%) lung transplant; 37/232 (15.95%) corneal transplant. 140/232 (60.34%) men; 92/232 (39.66%) women. Average age 41.20±15.75 years old (youngest 2; oldest 91 years old). The organ donation received: 22 kidneys, 7 livers, 8 hearts, 13 corneas and 4 skin. Transplants were given to 54 patients. The majority of registrants resided in Ho Chi Minh City (36.64%), while the remainder were spread throughout the southern region.

Conclusions: There is a lack of organ donation, a gap in investment in medical equipment, high technology, and specialized care between grassroots and central hospitals. There needs to be a close coordination process between specialties and hospitals in monitoring and treating patients with end-stage organ failure on the transplant waiting list throughout the country.

BIẾN ĐỔI HUYẾT ĐỘNG TRONG GÂY MÊ HỒI SỨC GHÉP GAN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG: MÔ TẢ LOẠT CA BỆNH

Nguyễn Quang Nhật, Phùng Văn Việt, Bùi Công Đoàn, Nguyễn Thị Diệu Thảo, Nguyễn Hồng Ngọc Cẩm, Hoàng Thị Huế.

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá sự biến đổi huyết động trong các giai đoạn của phẫu thuật ghép gan từ người cho sống (LDLT).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 08 bệnh nhân phẫu thuật LDLT tại Bệnh viện Quân y 175 (12/2024 - 06/2025). Các bệnh nhân được theo dõi huyết động xâm lấn liên tục bằng hệ thống FloTrac. Các thông số huyết động, lactate máu, thể tích nước tiểu và liều vận mạch được ghi nhận tại các thì phẫu thuật then chốt.

Kết quả: Biến đổi huyết động rõ rệt bắt đầu từ thì vô gan. Thì vô gan ghi nhận xu hướng co mạch, chỉ số sức cản mạch máu hệ thống (SVRI) tăng 13%. Ngược lại, thì tái tưới máu ghi nhận xu hướng giãn mạch hệ thống: SVRI giảm 38%, cung lượng tim tăng (CI tăng 49% và SVI tăng 25%). Đòi hỏi can thiệp vận mạch: Noradrenaline liều cao ($\approx 0,09$ mcg/kg/phút) và Adrenaline bolus (10-30 mcg) duy trì huyết áp.

Kết luận: Thì vô gan và đặc biệt là thì tái tưới máu là hai giai đoạn thách thức nhất về quản lý huyết động trong LDLT. Sự chuyển đổi đột ngột từ tình trạng co mạch (vô gan) sang giãn mạch hệ thống (tái tưới máu) kèm tăng cung lượng tim, là đặc điểm chính, tiềm ẩn nguy cơ biến cố tim mạch nghiêm trọng.

Từ khóa: huyết động, ghép gan, gây mê hồi sức, FloTrac.

Abstract

HIỆU QUẢ PHỐI HỢP LIÊN CHUYÊN KHOA TRONG CÔNG TÁC TƯ VẤN TRIỂN KHAI HIẾN TẶNG TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO.

Nguyễn Công Bình, Trần Minh Tuấn, Nguyễn Việt Cường, Lưu Thúy Hòa, Vũ Ngọc Chi, Trần Thị Thanh Huyền, Huỳnh Trương Thị Mỹ Lệ.

Đặt vấn đề: Hiến tạng từ người chết não là một giải pháp bền vững và then chốt để giải quyết tình trạng khan hiếm tạng ghép. Thành công đòi hỏi quy trình phối hợp đa chuyên khoa chặt chẽ, từ khâu phát hiện, tư vấn, vận động gia đình đến tổ chức phẫu thuật lấy tạng. Với vai trò điều phối Quốc gia trong phân phối tạng hiến và các Bệnh viện mạng lưới tiếp nhận nguồn tạng

Mục tiêu: 1. Giới thiệu mô hình. 2. Đánh giá hiệu quả bước đầu phối hợp liên chuyên khoa trong công tác tư vấn triển khai hiến mô tạng từ người hiến chết não.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, được thực hiện tại Bệnh Viện Quân Y 175 từ tháng 01/10/2024 đến 01/10/2025. Mô hình được xây dựng dựa trên sự phối hợp của Ban Điều phối Ghép tạng (với các bộ phận: Chỉ huy, Pháp lý, Tư vấn) cùng các khoa lâm sàng (Hồi sức tích cực, Phẫu thuật - Ghép tạng) và các khoa cận lâm sàng (Chẩn đoán hình ảnh, Xét nghiệm). Quy trình được chuẩn hóa từ khi tiếp cận người hiến tiềm năng đến khi hoàn tất phẫu thuật lấy tạng. Tất cả nhân sự tham gia đều được đào tạo và huấn luyện bài bản.

Kết quả: Trong giai đoạn nghiên cứu, mô hình đã tiếp cận và đánh giá: 23 trường hợp người bệnh chết não tiềm năng. Thông qua công tác tư vấn và vận động bài bản, 01 ca hiến tạng thành công đã được thực hiện, cho phép lấy và ghép các tạng để cứu sống nhiều người bệnh. Quan trọng hơn, hệ thống vận hành đã được thiết lập: Ban Điều phối Ghép tạng chính thức đi vào hoạt động; các quy trình phối hợp nội bộ được xác lập; và đội ngũ cán bộ từ các phòng ban liên quan đã được huấn luyện và sẵn sàng tham gia.

Kết luận: Mô hình phối hợp liên chuyên khoa trong công tác tư vấn và triển khai hiến tạng từ người chết não tại Bệnh Viện Quân Y 175 đã bước đầu chứng minh được tính khả thi, hiệu quả cần được tiếp tục cải tiến và hoàn thiện trong tương lai.

Từ khóa: Hiến tạng, chết não, phối hợp liên chuyên khoa, điều phối ghép tạng, tư vấn hiến tạng.

TẬN DỤNG NGUỒN HIẾN TẶNG TỪ NGƯỜI CHO CHẾT TUẦN HOÀN (DCD)

TS.BS Nguyễn Tất Đạt, ThS.BS Nguyễn Lâm Thịnh, ThS.BS.CK2 Lý Văn Chiêu, PGS.TS.BS Hoàng Văn Sỹ

Tóm tắt

Giới thiệu: Ghép tạng là phương pháp điều trị chủ chốt cho suy cơ quan giai đoạn cuối. Tuy nhiên, tình trạng thiếu hụt nguồn tạng hiến vẫn là thách thức toàn cầu. Hiến tạng sau chết tuần hoàn (DCD) nổi lên như một giải pháp tiềm năng nhằm mở rộng nguồn tạng.

Phương pháp: Tổng quan tường thuật dựa trên y văn quốc tế và kinh nghiệm thực tiễn, tập trung vào hệ thống phân loại (tiêu chuẩn Maastricht), tiến bộ trong bảo quản tạng (lạnh tĩnh, tưới máu oxy hóa hạ thân nhiệt, tưới máu bằng máy ở nhiệt độ bình thường, và tưới máu vùng ở nhiệt độ cơ thể), cũng như so sánh kết quả ghép giữa DCD và DBD.

Kết quả: Các chương trình DCD đã được mở rộng tại nhiều quốc gia, đặc biệt ở châu Âu và Anh, đóng góp đáng kể vào nguồn tạng hiến. Khi áp dụng các kỹ thuật bảo quản tiên tiến như NRP và OCS, tỉ lệ sống của tạng ghép và bệnh nhân từ DCD có thể tiệm cận với DBD. Tuy vậy, tổn thương thiếu máu–tái tưới máu và các vấn đề đạo đức trong quyết định cuối đời vẫn là thách thức lớn.

Kết luận: DCD là phương pháp khả thi và có tính chấp nhận về mặt đạo đức để tăng nguồn tạng hiến. Việc hoàn thiện kỹ thuật bảo quản và khung pháp lý – đạo đức sẽ giúp nâng cao chất lượng tạng ghép và đảm bảo công bằng trong thực hành.

Từ khóa: Hiến tạng sau chết tuần hoàn; Ghép tạng; Tổn thương thiếu máu–tái tưới máu; Bảo quản tạng.

MAXIMIZING THE USE OF ORGANS FROM DONATION AFTER CIRCULATORY DEATH (DCD)

Nguyen Tat Dat, Nguyen Lam Thinh, Ly Van Chieu, Hoang Van Sy

Abstract

Introduction: Organ transplantation has become a cornerstone in the treatment of end-stage organ failure. However, the global shortage of donor organs remains a critical challenge. Donation after circulatory death (DCD) has re-emerged as a promising approach to expand the donor pool.

Objective: A narrative review based on international literature and practical experience, with emphasis on classification systems (Maastricht criteria), advances in organ preservation (static cold storage, hypothermic oxygenated perfusion, normothermic machine perfusion, and normothermic regional perfusion), and outcome comparisons between DCD and DBD.

Results: DCD programs have expanded worldwide, especially in Europe and the UK, contributing significantly to organ availability. Short-term graft and patient survival with DCD organs can approach those from DBD when advanced preservation techniques such as NRP and OCS are applied. Nonetheless, ischemia-reperfusion injury and ethical issues surrounding end-of-life decisions remain major challenges.

Conclusion: DCD is a feasible and ethically acceptable method to increase organ supply. Improvements in preservation technologies and legal–ethical frameworks are essential to optimize graft quality and ensure equitable practice.

Keywords: Donation after circulatory death (DCD); Organ transplantation; Ischemia-reperfusion injury; Organ preservation.

TÊN BÁO CÁO: NGHIÊN CỨU BIẾN ĐỔI NỒNG ĐỘ OSTEOPROTEGERIN VÀ CHỈ SỐ XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH HUYẾT TƯƠNG Ở NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU GHÉP THẬN.

(STUDY ON CHANGES IN PLASMA OSTEOPROTEGERIN AND ATHEROGENIC INDEX OF PLASMA IN PATIENTS BEFORE AND AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION)

TÁC GIẢ: BS. Nguyễn Minh Hiếu

ĐƠN VỊ CÔNG TÁC: Trung tâm Ghép tạng – Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT:

Ghép thận là phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối, giúp cải thiện chất lượng và thời gian sống. Tuy nhiên, người bệnh sau ghép vẫn có nguy cơ cao mắc biến chứng tim mạch – nguyên nhân tử vong hàng đầu. Osteoprotegerin (OPG) và chỉ số xơ vữa động mạch huyết tương (Atherogenic Index of Plasma – AIP) được xem là các dấu ấn sinh học tiềm năng phản ánh nguy cơ này. **Mục tiêu:** (1) Đánh giá biến đổi nồng độ OPG và chỉ số AIP trước và sau ghép thận 6 tháng. (2) Phân tích mối liên quan giữa OPG, AIP với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng, theo dõi dọc trên 164 đối tượng: 84 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận và 80 người khỏe mạnh. Nồng độ OPG được định lượng bằng ELISA; AIP tính theo công thức $\log(TG/HDL-C)$. **Kết quả:** Nồng độ OPG huyết tương nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng [56,25 (42,35–74,35) so với 22,7 (17,35–25,35) pmol/L; $p < 0,05$], và giảm đáng kể sau ghép thận 6 tháng ($p < 0,001$). Chỉ số AIP trung bình trước ghép là $0,20 \pm 0,34$, không thay đổi có ý nghĩa sau ghép ($p > 0,05$). OPG tương quan thuận với AIP ($p < 0,05$; $OPG = 9,604 \cdot AIP + 12,012$). Nhóm hút thuốc có nguy cơ tăng OPG cao hơn 1,26 lần ($p < 0,05$). Phân tích logistic đa biến xác định hút thuốc lá và chỉ số AIP cao là yếu tố liên quan độc lập đến tình trạng không giảm OPG sau ghép. **Kết luận:** Nồng độ OPG huyết tương

tăng cao ở bệnh nhân trước ghép thận và giảm đáng kể sau 6 tháng ghép, trong khi AIP không thay đổi có ý nghĩa. Hút thuốc lá, chỉ số sinh xơ vữa AIP là các yếu tố liên quan đến không giảm nồng độ OPG huyết tương tại thời điểm 6 tháng sau ghép.

Từ khóa: Osteoprotegerin, chỉ số AIP, bệnh thận mạn, ghép thận, xơ vữa động mạch.

ABSTRACT:

Kidney transplantation is the optimal treatment for patients with end-stage chronic kidney disease (CKD), improving both survival and quality of life. However, post-transplant recipients remain at high risk of cardiovascular complications—the leading cause of death. Osteoprotegerin (OPG) and the Atherogenic Index of Plasma (AIP) are potential biomarkers reflecting cardiovascular risk. **Objectives:** (1) To evaluate changes in plasma OPG concentration and AIP before and six months after kidney transplantation; (2) To analyze the association between OPG, AIP, and selected clinical and laboratory characteristics. **Methods:** A prospective, cross-sectional, controlled study with longitudinal follow-up was conducted on 164 participants: 84 end-stage CKD patients undergoing successful kidney transplantation and 80 healthy controls. Plasma OPG levels were measured using ELISA; AIP was calculated as $\log(\text{TG}/\text{HDL-C})$. **Results:** Plasma OPG levels were significantly higher in the patient group than in controls [56.25 (42.35–74.35) vs. 22.7 (17.35–25.35) pmol/L; $p < 0.05$], and markedly decreased six months post-transplant ($p < 0.001$). The mean AIP before transplantation was 0.20 ± 0.34 , showing no significant change after six months ($p > 0.05$). OPG positively correlated with AIP ($p < 0.05$; $\text{OPG} = 9.604 \cdot \text{AIP} + 12.012$). Smokers had a 1.26-fold higher risk of elevated OPG ($p < 0.05$). Multivariate logistic regression identified smoking and elevated AIP as independent predictors of persistent OPG elevation after transplantation. **Conclusions:** Plasma OPG levels were significantly elevated in pre-

transplant CKD patients and decreased after six months post-transplant, while AIP remained unchanged. Smoking and a high atherogenic index of plasma (AIP) were associated with non-decreased plasma OPG levels at 6 months after transplantation.

Keywords: Osteoprotegerin, Atherogenic Index of Plasma, chronic kidney disease, kidney transplantation, atherosclerosis.

Multiple Infections post Kidney Transplantation: A case report

To Huu Thien. MD ⁽¹⁾

Vo Tam. MD. PhD ^{(1), (2), (3)}

1. Nephrology Department, Hue Central Hospital.
2. Hue University of Medicine and Pharmacy.
3. Vietnam Association of Urology and Nephrology.

Background and Aim:

Infections are the leading cause of morbidity and mortality in solid-organ transplant recipients, particularly within the first-year post-transplant due to intensive immunosuppression. The challenge is compounded in endemic areas where opportunistic co-infections, such as **Cytomegalovirus (CMV)** and **Tuberculosis (TB)**, can present with non-specific symptoms, significantly increasing the risk of graft loss and patient death. This case highlights the complexity of diagnosing and managing concurrent bacterial, viral, and mycobacterial infections in a kidney transplant recipient.

Case Report

A 57-year-old female patient, 5th month post a live-related, ABO-compatible kidney transplantation, was admitted with a high-grade fever, and productive cough with white, turbid sputum. Her medical history included end-stage kidney disease, hemodialysis, and leukopenia in 3rd month post transplantation. She received maintenance immunosuppression with mycophenolate mofetil, tacrolimus, and prednisolone. Initial workup revealed elevated C-reactive protein (186.91 mg/L) with left lower lobe opacity on Xray. After 5 days, she continued to be febrile, and subsequent cultures grew **Pseudomonas aeruginosa** (sputum) and **Burkholderia cepacia** (blood). Concurrent viral workup confirmed a high **CMV viremia** (9.58×10^4 copies/mL), with a radiological finding of a thick-walled cavity with an air-fluid level located in the left lower lobe, leading to an adjustment of immunosuppression, modification of antibacterial regimens, and initiation of ganciclovir. Further investigation for persistent symptoms showed a positive IGRA and **Mycobacterium tuberculosis** detected via Xpert MTB/RIF. The patient was successfully treated with a tailored regimen for all three co-infections (CMV, Carbapenem for bacteria, and Quadruple anti-TB therapy), with careful monitoring of tacrolimus levels due to drug interactions, resulting in clinical improvement and stable allograft function.

Conclusion

The concurrent presentation of severe bacterial sepsis, high-level CMV viremia, and active pulmonary tuberculosis represents an unusual and life-threatening triad of infections in an early-stage kidney transplant recipient. This case underscores the need for a high index of suspicion for multiple opportunistic pathogens in

immunosuppressed patients, particularly in endemic regions. Timely, aggressive, and multi-faceted antimicrobial therapy, coupled with careful immunosuppression modification and vigilance for drug-drug interactions (especially with rifampicin), is critical for successful patients and graft outcome.

KẾT QUẢ GHÉP THẬN ĐÓN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lê Hữu Thuận, Thái Minh Sâm, Hoàng Khắc Chuẩn, Thái Kinh Luân, Trương

Hồ Trọng Tấn

Phạm Đình Thy Phong, Bùi Đức Cẩm Hồng, Mai Thị Đức Hạnh, Nguyễn Thị Đỗ

Quyên

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ghép thận đón đầu (Pre-emptive kidney transplantation - PKT), là kỹ thuật ghép thận được thực hiện trước khi bệnh nhân bắt đầu lọc máu, đã được chứng minh mang lại kết quả lâm sàng vượt trội. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá toàn diện hiệu quả và tính an toàn của việc áp dụng PKT tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

Mục tiêu: Mục tiêu tổng quát của nghiên cứu là đánh giá toàn diện hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật ghép thận đón đầu (PKT) tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành một nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 76 bệnh nhân được ghép thận đón đầu từ người hiến sống trong giai đoạn từ tháng 3/2016 đến tháng 5/2022. Tiêu chuẩn chọn mẫu chính là bệnh nhân có $GFR < 15 \text{ mL/phút/1,73m}^2$ và chưa lọc máu. Phác đồ ức chế miễn dịch chuẩn bao gồm dẫn nhập Basiliximab và duy trì bằng Tacrolimus, MMF, Prednisone

Kết quả: Kết quả sau 12 tháng theo dõi ghi nhận: Tỷ lệ sống còn của bệnh nhân và mảnh ghép đạt 100%. Không có trường hợp nào bị chậm chức năng thận ghép (DGF) hoặc thải ghép cấp. Chức năng thận ghép ổn định, với eGFR trung bình tại mốc 12 tháng là $63,5 \pm 10,2 \text{ mL/phút/1,73m}^2$. Tỷ lệ biến chứng ngoại khoa thấp (2.6%). Tăng huyết áp (64%) và nhiễm trùng (24% số lượt) là các biến chứng nội khoa chính, được kiểm soát tốt. Đặc biệt, 100% bệnh nhân tái hòa nhập xã hội (quay lại làm việc hoặc học tập) trong vòng 3 tháng sau ghép.

Kết luận: Ghép thận đón đầu là một phương pháp điều trị an toàn và có hiệu quả rất cao tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Kỹ thuật này không chỉ mang lại kết quả sống còn vượt trội, không có DGF và chức năng thận ổn định, mà còn giúp bệnh nhân tái hòa

nhập xã hội nhanh chóng, khẳng định lợi ích to lớn của việc áp dụng PKT.

Từ khóa: Ghép thận đón đầu, kháng thể chống HLA, Donor-Specific Antibodies, thải ghép cấp, thải ghép mạn, thời gian sống của thận ghép.

EVALUATION OF PRE-EMPTIVE KIDNEY TRANSPLANT RESULTS AT CHO RAY HOSPITAL

Lê Hữu Thuận , Thái Minh Sâm, Hoàng Khắc Chuẩn, Thái Kinh Luân, Trương
Hồ Trọng Tấn
Phạm Đình Thy Phong, Bùi Đức Cẩm Hồng, Mai Thị Đức Hạnh, Nguyễn Thị Đỗ
Quyên

ABSTRACT

Background: re-emptive kidney transplantation (PKT), a technique performed before a patient starts dialysis, has been shown to provide superior clinical outcomes. This study aims to comprehensively evaluate the efficacy and safety of PKT implementation at Cho Ray Hospital.

Objective: The overall objective of the study is to comprehensively evaluate the efficacy and safety of the pre-emptive kidney transplantation (PKT) technique at Cho Ray Hospital.

Methods: We conducted a retrospective, cross-sectional descriptive study on 76 patients who underwent pre-emptive kidney transplantation from living donors from March 2016 to May 2022. The main inclusion criterion was patients with a GFR < 15 mL/min/1.73m² who had not yet started dialysis. The standard immunosuppressive regimen included Basiliximab induction and maintenance with Tacrolimus, MMF, and Prednisone.

Results: Results after 12 months of follow-up noted: Patient and graft survival rates were 100%. There were no cases of delayed graft function (DGF) or acute

rejection. Graft function was stable, with a mean eGFR at the 12-month mark of 63.5 ± 10.2 mL/min/1.73m². The rate of surgical complications was low (2.6%). Hypertension (64%) and infection (24% of episodes) were the main medical complications, which were well-controlled. Notably, 100% of patients returned to work or study within 3 months post-transplant.

Conclusion: Pre-emptive kidney transplantation is a safe and highly effective treatment method at Cho Ray Hospital. This technique not only provides superior survival outcomes, no DGF, and stable kidney function, but also helps patients reintegrate into society quickly, affirming the significant benefits of implementing PKT.

Key words: Pre-emptive kidney transplantation, anti-HLA antibodies, Donor-Specific Antibodies, acute rejection, chronic rejection, kidney transplant survival.

References

1. *Clinical Guidelines for Kidney Transplantation 2017, Post-transplant*, pp 46.
2. *KDIGO Clinical Practice Guideline for the Care of Kidney Transplant Recipients, American Journal of Transplantation 2009; 9(Suppl 3): S1–S157.*

RIGHT ACCESSORY HEPATIC BILE DUCT IN LIVING DONOR LIVE TRANSPLANTATION: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

*Doan Thanh Huy**, *Nguyen Van Manh*, *Nguyen Van Quynh*, *Nguyen Hoang Gia*

** Hepatobiliary and Pancreatic Surgery Unit, Military Hospital 175*

ABSTRACT

Introduction: Intrahepatic biliary anatomical variations are common and represent a major challenge in living donor liver transplantation (LDLT). The presence of a right accessory hepatic bile duct (RABD), especially when it drains into the common bile duct or cystic duct, is a rare but clinically significant variant.

Case presentation: We report the case of a 34-year-old female living liver donor who underwent right lobe hepatectomy for transplantation to a relative. Preoperative MRCP showed no apparent abnormalities; however, intraoperative cholangiography using a C-arm revealed a right accessory hepatic bile duct draining into the common hepatic duct, measuring approximately 2 mm in diameter and located about 5 mm from the main right hepatic duct. The right lobe graft was harvested, and biliary reconstruction was performed by unifying the ducts into a single opening, followed by a duct-to-duct anastomosis. Both donor and recipient recovered uneventfully, with no bile leak or anastomotic stricture observed postoperatively.

Conclusion: A right accessory hepatic bile duct is an uncommon but important anatomical variant in LDLT. However, its presence is not a contraindication for right lobe donation. Comprehensive preoperative and intraoperative biliary imaging is essential to guide reconstruction planning and minimize surgical complications.

Keywords: *living donor liver transplantation, biliary variation, right accessory hepatic bile duct*

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: NHIỄM TRÙNG TRÊN BỆNH NHÂN SAU GHÉP GAN

BSCKII.Nguyễn Phương Thảo¹, ThS.BSKI.Trương Như Quân¹, BSCKI.Bùi Văn
Pháp¹

BSCKI.Huỳnh Phạm Nhật¹, BS.Vũ Ngọc Hà¹, BS.Đỗ Phan Nguyệt Thanh²

¹Khoa Truyền Nhiễm, Bệnh viện Quân y 175

²Phòng Khoa học Quân sự, Bệnh viện Quân y 175

Giới thiệu: Nhiễm trùng sau ghép gan là một biến chứng nghiêm trọng, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trong khoảng 30 đến 180 ngày sau phẫu thuật và có thể ảnh hưởng đến 80% số bệnh nhân. Việc chẩn đoán thường gặp thách thức do các triệu chứng không đặc hiệu và độ nhạy hạn chế của các xét nghiệm truyền thống. Phổ tác nhân gây bệnh thay đổi theo thời gian sau ghép, từ nhiễm trùng bệnh viện sớm (0-30 ngày) đến nhiễm trùng cơ hội (1-6 tháng) và nhiễm trùng cộng đồng (>6 tháng).

Báo cáo ca bệnh: Chúng tôi trình bày trường hợp bệnh nhân nam 56 tuổi, có tiền sử đái tháo đường type 2, bệnh thận mạn, và đã ghép gan vào tháng 12/2024 do HCC trên nền viêm gan B mạn. Bảy tháng sau ghép (tháng 7/2025), bệnh nhân tái nhập viện vì sốt, ho đàm mủ xám và khó thở, ngay sau khi vừa hoàn tất điều trị nhiễm *Aspergillus*. Mặc dù X-quang ngực ban đầu bình thường, phim chụp HRCT ngực cho thấy tổn thương lan tỏa ở phổi. Khi phân tích mẫu dịch rửa phế quản-phế nang (BAL) bằng kỹ thuật PCR đa môi, kết quả bất ngờ cho thấy tình trạng đồng nhiễm phức tạp với nhiều tác nhân: CMV, EBV, PCP, *C. tropicalis*, *MSSA*, *K. pneumoniae* và *F. nucleatum*. Bệnh nhân được điều trị tích cực với phác đồ phối hợp Imipenem/Cilastatin, Cotrimoxazole, Fluconazole, và Ganciclovir. Tình trạng lâm sàng của bệnh nhân cải thiện và được xuất viện.

Kết luận: Ca bệnh này nhấn mạnh những thách thức trong chẩn đoán và nguy cơ cao đồng nhiễm nhiều mầm bệnh (polymicrobial infections), đặc biệt là các tác nhân

cơ hội như PCP và CMV, ở bệnh nhân sau ghép gan. Điều này khẳng định vai trò quan trọng của các kỹ thuật chẩn đoán tiên tiến như HRCT và multiplex PCR mẫu BAL để xác định chính xác và điều trị kịp thời các ca nhiễm trùng phức tạp này.

POST LIVER TRANSPLANT INFECTION: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Thao Phuong Nguyen¹, Quan Nhu Truong¹, Phap Van Bui¹
Nhat Pham Huynh¹, Ha Ngoc Vu¹, Thanh Nguyen Do Phan²

¹ Department of Infectious Diseases, 175 Military Hospital

²Department of Military Science, 175 Military Hospital

Background: Infection following liver transplantation (LT) is a serious complication, representing the leading cause of death between 30 and 180 days post-operatively and affecting up to 80% of all patients. Diagnosis is often challenging due to non-specific symptoms and the limited sensitivity of conventional diagnostic tests. The spectrum of pathogens varies according to the post-transplant timeline, from early nosocomial infections (0-30 days) to opportunistic infections (1-6 months) and community-acquired infections (>6 months).

Case Presentation: We report the case of a 56-year-old male patient with a history of type 2 diabetes mellitus, chronic kidney disease, and a liver transplant in December 2024 for HCC secondary to chronic hepatitis B. Seven months post-transplant (July 2025), the patient was readmitted for fever, productive gray sputum, and dyspnea, shortly after completing treatment for an *Aspergillus* infection. Although the initial chest X-ray was normal, an HRCT scan of the chest revealed diffuse pulmonary lesions. When a bronchoalveolar lavage (BAL) specimen was analyzed using multiplex PCR, the results unexpectedly showed a complex polymicrobial co-infection with multiple pathogens: CMV, EBV, PCP, *C. tropicalis*, MSSA, *K. pneumoniae*, and *F. nucleatum*. The patient was treated aggressively with a combination regimen of Imipenem/Cilastatin, Cotrimoxazole, Fluconazole, and

Ganciclovir. The patient's clinical condition improved, and he was discharged.

Conclusion: This case highlights the diagnostic challenges and the high risk of polymicrobial infections, especially with opportunistic pathogens like PCP and CMV, in post-liver transplant patients. This affirms the critical role of advanced diagnostic techniques, such as HRCT and BAL multiplex PCR, for the accurate identification and timely treatment of these complex infections.