TUẦN LỄ HIẾN VÀ GHÉP MÔ, TẠNG VIỆT NAM – 2026

VIETNAM TISSUE, ORGAN DONATION AND TRANSPLANTATION WEEK – 2026

ABSTRACT

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN HỘI GHÉP TẠNG VIỆT NAM LẦN THỨ XI – 2026 TẠI TP. ĐÀ NẴNG

THE 11TH ANNUAL SCIENTIFIC CONFERENCE OF VSOT - 2026 IN DA NANG CITY

16 – 17/10/2026 I October 16-17, 2026



MỤC LỤC

CME: CẬP NHẬT MỘT SỐ VẤN ĐỀ NỘI KHOA TRONG GHÉP THẬN
CME: UPDATES ON MEDICAL MANAGEMENT IN KIDNEY TRANSPLANTATION

1.Khoa học sử dụng thuốc ức chế miễn dịch trong ghép thận ---- 12

2.Cập nhật chẩn đoán và điều trị thải ghép thận cấp: từ cơ chế sinh học phân tử, phân loại BANFF đến chiến lược can thiệp cá thể hóa ---- 13

Update On Diagnosis And Management Of Acute Kidney Rejection: From Molecular Mechanisms And Banff Classification To Personalized Interventions ---- 14

CME: CẬP NHẬT MỘT SỐ VẤN ĐỀ TRONG GHÉP TIM VÀ PHỔI
CME: UPDATES ON MANAGEMENT AND SURGICAL ISSUES IN HEART & LUNG TRANSPLANTATION

3.Tổng quan về người hiến đa tạng tiềm năng ---- 16

4.Clinical And Hemodynamic Characteristics In The Early Intensive Care Period After Orthotopic Heart Transplantation ---- 17

5.Vai trò của siêu âm tim đánh dấu mô cơ tim trong chẩn đoán sớm thải ghép tim cấp ---- 18-19

6.The Role Of Echocardiography In Diagnosing Rejection After Heart Transplant ---- 20-21

CME: CẬP NHẬT CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG TRONG GHÉP TẠNG
CME: UPDATES ON NURSING CARE FOR ORGAN TRANSPLANTATION

7. Vai trò của điều dưỡng trong phát hiện sớm và chăm sóc rò dưỡng chấp sau phẫu thuật lấy thận ở người hiến sống: báo cáo ca lâm sàng và tổng quan y văn ---- 23

8.Tối ưu hóa chăm sóc điều dưỡng trong hồi sức sau ghép thận ---- 24

Optimizing Nursing Care During Early Postoperative Critical Care After Kidney Transplantation ---- 25

PHẪU THUẬT THỊ PHẠM GHÉP THẬN
CME: CẬP NHẬT KỸ THUẬT LẤY THẬN, RỬA - BẢO QUẢN VÀ GHÉP THẬN LIVE KIDNEY HARVESTING AND TRANSPLANTATION
CME:UPDATES ON SURGICAL ISSUES IN KIDNEY HARVESTING, FLUSHING - PRESERVATION, AND TRANSPLANTATION

9. Kết quả bước đầu triển khai ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải tại bệnh viện đà nẵng, báo cáo 5 trường hợp đầu tiên ---- 27

Initial Outcomes Of Living Donor Liver Transplantation Using Right Lobe Grafts At Da Nang Hospital: Report Of 05 First Cases ---- 28

10. Một số vấn đề cần lưu ý trong ghép thận

Key Considerations In Kidney Transplantation ---- 29

PHIÊN TOÀN THỂ
PLENARY SESSION

11. Xây dựng trung tâm ghép phổi xuất sắc: Những bài học kinh nghiệm từ bệnh viện Severance ---- 31

Building A Lung Transplantation Center Of Excellence: Lessons Learned From Severance Hospital ---- 32

12. BARRIERS OF DECEASED ORGAN DONATION IN ASIA 33

13. Cập nhật về chẩn đoán và điều trị thải ghép qua trung gian kháng thể cấp và mạn tính / Update On The Diagnosis And Management Of Acute And Chronic Antibody Mediated Rejection 34

14. Các yếu tố thành công then chốt đối với kết quả dài hạn trong ghép thận từ người hiến đã qua đời: Kinh nghiệm từ Thái Lan 35

Key Success Factors For Long-Term Outcomes In Deceased Donor Kidney Transplantation: Experience From Thailand 36

GHÉP THẬN 1: GHÉP THẬN-TỤY
KIDNEY TRANSPLANTATION 1: PANCREAS–KIDNEY TRANSPLANTATION

15. Cập nhật về ghép tụy tại khu vực Australasia
Pancreas Transplant Update In Australasia 38

16. Ghép thận bất tương hợp nhóm máu abo 39

Abo-Incompatible Kidney Transplantation 40

17. Hiện trạng ghép tụy tại trung tâm y khoa Asan: Kinh nghiệm 30 năm tại một trung tâm đơn lẻ qua 519 trường hợp liên tiếp 41

Current Status Of Pancreas Transplantation At Asan Medical Center: A Thirty-Year Single-Center Experience Of 519 Consecutive Cases 42

GHÉP THẬN 2: TIẾN BỘ TRONG LẤY THẬN GHÉP
KIDNEY TRANSPLANTATION 2: SURGICAL ISSUES IN KIDNEY HARVESTING

18. Đánh giá kết quả ứng dụng các thang điểm R.E.N.A.L., PADUA kết hợp dựng hình 3D cuống thận trong lập kế hoạch phẫu thuật lấy thận hiến sống bằng nội soi xuyên phúc mạc tại BVTW Huế 44-46

19. ánh giá kết quả phẫu thuật Hybrid phối hợp nội soi xuyên phúc mạc và mở đường dưới sườn phải lấy thận trên người hiến sống có tĩnh mạch thận phải ngắn 47

20.Ứng dụng dựng hình 3D cấu trúc giải phẫu thận với hỗ trợ của Al trong phẫu thuật lấy thận để ghép tại Bệnh viện Chợ Rẫy 48

21. Đặc điểm và các yếu tố liên quan đến chức năng thận ghép ở bệnh nhân ghép thận từ người hiến sống tại Bệnh viện Quân Y 175 49-50

22. Kết quả phẫu thuật Robot cắt thận để ghép từ người hiến sống tại Bệnh viện Chợ Rẫy
Surgical Outcomes In Robotic Living Donor Nephrectomy At Cho Ray Hospital 51-52

GHÉP THẬN 3: KẾT QUẢ GHÉP THẬN
KIDNEY TRANSPLANTATION 3: CLINICAL OUTCOMES

23. Kết quả ban đầu ghép thận tại Bệnh viện Đà Nẵng 54

24. Kết quả phẫu thuật và theo dõi dài hạn ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên: Kinh nghiệm qua 11 năm (2015 – 2026) 55

Surgical Outcomes And Follow-Up Of Living-Donor Kidney Transplantation At Thai Nguyen Central Hospital: An 11-Year Experience From 2015 To 2026 56

GHÉP THẬN 4 - THẢO LUẬN CA LÂM SÀNG 3: QUẢN LÝ BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU VÀ TIẾT NIỆU
KIDNEY TRANSPLANTATION 4 - DEBATE SESSION 3:
VASCULAR & UROLOGICAL COMPLICATIONS MANAGEMENT

25. Ca lâm sàng tắc hoàn toàn động mạch chậu ngoài sau ghép thận từ người hiến sống tại Bệnh viện Quân Y 175 ---- 58

26. Báo cáo trường hợp: cầu nối mạch máu điều trị tắc nghẽn khúc nối bể thận – niệu quản trên thận ghép do động mạch thận phụ chèn ép ---- 59

Case Report: Vascular Bypass For Transplant Ureteropelvic Junction Obstruction Caused By An Accessory Renal Artery ---- 60

27. Kinh nghiệm bước đầu trong xử trí mạch máu ở bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Thống Nhất ---- 61

Initial Experience In Vascular Management Of Kidney Transplant Recipients At Thong Nhat Hospital ---- 62

NỘI KHOA GHÉP THẬN 1:
QUẢN LÝ BỆNH NHÂN VÀ SỬ DỤNG UCMD TRONG GHÉP THẬN
MEDICAL MANAGEMENT IN KIDNEY TRANSPLANTATION 1:
PATIENT MANAGEMENT AND IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY IN KIDNEY TRANSPLANTATION

28. Cá thế hóa điều trị dẫn nhập và duy trì trong ghép thận ---- 64

29. Thai kỳ và ghép tạng đặc – cập nhật ---- 65

Pregnancy and Solid organ transplantation – An update ---- 66

NỘI KHOA GHÉP THẬN 2 - THẢO LUẬN CA LÂM SÀNG (THẢI GHÉP VÀ NHIỄM TRÙNG SAU GHÉP)
MEDICAL MANAGEMENT IN KIDNEY
TRANSPLANTATION 2 - DEBATE SESSION 1 (REJECTION AND INFECTION AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION)

30. Nhiễm BK Virus và hẹp niệu quản gây thận ứ nước sau ghép thận tháng thứ 3: Báo cáo ca lâm sàng ---- 68

Bk Virus Infection And Ureteral Stenosis Causing Hydronephrosis In The Third Month Post-Kidney Transplantation: A Case Report ---- 69

32. Kết quả ghép thận đón đầu tại Bệnh viện Chợ Rẫy ---- 70

NỘI KHOA GHÉP THẬN 3 : MỘT SỐ VẤN ĐỀ NỘI KHOA KHÁC TRONG GHÉP THẬN
MEDICAL MANAGEMENT IN KIDNEY TRANSPLANTATION 3: OTHER ISSUES IN KIDNEY TRANSPLANTATION

33. Tán huyết vi mạch huyết khối và hội chứng tán huyết tăng URE huyết không điển hình (AHUS) sau ghép thận: Cập nhật chẩn đoán và điều trị ---- 72

NỘI KHOA GHÉP THẬN 4: MỘT SỐ VẤN ĐỀ NỘI KHOA KHÁC TRONG GHÉP THẬN
MEDICAL MANAGEMENT IN KIDNEY TRANSPLANTATION 4: OTHER ISSUES IN KIDNEY TRANSPLANTATION

34. Nồng độ Cortisol huyết thanh và hiểu biết về “quy tắc ngày ốm" ở bệnh nhân sau ghép thận tại Bệnh viện Đà Nẵng ---- 74

GHÉP TIM - PHỔI 1: KẾT QUẢ CÁC CHƯƠNG TRÌNH GHÉP TIM TẠI VIỆT NAM
HEART-LUNG TRANSPLANTATION 1: OUTCOMES OF HEART TRANSPLANTATION PROGRAMS IN VIETNAM

35. Kết quả ghép tim tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM và kinh nghiệm qua các trường hợp lâm sàng ---- 76

Outcomes Of Heart Transplantation At UMC HCMC And Experiences From Specific Cases ---- 77

GHÉP TIM - PHỔI 2: GHÉP PHỔI, GHÉP MÔ – TẠNG LỒNG NGỰC VÀ CÁC VẤN ĐỀ SAU GHÉP TIM
HEART-LUNG TRANSPLANTATION 2:
LUNG TRANSPLANTATION, THORACIC ORGAN TRANSPLANTATION, AND POSTOPERATIVE ISSUES FOLLOWING HEART TRANSPLANTATION

36. Rối loạn chức năng mảnh ghép sớm nặng sau ghép tim liên quan tổn thương thiếu máu – tái tưới máu: Báo cáo một trường hợp ghép tim lại ---- 79

37. Kết quả bước đầu ghép khí quản bằng đoạn khí quản đồng loài bảo quản lạnh sâu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức ---- 80

Initial Result Of Deep-Cryopreserved Tracheal Allograft Transplantation At Viet Duc University Hospital ---- 81

38. Hẹp miệng nối tĩnh mạch chủ dưới sau ghép tim – Báo cáo ca lâm sàng ---- 82

39. Giả phình động mạch chủ lên tái phát do nhiễm Aspergillus sau ghép tim - Báo cáo ca lâm sàng ---- 83

GHÉP TẾ BÀO GỐC - GHÉP GIÁC MẠC - CHI THỂ
STEM CELL TRANSPLANTATION - CORNEAL TRANSPLANTATION - EXTREMITY TRANSPLANTATION

40. Ứng dụng ghép tế bào gốc vùng rìa trong tái tạo bề mặt giác mạc ---- 85

Application Of Limbal Stem Cell Transplantation In Corneal Surface Reconstruction ---- 86

41. Ghép tế bào gốc tạo máu tại Bệnh viện Đà Nẵng: Bài học từ loạt ca đầu tiên ---- 87

42. Thử nghiệm lâm sàng ghép tế bào gốc từ tủy xương tự thân trong điều trị chấn thương tủy sống: Đánh giá an toàn và hiệu quả ---- 88

An Open-Label, Non-Randomized Clinical Trial Of Transplating Autologous Bone Marrow Stem Cells For The Treatment Of Spinal Cord Injury ---- 89

43. Đánh giá kết quả điều trị ghép giác mạc xuyên tại Bệnh viện Trung ương Huế từ năm 2015 đến năm 2025 ---- 90

Application Of Limbal Stem Cell Transplantation In Corneal Surface Reconstruction ---- 91

44. Ứng dụng biện pháp dung hòa miễn dịch xử trí bất đồng nhóm máu ABO trong ghép tế bào gốc đồng loại ở bệnh nhân thalassemia thể nặng tại Bệnh viện Trung ương Huế ---- 92

Application Of Immune Tolerization For Managing ABO Incompatibility In Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation For Severe Thalassemia Patients At Hue Central Hospital ---- 93-94

45. Launching A Stem Cell Transplantation Unit With A Special Focus On Thalassemia In Vietnam At Hue Central Hospital ---- 95

GÂY MÊ VÀ HỒI SỨC TRONG GHÉP TẠNG HỒI SỨC BẢO QUẢN MÔ - TẠNG HIẾN
ANESTHESIA AND CRITICAL CARE IN ORGAN TRANSPLANTATION DONOR RESUSCITATION AND ORGAN PRESERVATION

46. Kinh nghiệm và bài học thực tiễn trong hồi sức bảo tồn tạng hiến từ các trường hợp hiến tạng chết não tại Bệnh viện Nhân dân 115 ---- 97-98

47. Đặc điểm thay đổi huyết động và kết quả hồi sức sớm sau phẫu thuật ghép thận tại Bệnh viện Đà Nẵng ---- 99

48. Cập nhật các tiêu chí chống chỉ định và chưa sẵn sàng gây mê hồi sức – phẫu thuật ghép thận ở người nhận ---- 100

Updated Contraindications And Readiness Criteria For Anesthesia And Kidney Transplantation In Recipients ---- 101

ĐIỀU PHỐI HIẾN TẠNG VÀ TỔ CHỨC ĐƠN VỊ GHÉP TẠNG
ORGAN COORDINATION AND TRANSPLANTATION CENTER ORGANIZATION

49. The Korean Experience In Organ Donation Coordination ---- 103

50. Năng lực của nhân viên y tế trong quản lý người bệnh chết não tiềm năng hiến mô, tạng: Khoảng cách từ thái độ đến thực hành tại 05 bệnh viện đa khoa ---- 104

51. Mô hình điều phối và vai trò hậu cần phối hợp liên ngành trong công tác hiến, lấy và ghép mô, tạng từ người hiến chết não: Kinh nghiệm thực tiễn tại Bệnh viện Nhân dân 115 ---- 105

52. Thúc đẩy hiến tạng từ người hiến chết não tại Việt Nam: Bài học kinh nghiệm từ Hàn Quốc ---- 106-107

Promotion Of Deceased Organ Donation In Vietnam: Lessons From The Korean Experience ---- 108-109

LỰA CHỌN NGƯỜI HIẾN TẠNG CHẾT NÃO - THẢO LUẬN CA LÂM SÀNG 2
DONOR & RECIPIENT SELECTION IN ORGAN TRANSPLANTAION FROM DBD - DEBATE SESSION 2

53. Đặc điểm logistics trong bảo quản và vận chuyển tạng từ người hiến chết não về ghép tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 ---- 111

Logistics Characteristics Of Organ Preservation And Transportation From Brain-Dead Donors For Transplantation At 108 Military Central Hospital ---- 112

54. Kiến thức, thái độ về hiến tạng từ người chết não của nhân viên y tế tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 ---- 113

Knowledge And Attitudes Toward Donation After Brain Death Among Health-care Professionals At 108 Military Central Hospital ---- 114

55. Ghép thận từ người hiến chết não có tổn thương cầu thận mạn tính nghi FSGS: Bài học từ hai thận của cùng một người hiến ---- 115-116

56. Kết cục ngắn hạn ghép thận từ người hiến chết não kèm tổn thương thận cấp trên nền bệnh thận IGA: 02 ca đầu tiên tại Bệnh viện Nhân dân 115 ---- 117-118

GHÉP THẬN: MỘT SỐ VẤN ĐỀ KHÁC 1
OTHER ISSUES IN KIDNEY TRANSPLANTATION 1

57. Thách thức ngoại khoa và điều trị miễn dịch trong ghép thận lần ba: Nhân một trường hợp tại Bệnh viện Nhân dân 115 ---- 120

Surgical And Immunological Challenges In A Third Kidney Transplantation: A Case Report From People's Hospital 115 ---- 121

58. Hành trình quản lý bệnh thận mạn xuyên suốt từ điều trị nội khoa đến lọc máu và ghép thận ---- 122-123

59. Cập nhật chủng ngừa trước và sau ghép thận ---- 124

Updates On Vaccinations Before And After Kidney Transplantation ---- 125

60. Vượt qua rào cản trong ghép thận dị loài từ lợn biến đổi gen ---- 126

Overcoming Barriers In Kidney Xenotransplantation From Genetically Modified Pigs ---- 127

61. Tối ưu hóa phân tầng nguy cơ & lựa chọn phác đồ dẫn nhập trước ghép thận ---- 128-129

62. Ứng dụng chiến lược lấy mẫu giới hạn trong TDM thuốc Tacrolimus ở bệnh nhân sau ghép thận giai đoạn sớm ---- 130

Application Of Limited Sampling Strategy In Tacrolimus Therapeutic Drug Monitoring In Patients During The Early Post - Kidney Transplant Period ---- 131

63. Kết quả bước đầu ghép thận tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh ---- 132

Initial Results Of Kidney Transplantation At Tam Anh General Hospital. ---- 133

GHÉP THẬN: MỘT SỐ VẤN ĐỀ KHÁC 2
OTHER ISSUES IN KIDNEY TRANSPLANTATION 2

64. Khảo sát nguy cơ tim mạch và bước đầu xây dựng bảng điểm ứng dụng lâm sàng dựa trên thang điểm Prevent ở người bệnh sau ghép thận ---- 135

65. Đặc điểm lâm sàng, miễn dịch và kết quả ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên ---- 136

GHÉP GAN 2: TIẾN BỘ TRONG KỸ THUẬT GHÉP GAN 2
LIVER TRANSPLANTATION 2: ADVANCES IN LIVER TRANSPLANTATION 2

66. Kết quả bước đầu triển khai ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải tại Bệnh viện Đà Nẵng: Báo cáo 5 trường hợp đầu tiên ---- 138

Initial Outcomes Of Living Donor Liver Transplantation Using Right Lobe Grafts At Da Nang Hospital: Report Of 05 First Cases ---- 139

GHÉP GAN 3: CÁC VẤN ĐỀ KHÁC TRONG GHÉP GAN
OTHER ISSUES IN LIVER TRANSPLANTATION

67. Chẩn đoán và can thiệp đặt STENT qua đường tĩnh mạch mạc treo điều trị hẹp, tắc tĩnh mạch cửa cấp tính sau ghép gan từ người hiến sống: Báo cáo 3 ca bệnh ---- 141-142

Diagnosis And Transmesenteric Portal Vein STENT Placement For Acute Portal Vein Stenosis And Occlusion After Living Donor Liver Transplantation: A Three-Case Series ---- 143-144

68. Báo cáo ca lâm sàng: Ghép gan cấp cứu ở bệnh nhân ACLF trên nền ghép thận ---- 145

69. Suy thận cấp ở bệnh nhân sau ghép gan ---- 146

Acute kidney injury after liver transplantation ---- 147

GHÉP GAN 4: GÂY MÊ HỒI SỨC TRONG GHÉP GAN
ANESTHESIA AND CRITICAL CARE IN LIVER TRANSPLANTATION

70. Giai đoạn hồi sức sớm sau ghép gan: Nhận diện và xử trí rối loạn chức năng mảnh ghép ---- 149

71. Báo cáo kết quả bước đầu triển khai gây mê phẫu thuật ghép gan tại Bệnh viện Đà Nẵng ---- 150-151

72. Hồi sức ngoại khoa trong triển khai bước đầu ghép gan từ người hiến sống tại Bệnh viện Đà Nẵng: Kinh nghiệm từ 5 trường hợp đầu tiên ---- 152

GHÉP THẬN TRẺ EM
PEDIATRIC KIDNEY TRANSPLANTATION

73. Cập nhật chiến lược điều trị ức chế miễn dịch sau ghép thận ở trẻ em: Những điểm mới từ hướng dẫn điều trị Châu Âu dựa trên bằng chứng và đồng thuận năm 2026 ---- 154

Update on immunosuppressive strategies after pediatric kidney transplantation: Key advances from the 2026 evidence- and consensus-based European guideline ---- 155

74. Ghép thận ở bệnh nhi mắc hội chứng ALPORT: Báo cáo ca lâm sàng ---- 156

75. Thiếu máu sau ghép thận ở trẻ em
Nguyên nhân và điều trị ---- 157

Anemia After Kidney Transplantation in Children: Causes and Treatment ---- 158

GHÉP GAN TRẺ EM
PEDIATRIC LIVER TRANSPLANTATION

76. Ghép gan lại cấp cứu do tắc động mạch gan sớm sau ghép gan:
báo cáo ca lâm sàng

Urgent Liver Retransplantation Following Early Hepatic Artery Occlusion:
A Case Report ---- 160

77. Điều trị hồi sức và quản lý biến chứng sau ghép gan trẻ em: phác đồ chuẩn hóa
và tiếp cận đa chuyên khoa tại PICU ---- 161

Critical Care Management and Crisis Intervention Following Pediatric Liver
Transplantation: Standardized Protocols and a Multidisciplinary PICU Paradigm ---- 162

78. Các yếu tố người hiến và mảnh ghép liên quan đến biến chứng sau ghép gan từ
người hiến sống ở trẻ em ---- 163

Donor- And Graft-Related Determinants Of Post-Transplant Complications In
Pediatric Liver Transplantation ---- 164

79. Ghép gan cho trẻ dưới 10kg: kết quả từ chương trình tại bệnh viện nhi đồng 2 ---- 165

PHIÊN TIẾNG ANH GIẢI THƯỞNG VSOT-TSANZ CHO NGHIÊN CỨU VIÊN TRẺ
ENGLISH SESSION: VSOT-TSANZ AWARD FOR YOUNG INVESTIGATOR

80. A Less-Appreciated Cause Of Acute On Chronic Kidney Failure In A Diabetic
Renal Recipient: Enteric Oxalate Nephropathy ---- 167

81.Right ventricular strain by speckle tracking echocardiography in patients
with end-stage chronic kidney disease undergoing renal transplantation ---- 168

82. Case Report: Early And Persistent Post-Transplant Proteinuria Due To Multi-
ple Concomitant Etiologies ---- 169

83. Early Deep Vein Thrombosis After Kidney Transplantation ---- 170-171

84. Acute Rejection After Early Tacrolimus-To-Everolimus Conversion In A
Kidney Transplant Recipient With Delayed Graft Function: A Case Report ---- 172

85. Evaluation Of Pre-Emptive Kidney Transplant Results At Cho Ray Hospital ---- 173

86. Late-Onset Bk Polyomavirus-Associated Nephropathy Managed By Everoli-
mus Conversion: A Longitudinal Case Report And Systematic Review Of Con-
temporary Evidence ---- 174-175

CHƯƠNG TRÌNH POSTER GHÉP THẬN

87. Ghép thận đón đầu ở bệnh nhân suy thận mạn chẩn đoán trễ: Báo cáo ca
lâm sàng

Preemptive Kidney Transplantation For Patients With End Stage
Chronic Kidney Failure Diagnosed Late: A Case Report ---- 177

88. Viêm tụy cấp sau ghép thận: Báo cáo một trường hợp và kinh nghiệm xử trí ---- 178

Early Acute Pancreatitis After Kidney Transplantation: A Case Report And
Review Of Management ---- 179

89. Báo cáo lâm sàng ca bệnh thiếu hụt yếu tố đông máu XIII sau ghép thận ---- 180

90. Biến chứng Lymphocele xuất hiện muộn trên bệnh nhân ghép thận: Báo cáo ca lâm sàng ---- 181

91. Điều trị trào ngược bàng quang - niệu quản trên thận ghép: Báo cáo ca lâm sàng và tổng quan y văn ---- 182

Treatment Of Vesicoureteral Reflux In Transplanted Kedneys - A Case Report And Literature Review ---- 183

92. Bk virus ở bệnh nhân sau ghép thận – làm thế nào để dự phòng và điều trị hiệu quả ---- 184

93. Kết cục ngắn hạn ghép thận từ người hiến chết não kèm tổn thương thận cấp trên nền bệnh thận IGA: 02 ca đầu tiên tại Bệnh viện Nhân dân 115 ---- 185

94. Nhiễm trùng tiết niệu tái phát liên quan trào ngược bàng quang – niệu quản độ IV sau ghép thận: Báo cáo ca lâm sàng ---- 186-187

95. Nhiễm trùng tiểu tái phát nhiều lần sau ghép thận: Chúng ta đã bỏ sót điều gì? ---- 188-189

96. Xây dựng toán đồ dự đoán chức năng thận ghép sớm dựa trên đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của cặp người hiến – người nhận ---- 190

Development Of A Nomogram For Predicting Early Kidney Graft Function Based On Clinical And Laboratory Characteristics Of Donor-Recipient Pairs ---- 191

97. Các thách thức trong trong điều trị nhiễm lao sau ghép thận – trường hợp lâm sàng tổn thương gan ở bệnh nhân lao cột sống sau ghép thận ---- 192

98. Nhân hai trường hợp thai kỳ thành công trên bệnh nhân ghép thận ----

Pregnancy In Kidney Transplant Patients: Case Reports ---- 193

CHƯƠNG TRÌNH POSTER GHÉP GAN

99. VACLF tại trung tâm ghép gan mới: Từ nhận diện nguy cơ đến quyết định ghép gan – kinh nghiệm bước đầu ghép gan ACLF tại Bệnh viện Đà Nẵng ---- 195

Aclf At A New Liver Transplant Center: From Risk Recognition To Transplant Decision-Making – Early Experience With Two Aclf Liver Transplantations At Da Nang Hospital ---- 196

100. Viêm gan B và ghép gan trong kỷ nguyên điều trị kháng virus hiệu lực cao: Thay đổi chỉ định và những thách thức hiện nay ---- 197

Hepatitis B And Liver Transplantation In The Era Of Potent Antiviral Therapy: Changing Indications And Challenges ---- 198

101. Vai trò của rối loạn chức năng gan sớm trong tiên lượng tổn thương thận cấp sau ghép gan ---- 199

102. Đánh giá tái phát viêm gan b trên người bệnh sau ghép gan tại Việt Nam ---- 200

Evaluation Of Hepatitis B Recurrence In Liver Transplant Recipients In Vietnam ---- 201

103. Ghép gan từ người hiến sống điều trị suy gan cấp trên nền viêm gan B: Nhân 02 trường hợp ---- 202

Living-Donor Liver Transplantation For Acute Liver Failure Secondary To Hepatitis B: A Report Of Two Cases ---- 203-204

104. Vai trò của cắt lớp vi tính đa pha trong đánh giá người hiến gan sống trước phẫu thuật: Từ Protocol đến lập kế hoạch phẫu thuật ---- 205

The Role Of Multiphase Computed Tomography In Preoperative Evaluation Of Living Liver Donors: From Protocol Optimization To Surgical Planning ---- 206-207

105. Tuân thủ điều trị thuốc và các yếu tố liên quan ở người bệnh ghép gan tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 ---- 208

106. Hội chứng giảm tưới máu động mạch gan không do tắc nghẽn sau ghép gan: Báo cáo hai trường hợp điều trị bằng nút động mạch lách ---- 209-210

NGÀY 16/10/2026

PHIÊN

CME: CẬP NHẬT MỘT SỐ VẤN ĐỀ NỘI KHOA TRONG GHÉP THẬN

KHOA HỌC SỬ DỤNG THUỐC ỨC CHẾ MIỄN DỊCH TRONG GHÉP THẬN

PGS.TS.BS Lê Việt Thắng, TT ghép tạng Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y

Miễn dịch trong ghép thận là vấn đề quan trọng, quyết định đến sự thành bại của một ca phẫu thuật. Hệ thống miễn dịch của cơ thể có nhiệm vụ nhận diện và tiêu diệt các tác nhân lạ để bảo vệ cơ thể. Sự nhận diện này chủ yếu dựa vào hệ thống kháng nguyên bạch cầu người (HLA). Khi thận của người hiến (với bộ HLA khác biệt) được ghép vào người nhận, hệ miễn dịch của người nhận sẽ nhận diện các HLA này là "vật thể lạ". Quá trình này kích hoạt đáp ứng miễn dịch thông qua hai con đường chính: miễn dịch qua trung gian tế bào (do tế bào lympho T chịu trách nhiệm tấn công trực tiếp nhu mô thận ghép) và miễn dịch dịch thể (do tế bào lympho B biệt hóa thành tương bào, sản sinh kháng thể đặc hiệu chống lại HLA người hiến). Nếu không có sự can thiệp, phản ứng này sẽ dẫn đến hiện tượng thải ghép, phá hủy cấu trúc và làm mất chức năng của thận mới.

Áp dụng lâm sàng, các nguyên lý miễn dịch trên được cụ thể hóa qua hai bước then chốt: đánh giá trước ghép và điều trị sau ghép. Trước khi phẫu thuật, phải xác định tuýp HLA người nhận để tìm người hiến có độ hòa hợp cao nhất. Đồng thời, xét nghiệm phản ứng chéo (Crossmatch) và tầm soát kháng thể kháng HLA trực tiếp người hiến (DSA) để đảm bảo người nhận không có sẵn kháng thể chống lại người hiến, ngăn ngừa tình trạng thải ghép tối cấp. Sau ghép, bệnh nhân phải sử dụng thuốc ức chế miễn dịch suốt đời (trừ anh em sinh đôi cùng trứng) nhằm kiểm soát và làm giảm phản ứng của hệ miễn dịch. Các phác đồ hiện nay thường phối hợp nhiều nhóm thuốc như chất ức chế calcineurin (Cyclosporine, Tacrolimus), chất chống tăng sinh (Mycophenolate mofetil) và Corticosteroids để tối ưu hóa hiệu quả bảo vệ tạng ghép, đồng thời giảm thiểu tối đa các tác dụng phụ nguy hiểm như nhiễm trùng hay độc tính trên thận.

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THẢI GHÉP THẬN CẤP: TỪ CƠ CHẾ SINH HỌC PHÂN TỬ, PHÂN LOẠI BANFF ĐẾN CHIẾN LƯỢC CAN THIỆP CÁ THỂ HÓA

TS.BS Trương Quý Kiên, Bệnh viện TWQĐ 108

TÓM TẮT

Dù tỷ lệ thải ghép thận cấp (AR) trong năm đầu giảm mạnh nhờ các thuốc ức chế miễn dịch hiện đại, mất tạng ghép dài hạn vẫn là thách thức lớn do tổn thương vi mạch âm thầm và kháng thể đặc hiệu người cho (DSA). Báo cáo hệ thống hóa tiến bộ toàn diện từ cơ chế sinh học phân tử, tiêu chuẩn Banff cập nhật đến chiến lược can thiệp cá thể hóa. Về cơ chế, thải ghép qua trung gian tế bào T (TCMR) gây viêm ống thận và viêm nội mạc động mạch, trong khi thải ghép qua trung gian kháng thể (ABMR) phá hủy tế bào nội mô theo con đường phụ thuộc bổ thể hoặc độc tế bào phụ thuộc kháng thể (ADCC), bao gồm cả kháng thể non-HLA (anti-AT1R).

Chẩn đoán hiện chuyển dịch sang phổ kiểu hình liên tục theo Banff 2022/2024, tích hợp sinh thiết mô học chuẩn với các công cụ tiên tiến như sinh thiết lỏng (dd-cfDNA), hệ thống chẩn đoán vi mô (MMDx) và thang điểm tiên lượng iBOX. Về điều trị, phác đồ chuẩn duy trì vai trò nền tảng: pulse Methylprednisolone hoặc r-ATG đối với TCMR; huyết tương tách (PLEX) phối hợp IVIG cho ABMR. Các thuốc sinh học mới như Imlifidase (IdeS), kháng IL-6 và kháng CD38 mở ra hướng cứu vãn cho các thể ABMR kháng trị. Việc cân bằng giữa hiệu quả ức chế miễn dịch và dự phòng nghiêm ngặt nhiễm trùng cơ hội (CMV, PCP, BKV) là nguyên tắc sống còn. Tương lai hướng tới ứng dụng AI trong giải phẫu bệnh, liệu pháp tế bào điều hòa và tương thích eplet phân tử nhằm tối ưu hóa sống còn mảnh ghép dài hạn.

Từ khóa: Thải ghép thận cấp; Tiêu chuẩn Banff; Thải ghép qua trung gian kháng thể (ABMR); Thải ghép qua trung gian tế bào T (TCMR); DSA; dd-cfDNA; Cá thể hóa điều trị.

UPDATE ON DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ACUTE KIDNEY REJECTION: FROM MOLECULAR MECHANISMS AND BANFF CLASSIFICATION TO PERSONALIZED INTERVENTIONS

Dr. Truong Quy Kien, MD, PhD – 108 Military Central Hospital

ABSTRACT

Although the incidence of one-year acute kidney rejection has markedly declined with modern immunosuppressive regimens, long-term allograft failure remains a persistent challenge driven by silent microvascular inflammation and donor-specific antibodies (DSA). This report provides an updated synthesis spanning molecular mechanisms, Banff classification evolution, and personalized therapeutic strategies. Immunopathologically, T-cell mediated rejection (TCMR) causes tubulitis and endarteritis, whereas antibody-mediated rejection (ABMR) triggers endothelial destruction via complement-dependent cytotoxicity or antibody-dependent cellular cytotoxicity (ADCC), including non-HLA antibodies such as anti-AT1R.

Diagnostic paradigms have shifted toward a continuous phenotypic spectrum under the Banff 2022/2024 criteria, combining conventional biopsy standards with advanced molecular tools including donor-derived cell-free DNA (dd-cfDNA), the Molecular Microscope Diagnostic System (MMDx), and the validated iBOX risk prediction model. Therapeutically, core regimens remain fundamental: high-dose methylprednisolone pulse or rabbit anti-thymocyte globulin (r-ATG) for TCMR, and plasma exchange (PLEX) plus IVIG for active ABMR. Novel biologic interventions, including Imlifidase (IdeS), anti-IL-6, and anti-CD38 agents, offer valuable rescue options for refractory ABMR phenotypes. Clinicians must carefully balance potent immunosuppression with rigorous prophylaxis against opportunistic infections (CMV, PCP, BKV). Looking forward, the integration of digital pathology with artificial intelligence, regulatory cell therapy, and precision molecular eplet matching holds promise for eliminating de novo sensitization and substantially prolonging long-term allograft survival.

Keywords: Acute kidney rejection; Banff classification; Antibody-mediated rejection (ABMR); T-cell mediated rejection (TCMR); Donor-specific antibodies (DSA); dd-cfDNA; Personalized immunosuppression.

NGÀY 16/10/2026

PHIÊN

CME: CẬP NHẬT MỘT SỐ VẤN ĐỀ TRONG GHÉP TIM VÀ PHỔI

CLINICAL AND HEMODYNAMIC CHARACTERISTICS IN THE EARLY INTENSIVE CARE PERIOD AFTER ORTHOTOPIC HEART TRANSPLANTATION

Nguyen Kim Dan
Viet Duc University Hospital

ABSTRACT

In this single-center descriptive study, retrospective and prospective data were collected from 73 patients undergoing orthotopic heart transplantation at Viet Duc University Hospital. We evaluated the clinical, laboratory, and hemodynamic characteristics of recipients during the early postoperative period. The mean age was 38.33 ± 16.95 years, and 79.45% were male. Dilated cardiomyopathy was the leading indication for transplantation (76.71%). Left ventricular ejection fraction significantly improved from 26.18 ± 6.49% before transplantation to 67.58 ± 6.05% at discharge. During the first 72 postoperative hours, heart rate gradually decreased from 111.47 ± 17.90 to 96.15 ± 12.44 beats/min, while mean arterial pressure remained stable.

Cardiac index remained elevated, and systemic vascular resistance index increased progressively, suggesting recovery from early postoperative vasoplegia. Lactate, liver enzymes, creatinine, and NT-proBNP levels decreased significantly, reflecting improved tissue perfusion and end-organ function. Early after heart transplantation, patients demonstrated stable hemodynamics, recovery of vascular tone, and preserved early graft function. Continuous monitoring of systemic vascular resistance and metabolic parameters may provide useful information for postoperative monitoring and patient management.

Keywords: heart transplantation; intensive care; hemodynamics; vasoplegia

TỔNG QUAN VỀ NGƯỜI HIẾN ĐA TẠNG TIỀM NĂNG

BSCK2 Đặng Thế Uyên
ThS. Nguyễn Thành Luân
BV TW Huế

TÓM TẮT

Ghép tạng là phương pháp điều trị tối ưu cho nhiều bệnh lý suy tạng giai đoạn cuối. Năm 2024, toàn cầu ghi nhận 173.727 ca ghép tạng đặc với 47.180 người hiến đã mất, tăng 76% so với năm 2008. Tuy nhiên, chỉ khoảng 10% nhu cầu ghép tạng trên thế giới được đáp ứng, trong đó 17 bệnh nhân tử vong mỗi ngày trong danh sách chờ ghép tại Hoa Kỳ. Sự mất cân đối nghiêm trọng giữa cung và cầu đặt ra yêu cầu cấp thiết trong việc tối ưu hóa nguồn tạng từ người hiến đã mất, bao gồm cả người hiến sau chết não (DBD) và người hiến sau ngưng tuần hoàn (DCD).

Bài tổng quan này trình bày các biến đổi sinh lý bệnh ở người hiến tạng tiềm năng và chiến lược hồi sức tương ứng. Ở người hiến DBD, chết não gây ra hàng loạt rối loạn toàn thân bao gồm bão catecholamine, tụt huyết áp do mất trương lực giao cảm, suy trục hạ đồi–tuyến yên, đái tháo nhạt trung ương, phản ứng viêm hệ thống và rối loạn đông máu. Ở người hiến DCD, tổn thương chủ yếu liên quan đến thiếu máu ấm và tổn thương thiếu máu–tái tưới máu, dẫn đến stress oxy hóa, rối loạn chức năng nội mô và chết tế bào đa con đường.

Ước tính 10–20% mô tạng tiềm năng có thể bị mất nếu không được hồi sức tích cực kịp thời. Chiến lược hồi sức có mục tiêu bao gồm ổn định huyết động, liệu pháp hormone thay thế (T3, corticosteroid, vasopressin, insulin), thông khí bảo vệ phổi, kiểm soát thân nhiệt và cân bằng nội môi. Việc áp dụng các mục tiêu hồi sức chuẩn hóa (Donor Management Goals) đã được chứng minh giúp tăng gấp đôi số tạng thu nhận, cải thiện chất lượng tạng ghép và kết cục ở người nhận. Các tiến bộ như tưới máu cơ học (machine perfusion), tưới máu vùng bình thân nhiệt (NRP) và tưới máu phổi ngoài cơ thể (EVLP) đang mở rộng thêm khả năng sử dụng các tạng biên viện.

VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TIM ĐÁNH DẤU MÔ CƠ TIM TRONG CHẨN ĐOÁN SỚM THẢI GHÉP TIM CẤP

Báo cáo ca lâm sàng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Trần Hữu Nghị, Khổng Tiến Bình, Nguyễn
Thị Lan Anh, Phạm Quốc Trịnh, Đinh Thị Trang
Trung tâm Phẫu thuật Tim mạch – lồng ngực, Bệnh viện HN Việt Đức

MỞ ĐẦU

Ghép tim là giải pháp cuối cùng trong điều trị suy tim nặng không còn hoặc kém đáp ứng với điều trị nội khoa, mặc dù còn nhiều thách thức. Suy tạng ghép, thải ghép và nhiễm trùng là những nguyên nhân gây nên tình trạng thải loại mảnh ghép, gây suy tim cần nhập viện hoặc dẫn đến tử vong.

PHƯƠNG PHÁP: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

MỤC TIÊU

Trình bày ca lâm sàng, bệnh nhân được phát hiện các dấu hiệu thải ghép tim sớm khi thực hiện siêu âm tim đánh dấu mô cơ tim, có so sánh với kết quả siêu âm tim trước đó, bởi cùng 01 bác sĩ làm siêu âm. Chẩn đoán thải ghép được khẳng định bằng sinh thiết cơ tim và có sự theo dõi về sự phục hồi sức căng dọc thất trái, thất phải sau điều trị thuốc thải ghép.

NỘI DUNG

Ca lâm sàng: Bệnh nhân nữ, 13 tuổi, được ghép tim đồng loài T10/2024 tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, với kĩ thuật ghép hai tĩnh mạch. Bệnh nhân được theo dõi thường xuyên tại khoa. Bệnh nhân đến viện khám ngày 30.12.2025 vì thấy ho húng hắng > 1 tuần, không kèm sốt hay khó thở. Bệnh nhân được chỉ định thăm khám định kì, với xét nghiệm sinh hóa cơ bản – nồng độ thuốc, NT-proBNP, điện tim và siêu âm tim. Kết quả cho thấy, Tacrolimus 1.5, NT-proBNP 1861, điện tim biểu hiện nhịp xoang, T âm ở nhiều chuyển đạo. Siêu âm tim ghi nhận có tràn dịch màng tim mới xuất hiện, tăng mật độ âm của thành tim – tăng khối lượng cơ thất trái và giảm sức căng dọc thất trái, thất phải so với bản siêu âm cách đó 06 tháng bởi 01 bác sĩ làm. Bệnh nhân đã được nhập viện và sinh thiết cơ tim để khẳng định chẩn đoán. Sau điều trị thải ghép, khảo lại siêu âm tim thấy mật độ âm của thành cơ tim – khối lượng cơ thất trái giảm, trong khi sức căng dọc thất trái, thất phải có dấu hiệu hồi phục.

Siêu âm tim		20/06/2025	30/12/2025	27.01.2026	7.5.2026
Thất trái	Dd/Ds	41/25	42/27	40/27	38/24
	Fs/EF	38/69	35/58	32/65	36/67
	LVMi/RWT	76.7/0.41	109.4/0.49	89/0.46	82.2/0.54
	GLS	- 17.6%	-10.6%	-10.1%	-15.0%
Thất phải	ĐK buồng nhận	32*24*62	33*24*66	31*25*63	34*29*66
	TAPSE/S'FAC	17/11/48	11/11/49	10/11/43	13/12/53
	FWS/GS	-22.6/-21.3%	-15.6/ -16.0%	-20.2/-17.7%	-20.4/-18.5%

KẾT QUẢ

Siêu âm tim là phương tiện chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn, đóng vai trò gợi ý chẩn đoán thải ghép khi có bằng chứng thay đổi so với bản siêu âm tim trước. Đặc biệt khi làm siêu âm tim đánh dấu mô cơ tim, sức căng dọc thất trái và thất phải giảm khi có thải ghép và hồi phục sau điều trị, trong khi các giá trị thông thường vẫn ở ngưỡng tham chiếu.

KẾT LUẬN

Siêu âm tim nên được làm thường quy để theo dõi sau ghép tim, lấy mốc sau ghép là 6 tháng làm tiêu chuẩn để đối chiếu. Các dấu hiệu nhận biết thải ghép trên siêu âm tim bao gồm: dịch màng tim mới xuất hiện, tăng mật độ âm ở thành tim, suy giảm chức năng tâm thu thất trái – phải, đặc biệt sự suy giảm của sức căng dọc thất trái – phải sẽ giúp phát hiện sớm hơn. Tuy nhiên, tiêu chuẩn vàng của chẩn đoán thải ghép là dựa vào sinh thiết cơ tim.

Từ khóa: ghép tim, thải ghép, siêu âm tim đánh dấu mô cơ tim

THE ROLE OF ECHOCARDIOGRAPHY IN DIAGNOSING REJECTION AFTER HEART TRANSPLANT

Case report at VietDuc University Hospital

Tran Huu Nghi, Khong Tien Binh, Nguyen Thi Lan Anh, Pham Quoc Trinh, Dinh Thi Trang
Cardiovascular & Thoracic Surgery Center, VietDuc University Hospital

Background: Heart transplantation is the last choise in the treatment of severe heart failure that is no longer or poorly responsive to medical treatment, although many challenges remain. Graft failure, rejection, and infection are the causes of graft rejection, leading to heart failure requiring hospitalization or death.

Objective: This case report presents a patient with signs of cardiac rejection detected during routine echocardiography and speckle tracking echocardiography, compared with previous echocardiography results, performed by the same echocardiographer. The diagnosis of graft rejection was confirmed by myocardial biopsy and monitoring of the recovery of left and right ventricular longitudinal tension after treatment with rejection drugs.

Case study: A 13-year-old female patient underwent an allogeneic heart transplant in October 2024 at Viet Duc University Hospital, using bicaval technique. The patient was regularly monitored in the department. She presented to the hospital due to a persistent cough for more than one week, without fever or shortness of breath. She was ordered to undergo routine basic biochemical tests – drug concentration, NT-proBNP, electrocardiogram, and echocardiography. The results showed Tacrolimus 1.5, NT- proBNP 1861, and an electrocardiogram showing sinus rhythm with negative T waves in multiple leads. Echocardiography revealed a new pericardial effusion, increased echogenicity of the heart wall, increased left ventricular mass, and decreased longitudinal strain in both the left and right ventricles compared to an echocardiography performed 6 months prior by the same physician. The patient was hospitalized and underwent myocardial biopsy to confirm the diagnosis. After rejection therapy, a follow-up echocardiography showed decreased echogenicity of the heart wall and left ventricular mass, while longitudinal strain in both the left and right ventricles showed signs of recovery.

Results: Echocardiography is a non-invasive imaging diagnostic tool, role of suggestive diagnosing rejection when there is evidence of changes compared to a previous echocardiography. In particular, when performing speckle tracking echocardiography, the longitudinal strain in both the left and right ventricles decreased in rejection and recovered after treatment, while normal values remained within the reference range.

Conclusion: Echocardiography should be routinely performed to monitor post-heart transplant heart function, using 6 months post-heart ransplant as a benchmark. Signs of rejection on echocardiography include: new pericardial effusion, increased echogenicity of the heart wall, decreased left and right ventricular systolic function, and especially decreased left and right ventricular longitudinal strain, which will help in early detection. However, the gold standard for diagnosing rejection is myocardial biopsy.

Echocardiography		20/06/2025	30/12/2025	27.01.2026	7.5.2026
LV	Dd/Ds	41/25	42/27	40/27	38/24
	Fs/EF	38/69	35/58	32/65	36/67
	LVMi/RWT	76.7/0.41	109.4/0.49	89/0.46	82.2/0.54
	GLS	- 17.6%	-10.6%	-10.1%	-15.0%
RV	RV inflow	32*24*62	33*24*66	31*25*63	34*29*66
	TAPSE/S'FAC	17/11/48	11/11/49	10/11/43	13/12/53
	FWS/GS	-22.6/-21.3%	-15.6/ -16.0%	-20.2/-17.7%	-20.4/-18.5%

Keywords: heart transplantation, rejection, speckle tracking echocardiography

NGÀY 16/10/2026

PHIÊN

CME: CẬP NHẬT CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG TRONG GHÉP TẠNG

VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG PHÁT HIỆN SỚM VÀ CHĂM SÓC RÒ DƯỠNG CHẤP SAU PHẪU THUẬT LẤY THẬN Ở NGƯỜI HIẾN SỐNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

*NGUYỄN THỊ HẢI BẮC [1] * , NGUYỄN VIỆT CƯỜNG [1] , TRẦN HOÀI NAM [1] , SÁI THỊ HỒNG THẮNG, TRƯƠNG THỊ CHUNG, TRƯƠNG THỊ HIẾU HẠNH, HOÀNG THỊ HƯƠNG, NGUYỄN THỊ HIỀN*

[1] Khoa Ngoại tiết niệu, Bệnh viện Quân y 175
* Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hải Bắc. ĐT: 0908161294. Email: tae4339@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rò dưỡng chấp là biến chứng hiếm sau phẫu thuật lấy thận ở người hiến sống. Điều dưỡng có vai trò quan trọng trong phát hiện sớm thông qua theo dõi dịch dẫn lưu và chăm sóc hậu phẫu. Đối tượng và phương pháp: Báo cáo một trường hợp rò dưỡng chấp sau phẫu thuật lấy thận ở người hiến sống tại Bệnh viện Quân y 175, kết hợp tổng quan y văn.

Kết quả: Người hiến N.T.T.H. được phẫu thuật lấy thận trái ngày 06/5/2026, thận có một động mạch và một tĩnh mạch. Sau mổ xuất hiện dịch dẫn lưu trắng đục, lượng cao nhất 100 mL/24 giờ vào ngày hậu phẫu thứ 2. Triglyceride dịch dẫn lưu là 6,38 mmol/L, trong khi triglyceride máu cùng thời điểm là 1,52 mmol/L, phù hợp với rò dưỡng chấp. Siêu âm không ghi nhận tụ dịch. Người hiến được điều trị bảo tồn, điều chỉnh dinh dưỡng và theo dõi dẫn lưu. Lượng dịch giảm dần và hết ngày 13/5; rút dẫn lưu ngày 14/5, ra viện ngày 15/5. Tái khám ngày 16/6/2026 bình thường.

Kết luận: Theo dõi có hệ thống số lượng, màu sắc và tính chất dịch dẫn lưu giúp phát hiện sớm rò dưỡng chấp. Điều dưỡng giữ vai trò quan trọng trong theo dõi, chăm sóc dẫn lưu, phối hợp dinh dưỡng và hỗ trợ điều trị bảo tồn.

Từ khóa: người hiến thận sống; rò dưỡng chấp; chăm sóc điều dưỡng.

ABSTRACT

Background: Chyle leak is a rare complication following living donor nephrectomy. Nursing care plays an important role in early detection through postoperative drain monitoring and patient care. Case presentation and methods: We report a case of chyle leak following living donor nephrectomy at Military Hospital 175, combined with a review of the literature.

Results: The donor, N.T.T.H., underwent left donor nephrectomy on May 6, 2026. The donated kidney had one renal artery and one renal vein. Postoperatively, milky-white drainage was observed, with a peak output of 100 mL/24 h on postoperative day 2. On May 10, triglyceride concentration in the drainage fluid was 6.38 mmol/L, compared with a simultaneous serum triglyceride level of 1.52 mmol/L, consistent with a diagnosis of chyle leak. Ultrasonography showed no fluid collection. The donor was managed conservatively with nutritional modification and continued drain monitoring. Drain output progressively decreased and ceased completely by May 13. The drain was removed on May 14, and the donor was discharged on May 15. Follow-up on June 16 showed normal recovery without recurrence.

Conclusion: Systematic monitoring of the volume, color, and characteristics of postoperative drainage facilitates early detection of chyle leak. Nurses play an important role in monitoring, drain care, nutritional coordination, and supporting conservative management.

Keywords: living kidney donor; chyle leak; nursing care.

TỐI ƯU HÓA CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG TRONG HỒI SỨC SAU GHÉP THẬN

NGUYỄN QUANG HUY [2] , HÀ THỊ NHƯ XUÂN [1] , LÊ THỊ HẠNH PHƯỚC [2] , HOÀNG KHẮC CHUẨN [2]

[1] Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Tác giả: PGS.TS. ĐD Hà Thị Như Xuân - ĐT: 0931180383 - Email: xuanha@ump.edu.vn
[2] Bệnh viện Chợ Rẫy – Thành phố Hồ Chí Minh
Tác giả liên lạc: Ths. ĐD Nguyễn Quang Huy
ĐT: 0903611845 - Email: nguyenhuybvcr@gmail.com

TÓM TẮT

Mở đầu

Ghép thận là phương pháp điều trị thay thế thận tối ưu cho người bệnh suy thận giai đoạn cuối. Tuy nhiên, giai đoạn hậu phẫu sớm tiềm ẩn nhiều biến chứng có thể ảnh hưởng đến tưới máu, chức năng và sự sống còn của thận ghép. Trong giai đoạn này, điều dưỡng giữ vai trò quan trọng trong theo dõi liên tục, nhận diện sớm bất thường, phối hợp can thiệp và thúc đẩy phục hồi. Việc chuẩn hóa chăm sóc dựa trên bằng chứng, kết hợp các nguyên tắc phục hồi sớm sau phẫu thuật (ERAS), có ý nghĩa trong nâng cao an toàn người bệnh và tối ưu hóa kết quả ghép thận.

Mục tiêu

Tổng hợp bằng chứng và xác định các nội dung trọng tâm nhằm tối ưu hóa chăm sóc điều dưỡng trong giai đoạn hồi sức sau ghép thận.

Phương pháp

Tổng quan tường thuật các nghiên cứu, tài liệu chuyên ngành và khuyến cáo thực hành liên quan đến chăm sóc ghép thận, tập trung vào hướng dẫn của Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO), Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu (EAU), các nguyên tắc ERAS và tài liệu chuyên ngành ghép thận.

Kết quả

Các nội dung trọng tâm trong tối ưu hóa chăm sóc điều dưỡng bao gồm theo dõi sát huyết động; lượng nước tiểu theo giờ trong 24–48 giờ đầu; cân bằng dịch, điện giải và diễn tiến chức năng thận ghép; đồng thời nhận diện sớm chảy máu, thiểu niệu hoặc vô niệu, tắc nghẽn đường tiết niệu, biến chứng mạch máu, chức năng thận ghép chậm phục hồi và trì hoãn chức năng thận ghép. Việc đánh giá không nên dựa vào một thông số đơn lẻ mà cần kết hợp lượng nước tiểu, huyết động, cân bằng dịch, creatinine và tình trạng lâm sàng; quản lý dịch cần được cá thể hóa theo đáp ứng của từng người bệnh

Kết luận

Tối ưu hóa chăm sóc điều dưỡng trong hồi sức sau ghép thận cần chuyển từ theo dõi đơn thuần sang đánh giá liên tục – nhận diện nguy cơ – phát hiện sớm – phối hợp can thiệp – đánh giá lại đáp ứng. Chuẩn hóa quy trình dựa trên bằng chứng, kết hợp ERAS và chăm sóc cá thể hóa có thể góp phần duy trì tưới máu thận ghép, bảo vệ chức năng mảnh ghép, phòng ngừa biến chứng và nâng cao an toàn người bệnh.

Từ khóa

Ghép thận, Chăm sóc điều dưỡng, Hồi sức sau ghép, Chức năng thận ghép, Trì hoãn chức năng thận ghép, ERAS, Quản lý dịch.

OPTIMIZING NURSING CARE DURING EARLY POSTOPERATIVE CRITICAL CARE AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

HUY QUANG NGUYEN [2], XUAN HA THI NHU [1], PHUOC LE THI HANH [2], CHUAN HOANG KHAC [2]

[1] Affiliation: The University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh
Author: Xuan Ha Thi Nhu, Assoc. Prof., PhD, APN, RN.
Contact +84931180383 email: xuannha@ump.edu.vn
[2] Affiliation: Cho Ray Hospital at Ho Chi Minh
Corresponding Author: Huy Quang Nguyen. MSN.
Contact +84903611845 email: nguyenhuybvcr@gmail.com

ABSTRACT

Background: Kidney transplantation is the preferred kidney replacement therapy for patients with end-stage kidney disease. However, the early postoperative period is associated with multiple complications that may adversely affect kidney allograft perfusion, graft function, and graft survival. During this critical period, transplant nurses play an essential role in continuous monitoring, early recognition of clinical abnormalities, coordination of timely interventions, and promotion of postoperative recovery. Standardizing evidence-based nursing care and integrating Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) principles are important for improving patient safety and optimizing kidney transplant outcomes.

Objectives: To synthesize current evidence and identify the key components required to optimize nursing care during the early postoperative recovery period after kidney transplantation.

Methods: A narrative review of relevant studies, specialty literature, and clinical practice recommendations related to the care of kidney transplant recipients was conducted, with particular emphasis on guidance from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO), the European Association of Urology (EAU), ERAS principles and kidney transplantation literature.

Results: Key components of optimized nursing care include close hemodynamic monitoring; hourly urine output assessment during the first 24–48 hours; monitoring of fluid balance, electrolytes, and trends in kidney allograft function; and early recognition of postoperative hemorrhage, oliguria or anuria, urinary tract obstruction, vascular complications, slow graft function, and delayed graft function. Clinical assessment should not rely on a single parameter but should integrate urine output, hemodynamic status, fluid balance, serum creatinine, and the overall clinical condition. Fluid management should be individualized according to hemodynamic status, fluid balance, and each patient's clinical response.

Conclusions: Optimizing nursing care during early postoperative recovery after kidney transplantation requires a transition from routine observation to a proactive process of continuous assessment – risk recognition – early detection – coordinated intervention – reassessment of response. Standardized evidence-based protocols, combined with ERAS principles and individualized care, may contribute to maintaining kidney allograft perfusion, preserving graft function, preventing postoperative complications, and improving patient safety. **Keywords:** Kidney transplantation; transplant nursing; postoperative care; kidney allograft function; delayed graft function; ERAS; fluid management.

Abbreviations

EAU – European Association of Urology

KDIGO – Kidney Disease: Improving Global Outcomes

ERAS – Enhanced Recovery After Surgery

NGÀY 16/10/2026

PHIÊN

PHẪU THUẬT THỊ PHẠM GHÉP THẬN - CME: CẬP NHẬT KỸ THUẬT LẤY THẬN, RỬA - BẢO QUẢN VÀ GHÉP THẬN

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI GHÉP GAN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG SỬ DỤNG MẢNH GHÉP GAN PHẢI TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG, BÁO CÁO 5 TRƯỜNG HỢP ĐẦU TIÊN

NGUYỄN HOÀNG; LÊ TỰ DŨNG; TRẦN VĂN NGHĨA; LÊ TUẤN ANH; LÊ NGỌC THÁI; LÊ VĂN THÀNH; VŨ VĂN QUANG; HỒ VĂN LINH; LÊ TRUNG HIẾU

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: Thống kê loạt ca ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải tại Bệnh viện Đà Nẵng, từ tháng 10/2025 đến tháng 06/2026, dưới sự chuyển giao trực tiếp từ đội ngũ chuyên gia ghép gan của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Kết quả: 05 bệnh nhân được ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải. Độ tuổi trung bình là: 48,6±14,7 (30-56) tuổi; Tỷ lệ nam/nữ: 3/2. Chỉ định ghép gan, do HCC có 2/5 trường hợp (TH) chiếm 40%, do ALCF có 2/5 TH (40%), 1 TH do xơ gan mất bù (20%); điểm MELD trung bình là: 19,0±10,5 (8-35) điểm. Có 2/5 TH sử dụng mảnh ghép gan phải mở rộng, 3/5 TH sử dụng mảnh ghép gan phải cải tiến. Biến chứng sau mổ: 2 TH chảy máu sau mổ phải mổ lại cầm máu, 02 trường hợp rò mật sau mổ (cần can thiệp đặt stent đường mật qua ERCP), 1 TH tắc động mạch gan (can thiệp đặt stent động mạch gan), chưa ghi nhận biến chứng thải ghép, tử vong sau ghép.

Kết luận: Phẫu thuật ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải bước đầu được tiển khai tại Bệnh viện Đà Nẵng có kết quả khả quan.

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

INITIAL OUTCOMES OF LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION USING RIGHT LOBE GRAFTS AT DA NANG HOSPITAL : REPORT OF 05 FIRST CASES

NGUYỄN HOÀNG; LÊ TỰ DŨNG; TRẦN VĂN NGHĨA; LÊ TUẤN ANH; LÊ NGỌC THÁI; LÊ VĂN THÀNH; VŨ VĂN QUANG; HỒ VĂN LINH; LÊ TRUNG HIẾU

ABSTRACT

Objective: To evaluate the preliminary outcomes of living donor liver transplantation (LDLT) using right lobe grafts.

Methods: A prospective case series undergoing LDLT using right lobe grafts was conducted at Da Nang Hospital from October 2025 to June 2026, under direct technical supervision and support from the liver transplantation team of the 108 Military Central Hospital.

Results: Five patients underwent LDLT using right lobe graft. The mean age was 48.6 ± 14.7 years (range, 30-56 years), with a male-to-female ratio of 3:2. The indications for liver transplantation were hepatocellular carcinoma (HCC) in 2/5 patients (40%), acute-on-chronic liver failure (ACLF) in 2/5 patients (40%), and decompensated cirrhosis in 1/5 patients (20%). The mean MELD score was 19.0 ± 10.5 (range, 8–35). Extended right-lobe grafts were used in 2/5 patients, while modified right-lobe grafts were used in 3/5 patients. Postoperative complications included bleeding requiring reoperation for hemostasis in 2 patients and biliary leakage requiring endoscopic retrograde ERCP with biliary stent placement in 2 patients. Hepatic artery thrombosis occurred in 1 patient and was treated with hepatic artery stent placement. No episodes of graft rejection or post-transplant mortality were observed.

Conclusions: LDLT using right lobe grafts was successfully initiated at Da Nang Hospital, demonstrating favorable short-term outcomes.

Keywords: Living donor liver transplantation, right lobe graft

MỘT SỐ VẤN ĐỀ CẦN LƯU Ý TRONG GHÉP THẬN

BCV: PGS.TS. THÁI MINH SÂM

TÓM TẮT

Kết quả ghép thận phụ thuộc vào sự phối hợp giữa lựa chọn cặp hiến–nhận, kỹ thuật phẫu thuật và chăm sóc chu phẫu. Báo cáo trình bày những điểm cần lưu ý trong thực hành, kết hợp kinh nghiệm lâm sàng với các khuyến cáo chuyên ngành, nhằm bảo đảm an toàn người hiến và tối ưu chức năng thận ghép. Trước mổ, cần đánh giá nguy cơ cá thể hóa, chức năng thận, giải phẫu mạch máu–đường tiết niệu và hòa hợp miễn dịch; đồng thời tối ưu bệnh nền, tình trạng nhiễm trùng và điện giải của người nhận. Trong phẫu thuật, sự phối hợp giữa ba ê-kíp lấy thận, rửa–bảo quản và ghép thận có vai trò quan trọng trong hạn chế thời gian thiếu máu và tổn thương thiếu máu–tái tưới máu. Lấy thận phải ưu tiên an toàn người hiến, bảo tồn nhu mô, mạch máu và nguồn nuôi niệu quản. Tưới rửa, bảo quản lạnh và sửa soạn thận ngoài cơ thể cần bảo đảm tưới rửa đồng đều, nhận diện tổn thương và xử lý phù hợp các bất thường giải phẫu. Khi ghép, cần cá thể hóa vị trí đặt thận và phương án nối mạch, tránh căng, gập hoặc xoắn cuống; nối đường niệu bảo đảm nguồn nuôi và không căng. Tối ưu huyết động, bù dịch theo mục tiêu và theo dõi sớm bằng lâm sàng, xét nghiệm, siêu âm Doppler giúp đánh giá chức năng thận và phát hiện biến chứng. Chuẩn hóa quy trình, xác định rõ trách nhiệm bàn giao, xử trí kịp thời biến chứng và chăm sóc phục hồi sớm là những nội dung thiết yếu. Đánh giá kết quả cần bao gồm chức năng thận ghép, an toàn người nhận và sức khỏe lâu dài của người hiến.

Từ khóa: Ghép thận; an toàn người hiến; kỹ thuật phẫu thuật; chăm sóc chu phẫu.

MỘT SỐ VẤN ĐỀ CẦN LƯU Ý TRONG GHÉP THẬN

Asso prof. Thaii Minh Sam, MD, PhD

ABSTRACT

Kidney transplantation outcomes depend on coordinated donor–recipient selection, surgical technique, and perioperative care. This presentation highlights key practical considerations, integrating clinical experience with professional guidelines to ensure donor safety and optimize graft function.

Preoperative assessment should include individualized risk evaluation, renal function, vascular and urinary tract anatomy, and immunological compatibility, alongside optimization of the recipient's comorbidities, infection status, and electrolyte balance. During surgery, coordination among the donor nephrectomy, graft perfusion and preservation, and implantation teams is essential to minimize ischemic time and ischemia–reperfusion injury. Donor nephrectomy must prioritize donor safety while preserving renal parenchyma, vascular integrity, and ureteral blood supply. Graft flushing, cold preservation, and back-table preparation should ensure uniform perfusion, identify injuries, and appropriately address anatomical variations. During implantation, graft positioning and vascular anastomoses should be individualized to avoid tension, kinking, or twisting of the vascular pedicle. Urinary reconstruction should preserve adequate blood supply and ensure a tension-free anastomosis. Hemodynamic optimization, goal-directed fluid therapy, and early monitoring through clinical assessment, laboratory testing, and Doppler ultrasonography support the evaluation of graft function and detection of complications.

Standardized protocols, clearly defined handover responsibilities, timely management of complications, and enhanced recovery are essential components of care. Outcome assessment should encompass graft function, recipient safety, and the donor's long-term health.

Keywords: Kidney transplantation; donor safety; surgical technique; perioperative care.

NGÀY 16/10/2026

PHIÊN

PHIÊN PLENARY

XÂY DỰNG TRUNG TÂM GHÉP PHỔI XUẤT SẮC: NHỮNG BÀI HỌC KINH NGHIỆM TỪ BỆNH VIỆN SEVERANCE

PROF. JIN GU LEE

TÓM TẮT

Ghép phổi thành công đòi hỏi nhiều hơn là việc hoàn thành ca phẫu thuật về mặt kỹ thuật. Thành công này phụ thuộc vào việc lựa chọn người nhận ghép thích hợp, kỹ thuật phẫu thuật tỉ mỉ, quản lý chu phẫu phối hợp nhịp nhàng và một đội ngũ đa chuyên khoa gắn kết chặt chẽ. Dựa trên kinh nghiệm của Bệnh viện Severance, bài trình bày này thảo luận về các yếu tố thiết yếu cần có để thiết lập và duy trì một chương trình ghép phổi thành công.

Lựa chọn người nhận ghép cẩn trọng và tối ưu hóa tình trạng trước ghép là nền tảng cốt lõi. Ở những bệnh nhân nguy kịch được bắc cầu bằng trao đổi oxy qua màng ngoài cơ thể (ECMO), việc duy trì tri giác và thúc đẩy phục hồi chức năng chủ động có thể giúp bảo tồn chức năng thể chất và cải thiện sự hồi phục sau ghép. Khi bắt buộc phải hỗ trợ thông khí kéo dài, vận động sớm và phục hồi chức năng có cấu trúc cần được tiếp tục duy trì xuyên suốt giai đoạn hậu phẫu.

Sự hoàn hảo về mặt kỹ thuật vẫn giữ vai trò quan trọng tương đương. Các biến chứng phẫu thuật lớn—bao gồm chảy máu, thất bại miệng nối phế quản, gập góc động mạch phổi và hẹp miệng nối tâm nhĩ—phải được tiên lượng, phòng ngừa, nhận biết sớm và xử trí kịp thời. Kiểm soát cân bằng dịch và huyết động chính xác trong mổ cũng mang tính quyết định để bảo vệ phổi vừa được ghép. Sau cùng, thành công bền vững phụ thuộc vào sự phối hợp chặt chẽ giữa các phẫu thuật viên lồng ngực, bác sĩ nội hô hấp, bác sĩ gây mê, bác sĩ hồi sức tích cực, chuyên gia bệnh truyền nhiễm, bác sĩ phục hồi chức năng và các ê-kíp can thiệp. Kinh nghiệm từ Severance chứng minh rằng một trung tâm xuất sắc được xây dựng thông qua quá trình học hỏi liên tục, quy trình chăm sóc đa chuyên khoa được chuẩn hóa, cùng năng lực của đơn vị trong việc phòng ngừa biến chứng và cứu chữa bệnh nhân khi các biến chứng này xuất hiện. Những bài học này có thể cung cấp một khung tham chiếu thực tiễn cho việc phát triển các chương trình ghép phổi tại Việt Nam và các trung tâm mới nổi khác.

BUILDING A LUNG TRANSPLANTATION CENTER OF EXCELLENCE: LESSONS LEARNED FROM SEVERANCE HOSPITAL

PROF. JIN GU LEE

ABSTRACT

Successful lung transplantation requires far more than technical completion of the operation. It depends on appropriate candidate selection, meticulous surgical technique, coordinated perioperative management, and a highly integrated multidisciplinary team. Drawing on the experience of Severance Hospital, this presentation discusses the essential components required to establish and sustain a successful lung transplantation program. Careful recipient selection and optimization of the pretransplant condition are fundamental.

In critically ill patients bridged with extracorporeal membrane oxygenation, maintaining consciousness and promoting active rehabilitation can help preserve physical function and improve posttransplant recovery. When prolonged ventilatory support is necessary, early mobilization and structured rehabilitation should continue throughout the postoperative period. Technical excellence remains equally important. Major surgical complications—including bleeding, bronchial anastomotic failure, pulmonary artery kinking, and atrial anastomotic stenosis—must be anticipated, prevented, recognized early, and managed promptly.

Precise intraoperative fluid balance and hemodynamic management are also critical to protecting the newly transplanted lungs. Finally, sustainable success depends on close collaboration among thoracic surgeons, pulmonologists, anesthesiologists, intensivists, infectious disease specialists, rehabilitation physicians, and interventional teams. The Severance experience demonstrates that a center of excellence is built through continuous learning, standardized multidisciplinary care, and the institutional ability to prevent complications and rescue patients when they occur. These lessons may provide a practical framework for developing lung transplantation programs in Vietnam and other emerging centers.

BARRIERS OF DECEASED ORGAN DONATION IN ASIA

Curie Ahn, MD, PhD
Seoul National University

ABSTRACT

In Asia, overall activity remains lower than in Europe and the Americas. Asia still relies heavily on living donor organ transplantation, and cultural and customary practices strongly shape donation decisions. Even within Asia, transplant capacity varies markedly between countries.

Six key barriers were identified across systemic and cultural/societal domains. Systemic barriers included the absence of an integrated national authority, gaps in organ procurement organization (OPO)/coordinator expertise, and insufficient sustainable financing. Proposed solutions included adopting an integrated national coordination model, providing culturally adapted coordinator training, and establishing national or regional financial support programs. Cultural and societal barriers included religious and cultural misconceptions, distrust in the healthcare system, and deficits in knowledge and donation culture. These barriers could be addressed through culturally tailored programs, greater equity and transparency in healthcare access, and regular public education promoting organ donation and life-sharing.

CẬP NHẬT VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THẢI GHÉP QUA TRUNG GIAN KHÁNG THỂ CẤP VÀ MẠN TÍNH

Prof. Germaine Wong

Bài trình bày này cung cấp tổng quan về thải ghép qua trung gian kháng thể (ABMR) trong ghép thận, từ dịch tễ học, chẩn đoán, điều trị đến theo dõi. Dựa trên dữ liệu từ registry ANZDATA, bài trình bày sẽ thảo luận về những khác biệt tiềm năng giữa ABMR sớm và muộn cũng như mối liên quan của chúng với kết cục lâu dài của mảnh ghép.

Sau đó, bài trình bày sẽ điểm lại các tiêu chuẩn chẩn đoán Banff đang phát triển, bao gồm sự công nhận ngày càng tăng đối với ABMR có khả năng xảy ra (probable ABMR) và tình trạng viêm vi mạch máu ngay cả khi không phát hiện được kháng thể đặc hiệu người cho (DSA). Phần điều trị sẽ nêu bật bằng chứng còn hạn chế hỗ trợ cho các liệu pháp hiện tại, bao gồm thay huyết tương, IVIG và các điều trị nhắm đích tế bào B/tương bào, đồng thời xem xét các phương pháp mới nổi như liệu pháp nhắm đích IL-6 và CD38 cùng các thử nghiệm lâm sàng đang diễn ra. Cuối cùng, bài trình bày sẽ bàn về vai trò tiềm năng của DNA tự do có nguồn gốc từ mảnh ghép (donor-derived cell-free DNA) trong theo dõi ABMR.

UPDATE ON THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ACUTE AND CHRONIC ANTIBODY MEDIATED REJECTION

This talk provides an overview of antibody-mediated rejection (ABMR) in kidney transplantation, ranging from epidemiology, diagnosis, treatment and monitoring. Using data from the ANZDATA registry, the talk will discuss potential differences between early and late ABMR and their associations with long-term allograft outcomes.

It then reviews the evolving Banff diagnostic criteria, including the emerging recognition of probable ABMR and microvascular inflammation in the absence of detectable donor-specific antibodies. The treatment section highlights the limited evidence supporting current therapies, including plasma exchange, IVIG and B-cell/plasma-cell targeted treatments, while considering emerging approaches such as IL-6 and CD38-targeted therapies and ongoing clinical trials. Finally, the potential role of donor-derived cell-free DNA in monitoring ABMR is discussed.

CÁC YẾU TỐ THÀNH CÔNG THEN CHỐT ĐỐI VỚI KẾT QUẢ DÀI HẠN TRONG GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN ĐÃ QUA ĐỜI: KINH NGHIỆM TỪ THÁI LAN.

GS. Yingyos Avihingsanon
Đại học Chulalongkorn, Thái Lan

Tại Đông Nam Á, việc mở rộng nguồn người hiến đã qua đời vẫn là một nhu cầu cấp thiết đối với bệnh nhân mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Bất chấp những thách thức trong khu vực, Thái Lan đã đạt được kết quả ghép tạng tương đương với các quốc gia phát triển, phần lớn nhờ vào những nỗ lực phối hợp của Trung tâm Hiến tạng Hội Chữ thập đỏ Thái Lan và Bộ Y tế Công cộng. Bài trình bày này đánh giá các yếu tố lâm sàng và hệ thống then chốt thúc đẩy tỷ lệ sống còn dài hạn của mảnh ghép và bệnh nhân trong chương trình ghép thận từ người hiến đã qua đời (DDKT) của Thái Lan.

Hiện tại, DDKT tại Thái Lan cho thấy sự thành công mạnh mẽ, với tỷ lệ sống còn của mảnh ghép ở năm thứ nhất và năm thứ năm lần lượt đạt khoảng 95% và 85%. Tương tự, tỷ lệ sống còn của bệnh nhân sau 5 năm luôn đạt mức xấp xỉ 90%, tương đương với các tiêu chuẩn quốc tế. Mặc dù chương trình rất thành công, tình trạng chậm phục hồi chức năng mảnh ghép (DGF) vẫn là một yếu tố nguy cơ chính dẫn đến mất chức năng mảnh ghép. DGF thường liên quan đến thời gian thiếu máu cục bộ lạnh kéo dài và việc sử dụng thận từ người hiến cận biên (marginal donors) hoặc người hiến có tổn thương thận cấp.

Tuy nhiên, Thái Lan đã giảm thiểu thành công những nguy cơ này thông qua việc tối ưu hóa các thuật toán phân bổ và áp dụng các phác đồ ức chế miễn dịch được giám sát chặt chẽ sau ghép. Hơn nữa, việc tăng cường phối hợp quy mô quốc gia đã làm giảm đáng kể thời gian vận chuyển tạng, giúp trực tiếp cải thiện chức năng mảnh ghép giai đoạn sớm.

Kết luận: Kinh nghiệm của Thái Lan chứng minh rằng việc quản lý người hiến tỉ mỉ, giảm thời gian thiếu máu cục bộ để hạn chế tối đa DGF, và chăm sóc hậu phẫu tích cực là những yếu tố then chốt cho sự thành công dài hạn của ca ghép. Các phác đồ chuẩn hóa trên toàn hệ thống này cung cấp một mô hình có khả năng nhân rộng nhằm thúc đẩy các chương trình ghép tạng từ người hiến đã qua đời trên khắp khu vực Đông Nam Á.

KEY SUCCESS FACTORS FOR LONG-TERM OUTCOMES IN DECEASED DONOR KIDNEY TRANSPLANTATION: EXPERIENCE FROM THAILAND.

Yingyos Avihingsanon, MD
Chulalongkorn University, Thailand

In Southeast Asia, expanding the deceased donor pool remains a critical need for patients with end-stage kidney disease. Despite regional challenges, Thailand has achieved transplant outcomes comparable to developed nations, largely driven by the coordinated efforts of the Thai Red Cross Organ Donation Center and Ministry of Public Health.

This presentation evaluates the key clinical and systemic factors driving long-term graft and patient survival in Thailand's deceased donor kidney transplant (DDKT) program. Currently, DDKT in Thailand demonstrates strong success, with one- and five-year graft survival rates reaching approximately 95% and 85%, respectively. Similarly, five-year patient survival consistently approaches 90%, mirroring international benchmarks. While the program is highly successful, delayed graft function (DGF) remains a major risk factor for graft failure.

DGF is typically linked to extended cold ischemia times and the use of marginal donors or those with acute kidney injury. However, Thailand has successfully mitigated these risks by optimizing allocation algorithms and implementing vigilant post-transplant immunosuppressive protocols. Furthermore, enhanced national coordination has significantly reduced organ transport times, directly improving early graft function.

Conclusion: Thailand’s experience demonstrates that meticulous donor management, reduced ischemia times to minimize DGF, and robust post-operative care are pivotal for long-term transplant success. These standardized, system-wide protocols provide a scalable blueprint for advancing deceased donor transplantation programs across Southeast Asia.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GHÉP THẬN 1: GHÉP THẬN - TỤY

CẬP NHẬT VỀ GHÉP TỤY TẠI KHU VỰC AUSTRALASIA

Prof. Henry Pleass

TÓM TẮT

Bài trình bày sẽ điểm lại các chương trình ghép tụy trên khắp Úc và New Zealand, liên quan đến chỉ định, danh sách chờ, số ca ghép và kết quả. Dữ liệu từ registry ANZIPTR sẽ được trình bày, nhấn mạnh tỷ lệ sống còn của bệnh nhân và mảnh ghép về lâu dài.

Áo bảo vệ thận (Kidney Protective Jacket) - nghiên cứu lâm sàng sử dụng lần đầu
Thời gian nối mạch máu trong quá trình ghép thận có thể gây tổn thương thận, chậm chức năng mảnh ghép và giảm tỷ lệ sống còn lâu dài của mảnh ghép nếu kéo dài. Hiện tại chưa có thiết bị cách nhiệt thương mại nào để bảo vệ thận trong quá trình cấy ghép. Chúng tôi đã phát triển Áo bảo vệ thận (Kidney Protective Jacket) thông qua một dự án nghiên cứu và quá trình thương mại hóa sau đó. Bài trình bày sẽ thảo luận về kinh nghiệm ban đầu với 20 ca lâm sàng như một phần của nghiên cứu giai đoạn 1 nhằm xác nhận tính an toàn và khả năng sử dụng, tại một trung tâm ghép tạng đơn lẻ ở Úc.

PANCREAS TRANSPLANT UPDATE IN AUSTRALASIA

ABSTRACT

A review of the pancreas transplant programs across Australia and New Zealand, with respect to indications, waiting lists, transplants and outcomes will be discussed. Data from the ANZIPTR registry will be presented, highlighting patient and long term graft survivals.

The Kidney Protective Jacket - first in use clinical study
The vascular anastomosis time during kidney transplantation can cause kidney injury, delayed graft function and reduce long term graft survival when prolonged. Currently no commercial insulating device is available to protect the kidney during implantation. We have developed the Kidney protective jacket, through a research project and subsequent commercialisation journey. The presentation will discuss the initial experience of 20 clinical cases as part of a phase 1 study to confirm safety and usability, at a single Australian transplant centre.

GHÉP THẬN BẤT TƯƠNG HỢP NHÓM MÁU ABO

Young Hoon Kim. Khoa Ghép Thận & Tụy, Bộ môn Ngoại, Trung tâm Y khoa Asan,
Trường Đại học Y Ulsan, Seoul, Hàn Quốc.

TÓM TẮT

Ghép thận bất tương hợp nhóm máu ABO (ABOi GT) đã nổi lên như một lựa chọn đầy hứa hẹn cho bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối gặp khó khăn trong việc tiếp cận người hiến tương hợp. Trong vài năm qua, ABOi GT ngày càng được áp dụng rộng rãi nhờ những tiến bộ trong liệu pháp ức chế miễn dịch và các phác đồ khử mẫn cảm. Mục tiêu của nghiên cứu là phân tích kết quả các ca ABOi GT tại Trung tâm Y khoa Asan, đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả của ABOi KT.

Chúng tôi so sánh kết quả giữa nhóm ghép tương hợp ABO (ABOc GT) và nhóm ABOi GT được chia thành các giai đoạn (Era) 1, 2 và 3. Về tỷ lệ sống còn ngắn hạn của bệnh nhân, chỉ nhóm ABOi Era 1 có tỷ lệ sống thấp hơn so với nhóm ABOc GT, trong khi hai nhóm còn lại không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm ABOc GT. Kết quả tương tự cũng được ghi nhận đối với tỷ lệ sống còn ngắn hạn của mảnh ghép. Tuy nhiên, tỷ lệ sống còn dài hạn không khác biệt giữa bốn nhóm. So sánh tỷ lệ thải ghép cấp được xác nhận qua sinh thiết (BPAR) giữa bốn nhóm cho thấy rõ ràng rằng ở Era 1 và Era 2, bệnh nhân ABOi GT có tỷ lệ BPAR cao hơn so với hai nhóm còn lại.
Phân tích này cho thấy ABOi GT là một lựa chọn khả thi và hiệu quả cho bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối, đặc biệt trong các tình huống khan hiếm người hiến tương hợp ABO. Việc áp dụng các phác đồ khử mẫn cảm phù hợp và lựa chọn bệnh nhân cẩn thận là yếu tố then chốt để đạt được kết quả thành công.

Hiện trạng ghép tụy tại Trung tâm Y khoa Asan: Kinh nghiệm 30 năm tại một trung tâm đơn lẻ qua 519 trường hợp liên tiếp

ABO-INCOMPATIBLE KIDNEY TRANSPLANTATION

Young Hoon Kim. Khoa Ghép Thận & Tụy, Bộ môn Ngoại, Trung tâm Y khoa Asan,
Trường Đại học Y Ulsan, Seoul, Hàn Quốc.

ABSTRACT

ABO-incompatible kidney transplantation (ABOi KT) has emerged as a promising option for patients with end-stage renal disease who face limited access to compatible donors. Over the past few years, ABOi KT has been steadily gaining traction due to advancements in immunosuppressive therapies and desensitization protocols. To analyze the outcomes of ABOi KT cases in Asan Medical Center, evaluating the feasibility, safety, and efficacy of ABOi KT.

We compared the outcomes of the ABOc KT group with the ABOi KT group divided into Era 1, 2, and 3. For short term patient survival, only the Era 1 ABOc group showed lower survival rates than the ABOc KT group, while the other two groups showed no statistically significant difference from the ABOc KT group. Similar results were observed for short term graft survival. But long-term survival was not different between four groups. Comparing the Biopsy proven acute rejection (BPAR) rate among the four groups, it became evident that in Era 1 and Era 2, ABOi KT patients experienced a higher incidence of BPAR compared to the other two groups.
This analysis demonstrates that ABOi KT is a viable and effective option for patients with end-stage renal disease, particularly in situations where ABO-compatible donors are scarce. The implementation of appropriate desensitization protocols and careful patient selection are crucial for achieving successful outcomes.

Current Status of Pancreas Transplantation at Asan Medical Center: A Thirty-Year Single-Center Experience of 519 Consecutive Cases

HIỆN TRẠNG GHÉP TỤY TẠI TRUNG TÂM Y KHOA ASAN: KINH NGHIỆM 30 NĂM TẠI MỘT TRUNG TÂM ĐƠN LẺ QUA 519 TRƯỜNG HỢP LIÊN TIẾP

Young Hoon Kim. Khoa Ghép Thận & Tụy, Bộ môn Ngoại, Trung tâm Y khoa Asan, Trường Đại học Y Ulsan, Seoul, Hàn Quốc.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề. Ghép tụy (PT) vẫn là phương pháp hiệu quả nhất để khôi phục đường huyết sinh lý bình thường ở bệnh nhân đái tháo đường phụ thuộc insulin, nhưng chỉ được thực hiện tại một số ít trung tâm ở Hàn Quốc. Chúng tôi hồi cứu toàn bộ kinh nghiệm ghép tụy tại một trung tâm lớn của Hàn Quốc, tập trung vào tỷ lệ sống còn lâu dài và biến chứng sau ghép.

Phương pháp. Chúng tôi phân tích hồi cứu 519 ca ghép tụy liên tiếp được thực hiện trên 500 người nhận, từ tháng 7/1992 đến tháng 7/2024, tại Trung tâm Y khoa Asan. Tỷ lệ sống còn của bệnh nhân và mảnh ghép tụy được ước tính bằng phương pháp Kaplan–Meier và so sánh bằng kiểm định log-rank theo loại hình ghép và giai đoạn (trước và sau năm 2006). Các biến chứng ngoại khoa và nhiễm trùng cũng được xem xét.

Kết quả. Các loại hình ghép bao gồm: ghép đồng thời tụy–thận (SPK, n=231, 44,5%), ghép tụy đơn thuần (PTA, n=171, 32,9%), ghép tụy sau thận (PAK, n=67, 12,9%), và ghép đồng thời tụy từ người hiến chết não–thận từ người hiến sống (SPLK, n=50, 9,6%). Tuổi trung bình người nhận là 38,2±11,4, 46,4% là nam giới, và 72,6% mắc đái tháo đường týp 1 với thời gian mắc bệnh trung bình 17,3±8,2 năm. Dẫn lưu qua đường ruột được sử dụng ở 56,9% trường hợp, dẫn nhập bằng antithymocyte globulin ở 84,0%, và duy trì dựa trên tacrolimus ở 88,4%; 89,0% số ca được thực hiện sau năm 2006 (trung bình 25 ca/năm trong thập kỷ gần nhất). Thời gian theo dõi trung vị là 128 tháng. Tỷ lệ sống còn của bệnh nhân là 97,3%, 91,7% và 88,3% tại thời điểm 1, 5 và 10 năm; tỷ lệ sống còn của mảnh ghép tụy (không tính tử vong do nguyên nhân khác) lần lượt là 90,6%, 79,5% và 72,5%. Tỷ lệ sống còn mảnh ghép sau 10 năm khác nhau theo loại hình ghép (SPK 84,5%, PAK 78,8%, SPLK 70,9%, PTA 55,3%; p<0,001), và kết quả sau năm 2006 tốt hơn so với giai đoạn trước đó cả về sống còn của bệnh nhân (90,1% so với 74,4%, p=0,001) và mảnh ghép (75,2% so với 49,5%, p<0,001). Thải ghép cấp xảy ra ở 28,6% số ca và chiếm khoảng hai phần ba số trường hợp mất mảnh ghép. Huyết khối mảnh ghép ở bất kỳ mức độ nào được phát hiện ở 34,5%, mặc dù chỉ 6,6% cần phẫu thuật lấy huyết khối; các biến chứng khác bao gồm viêm tụy mảnh ghép (25,5%), chảy máu (5,0%), rò miệng nối (4,8%), và mất mảnh ghép trong vòng 3 tháng (4,2%). Chuyển đổi dẫn lưu sang đường ruột cuối cùng cần thiết ở 53,6% số mảnh ghép dẫn lưu qua bàng quang. Các nhiễm trùng thường gặp gồm nhiễm trùng tiết niệu (43,5%), nhiễm CMV (32,3%; bệnh CMV 13,3%), viêm phổi (17,9%), và nhiễm virus BK cần điều trị (5,3%); các bệnh ác tính sau ghép bao gồm PTLD xảy ra ở 2,5%.

Kết luận. Qua ba thập kỷ, ghép tụy tại trung tâm chúng tôi đã phát triển ổn định với kết quả lâu dài được cải thiện đáng kể. Hầu hết các biến chứng ngoại khoa đều có thể kiểm soát được mà không dẫn đến mất mảnh ghép, trong khi thải ghép vẫn là nguyên nhân chính gây mất mảnh ghép, đặc biệt sau ghép tụy đơn thuần (PTA).

CURRENT STATUS OF PANCREAS TRANSPLANTATION AT ASAN MEDICAL CENTER: A THIRTY-YEAR SINGLE-CENTER EXPERIENCE OF 519 CONSECUTIVE CASES

Young Hoon Kim. Khoa Ghép Thận & Tụy, Bộ môn Ngoại, Trung tâm Y khoa Asan,
Trường Đại học Y Ulsan, Seoul, Hàn Quốc.

ABSTRACT

Background. Pancreas transplantation (PT) remains the most effective means of restoring physiologic euglycemia in patients with insulin-dependent diabetes mellitus, but it is performed at only a few centers in Korea. We reviewed the entire PT experience of a single high-volume Korean center, focusing on long-term survival and post-transplant morbidity.

Methods. We retrospectively analyzed 519 consecutive PTs performed in 500 recipients between July 1992 and July 2024, at Asan Medical Center. Patient and pancreas graft survival were estimated by the Kaplan–Meier method and compared by the log-rank test according to transplant category and era (before vs. after 2006). Surgical and infectious complications were reviewed.

Results. Transplant categories were simultaneous pancreas–kidney (SPK, n=231, 44.5%), pancreas transplantation alone (PTA, n=171, 32.9%), pancreas after kidney (PAK, n=67, 12.9%), and simultaneous deceased-donor pancreas–living-donor kidney (SPLK, n=50, 9.6%). Mean recipient age was 38.2±11.4 years, 46.4% were male, and 72.6% had type 1 diabetes with a mean duration of 17.3±8.2 years. Enteric drainage was used in 56.9%, antithymocyte globulin induction in 84.0%, and tacrolimus-based maintenance in 88.4%; 89.0% of cases were performed after 2006 (mean 25 cases/year in the last decade). Median follow-up was 128 months. Patient survival was 97.3%, 91.7%, and 88.3% at 1, 5, and 10 years, and death-censored pancreas graft survival was 90.6%, 79.5%, and 72.5%, respectively. Ten-year graft survival differed by category (SPK 84.5%, PAK 78.8%, SPLK 70.9%, PTA 55.3%; $p<0.001$), and outcomes after 2006 were superior to the earlier era for both patient (90.1% vs. 74.4%, $p=0.001$) and graft survival (75.2% vs. 49.5%, $p<0.001$). Acute rejection occurred in 28.6% and accounted for approximately two-thirds of graft losses. Graft thrombosis of any degree was detected in 34.5%, although only 6.6% required thrombectomy; other complications included graft pancreatitis (25.5%), bleeding (5.0%), anastomotic leak (4.8%), and graft loss within 3 months (4.2%). Enteric conversion was eventually required in 53.6% of bladder-drained grafts. Common infections were urinary tract infection (43.5%), CMV infection (32.3%; CMV disease 13.3%), pneumonia (17.9%), and BK viremia requiring treatment (5.3%); post-transplant malignancy including PTLD occurred in 2.5%.

Conclusion. Over three decades, PT at our center has expanded steadily with substantially improved long-term outcomes. Most surgical complications were manageable without graft loss, whereas rejection remains the principal cause of graft failure, particularly after PTA.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GHÉP THẬN 2:
TIẾN BỘ TRONG LẤY THẬN GHÉP

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ỨNG DỤNG CÁC THANG ĐIỂM R.E.N.A.L., PADUA KẾT HỢP DỰNG HÌNH 3D CUỐNG THẬN TRONG LẬP KẾ HOẠCH PHẪU THUẬT LẤY THẬN HIẾN SỐNG BẰNG NỘI SOI XUYÊN PHÚC MẠC TẠI BVTW HUẾ

BÁO CÁO VIÊN: NGUYỄN HOÀNG DƯƠNG, PHAN NGUYỄN PHƯƠNG THẢO

Thành viên: Trần Ngọc Khánh*, Phan Nguyễn Phương Thảo*, Nguyễn Hoàng Dương*, Trần Hoài Linh*, Nguyễn Anh Tuấn**
*: Khoa Ngoại Tiết Niệu B BVTW Huế, ** Khoa X Quang BVTW Huế

ABSTRACT

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong ngoại khoa tiết niệu hiện đại và ghép tạng, việc cá thể hóa kế hoạch phẫu thuật đối với các can thiệp phức tạp như cắt thận người hiến sống (LDN) và cắt thận niệu quản triệt căn (RNU) là yếu tố tiên quyết để đảm bảo an toàn và kết quả điều trị tối ưu. Thách thức lớn nhất đối với phẫu thuật viên là sự đa dạng của các biến thể mạch máu hệ động - tĩnh mạch, đặc biệt là các nhánh động mạch cực, tĩnh mạch thắt lưng và tĩnh mạch sinh dục trong tương quan với rốn thận. Sự tích hợp các thang điểm giải phẫu (R.E.N.A.L., PADUA) cùng công nghệ dựng hình 3D đã đánh dấu bước đột phá, chuyển đổi từ "phẫu thuật thám sát" sang "phẫu thuật định hướng chính xác". Nghiên cứu này nhằm đánh giá sự tương quan giữa các hệ thống tính điểm, mô hình 3D với kết quả lâm sàng thực tế tại Bệnh viện Trung ương Huế, hướng tới chuẩn hóa quy trình lập kế hoạch tiền phẫu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng:** Bệnh nhân hiến thận sống hoặc có chỉ định phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tiêu chuẩn lựa chọn yêu cầu dữ liệu MSCT lát cắt mỏng ≤ 1mm để đảm bảo độ phân giải tái tạo.
- **Quy trình 3D và Scoring:** Dữ liệu DICOM được xử lý qua các phần mềm chuyên dụng như Synapse Vincent, 3D Slicer hoặc Mimics. Quy trình tập trung tái tạo chi tiết nhu mô, hệ thống đài bể thận và đặc biệt là nguyên ủy của các động mạch phụ, lộ trình tĩnh mạch thắt lưng và tĩnh mạch sinh dục. Các thang điểm R.E.N.A.L. và PADUA được chấm điểm trước mổ để lượng hóa mức độ phức tạp.
- **Kỹ thuật phẫu thuật:** Sử dụng phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc chuẩn với 4 trocar. Phẫu thuật viên tiến hành bóc tách rốn thận và niệu quản dựa trên "bản đồ 3D", bao gồm việc xác định chính xác lộ trình dải mỡ quanh niệu quản để bảo tồn mạch nuôi.
- **Chỉ số đánh giá:** Thời gian thiếu máu nóng (WIT), lượng máu mất (EBL), thời gian phẫu thuật, tỷ lệ diện cắt âm tính (đối với RNU) và mức độ trùng khớp giữa mô hình dựng hình với thực tế giải phẫu.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu cho thấy công nghệ dựng hình 3D mang lại giá trị chẩn đoán và điều trị vượt trội so với chẩn đoán hình ảnh 2D truyền thống:

- **Tái cấu trúc và Phân loại độ phức tạp:** Một phát hiện quan trọng là việc ứng dụng mô hình 3D siêu chính xác (HA3D) đã dẫn đến việc hạ bậc đánh giá độ phức tạp giải phẫu trong 41% trường hợp theo thang điểm R.E.N.A.L. và 35% theo thang điểm PADUA. Điều này giúp tránh việc đánh giá quá mức độ khó và loại trừ người hiến sống một cách không cần thiết.

- **Độ chính xác giải phẫu:** Mô hình 3D nhận diện chính xác 100% các biến thể mạch máu phức tạp như động mạch thận phụ, tĩnh mạch thận trái quay sau động mạch chủ và các nhánh tĩnh mạch thắt lưng đổ vào tĩnh mạch thận. Trong các trường hợp LDN bên phải, bản đồ 3D hỗ trợ thực hiện kỹ thuật xoay lật rốn thận (flipping maneuver) để bộc lộ tối đa chiều dài cuống mạch.
- **Hiệu quả lâm sàng:**
- **Thời gian mổ trung bình:** 118±23 phút.
- **Thời gian thiếu máu nóng (WIT):** 4,5±1,1 phút (đối với LDN).
- **Lượng máu mất (EBL):** 70–100 mL.
- **Ứng dụng đặc biệt:** Trong phẫu thuật RNU, mô hình 3D là công cụ không thể thay thế đối với các trường hợp đảo ngược phủ tạng toàn phần (Situs Inversus Totalis - SIT), giúp phẫu thuật viên chủ động điều chỉnh thao tác trong một không gian giải phẫu bị soi gương hoàn toàn.
- **Quản trị phẫu thuật:** Nghiên cứu xác lập mối tương quan chặt chẽ ($p < 0.05$) giữa điểm số phức tạp và thời gian phẫu tích. Từ đó, chúng tôi đề xuất một "ngưỡng cảnh báo" (Cut-off point) về điểm số để phân công các phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm cho các ca mổ có độ khó cao

Bảng 1: Các chỉ số phẫu thuật chính tại Bệnh viện Trung ương Huế

Chỉ số đánh giá	Giá trị trung bình (LDN/RNU)
Thời gian mổ (phút)	118±23
Lượng máu mất	70–100 mL
Thời gian thiếu máu nóng (WIT)	4,5±1,1 phút
Thời gian nằm viện (ngày)	3–5 ngày
Tỷ lệ hạ bậc độ phức tạp (3D vs 2D)	35% - 41%

4. KẾT LUẬN

Sự phối hợp giữa các thang điểm giải phẫu học R.E.N.A.L., PADUA và công nghệ dựng hình 3D giúp tối ưu hóa chiến lược phẫu thuật, chuyển đổi từ kỹ năng thám sát sang can thiệp đích chính xác. Quy trình này không chỉ giảm thiểu tai biến mạch máu và rút ngắn thời gian thiếu máu nóng mà còn hỗ trợ đắc lực trong việc bảo tồn nhu mô thận lành và đảm bảo diện cắt âm tính trong phẫu thuật ung thư. Chúng tôi khuyến nghị ứng dụng quy trình tích hợp này như một tiêu chuẩn bắt buộc trong lập kế hoạch tiền phẫu và triaging phẫu thuật viên cho các ca can thiệp thận nội soi phức tạp.

5. DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyen HV, et al. Outcomes of transperitoneal laparoscopic living donor nephrectomy: a single-center study in Vietnam. Journal of Endourology. 2024.

2. Kutikov A, Uzzo RG. The R.E.N.A.L. nephrometry score: A comprehensive standardized system for quantitating renal tumor size, location and depth. Journal of Urology. 2009;182(3):844-853.

3. Ficarra V, et al. Preoperative aspects and dimensions used for an anatomical (PADUA) classification of renal tumours in patients who are candidates for nephron - sparing surgery. European Urology. 2009;56(5):786-793.

4. Shirk JD, et al. Effect of 3-Dimensional Virtual Reality Models for Surgical Planning of Robotic-Assisted Partial Nephrectomy on Surgical Outcomes: A Randomized Clinical Trial. JAMA Network Open. 2019;2(9):e1911598.

5. Shepherd ARH, Challacombe BJ. Practical Strategies to Predict, Avoid and Manage the Complications of Robotic-Assisted Partial Nephrectomy. Complications. 2025;2(3):21.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT HYBRID PHỐI HỢP NỘI SOI XUYÊN PHÚC MẠC VÀ MỞ ĐƯỜNG DƯỚI SƯỜN PHẢI LẤY THẬN TRÊN NGƯỜI HIẾN SỐNG CÓ TĨNH MẠCH THẬN PHẢI NGẮN

TRẦN NGỌC KHÁNH, TRẦN QUANG MINH, PHAN NGUYỄN PHƯƠNG THẢO, NGUYỄN HOÀNG DƯƠNG, LÊ LƯƠNG VINH

Khoa Ngoại Tiết niệu B, Bệnh viện Trung ương Huế

Đặt vấn đề: Tĩnh mạch thận phải ngắn tiềm ẩn nguy cơ miệng nối tĩnh mạch căng, gập góc và huyết khối mảnh ghép trong ghép thận từ người hiến sống. Mặc dù thận trái được ưu tiên lựa chọn, có 20-30% người hiến cần cắt thận phải do biến thể mạch máu bên trái hoặc chức năng thận phải kém hơn. Kỹ thuật lấy thận bằng stapler làm mất 7-15 mm chiều dài tại đường khâu ghim, trong khi tái tạo ngoài cơ thể (ex vivo) kéo dài thời gian thiếu máu lạnh. Chúng tôi đánh giá một kỹ thuật Hybrid, kết hợp nội soi với một đường mở nhỏ, sử dụng kẹp Satinsky để lấy một mảnh vá tĩnh mạch chủ dưới.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 19 người hiến liên tiếp có tĩnh mạch thận phải khả dụng ngắn hơn 1,5 cm (trung bình 1,2 ± 0,2 cm) tại Bệnh viện Trung ương Huế. Sau khi phẫu tích nội soi và bộc lộ rộng tĩnh mạch chủ dưới, một đường mở nhỏ dưới sườn dài 5-7 cm cho phép đặt trực tiếp kẹp Satinsky, giới hạn ở một nửa đường kính tĩnh mạch chủ dưới. Một mảnh vá tĩnh mạch chủ dưới dài 5-10 mm được cắt lấy và thành tĩnh mạch chủ được khâu đóng bằng chỉ Prolene 5-0 mũi vắt kiểu Blalock. Chiều dài tĩnh mạch, thời gian thiếu máu nóng và kết quả của người hiến cũng như người nhận được ghi nhận.

Kết quả: Kỹ thuật này tăng thêm 0,7 ± 0,2 cm, giúp chiều dài tĩnh mạch thận phải trung bình đạt 1,9 ± 0,3 cm và cho phép thực hiện miệng nối không căng ở tất cả các trường hợp. Thời gian thiếu máu nóng trung bình là 5,5 ± 1,3 phút. Không có người hiến nào bị hẹp tĩnh mạch chủ, phù chi dưới hay biến chứng mạch máu; thời gian nằm viện trung bình của người hiến là 5,4 ± 1,1 ngày. Huyết khối tĩnh mạch mảnh ghép và chậm chức năng mảnh ghép đều không xảy ra ở người nhận (0%).

Bàn luận: Cắt và khâu tay giúp bảo tồn từng milimét vốn sẽ bị mất do đường khâu ghim, và khi thực hiện trong cơ thể (in vivo) sẽ tránh được mức phạt 17-40 phút thiếu máu lạnh của việc ghép nối dài bằng tĩnh mạch sinh dục. Đường mở nhỏ mang lại khả năng kiểm soát kẹp bằng cảm giác tay, điều khó thực hiện qua nội soi; việc giới hạn kẹp ở một nửa đường kính tĩnh mạch chủ đã bảo vệ tất cả người hiến khỏi tình trạng hẹp lòng tĩnh mạch chủ.

Kết luận: Kỹ thuật Hybrid này an toàn, hiệu quả và tiết kiệm chi phí, mang lại chiều dài tĩnh mạch thận phải đủ dùng cùng chức năng mảnh ghép sớm rất tốt; phù hợp với các trung tâm ghép tạng tại Việt Nam.

Từ khóa: tĩnh mạch thận phải; lấy thận từ người hiến sống; kỹ thuật Hybrid; kẹp Satinsky; ghép thận.

ỨNG DỤNG DỰNG HÌNH 3D CẤU TRÚC GIẢI PHẪU THẬN VỚI HỖ TRỢ CỦA AI TRONG PHẪU THUẬT LẤY THẬN ĐỂ GHÉP TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

THÁI MINH SÂM, CHÂU QUÝ THUẬN, HOÀNG KHẮC CHUẨN, NGÔ XUÂN THÁI, TRẦN TRỌNG TRÍ, THÁI KINH LUÂN, VŨ ĐỨC HUY, NGUYỄN TRỌNG HIỀN, NGUYỄN DUY ĐIỀN, QUÁCH ĐÔ LA, NGUYỄN HOÀI PHAN, ĐỖ VĂN CÔNG, TRẦN ANH VŨ, LÊ NHO TÌNH, NGUYỄN MINH ĐĨNH, ĐINH LÊ QUÝ VĂN, TRƯƠNG HỒ TRỌNG TẤN, PHẠM ĐỨC MINH, LÊ HỮU THUẬN, HOÀNG PHONG, NGUYỄN HOÀNG TƯỜNG, HOÀNG TIẾN ĐẠT, ĐOÀN MINH TÂM, LÃ NGỌC THU NGUYÊN, NGUYỄN THÀNH TUÂN

-

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi và giá trị hỗ trợ lập kế hoạch phẫu thuật của dựng hình 3D cấu trúc giải phẫu thận có hỗ trợ trí tuệ nhân tạo (AI) ở người hiến thận sống.

Đối tượng và phương pháp: Loạt 8 trường hợp người hiến thận sống được phẫu thuật lấy thận để ghép tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong giai đoạn 2024-2025. Trước mổ, người hiến được chụp CT có thuốc cản quang và dựng hình 3D bằng nền tảng Fujifilm Synapse®. Số lượng động mạch (ĐM) và tĩnh mạch (TM) thận trên CT, trên dựng hình 3D có hỗ trợ AI và ghi nhận thực tế trong mổ được đối chiếu. Các chỉ số phẫu thuật gồm thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng, lượng máu mất, nhu cầu truyền máu và creatinin huyết thanh trước-sau mổ được mô tả.

Kết quả: Trong 8 thận được lấy, có 6 thận trái và 2 thận phải. Số lượng ĐM và TM trên dựng hình 3D có hỗ trợ AI phù hợp với ghi nhận trong mổ ở 8/8 trường hợp. So với ghi nhận trong mổ, CT ban đầu phù hợp về số lượng ĐM ở 7/8 trường hợp và số lượng TM ở 7/8 trường hợp; dựng hình AI làm rõ thêm một ĐM ở một trường hợp và một TM ở một trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung bình là 191 phút, thời gian thiếu máu nóng 4,375 phút và lượng máu mất 23,75 mL; không trường hợp nào cần truyền máu. Creatinin huyết thanh trung bình tăng từ 0,79 mg/dL trước mổ lên 1,06 mg/dL sau mổ. Không ghi nhận biến chứng mạch máu trong mổ.

Kết luận: Trong loạt ca bước đầu tại Bệnh viện Chợ Rẫy, dựng hình 3D cấu trúc thận có hỗ trợ AI cho phép mô tả trực quan giải phẫu mạch máu và có sự phù hợp hoàn toàn về số lượng ĐM/TM với ghi nhận trong mổ. Công nghệ này có tiềm năng hỗ trợ lựa chọn bên thận, lập kế hoạch phẫu thuật và dự đoán giải phẫu trong mổ. Cần nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn và có nhóm so sánh để định lượng chính xác lợi ích lâm sàng.

Từ khóa: Dựng hình 3D; trí tuệ nhân tạo; lấy thận người cho sống; ghép thận; mạch máu thận.

ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHỨC NĂNG THẬN GHÉP Ở BỆNH NHÂN GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

BSCK2 Đặng Thanh Phương
Bệnh viện Quân y 175

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chức năng thận ghép sau ghép chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố liên quan đến người nhận, người hiến, đặc điểm miễn dịch và điều trị sau ghép. Việc đánh giá đặc điểm và xác định các yếu tố liên quan đến chức năng thận ghép có ý nghĩa trong theo dõi và tối ưu hóa kết quả điều trị. **Mục tiêu:** (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ghép thận từ người hiến sống tại Bệnh viện Quân y 175; (2) phân tích các yếu tố liên quan đến chức năng thận ghép sau ghép.
Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên tất cả bệnh nhân ≥18 tuổi được ghép thận lần đầu từ người hiến sống và được theo dõi ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 175 trong thời gian từ tháng 7/2023 đến tháng 9/2026. Chức năng thận ghép được đánh giá thông qua mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) tại các thời điểm 1, 3, 6, 12 và 24 tháng sau ghép. Các yếu tố liên quan đến eGFR được phân tích bằng tương quan đơn biến và hồi quy đa biến.

Kết quả: Có 158 bệnh nhân được đưa vào phân tích. Nam giới chiếm 65,8%, BMI trung bình 21,34 ± 3,04 kg/m^2; tuổi người hiến trung bình 34,5 ± 6,6 tuổi. HLA mismatch thường gặp là 3/6 và 4/6. Thời gian điều trị thay thế thận trước ghép trung vị 12 tháng và thời gian nằm viện trung vị 14 ngày. Các biến chứng sau ghép gồm thải ghép cấp 6,4%, thải ghép mạn 0,8%, nhiễm trùng nặng 29,2%, tử vong 1,3% và mất chức năng thận ghép 0,6%. Tăng huyết áp sau ghép gặp ở 46,9% và đái tháo đường sau ghép ở 15,0%. Cả phân tích đơn biến lẫn hồi quy đa biến gồm 112 bệnh nhân, đều cho kết quả BMI thấp hơn, khoảng cách tuổi người hiến–người nhận nhỏ hơn và chức năng thận của người hiến tốt hơn có liên quan với eGFR 3 tháng cao hơn. Phân tích kiểu hình chuyển hóa Tacrolimus cho thấy nhóm fast metabolizer (C/D ≤1,05) cần liều Tacrolimus cao hơn nhóm trung bình/chậm, đồng thời có nồng độ Tacrolimus lúc ra viện thấp hơn. Đáng chú ý, nhóm fast metabolizer có mức giảm eGFR lớn hơn trong giai đoạn 6–12 tháng; mối liên quan này vẫn tồn tại sau điều chỉnh đa biến, với chênh lệch ΔeGFR khoảng 7,56 mL/phút/1,73 m^2.

Kết luận: Chức năng thận ghép trong quần thể nghiên cứu nhìn chung được duy trì tương đối ổn định trong giai đoạn theo dõi. BMI của người nhận, khoảng cách tuổi giữa người hiến và người nhận và chức năng thận của thận hiến là những yếu tố liên quan độc lập với eGFR 3 tháng. Kiểu hình chuyển hóa Tacrolimus có liên quan đến diễn biến eGFR trong giai đoạn 6–12 tháng. Những phát hiện này cần được kiểm chứng trong các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.
Từ khóa: ghép thận; người hiến sống; chức năng thận ghép; eGFR; yếu tố liên quan; Tacrolimus; fast metabolizer.

ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHỨC NĂNG THẬN GHÉP Ở BỆNH NHÂN GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

BSCK2 Đặng Thanh Phương
Bệnh viện Quân y 175

ABSTRACT

Background: Kidney allograft function after transplantation is influenced by multiple factors related to the recipient, donor, immunological characteristics, and post- transplant treatment. Evaluating clinical characteristics and identifying factors associated with kidney allograft function are important for post-transplant monitoring and optimizing treatment outcomes. **Objectives:** (1) To describe the clinical and laboratory characteristics of kidney transplant recipients from living donors at Military Hospital 175; and (2) to analyze factors associated with kidney allograft function after transplantation.

Subjects and Methods: This retrospective descriptive study included all adult patients (≥18 years) who underwent their first kidney transplantation from a living donor and were followed up as outpatients at Military Hospital 175 from July 2023 to September 2026. Kidney allograft function was assessed using estimated glomerular filtration rate (eGFR) at 1, 3, 6, 12, and 24 months after transplantation. Factors associated with eGFR were analyzed using univariable correlation analysis and multivariable regression analysis.

Results: A total of 158 patients were included in the analysis. Males accounted for 65.8%, with a mean BMI of 21.34 ± 3.04 kg/m^2 and a mean donor age of 34.5 ± 6.6 years. The most common HLA mismatch levels were 3/6 and 4/6. The median duration of renal replacement therapy before transplantation was 12 months, and the median hospital stay was 14 days. Post-transplant complications included acute rejection in 6.4%, chronic rejection in 0.8%, severe infections in 29.2%, mortality in 1.3%, and kidney allograft failure in 0.6% of patients. Post-transplant hypertension occurred in 46.9%, while post-transplant diabetes mellitus occurred in 15.0%. Both univariable analysis and multivariable regression analysis involving 112 patients showed that lower BMI, a smaller donor–recipient age difference, and better donor kidney function were associated with higher eGFR at 3 months. Analysis of tacrolimus metabolic phenotypes showed that fast metabolizers (C/D ≤1.05) required higher tacrolimus doses than intermediate/slow metabolizers and had lower tacrolimus concentrations at hospital discharge. Notably, fast metabolizers showed a greater decline in eGFR during the 6–12-month period; this association remained significant after multivariable adjustment, with an approximately 7.56 mL/min/1.73 m^2 difference in ΔeGFR.

Conclusion: Kidney allograft function was generally maintained at a relatively stable level during the follow-up period in this study population. Recipient BMI, donor–recipient age difference, and donor kidney function were independently associated with eGFR at 3 months. Tacrolimus metabolic phenotype was associated with changes in eGFR during the 6–12-month period. These findings should be validated in studies with larger sample sizes and longer follow-up periods.

Keywords: kidney transplantation; living donor; kidney allograft function; eGFR; associated factors; tacrolimus; fast metabolizer.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ROBOT CẮT THẬN ĐỂ GHÉP TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

THÁI MINH SÂM[1,2], CHÂU QUÝ THUẬN[1] , HOÀNG KHẮC CHUẨN[1], NGÔ XUÂN THÁI[1,2], THÁI KINH LUÂN[1,2], TRẦN TRỌNG TRÍ[1], QUÁCH ĐÔ LA[1], NGUYỄN THÀNH TUÂN[1,2], TRƯƠNG HỒ TRỌNG TẤN[1], LÊ HỮU THUẬN[1], NGUYỄN NGỌC HÀ[1,2], PHẠM ĐỨC MINH[1,2]

[1] Bệnh viện Chợ Rẫy, TP. Hồ Chí Minh
[2] Bộ môn Tiết Niệu Học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Tác giả liên hệ: BS. Phạm Đức Minh
ĐT: (+84) 937 392 789 | Email: phamducminh159@gmail.com

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. PTNS Robot dần trở nên phổ biến trên thế giới giúp phẫu thuật viên khắc phục được những hạn chế so với PTNS truyền thống. Chúng tôi báo cáo kết quả PTNS Robot cắt thận để ghép từ người hiến sống và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật dựa trên phân tích Bayesian.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:
Tất cả người hiến sống được thực hiện PTNS Robot cắt thận để ghép tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 05/2018 đến 5/2025. Các biến số dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật, và biến chứng được ghi nhận. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật được phân tích hồi quy và dùng phương pháp Bayesian để xác định mô hình tối ưu.

Kết quả nghiên cứu:
Tất cả gồm 47 trường hợp được PTNS Robot cắt thận để ghép từ người hiến sống. Tuổi trung bình là 46,6 ± 10,0 tuổi (27 - 65 tuổi). BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là 23,2 ± 2,1 kg/m2 (22,6 - 28,9 kg/m2). Nam giới chiếm 45,1%, tỉ lệ lấy thận trái là 87,2%. Tỉ lệ mạch máu phức tạp là 21,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 200,7 ± 41,1 phút (120 – 300 phút), thời gian điều khiển Robot trung bình 140,1 ± 43,2 phút (70 – 240 phút). Lượng máu mất trung bình là 70,4 ± 40,1 ml (10 - 200ml). Biến chứng sau phẫu thuật là 4,2%. Dùng phương pháp Bayesian để xác định mô hình tiên lượng tối ưu cho thấy các kết quả phẫu thuật phụ thuộc vào hai yếu tố chính là đường cong học tập và cân nặng của người hiến. Thời gian phẫu thuật giảm 1,9 phút với mỗi trường hợp phẫu thuật tích lũy, thời gian phẫu thuật tăng 1,42 phút với mỗi kg tăng cân nặng sau khi hiệu chỉnh với cùng mức độ đường cong học tập. Hai yếu tố này giải thích được 41,2% các khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa các trường hợp.

Kết luận: Dự trên phương pháp phân tích Bayesian, hai yếu tố đường cong học tập và cân nặng của người hiến có tác động chính trong thời gian phẫu thuật nội soi Robot cắt thận để ghép từ người hiến sống.
Từ khoá: ghép thận, phẫu thuật nội soi, robot, cắt thận để ghép từ người hiến sống.

SURGICAL OUTCOMES IN ROBOTIC LIVING DONOR NEPHRECTOMY AT CHO RAY HOSPITAL

THÁI MINH SÂM[1,2], CHÂU QUÝ THUẬN[1] , HOÀNG KHẮC CHUẨN[1], NGÔ XUÂN THÁI[1,2], THÁI KINH LUÂN[1,2], TRẦN TRỌNG TRÍ[1], QUÁCH ĐÔ LA[1], NGUYỄN THÀNH TUÂN[1,2], TRƯƠNG HỒ TRỌNG TẤN[1], LÊ HỮU THUẬN[1], NGUYỄN NGỌC HÀ[1,2], PHẠM ĐỨC MINH[1,2]

[1] Bệnh viện Chợ Rẫy, TP. Hồ Chí Minh
[2] Bộ môn Tiết Niệu Học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Tác giả liên hệ: BS. Phạm Đức Minh
ĐT: (+84) 937 392 789 | Email: phamducminh159@gmail.com

ABSTRACT

Objective:

Laparoscopic nephrectomy for living donors is widely regarded as the standard procedure for kidney transplantation in numerous medical centers worldwide. Robotic living donor nephrectomy (RDN) is progressively gaining recognition globally, assisting surgeons in overcoming the constraints associated with the conventional approach. This study aimed to report the outcomes of robotic-assisted living donor nephrectomy and to analyze factors affecting surgical outcomes using Bayesian analysis.

Materials and Methods:

All the donors who underwent RDN at Cho Ray Hospital from May 2018 to May 2025 were recruited to study. The donors were selected by the Renal Transplantation Council of Cho Ray Hospital based on national donor criteria. Demographic, clinical, and paraclinical characteristics, as well as surgical outcomes and complications, were recorded. Factors associated with surgical outcomes were analyzed using regression analysis, and Bayesian methods were applied to determine the optimal predictive model.

Results:

A total of 47 living donors underwent RDN. The mean age was 46.6 ± 10.0 years (range: 27–65 years). The mean BMI was 23.2 ± 2.1 kg/m^2 (range: 22.6–28.9 kg/m^2). Male donors accounted for 45.1% of cases, and left nephrectomy was performed in 87.2%. Complex renal vasculature was observed in 21.3% of donors. The mean operative time was 200.7 ± 41.1 minutes (range: 120–300 minutes), with a mean robotic console time of 140.1 ± 43.2 minutes (range: 70–240 minutes). The mean estimated blood loss was 70.4 ± 40.1 mL (range: 10–200 mL). The postoperative complication rate was 4.2%. Bayesian analysis identified the optimal predictive model, showing that surgical outcomes were primarily influenced by two factors: the learning curve and donor body weight. Operative time decreased by 1.9 minutes with each additional accumulated surgical case, while it increased by 1.42 minutes for each kilogram increase in donor body weight after adjustment for the learning curve. These two factors explained 41.2% of the variability in operative time among cases.

Conclusion:

Based on Bayesian analysis, these results suggest a clear learning curve effect and higher patient body weight was associated with slightly longer operative times, indicating increased surgical complexity in heavier patients.

Key words: kidney transplantation, laparoscopy, robotic surgery, living donor nephrectomy.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GHÉP THẬN 3:
KẾT QUẢ GHÉP THẬN

KẾT QUẢ BAN ĐẦU GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Tác giả: Hội đồng ghép thận Bệnh viện Đà Nẵng

TÓM TẮT

MỞ ĐẦU: Ghép tạng là một trong 10 thành tựu y học lớn nhất của nhân loại trong thế kỷ 20, trong đó ghép thận là biện pháp điều trị thay thế thận suy tốt nhất. Bệnh viện Đà Nẵng đã tiến hành ca ghép thận từ người hiến sống đầu tiên vào tháng 3/2006 với sự hỗ trợ của các chuyên gia trong nước (đặc biệt là Bệnh viện Chợ Rẫy) và quốc tế. Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả ban đầu của 50 ca ghép thận từ người hiến sống được thực hiện tại Bệnh viện Đà Nẵng.

PHƯƠNG PHÁP: Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc trên các bệnh nhân được ghép thận từ người hiến sống tại Bệnh viện Đà Nẵng trong giai đoạn từ tháng 03/2006 đến tháng 8/2026. Các dữ liệu thu thập gồm: đặc điểm dịch tễ, quan hệ hiến – ghép, phương pháp lọc máu trước ghép, đặc điểm miễn dịch (HLA, PRA, phản ứng chéo), đặc điểm kỹ thuật ngoại khoa (bên lấy thận, vị trí đặt thận, số lượng động mạch), sự cải thiện các chỉ số sinh hóa, huyết học, huyết áp sau ghép 1 tháng so với trước ghép, cùng các biến cố ngoại khoa, biến chứng nội khoa (thải ghép, nhiễm trùng, chuyển hóa) và kết cục thận ghép/bệnh nhân.

KẾT QUẢ:

- **Đặc điểm đối tượng:** Tuổi trung bình người nhận là 27,76 ± 7,7 tuổi (54,7% nam), người hiến là 45,32 ± 11,03 tuổi (56,6% nữ) ($p < 0,05$). Người hiến có quan hệ cha mẹ – con chiếm 50,9% và anh chị em chiếm 47,2% (chiếm 98% tổng số người hiến). 92,5% người nhận lọc máu bằng thận nhân tạo trước ghép; 100% có phản ứng chéo âm tính; 92,5% có bất tương hợp HLA.
- **Đặc điểm ngoại khoa:** Thận hiến lấy bên trái chiếm 84,9%; 100% mảnh ghép được đặt vào hố chậu phải; mảnh ghép có 1 động mạch chiếm 81,1%, 2 động mạch chiếm 17,0% và 3 động mạch chiếm 1,9%.
- **Phục hồi chức năng sau 1 tháng (p < 0,001$:** Thể tích nước tiểu tăng từ 212 ± 91,12 lên 3190,63 ± 938,55 ml/24h; Urea máu giảm từ 36,72 ± 13,12 xuống 6,55 ± 2,64 mmol/L; Creatinine huyết thanh cải thiện ngoạn mục từ 1354,55 ± 423,33 xuống 100,97 ± 40,99 µmol/L; Hemoglobin tăng từ 70,34 ± 15,78 lên 130,53 ± 19,43 g/L; Huyết áp tâm thu và tâm trương kiểm soát tốt về mức 122,81 ± 1,85 mmHg và 75,63 ± 6,69 mmHg ($p < 0,05$).
- **Biến cố và kết cục:** Biến cố ngoại khoa xảy ra ở 4 trường hợp (8,0%), gồm 2 ca tụ máu quanh thận (3,8%), 1 ca tụ máu cơ thành bụng (1,9%) và 1 ca cắt bỏ thận ghép (1,9%) do bệnh vi mạch huyết khối (TMA) chảy máu tiếp diễn; không gặp biến chứng mạch máu hay rò/hẹp niệu quản. Về nội khoa: Có 2 ca thải ghép cấp tính (1 ca qua trung gian tế bào và 1 ca qua trung gian dịch thể được điều trị đáp ứng ổn định), không có thải ghép mạn; 3 ca (6,0%) bệnh thận IgA tái phát; 3 ca (6,0%) bệnh thận do BK virus; các bệnh nhiễm trùng thường gặp gồm viêm phổi vi khuẩn (9,4%), nhiễm trùng tiểu (9,4%), lao (3,8%), nấm Aspergillus (1,9%). Ghi nhận 1 trường hợp (1,9%) tử vong do nhiễm trùng huyết sau 3 tháng khi thận ghép vẫn còn chức năng. Các rối loạn chuyển hóa gồm đái tháo đường (8,0%), gút (4,0%), rối loạn lipid máu (6,0%).

KẾT LUẬN: Ghép thận từ người hiến sống tại Bệnh viện Đà Nẵng bước đầu đạt kết quả thành công và an toàn, nguồn tạng hiến chủ yếu từ người thân cùng huyết thống (98%). Chức năng thận ghép, tình trạng thiếu máu và huyết áp sau ghép được phục hồi và bảo tồn tốt. Tỷ lệ biến cố ngoại khoa và thải ghép cấp thấp, được kiểm soát hiệu quả.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÀ THEO DÕI GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN: KINH NGHIỆM 11 NĂM (2015–2026)

BSCK2. Trần Ngọc Tuấn
BV TW Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật và theo dõi ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2015–2026.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu mô tả trên toàn bộ 48 cặp ghép thận từ người cho sống, được thực hiện từ tháng 9/2015 đến tháng 8/2026.

Kết quả: Tuổi trung bình của người nhận và người hiến lần lượt là 34,1 ± 8,3 và 43,44 ± 12,23 tuổi. Tất cả cặp ghép tương hợp nhóm máu ABO; hòa hợp HLA 3–4/6 locus chiếm 77,1% và 83,3% người nhận được điều trị dẫn nhập bằng basiliximab. Thận trái được lấy ở 72,9% trường hợp. Trong 19 trường hợp dự kiến lấy thận nội soi, 17 trường hợp hoàn thành nội soi và 2 trường hợp phải chuyển mổ mở do chảy máu; không ghi nhận tử vong ở người hiến. Tất cả thận ghép có nước tiểu ngay sau tái tưới máu; chức năng thận ghép chậm hồi phục gặp ở 2 trường hợp (4,2%). Khối dịch quanh thận được ghi nhận ở 5 trường hợp (10,4%), tụ máu quanh thận ở 1 trường hợp (2,1%) và 3 trường hợp (6,3%) phải phẫu thuật lại. Creatinin huyết thanh giảm từ 765,04 ± 234,33 µmol/L trước ghép xuống 113,97 ± 43,12 µmol/L vào ngày thứ 7. Thời gian theo dõi trung bình là 6,11 ± 3,21 năm; 29 người bệnh (60,4%) được theo dõi từ 5 năm trở lên. Tại lần cập nhật cuối, 37 người bệnh (77,1%) còn được theo dõi liên tục tại trung tâm và 47/48 người bệnh còn sống.

Kết luận: Ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho kết quả phục hồi chức năng thận sớm thuận lợi. Các tai biến và biến chứng ngoại khoa được xử trí thành công, không ghi nhận tử vong hậu phẫu. Việc đánh giá kết quả dài hạn còn hạn chế do số người có dữ liệu giảm theo thời gian.

Từ khóa: Ghép thận; người hiến sống; biến chứng ngoại khoa; chức năng thận ghép.

SURGICAL OUTCOMES AND FOLLOW-UP OF LIVING-DONOR KIDNEY TRANSPLANTATION AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL: AN 11-YEAR EXPERIENCE FROM 2015 TO 2026

BSCK2. Trần Ngọc Tuấn
BV TW Thái Nguyên

ABSTRACT

Objective: To evaluate the surgical outcomes and follow-up of living-donor kidney transplantation at Thai Nguyen Central Hospital between 2015 and 2026.

Methods: This retrospective descriptive cohort study included all 48 living kidney donor–recipient pairs who underwent transplantation between September 2015 and August 2026.

Results: The mean ages of the recipients and donors were 34.1 ± 8.3 and 43.44 ± 12.23 years, respectively. All donor–recipient pairs were ABO-compatible; three or four of six HLA antigens were matched in 77.1% of cases, and 83.3% of recipients received basiliximab induction therapy. Left donor nephrectomy was performed in 72.9% of cases. Of 19 planned laparoscopic donor nephrectomies, 17 were completed laparoscopically and two were converted to open surgery because of intraoperative bleeding; no donor deaths occurred. All grafts produced urine immediately after reperfusion. Delayed graft function occurred in two recipients (4.2%). Perigraft fluid collection was recorded in five recipients (10.4%), perigraft hematoma in one (2.1%), and three recipients (6.3%) required reoperation. Mean serum creatinine decreased from 765.04 ± 234.33 µmol/L before transplantation to 113.97 ± 43.12 µmol/L on postoperative day 7. The mean follow-up duration was 6.11 ± 3.21 years, and 29 recipients (60.4%) were followed for at least five years. At the final data update, 37 recipients (77.1%) remained under continuous follow-up at the transplant center, and 47 of 48 recipients were alive.

Conclusion: Living-donor kidney transplantation at Thai Nguyen Central Hospital was associated with favorable early recovery of graft function. Surgical adverse events and postoperative complications were successfully managed, with no perioperative deaths. The assessment of long-term outcomes was limited by the decreasing number of recipients with available follow-up data over time..

Keywords: Kidney transplantation; living donor; surgical complications; graft function.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GHÉP THẬN 4:
THẢO LUẬN CA LÂM SÀNG 3:
QUẢN LÝ BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU VÀ TIẾT NIỆU

CA LÂM SÀNG TẮC HOÀN TOÀN ĐỘNG MẠCH CHẬU NGOÀI SAU GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

NGUYỄN VĂN KHẨN [1] , NGUYỄN VIỆT CƯỜNG [1] , NGÔ TRỌNG VINH [2] , NGUYỄN TRƯƠNG TRỌNG NGHĨA [3]*

TÓM TẮT

Tắc động mạch chậu ngoài sau ghép thận là biến chứng hiếm gặp nhưng có thể đe dọa chức năng thận ghép và tưới máu chi dưới. Tuy nhiên, tắc hoàn toàn động mạch chậu ngoài mà không gây thiếu máu chi hoặc suy giảm chức năng thận ghép là trường hợp đặc biệt, đặt ra vấn đề cân nhắc giữa tái thông mạch và điều trị bảo tồn với thuốc kháng đông. Báo cáo này trình bày trường hợp một bệnh nhân nam 45 tuổi, ghép thận năm thứ 7, được ghép thận trái với 2 động mạch từ người cho sống. Sau ghép, bệnh nhân ổn định với chức năng thận tốt. Ngày thứ 3 hậu phẫu, siêu âm Doppler và chụp CT mạch phát hiện tắc hoàn toàn động mạch chậu ngoài bên ghép, trong khi bệnh nhân không có triệu chứng thiếu máu chi, chi ấm, mạch ngoại biên còn bắt được nhờ tuần hoàn bàng hệ, chỉ số ABI không giảm đáng kể. Chức năng thận ghép được duy trì ổn định với creatinin giảm dần. Chúng tôi điều trị bảo tồn bằng thuốc kháng đông, theo dõi sát mà không can thiệp tái thông mạch ngay. Quá trình điều trị có biến chứng chảy máu liên quan thuốc kháng đông, buộc phải điều chỉnh liều và kiểm soát chảy máu, sau đó tiếp tục kháng đông với mục tiêu liều thấp hơn. Theo dõi hình ảnh học cho thấy huyết khối không tiến triển, tuần hoàn chi và chức năng thận ghép được bảo toàn. Trường hợp này nhấn mạnh vai trò của phát hiện sớm, lựa chọn điều trị bảo tồn hợp lý và cân bằng nguy cơ xuất huyết trong quản lý biến chứng tắc động mạch sau ghép thận. **Từ khóa:** ghép thận; tắc động mạch chậu ngoài; bóc tách nội mạc; thuốc kháng đông.

ABSTRACT

External iliac artery occlusion after kidney transplantation is a rare complication that may threaten both renal allograft function and lower-limb perfusion. However, complete occlusion of the external iliac artery without limb ischemia or impairment of renal allograft function is an unusual clinical scenario, raising the dilemma of whether to pursue revascularization or adopt conservative management with anticoagulation. We report the case of a 45-year-old man who underwent kidney transplantation 7 years previously, receiving a left renal allograft from a living donor with two renal arteries. Following transplantation, the patient remained clinically stable with good renal allograft function. On postoperative day 3, Doppler ultrasonography and CT angiography revealed complete occlusion of the external iliac artery on the graft side. Despite the arterial occlusion, the patient had no clinical signs of limb ischemia; the limb remained warm, peripheral pulses were detectable due to collateral circulation, and the ankle-brachial index (ABI) showed no significant reduction. Renal allograft function remained stable, with a gradual decline in serum creatinine levels. Conservative management with anticoagulation and close monitoring was therefore chosen, without immediate revascularization. During treatment, anticoagulation-related bleeding occurred, requiring dose adjustment and bleeding control. Anticoagulation was subsequently resumed at a lower target intensity. Serial imaging demonstrated no progression of the thrombus, while limb perfusion and renal allograft function were preserved. This case highlights the importance of early detection, appropriate selection of conservative management, and careful balancing of bleeding risk in the management of arterial occlusion following kidney transplantation. **Keywords:** kidney transplantation; external iliac artery occlusion; endarterectomy; anticoagulation.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP: CẦU NỐI MẠCH MÁU ĐIỀU TRỊ TẮC NGHẼN KHÚC NỐI BỂ THẬN – NIỆU QUẢN TRÊN THẬN GHÉP DO ĐỘNG MẠCH THẬN PHỤ CHÈN ÉP

TUE MINH VO[1], HUNG NGOC PHAM[2], HUU THIEN TO, NGOC ANH NGUYEN, DUNG DUC NGUYEN[1]*
ĐƠN VỊ CÔNG TÁC

[1] Khoa Ngoại Lồng ngực – Tim mạch, Bệnh viện Trung ương Huế, Huế, Việt Nam
[2] Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Trung ương Huế, Huế, Việt Nam
*Tác giả liên hệ: Nguyễn Đức Dũng, ducdungsoi@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chèn ép từ bên ngoài do một động mạch thận phụ bắt chéo là nguyên nhân hiếm gặp gây tắc nghẽn khúc nối bể thận – niệu quản trên thận ghép. Việc chuyển hướng đường đi của mạch máu có thể là một lựa chọn thay thế cho tạo hình niệu quản khi tình trạng chèn ép còn có khả năng hồi phục.

Mô tả trường hợp: Một phụ nữ 24 tuổi xuất hiện thận ứ nước tái diễn sau ghép thận từ người hiến sống với thận ghép có hai động mạch. Sau lần rút thông niệu quản đầu tiên, bệnh nhân đau vùng trên xương mu bên trái và creatinin huyết thanh tăng từ 80 lên 231 µmol/L. Các lần đặt thông niệu quản tiếp theo giúp cải thiện dẫn lưu, nhưng thận ứ nước nặng lên sau khi rút thông, dù creatinin tương đối ổn định trong khoảng thời gian không đặt thông cuối cùng. Chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang cho thấy thận ứ nước độ III và một động mạch phụ cực dưới bắt chéo qua khúc nối bể thận – niệu quản. Mổ lại xác nhận có chèn ép, và việc cắt rời động mạch đã lập tức phục hồi dẫn lưu nước tiểu. Tình trạng dính nhiều khiến không thể di chuyển miệng nối động mạch ban đầu. Tái lập tưới máu được thực hiện bằng cầu nối tĩnh mạch hiển lớn tự thân đảo chiều, đi từ động mạch chậu ngoài đến động mạch thận phụ, với đường đi tránh xa niệu quản. Không cần tạo hình niệu quản hay đặt thông niệu quản. Creatinin huyết thanh đạt trị số thấp nhất sau mổ là 90,4 µmol/L. Sau chín tháng, thận ứ nước đã hết và cầu nối vẫn thông tốt.

Kết luận: Ở một số bệnh nhân ghép thận được lựa chọn, việc điều chỉnh tương quan mạch máu gây tắc nghẽn có thể phục hồi dẫn lưu, đồng thời bảo tồn tưới máu cực dưới và sự liên tục của niệu quản. Cần theo dõi lâu hơn để khẳng định tính bền vững của kết quả.

Từ khóa: ghép thận; tắc nghẽn khúc nối bể thận – niệu quản; động mạch thận phụ; cầu nối tĩnh mạch hiển; báo cáo trường hợp

CASE REPORT: VASCULAR BYPASS FOR TRANSPLANT URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION CAUSED BY AN ACCESSORY RENAL ARTERY

TUE MINH VO[1], HUNG NGOC PHAM[2], HUU THIEN TO, NGOC ANH NGUYEN, DUNG DUC NGUYEN[1]*
ĐƠN VỊ CÔNG TÁC

[1] Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Hue Central Hospital, Hue, Vietnam
[2] Department of Urology, Hue Central Hospital, Hue, Vietnam
*Correspondence: Dung Duc Nguyen, ducdungsoi@gmail.com

ABSTRACT

Background: External compression by a crossing accessory renal artery is an uncommon cause of transplant ureteropelvic junction obstruction. Vascular rerouting may offer an alternative to ureteral reconstruction when compression is reversible.

Case presentation: A 24-year-old woman developed recurrent hydronephrosis after living-donor kidney transplantation involving two renal arteries. The first ureteral stent removal was followed by left suprapubic pain and an increase in serum creatinine from 80 to 231 μmol/L. Subsequent stenting improved drainage, but hydronephrosis worsened after removal despite relatively stable creatinine during the final unstented interval. Contrast-enhanced computed tomography demonstrated grade III hydronephrosis and a lower-pole accessory artery crossing the ureteropelvic junction. Reoperation confirmed compression, and arterial division immediately restored urinary drainage. Dense adhesions prevented relocation of the original arterial anastomosis. Revascularization was achieved using a reversed autologous great saphenous vein bypass from the external iliac artery to the accessory renal artery, routed away from the ureter. No ureteral reconstruction or stenting was required. Serum creatinine reached a postoperative nadir of 90.4 μmol/L. At nine months, hydronephrosis had resolved and the bypass remained patent.

Conclusion: In selected transplant recipients, correction of an obstructing vascular relationship may restore drainage while preserving lower-pole perfusion and ureteral continuity. Longer follow-up is required to establish durability.

Keywords: kidney transplantation; ureteropelvic junction obstruction; accessory renal artery; saphenous vein bypass; case report

KINH NGHIỆM BƯỚC ĐẦU TRONG XỬ TRÍ MẠCH MÁU Ở BỆNH NHÂN GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

ĐỖ KIM QUẾ, LÝ VĂN QUẢNG, HẠ KỲ VĂN
KHOA NGOẠI TIẾT NIỆU - NAM HỌC, BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm người nhận, giải phẫu mạch máu và các kỹ thuật xử trí từ lấy thận, chuẩn bị cuống mạch trên bàn rửa đến ghép; đồng thời đánh giá kết quả sớm và biến chứng của 32 trường hợp ghép thận đầu tiên tại Bệnh viện Thống Nhất.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 32 người nhận thận từ tháng 5/2022 đến tháng 9/2026. Các biến số gồm tuổi, giới, nguyên nhân suy thận, nguồn và bên thận lấy, giải phẫu cuống mạch, kỹ thuật xử trí trên bàn rửa và ở người nhận, thời gian thiếu máu - khâu nối, creatinin ngày thứ 5, Doppler ngày thứ nhất sau ghép nếu có và các biến chứng sớm. Số liệu được trình bày bằng thống kê mô tả theo số trường hợp có dữ liệu; dữ liệu thiếu không được thay thế.

Kết quả: Tuổi trung bình người nhận là 36,7 ± 10,5 tuổi; tỷ lệ nam/nữ là 17:15. Mẫu nghiên cứu gồm 28 thận trái (87,5%) và 4 thận phải (12,5%); 30 thận có 1 động mạch (93,8%) và 2 thận có 2 động mạch (6,3%). Tất cả miệng nối đều được thực hiện tận-bên với mạch chậu ngoài. Kỹ thuật nông hóa tĩnh mạch chậu ngoài được áp dụng ở 27/32 trường hợp (84,4%). Thời gian khâu động mạch và tĩnh mạch trung bình lần lượt là 15,2 ± 5,9 và 15,5 ± 6,0 phút; thời gian thiếu máu ấm khi ghép là 40,2 ± 10,7 phút. Tất cả thận ghép tưới máu tốt và có nước tiểu ngay sau mở kẹp. Creatinin ngày thứ 5 trung bình 97,0 ± 25,9 µmol/L. Siêu âm Doppler ngày 1 ghi nhận dòng máu thông suốt, chỉ số sức cản (RI) gian thùy chủ yếu từ 0,65–0,70. Không có trường hợp nào gặp biến chứng huyết khối, hẹp mạch hay chảy máu miệng nối phải mổ lại. Có 3 ca (9,4%) mổ lại do nguyên nhân ngoài mạch máu (2 ca lấy máu cục sau 2 tuần, 1 ca hẹp niệu quản).

Kết luận: Quy trình xử trí mạch máu theo từng giai đoạn mang lại kết quả kỹ thuật sớm thuận lợi và an toàn. Tuy nhiên, cần chuẩn hóa và theo dõi tiến cứu dài hạn để đánh giá đầy đủ nguy cơ hẹp mạch không triệu chứng và các biến chứng muộn.

Từ khóa: ghép thận; lấy thận phải; nhiều động mạch thận; nông hóa tĩnh mạch chậu ngoài; biến chứng mạch máu.

INITIAL EXPERIENCE IN VASCULAR MANAGEMENT OF KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS AT THONG NHAT HOSPITAL

DO KIM QUE, LY VAN QUANG, HA KY VAN
KHOA NGOẠI TIẾT NIỆU - NAM HỌC, BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

ABSTRACT

Objective: To describe recipient characteristics, graft vascular anatomy, and vascular management from procurement and back-table preparation to implantation, and to evaluate early outcomes and complications in the first 32 kidney transplants performed at Thong Nhat Hospital.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 32 kidney transplant recipients from May 2022 to September 2026. Variables included age, sex, cause of renal failure, donor source and side of the harvested kidney, vascular pedicle anatomy, vascular management techniques on the back table and in the recipient, ischemia and anastomosis times, creatinine on day 5, Doppler ultrasonography on the first day after transplantation when available, and early complications. Data were presented using descriptive statistics according to the number of cases with available data; missing data were not imputed.

Results: The mean age of the recipients was 36.7 ± 10.5 years; the male/female ratio was 17:15. The study sample included 28 left kidneys (87.5%) and 4 right kidneys (12.5%); 30 kidneys had 1 artery (93.8%) and 2 kidneys had 2 arteries (6.3%). All anastomoses were performed end-to-side with the external iliac vessels. The technique of superficialization of the external iliac vein was applied in 27/32 cases (84.4%). The mean arterial and venous suturing times were 15.2 ± 5.9 and 15.5 ± 6.0 minutes, respectively; the second warm ischemia time was 40.2 ± 10.7 minutes. All grafts were well perfused and produced urine immediately after clamp release. The mean serum creatinine on day 5 was 97.0 ± 25.9 µmol/L. Doppler ultrasonography on day 1 showed patent blood flow, with the interlobar resistive index (RI) mainly ranging from 0.65–0.70. There were no cases of graft vessel thrombosis, clinically significant stenosis, or anastomotic bleeding requiring reoperation. Three reoperations (9.4%) were due to non-vascular causes (2 hematoma evacuations at 2 weeks, 1 case of ureteral stricture).

Conclusion: The vascular management process at each stage resulted in favorable and safe early technical outcomes. However, standardization and long-term prospective follow-up are needed to fully assess the risk of asymptomatic vascular stenosis and late complications.

Keywords: kidney transplantation; right kidney procurement; multiple renal arteries; external iliac vein superficialization; vascular complications.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

NỘI KHOA GHÉP THẬN 1: QUẢN LÝ BỆNH NHÂN VÀ SỬ DỤNG UCMD TRONG GHÉP THẬN

CÁ THỂ HÓA ĐIỀU TRỊ DẪN NHẬP VÀ DUY TRÌ TRONG GHÉP THẬN

TS. Nguyễn Thế Cường
BV HN Việt Đức

TÓM TẮT

Ghép thận là phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh thận giai đoạn cuối, tuy nhiên kết quả lâu dài của mảnh ghép vẫn bị ảnh hưởng bởi nguy cơ thải ghép, nhiễm trùng, ung thư và độc tính của thuốc ức chế miễn dịch. Xu hướng hiện nay là cá thể hóa điều trị dẫn nhập và duy trì nhằm đạt được sự cân bằng giữa hiệu quả chống thải ghép và tính an toàn. Lựa chọn điều trị dẫn nhập cần dựa trên nguy cơ miễn dịch của người nhận, đặc điểm người hiến và các bệnh đồng mắc. Globulin kháng thymocyte thỏ (rATG) được ưu tiên ở bệnh nhân nguy cơ miễn dịch cao, ghép lại hoặc ghép không tương hợp HLA/ABO, trong khi thuốc đối kháng thụ thể interleukin-2 phù hợp với nhóm nguy cơ thấp. Điều trị duy trì vẫn dựa trên thuốc ức chế calcineurin, mycophenolate và corticosteroid, nhưng ngày càng được điều chỉnh theo nguy cơ miễn dịch, tiền sử nhiễm trùng, chức năng thận, bệnh lý tim mạch – chuyển hóa và độc tính của thuốc.

Những tiến bộ gần đây trong theo dõi nồng độ thuốc điều trị (TDM), giám sát kháng thể đặc hiệu người hiến (DSA), DNA tự do có nguồn gốc từ người hiến (dd-cfDNA), sinh thiết theo chương trình và chẩn đoán phân tử giúp phát hiện sớm tổn thương mảnh ghép và tối ưu hóa điều trị. Đồng thời, các công cụ mới như phân tích HLA eplet mismatch, dược lý di truyền và các dấu ấn sinh học miễn dịch đang nâng cao khả năng phân tầng nguy cơ và hỗ trợ xây dựng phác đồ cá thể hóa. Các bằng chứng hiện nay cho thấy chiến lược điều trị động, điều chỉnh theo sự thay đổi của nguy cơ miễn dịch trong suốt quá trình theo dõi, có tiềm năng cải thiện thời gian sống của mảnh ghép, giảm biến chứng nhiễm trùng và nâng cao kết quả ghép thận lâu dài.

Từ khóa: ghép thận; điều trị dẫn nhập; điều trị duy trì; cá thể hóa; ức chế miễn dịch; DSA; dd-cfDNA.

CÁ THỂ HÓA ĐIỀU TRỊ DẪN NHẬP VÀ DUY TRÌ TRONG GHÉP THẬN

TS. Nguyễn Thế Cường
BV HN Việt Đức

ABSTRACT

Kidney transplantation remains the optimal treatment for end-stage kidney disease; however, long-term graft survival continues to be limited by the competing risks of rejection, infection, malignancy, and drug-related toxicity. Personalized immunosuppressive therapy has emerged as a cornerstone of modern kidney transplantation, aiming to balance immunological protection with minimization of treatment-related complications. Induction therapy should be tailored according to the recipient's immunological risk, donor characteristics, and comorbidities. Lymphocyte-depleting agents, particularly rabbit antithymocyte globulin (rATG), are preferred for highly sensitized recipients, retransplantation, ABO- or HLA-incompatible transplantation, and delayed graft function, whereas interleukin-2 receptor antagonists remain appropriate for low-risk recipients.

Maintenance immunosuppression continues to rely on calcineurin inhibitors, mycophenolate, and corticosteroids; however, individualized adjustment based on immunological risk, infection history, cardiovascular and metabolic profiles, and drug toxicity has become increasingly important. Recent advances in therapeutic drug monitoring, donor-specific antibody (DSA) surveillance, donor-derived cell-free DNA (dd-cfDNA), protocol biopsy, and molecular diagnostics enable earlier detection of allograft injury and facilitate precision-guided immunosuppression. Novel approaches, including HLA eplet mismatch analysis, pharmacogenomics, immune phenotyping, and biomarkers of immune activation, are improving risk stratification before and after transplantation. Furthermore, emerging immunosuppressive agents, including costimulation blockade and therapies targeting B cells and plasma cells, provide additional options for selected high-risk recipients. Current evidence supports a dynamic, patient-centered strategy in which induction and maintenance immunosuppression are continuously adjusted according to changing immunological risk rather than following a uniform protocol. Integrating clinical characteristics with immunological, molecular, and pharmacological biomarkers is expected to optimize graft survival while reducing infectious complications, malignancy, and drug-related adverse events, representing the future direction of precision medicine in kidney transplantation.

Keywords: kidney transplantation; personalized immunosuppression; induction therapy; maintenance immunosuppression; therapeutic drug monitoring; donor-specific antibody; donor- derived cell-free DNA.

THAI KỲ
VÀ GHÉP TẠNG ĐẶC – CẬP NHẬT

Prof. Vincent Lee
Westmead Hospital

TÓM TẮT

Ghép tạng là phương pháp điều trị thiết yếu cho bệnh nhân suy tạng. Nhờ những cải thiện đáng kể về kết quả ghép tạng đặc, người nhận ghép hiện nay có thể mang thai và sinh con khỏe mạnh, phát triển bình thường. Để tối ưu hóa các kết quả này, việc tư vấn tiền sản toàn diện là điều cần thiết. Việc tư vấn này cần đề cập đến các nguy cơ cụ thể đối với mẹ và thai nhi, thời điểm lý tưởng để thụ thai, quản lý thai kỳ, các quy trình theo dõi và chăm sóc hậu sản.

An toàn thuốc cũng là yếu tố then chốt. Các thuốc ức chế miễn dịch sử dụng trong thai kỳ phải hoàn toàn an toàn cho cả mẹ và con, do đó việc lên kế hoạch trước và ngừng các thuốc gây quái thai - như mycophenolate - trước khi thụ thai một thời gian đủ dài là rất quan trọng. Hơn nữa, vì thai kỳ có thể ảnh hưởng đến chức năng mảnh ghép, và một mảnh ghép hoạt động kém cũng có thể ảnh hưởng xấu đến kết quả thai kỳ, nên việc quản lý cần có sự theo dõi y tế chặt chẽ, lấy nguyện vọng chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân làm trung tâm.

PREGNANCY AND SOLID ORGAN TRANSPLANTATION – AN UPDATE

ABSTRACT

Organ transplantation is a vital treatment for patients with organ failure. Due to significant improvements in solid organ transplant outcomes, recipients can now successfully conceive and deliver healthy, normally developed babies. To optimize these outcomes, comprehensive preconception counseling is essential. This counseling should address specific maternal and fetal risks, ideal timing for conception, pregnancy management, monitoring protocols, and postpartum care.

Medication safety is also paramount. Immunosuppressants used during pregnancy must be entirely safe for both mother and child, making it critical to plan ahead and discontinue teratogenic medications—such as mycophenolate—well before conception. Furthermore, because pregnancy can impact transplant function, and a poorly functioning allograft can adversely affect pregnancy outcomes, management must involve close medical oversight centered around the healthcare preferences of the patient.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

NỘI KHOA GHÉP THẬN 2: THẢO LUẬN CA LÂM SÀNG (THẢI GHÉP VÀ NHIỄM TRÙNG SAU GHÉP)

NHIỄM BK VIRUS VÀ HẸP NIỆU QUẢN GÂY THẬN Ứ NƯỚC SAU GHÉP THẬN THÁNG THỨ 3: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

NGUYỄN BÁCH, VŨ ĐỨC NAM, PHẠM THỊ LAN HƯƠNG, HOÀNG DUY THÁI, THÁI MINH SÂM

Mở đầu:

Nhiễm BK virus (BKV) và hẹp niệu quản gây ứ nước thận ghép là nguyên nhân gây suy giảm chức năng thận ghép, đặc biệt trong giai đoạn sớm sau ghép. Chẩn đoán được các biến chứng này giúp xử trí phù hợp để bảo tồn chức năng thận ghép. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng bệnh nhân nữ được ghép thận đón đầu từ người hiến sống là mẹ ruột, HLA mismatch 2/6. Phẫu thuật diễn ra thuận lợi, sonde JJ được rút sau hơn 1 tháng. Chức năng thận ghép ban đầu ổn định với creatinine huyết thanh nền khoảng 90 µmol/L với thuốc ức chế miễn dịch Tacrolymus - Mycophenolate Mofetyl. Vào tháng thứ 3, creatinine tăng dần, đạt đỉnh 236 µmol/, siêu âm định kỳ ghi nhận ứ nước thận ghép. Đồng thời tải lượng BKV máu tăng từ 7×10^3 lên $8,8 \times 10^6$ copies/mL. Sinh thiết thận ghép xác định bệnh thận ghép do BK. Bệnh nhân đã được xử trí đặt lại sonde JJ thành công và đổi phác đồ ức chế miễn dịch Tacrolymus - Sirolimus. Kết quả chức năng thận ghép cải thiện và tải lượng BKV giảm dần vào tháng thứ 5 sau ghép.

Kết luận:

Biến chứng ngoại khoa và nội khoa có thể xảy ra cùng lúc gây suy giảm chức năng thận ghép sớm. Chẩn đoán chính xác 2 nguyên nhân này có thể giúp xử trí phù hợp để phục hồi chức năng thận ghép.

Từ khóa: Nhiễm BK, hẹp niệu quản thận ghép

BK VIRUS INFECTION AND URETERAL STENOSIS CAUSING HYDRONEPHROSIS IN THE THIRD MONTH POST-KIDNEY TRANSPLANTATION: A CASE REPORT

NGUYEN BACH, VU DUC NAM, PHAM THI LAN HUONG, HOANG DUY THAI, THAI MINH SAM

Background:
BK virus (BKV) infection and ureteral stenosis-induced allograft hydronephrosis are significant causes of kidney allograft dysfunction, particularly in the early post-transplant period. Prompt diagnosis of these complications facilitates appropriate management to preserve allograft function. Case Presentation: We report the case of a female patient who underwent a preemptive living-donor kidney transplantation from her biological mother, with a human leukocyte antigen (HLA) mismatch of 2/6. The surgical procedure was uneventful, and the double-J (JJ) stent was removed after more than one month. Initial allograft function was stable, with a baseline serum creatinine of approximately 90 µmol/L under a maintenance immunosuppressive regimen of Tacrolimus and Mycophenolate Mofetil. In the third month post-transplantation, her serum creatinine progressively increased, peaking at 236 µmol/L. Routine ultrasonography revealed allograft hydronephrosis. Concurrently, the plasma BKV viral load escalated from 7×10^3 to 8.8×10^6 copies/mL. An allograft biopsy confirmed BK virus nephropathy (BKVN). The patient was successfully managed with the reinsertion of a JJ stent, and her immunosuppressive regimen was switched to Tacrolimus and Sirolimus. By the fifth month post-transplantation, allograft function had improved, and the BKV viral load had progressively declined.

Conclusion:
Surgical and medical complications can occur simultaneously, leading to early kidney allograft dysfunction. Accurate diagnosis of both etiologies enables appropriate interventions to restore and preserve allograft function.

Keywords: BK polyomavirus; ureteral stenosis

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 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 ± 10,2 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.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

NỘI KHOA GHÉP THẬN 3: MỘT SỐ VẤN ĐỀ NỘI KHOA KHÁC TRONG GHÉP THẬN

TÁN HUYẾT VI MẠCH HUYẾT KHỐI VÀ HỘI CHỨNG TÁN HUYẾT TĂNG URE HUYẾT KHÔNG ĐIỂN HÌNH (AHUS) SAU GHÉP THẬN: CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

THROMBOTIC MICROANGIOPATHY AND ATYPICAL HEMOLYTIC UREMIC SYNDROME AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION: AN UPDATED REVIEW

Nguyễn Thị Hương
Trung tâm Thận – Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội, 2026

TÓM TẮT

Tán huyết vi mạch huyết khối (thrombotic microangiopathy - TMA) sau ghép thận là một biến chứng nặng, có thể biểu hiện dưới hai thể: tái phát của hội chứng tán huyết tăng ure huyết không điển hình (atypical hemolytic uremic syndrome - aHUS) đã có từ trước ghép, hoặc mới phát (de novo) trên nền các yếu tố khởi phát mắc phải sau ghép. Cơ chế bệnh sinh cốt lõi là tình trạng hoạt hóa quá mức con đường bổ thể thay thế, do đột biến di truyền (gain-of-function ở C3, CFB; loss-of-function ở CFH, CFI, MCP), do tự kháng thể kháng yếu tố H (anti-CFH), hoặc do cả hai kết hợp với một yếu tố khởi phát (nhiễm trùng, thuốc ức chế miễn dịch, thiếu máu-tái tưới máu).

aHUS vẫn là chẩn đoán loại trừ: cần loại trừ hội chứng tan máu tăng ure huyết do Shiga-toxin (STEC-HUS), ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối (TTP), thải ghép trung gian kháng thể (AMR) và ngộ độc thuốc ức chế calcineurin ... trước khi kết luận. Nguy cơ tái phát sau ghép phụ thuộc chủ yếu vào loại đột biến bổ thể, với các đột biến protein huyết tương (CFH, CFI, CFB, C3) mang nguy cơ tái phát và mất mảnh ghép cao hơn nhiều so với đột biến protein màng (MCP, THBD). Liệu pháp trao đổi huyết tương có vai trò hạn chế trong kiểm soát lâu dài, trong khi thuốc ức chế bổ thể tận cùng (eculizumab, ravulizumab), đặc biệt khi dùng dự phòng quanh thời điểm ghép ở nhóm nguy cơ trung bình-cao, đã cải thiện rõ rệt tỷ lệ sống còn mảnh ghép. Bài tổng quan này cập nhật cơ chế bệnh sinh, tiếp cận chẩn đoán phân biệt, chiến lược tầm soát người nhận và người hiến, cùng các khuyến cáo điều trị-dự phòng hiện hành theo KDIGO đối với TMA/aHUS liên quan ghép thận.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

NỘI KHOA GHÉP THẬN 4: MỘT SỐ VẤN ĐỀ NỘI KHOA KHÁC TRONG GHÉP THẬN

NỒNG ĐỘ CORTISOL HUYẾT THANH VÀ HIỂU BIẾT VỀ "QUY TẮC NGÀY ỐM" Ở BỆNH NHÂN SAU GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

BS. Phạm Ngọc Sơn
BV Đà Nẵng

Đặt vấn đề: Suy vỏ thượng thận do sử dụng glucocorticoid kéo dài là một vấn đề đáng lưu ý ở bệnh nhân ghép thận. Việc phát hiện suy vỏ thượng thận có thể gặp khó khăn do triệu chứng không đặc hiệu, trong khi tình trạng thiếu cortisol có thể dẫn đến nguy cơ suy thượng thận cấp khi bệnh nhân gặp stress hoặc ngừng glucocorticoid đột ngột. Nồng độ cortisol huyết thanh buổi sáng có thể được sử dụng để sàng lọc suy vỏ thượng thận. Đồng thời, hiểu biết của bệnh nhân về "quy tắc ngày ốm" có vai trò quan trọng trong dự phòng các biến cố liên quan đến thiếu glucocorticoid.

Mục tiêu: Xác định nồng độ cortisol huyết thanh buổi sáng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau ghép thận; đánh giá hiểu biết của bệnh nhân về "quy tắc ngày ốm".

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 45 bệnh nhân ≥18 tuổi, ghép thận ít nhất 6 tháng, có chức năng thận ghép ổn định và đang duy trì prednisolone 5 mg/ngày hoặc tương đương, được tái khám tại Phòng khám Ghép tạng, Bệnh viện Đà Nẵng. Cortisol huyết thanh được định lượng lúc 8 giờ sáng. Bệnh nhân được phân nhóm theo nồng độ cortisol: <130 nmol/L, 130–288 nmol/L và >288 nmol/L. Hiểu biết về "quy tắc ngày ốm" được đánh giá bằng bộ 8 câu hỏi.

Kết quả: Tuổi trung vị của bệnh nhân là 39 tuổi; 64,4% là nam. Thời gian sau ghép trung bình là 68,73 ± 28,63 tháng và 95,6% bệnh nhân sử dụng phác đồ ức chế miễn dịch gồm thuốc ức chế calcineurin, mycophenolate mofetil và prednisolone. Nồng độ cortisol huyết thanh trung bình là 230,53 nmol/L, dao động từ 16,16 đến 482,40 nmol/L. Có 11,2% bệnh nhân có cortisol <130 nmol/L, 64,4% có cortisol 130–288 nmol/L và 24,4% có cortisol >288 nmol/L. Không ghi nhận mối tương quan giữa nồng độ cortisol với thời gian sau ghép, liều prednisolone tích lũy hoặc mức lọc cầu thận ước tính. Điểm "quy tắc ngày ốm" có trung vị 2 điểm (0–7); không bệnh nhân nào trả lời đúng cả 8 câu hỏi. Có 42,22% bệnh nhân không trả lời đúng câu nào và 31,11% trả lời đúng 2 câu. Không ghi nhận mối liên quan giữa điểm "quy tắc ngày ốm" với tuổi, giới, trình độ học vấn hoặc thời gian sau ghép.

Kết luận: Một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân sau ghép thận có nồng độ cortisol huyết thanh buổi sáng ở mức gợi ý nguy cơ suy vỏ thượng thận, trong đó 11,2% thuộc nhóm có nguy cơ cao. Hiểu biết của bệnh nhân về "quy tắc ngày ốm" còn hạn chế. Cần quan tâm đến việc sàng lọc chức năng vỏ thượng thận và giáo dục thường quy về "quy tắc ngày ốm" ở bệnh nhân ghép thận sử dụng glucocorticoid kéo dài.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GHÉP TIM - PHỔI 1: KẾT QUẢ CÁC CHƯƠNG TRÌNH GHÉP TIM TẠI VIỆT NAM

KẾT QUẢ GHÉP TIM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM VÀ KINH NGHIỆM QUA CÁC TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

NGUYỄN HOÀNG ĐỊNH VÀ CỘNG SỰ — BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH (UMC)

Đặt vấn đề: Suy tim giai đoạn cuối (giai đoạn D) có tiên lượng rất nặng, với tỷ lệ sống sau 1 năm chỉ khoảng 25% nếu điều trị nội khoa đơn thuần. Ghép tim hiện là giải pháp "tiêu chuẩn vàng" duy nhất giúp thay đổi tiên lượng sống. UMC là một trong các trung tâm ghép tim của cả nước, triển khai chương trình ghép tim từ tháng 8/2024.

Mục tiêu: Báo cáo kết quả chương trình ghép tim và rút ra kinh nghiệm chuyên môn qua các trường hợp lâm sàng đặc biệt.

Đối tượng và phương pháp: Hồi cứu toàn bộ các trường hợp ghép tim liên tiếp thực hiện tại UMC từ tháng 8/2024 đến tháng 7/2026 (n = 14), gồm 9 ca ghép tim trẻ em và 5 ca người lớn. Đánh giá tỷ lệ thành công, hồi phục chức năng tâm thu (EF), thời gian thiếu máu tạng, kết cục hồi sức và biến chứng thải ghép.

Kết quả: Tỷ lệ phẫu thuật thành công đạt 100% với kết quả rất tốt ở tất cả bệnh nhân. Chỉ định chủ yếu là bệnh cơ tim giãn. Phân suất tống máu hồi phục ngoạn mục từ mức tổn thương nặng trước mổ (trung bình ~15%) về biên độ sinh lý bình thường (54–67,5%) ở giai đoạn ổn định. Bệnh nhi chiếm tỷ lệ cao (9/14), đặt ra thách thức về bất tương xứng kích thước tạng hiến–tạng nhận, cân nặng thấp và hồi sức phức tạp. Vận chuyển tạng xuyên Việt làm tăng thời gian thiếu máu cục bộ khoảng 2,3 lần so với nguồn tại chỗ (≈308 so với 131 phút), song kết cục hồi sức vẫn tương đương nhờ tối ưu hóa kỹ thuật bảo quản và phẫu thuật. Một số ca lâm sàng minh họa năng lực xử trí các tình huống nguy kịch: ghép tim xuyên Việt trên bệnh nhân sốc tim INTERMACS 1 đang hỗ trợ ECMO với thời gian thiếu máu 326 phút; ghép tim trên bệnh nhân suy kiệt kèm suy đa tạng; và ghép tim nhi trên nền bệnh cơ tim hạn chế với bất tương xứng kích thước lớn (nhận 33 kg / hiến 60 kg). Sinh thiết cơ tim định kỳ giúp phát hiện sớm thải ghép; các trường hợp thải ghép nhẹ–trung bình đều đáp ứng tốt sau khi điều chỉnh phác đồ ức chế miễn dịch.

Kết luận: Ghép tim tại UMC khả thi và cho kết quả xuất sắc, kể cả ở những trường hợp phức tạp nhất. Thành công là kết quả của sự hiệp đồng đa chuyên khoa và toàn hệ thống, tạo tiền đề mở rộng chỉ định và củng cố vai trò hạt nhân trong mạng lưới hiến–ghép mô tạng quốc gia.

Từ khóa: ghép tim, suy tim giai đoạn cuối, ghép tim trẻ em, bất tương xứng kích thước, thời gian thiếu máu tạng, UMC.

OUTCOMES OF HEART TRANSPLANTATION AT UMC HCMC AND EXPERIENCES FROM SPECIFIC CASES

NGUYEN HOANG DINH ET AL. — UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY (UMC)

Background: End-stage (Stage D) heart failure carries a poor prognosis, with roughly 25% one-year survival on medical therapy alone. Heart transplantation (HTx) remains the only "gold-standard" therapy that fundamentally alters survival. UMC, one of Vietnam's HTx centers, launched its program in August 2024.

Objective: To report the outcomes of the UMC heart transplant program and share technical lessons drawn from specific clinical cases.

Methods: A retrospective review of all consecutive heart transplants performed at UMC from August 2024 to July 2026 (n = 14), comprising 9 pediatric and 5 adult recipients. Surgical success, recovery of systolic function (EF), graft ischemic time, post-operative recovery, and rejection were assessed.

Results: The surgical success rate was 100%, with excellent outcomes in all patients. Dilated cardiomyopathy was the predominant indication. EF recovered remarkably from severe pre-operative impairment (mean ~15%) to the normal physiological range (54–67.5%) at the stable phase. Pediatric recipients predominated (9/14), posing challenges of donor–recipient size mismatch, low body weight, and complex critical care. Cross-country organ procurement increased ischemic time roughly 2.3-fold versus local donors (≈308 vs 131 minutes), yet recovery outcomes remained comparable owing to optimized preservation and surgical technique. Illustrative cases demonstrated the team's capacity in critical scenarios: a cross-country transplant in an INTERMACS-1 cardiogenic-shock patient on ECMO with a 326-minute ischemic time; transplantation in a cachectic patient with multi-organ failure; and a pediatric transplant for restrictive cardiomyopathy with major size mismatch (33 kg recipient / 60 kg donor). Protocol surveillance endomyocardial biopsy enabled early rejection detection; mild-to-moderate rejection episodes all responded well to adjustment of immunosuppression.

Conclusions: Heart transplantation at UMC is feasible and yields excellent outcomes, even in the most complex cases. This success reflects true multidisciplinary and whole-system synergy, providing a foundation to broaden indications and reinforce UMC's role as an active hub within Vietnam's national organ donation and transplantation network.

Keywords: heart transplantation, end-stage heart failure, pediatric heart transplant, size mismatch, graft ischemic time, UMC.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GHÉP TIM - PHỔI 2: GHÉP PHỔI, GHÉP MÔ - TẠNG LỒNG NGỰC VÀ CÁC VẤN ĐỀ SAU GHÉP TIM

RỐI LOẠN CHỨC NĂNG MẢNH GHÉP SỚM NẶNG SAU GHÉP TIM LIÊN QUAN TỔN THƯƠNG THIẾU MÁU – TÁI TƯỚI MÁU: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP GHÉP TIM LẠI

TS. Ngô Đình Trung
BV TWQĐ 108

Đặt vấn đề

Rối loạn chức năng mảnh ghép nguyên phát (primary graft dysfunction – PGD) là biến chứng sớm nghiêm trọng sau ghép tim, liên quan với tử vong và mất mảnh ghép. Tổn thương thiếu máu – tái tưới máu là cơ chế bệnh sinh quan trọng. Ghép tim lại trong PGD nặng không hồi phục là chiến lược cứu vãn hiếm gặp.

Ca lâm sàng

Bệnh nhân nam, 50 tuổi, suy tim tiến triển do bệnh cơ tim giãn dù đã điều trị nội khoa tối ưu, được ghép tim ngày 26/7/2026. Vài giờ sau ghép, bệnh nhân xuất hiện suy tuần hoàn kháng trị; siêu âm tim ghi nhận giảm co bóp toàn bộ, cung lượng tim rất thấp. VA-ECMO được thiết lập cấp cứu, kết hợp giảm áp thất trái. Chụp động mạch vành không phát hiện bất thường; sinh thiết cơ tim chưa ghi nhận thải ghép cấp hoặc tối cấp. Diễn biến phù hợp với PGD nặng, nhiều khả năng liên quan tổn thương thiếu máu – tái tưới máu. Mặc dù được hỗ trợ tuần hoàn cơ học, chức năng mảnh ghép không hồi phục và xuất hiện suy đa cơ quan. Khoảng hai ngày sau, một tim hiến tiêu chuẩn mở rộng trở nên khả dụng. Sau hội chẩn đa chuyên khoa, bệnh nhân được ghép tim lần thứ hai. Sau tái ghép, bệnh nhân tiếp tục được hỗ trợ ECMO và IABP. Chức năng tim cải thiện; cai ECMO ngày thứ 8, rút nội khí quản ngày thứ 10 và ngừng IABP ngày thứ 11. Hiện bệnh nhân tỉnh táo, huyết động ổn định và đang phục hồi chức năng.

Kết luận

PGD nặng không hồi phục có tiên lượng rất xấu. Khi không có bằng chứng hồi phục dưới hỗ trợ tuần hoàn cơ học tối ưu và đã loại trừ các nguyên nhân thứ phát chính, ghép tim lại sớm có thể là chiến lược cứu vãn khả thi ở bệnh nhân được lựa chọn phù hợp. Quyết định đa chuyên khoa và hỗ trợ tuần hoàn cơ học tích cực có vai trò then chốt.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU GHÉP KHÍ QUẢN BẰNG ĐOẠN KHÍ QUẢN ĐỒNG LOÀI BẢO QUẢN LẠNH SÂU TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

PHẠM HỮU LƯ (*) , DƯƠNG ĐỨC HÙNG (*)

Đặt vấn đề: Tổn thương khí quản dài do hẹp hoặc u là một thách thức lớn trong ngoại khoa lồng ngực vì các phương pháp cắt nối tận tận chỉ áp dụng được khi chiều dài tổn thương hạn chế. Ghép khí quản đồng loài là một hướng tiếp cận mới nhằm phục hồi giải phẫu và chức năng đường thở ở những trường hợp không còn khả năng tạo hình thông thường. Chúng tôi báo cáo ba trường hợp đầu tiên được ghép khí quản bằng đoạn khí quản đồng loài bảo quản lạnh sâu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp: Ba bệnh nhân được ghép đoạn khí quản đồng loài bảo quản lạnh sâu từ người cho chết não trong giai đoạn 2025–2026. Bao gồm: (1) hẹp khí quản dài phối hợp hẹp thực quản sau chấn thương; (2) u khí quản nguyên phát không còn khả năng cắt nối tận tận; và (3) hẹp khí quản dài sau chấn thương. Các đoạn khí quản được bảo quản lạnh sâu trước ghép. Phẫu thuật được thực hiện với cắt bỏ hoàn toàn tổn thương, ghép đoạn khí quản đồng loài và tái lập lưu thông đường thở; trường hợp có tổn thương thực quản được tái tạo đồng thời. Sau mổ, bệnh nhân được điều trị ức chế miễn dịch và theo dõi nội soi khí quản, chụp CT cùng đánh giá chức năng hô hấp định kỳ.

Kết quả: Cả ba trường hợp đều được ghép thành công, không ghi nhận tử vong chu phẫu. Đường thở được tái lập lưu thông tốt ngay sau phẫu thuật. Nội soi và chụp cắt lớp cho thấy mảnh ghép sống, lòng khí quản thông thoáng và không có bằng chứng hoại tử hoặc bục miệng nối trong giai đoạn theo dõi ban đầu. Bệnh nhân cải thiện rõ triệu chứng khó thở, cai mở khí quản (nếu có) và trở lại sinh hoạt bình thường theo từng giai đoạn. Trường hợp phối hợp hẹp thực quản phục hồi được chức năng nuốt sau điều trị. Không ghi nhận thải ghép cấp hoặc biến chứng nhiễm trùng nặng liên quan đến mảnh ghép trong thời gian theo dõi.

Kết luận: Ghép khí quản bằng đoạn khí quản đồng loài bảo quản lạnh sâu là phương pháp khả thi trong điều trị các tổn thương khí quản dài, phức tạp không thể điều trị bằng các kỹ thuật tạo hình kinh điển. Ba trường hợp đầu tiên tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho thấy kết quả sớm khả quan, mở ra triển vọng ứng dụng kỹ thuật ghép khí quản trong điều trị các bệnh lý khí quản phức tạp tại Việt Nam.

Từ khóa: ghép khí quản, khí quản đồng loài, bảo quản lạnh sâu, hẹp khí quản, u khí quản, ghép tạng.

INITIAL RESULT OF DEEP-CRYOPRESERVED TRACHEAL ALLOGRAFT TRANSPLANTATION AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

PHAM HUU LU, DUONG DUC HUNG

Background: Long-segment tracheal defects caused by benign stenosis or malignant tumors remain one of the greatest challenges in thoracic surgery because primary end-to-end reconstruction is often impossible. Tracheal allotransplantation has emerged as a promising option for restoring airway continuity in these complex situations. We report the first three cases of deep-cryopreserved tracheal allograft transplantation performed at Viet Duc University Hospital.

Methods: Between 2025 and 2026, three patients underwent transplantation using deep-cryopreserved tracheal allografts procured from brain-dead donors. The indications included: (1) long-segment tracheal stenosis associated with esophageal stricture following post-traumatic; (2) primary tracheal tumor unsuitable for conventional tracheal resection and primary anastomosis; and (3) long-segment post-traumatic tracheal stenosis. Following complete resection of the diseased airway, tracheal continuity was restored using the allograft, with simultaneous esophageal reconstruction when required. Postoperative management included immunosuppressive therapy, bronchoscopic surveillance, computed tomography, and serial functional assessments.

Results: All three transplantations were successfully completed without perioperative mortality. Immediate airway patency was achieved in all patients. Bronchoscopic and radiological follow-up demonstrated viable grafts with satisfactory airway healing and no evidence of graft necrosis or anastomotic dehiscence during the early postoperative period. Respiratory symptoms markedly improved, and patients progressively resumed normal daily activities. The patient with combined tracheoesophageal injury regained satisfactory swallowing function following reconstruction. No episodes of acute rejection or severe graft-related infectious complications were observed during follow-up.

Conclusions: Deep-cryopreserved tracheal allograft transplantation appears to be a feasible and promising treatment for complex long-segment tracheal defects that are unsuitable for conventional reconstruction. Our initial experience demonstrates encouraging early outcomes and supports further development of tracheal transplantation as a reconstructive option for complex airway diseases in Vietnam.

Keywords: tracheal transplantation; tracheal allograft; cryopreservation; tracheal stenosis; tracheal tumor; airway reconstruction.

HẸP MIỆNG NỐI TĨNH MẠCH CHỦ DƯỚI SAU GHÉP TIM – BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Tác giả: Đinh Thị Trang
Đơn vi: Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Đặt vấn đề:
Hẹp miệng nối tĩnh mạch chủ dưới (TMCD) là biến chứng hiếm gặp sau ghép tim, có thể gây cản trở hồi lưu tĩnh mạch hệ thống, tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm và biểu hiện suy tim phải. Do tỷ lệ mắc thấp, việc chẩn đoán và lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu vẫn còn nhiều thách thức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:
Báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 17 tuổi, tiền sử ghép tim 3 năm do bệnh tim bẩm sinh. Bệnh nhân được đánh giá bằng lâm sàng, siêu âm tim và siêu âm Doppler nhằm khảo sát chức năng tim ghép và tình trạng miệng nối tĩnh mạch chủ.

Kết quả:
Sau ghép tim, bệnh nhân xuất hiện phù ngoại vi kèm tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm, cải thiện với điều trị nội khoa. Siêu âm tim theo dõi ghi nhận chức năng thất trái bảo tồn (EF 73%), áp lực động mạch phổi bình thường. Siêu âm Doppler phát hiện hẹp miệng nối TMCD với đường kính khoảng 8 mm, chênh áp tối đa qua vị trí hẹp 17 mmHg, kèm hẹp nhẹ miệng nối tĩnh mạch chủ trên. Hiện tại, bệnh nhân không còn phù, không khó thở, không có dấu hiệu suy tim phải và chức năng tim ghép ổn định. Bệnh nhân được tiếp tục điều trị nội khoa và theo dõi định kỳ, chưa chỉ định can thiệp nội mạch.

Kết luận:
Hẹp miệng nối TMCD sau ghép tim là biến chứng hiếm gặp cần được lưu ý trong quá trình theo dõi sau ghép. Quyết định can thiệp cần được cá thể hóa dựa trên triệu chứng lâm sàng, ảnh hưởng huyết động và chức năng tim ghép, thay vì chỉ dựa trên mức độ hẹp trên hình ảnh học.

Từ khóa:
Ghép tim; Hẹp miệng nối tĩnh mạch chủ dưới; Siêu âm tim; Biến chứng sau ghép tim.

GIẢ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ LÊN TÁI PHÁT DO NHIỄM ASPERGILLUS SAU GHÉP TIM - BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

ThS. Vũ Xuân Hiệp
BV HN Việt Đức

ABSTRACT

Mở đầu:
Giả phình động mạch chủ lên do nhiễm Aspergillus sau ghép tim là biến chứng rất hiếm nhưng có nguy cơ tử vong cao.

Phương pháp:
Chúng tôi trình bày trường hợp một bệnh nhân nam 35 tuổi xuất hiện giả phình tái phát tại miệng nối động mạch chủ lên vài tháng sau ghép tim đồng loài. Dù đã được thay đoạn động mạch chủ lên lần đầu, tổn thương vẫn tái phát trong bối cảnh nhiễm nấm xâm lấn lan rộng và điều trị ức chế miễn dịch kéo dài. Bệnh nhân được điều trị phối hợp kháng nấm kéo dài, điều chỉnh phác đồ ức chế miễn dịch và phẫu thuật lại thay đoạn động mạch chủ lên dưới tuần hoàn ngoài cơ thể với chiến lược cannulation ngoại vi. Kết quả cấy bệnh phẩm trong mổ xác định nhiễm Aspergillus.

Kết quả:
Bệnh nhân hồi phục tốt và chưa ghi nhận tái phát trong thời gian theo dõi khi tiếp tục điều trị kháng nấm duy trì.

Kết luận:
Trường hợp này cho thấy tầm quan trọng của chẩn đoán sớm, phẫu thuật tích cực kết hợp với điều trị kháng nấm, cũng như cá thể hóa điều trị ức chế miễn dịch để cân bằng giữa dự phòng thải ghép và kiểm soát nhiễm trùng.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GHÉP TẾ BÀO GỐC
GHÉP GIÁC MẠC - CHI THỂ

ỨNG DỤNG GHÉP TẾ BÀO GỐC VÙNG RÌA TRONG TÁI TẠO BỀ MẶT GIÁC MẠC

BÙI VĂN LƯU [1], NGUYỄN THÀNH NHÂN [1], DƯƠNG ANH QUÂN [1],
[1]BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu hụt tế bào gốc vùng rìa (LSCD) là một tình trạng bệnh lý nghiêm trọng dẫn đến mất ổn định bề mặt nhãn cầu, gây sẹo và tân mạch giác mạc, ảnh hưởng đến hơn 6 triệu người mù trên toàn cầu. Việc khôi phục nguồn tế bào gốc là chìa khóa để tái tạo bề mặt nhãn cầu và phục hồi thị lực.

Mục tiêu: Báo cáo và so sánh hai kỹ thuật tiên tiến sử dụng lượng nhỏ mô tự thân để điều trị LSCD: Ghép tế bào gốc vùng rìa toàn bộ (CLAU) và Ghép tế bào gốc vùng rìa đơn giản (SLET).

Phương pháp:

- CLAU: Tế bào gốc vùng rìa được lấy toàn bộ từ người hiến, vành cũng mạc được lấy toàn bộ từ mảnh hiến và ghép cho mắt bệnh nhân bị tổn thương
- SLET: Một mảnh mô vùng rìa nhỏ (2-3mm) từ mắt lành được chia nhỏ thành 10-12 mảnh con và ghép trực tiếp lên bề mặt màng ối của mắt bệnh bằng keo fibrin trong cùng một thì phẫu thuật.

Kết quả:

- Điểm tương đồng: Cả hai phương pháp đều thực hiện trong một thì, không yêu cầu hệ thống phòng thí nghiệm nuôi cấy phức tạp, giúp tối ưu hóa thời gian và nguồn lực. Cả hai đều đạt mục tiêu tái tạo biểu mô giác mạc ổn định và tạo nền tảng cho các phẫu thuật ghép giác mạc sau này.
- Điểm khác biệt: CLAU sử dụng nhiều mô từ mắt cho nên có nguy cơ gây LSCD cho mắt lành cao hơn. Trong khi đó, SLET chỉ cần lượng mô rất ít, an toàn hơn cho mắt lành, có chi phí thấp hơn và đạt tỷ lệ thành công khoảng 80%. SLET được đánh giá là kỹ thuật đơn giản và ít xâm lấn hơn.

Kết luận: Việc triển khai song song CLAU và SLET mang lại sự linh hoạt trong điều trị LSCD một mắt. Trong khi CLAU là phương pháp hiệu quả đã được khẳng định, SLET nổi bật như một lựa chọn thay thế an toàn hơn nhờ khả năng tiết kiệm mô ghép tối đa, giúp giảm thiểu rủi ro cho mắt đối bên mà vẫn đảm bảo khả năng phục hồi thị lực lâu dài cho bệnh nhân

Từ khóa: Ghép giác mạc xuyên, Bệnh lý giác mạc, Tế bào gốc vùng rìa

APPLICATION OF LIMBAL STEM CELL TRANSPLANTATION IN CORNEAL SURFACE RECONSTRUCTION

BUI VAN LUU [1], NGUYEN THANH NHAN [1], DUONG ANH QUAN [1],
[1]HUE CENTRAL HOSPITAL, VIETNAM

ABSTRACT

Background: Limbal Stem Cell Deficiency (LSCD) is a severe pathological condition that leads to ocular surface instability, corneal scarring, and neovascularization, affecting more than 6 million blind people worldwide. Restoring the stem cell source is the key to regenerating the ocular surface and recovering vision.

Objective: To report and compare two advanced techniques utilizing autologous tissue to treat LSCD: Conjunctival Limbal Autograft (CLAU) and Simple Limbal Epithelial Transplantation (SLET).

Methods:

- CLAU: Limbal stem cells are harvested from the healthy eye (donor eye) and grafted onto the patient's damaged eye. This technique involves transplanting larger conjunctival-limbal fragments.
- SLET: A small piece of limbal tissue (2–3 mm) from the healthy eye is divided into 10–12 small fragments and transplanted directly onto the amniotic membrane of the diseased eye using fibrin glue in a single surgical stage.

Results:

- Similarities: Both methods are performed in a single stage and do not require complex laboratory cultivation systems, thus optimizing time and resources. Both achieve the goal of reconstructing a stable corneal epithelium and establishing a foundation for subsequent corneal transplant
- surgeries.
  Differences: CLAU requires a larger amount of tissue from the donor eye, which carries a higher risk of inducing donor-site LSCD. In contrast, SLET requires minimal tissue, is safer for the healthy eye, has lower costs, and achieves a success rate of approximately 80%. SLET is considered a simpler and less invasive technique.

Conclusion: The parallel implementation of CLAU and SLET provides flexibility in treating unilateral LSCD. While CLAU is a proven and effective method, SLET stands out as a safer alternative due to its maximum tissue-saving capability, minimizing risks to the contralateral eye while ensuring long-term visual recovery for patients.

Keywords: Penetrating Keratoplasty (PK), Corneal Pathology, Limbal Stem Cells

GHÉP TẾ BÀO GỐC TẠO MÁU TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG: BÀI HỌC TỪ LOẠT CA ĐẦU TIÊN

TS. Trần Thị Thanh Hương
BV Đà Nẵng

TÓM TẮT

MỞ ĐẦU:
Ghép tế bào gốc tạo máu tự thân là một phần tiêu chuẩn trong điều trị người bệnh trẻ tuổi mắc bệnh đa u tủy; khi so sánh với hóa trị liệu thông thường, các chiến lược kết hợp ghép tế bào gốc làm chậm đáng kể sự tiến triển của bệnh.
PHƯƠNG PHÁP:
Chúng tôi báo cáo năm ca ghép tế bào gốc tạo máu tự thân đầu tiên tại bệnh viện Đà Nẵng thực hiện trên người bệnh đa u tủy đã hóa trị tấn công ba đến năm chu kỳ, từ đó rút ra các bài học.

KẾT QUẢ:
Các ca đều đạt lui bệnh một phần rất tốt trở lên trước ghép và lui bệnh gần hoàn toàn sau ghép. Tác dụng phụ tiêu hóa thường gặp nhất, nhiễm lỵ đường ruột bùng phát sau ghép trên 2/5 ca đòi hỏi cần tầm soát ký sinh trùng trước ghép. Xuất huyết tiêu hóa hai lần trên một ca bệnh nhân trẻ có bệnh tiến triển ngay trước ghép đều đáp ứng điều trị. Bệnh nhân đa u tủy tái phát muộn cũng có thể ghép được nếu phác đồ tấn công và duy trì lần đầu ít độc tính với tế bào gốc.

KẾT LUẬN:
Ghép tế bào gốc tạo máu tự thân (HCT) là một trong những kỹ thuật điều trị hiệu quả trên người bệnh huyết học đủ tiêu chuẩn ghép; mà bệnh viện chúng tôi đã thực hành gần đây thành công nhằm phát triển y tế chuyên sâu phục vụ tại địa phương.

THỬ NGHIỆM LÂM SÀNG GHÉP TẾ BÀO GỐC TỪ TỦY XƯƠNG TỰ THÂN TRONG ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG TỦY SỐNG: ĐÁNH GIÁ AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ

Nguyễn Hữu Lâm*, Lê Đức Nhân*,
Trà Tấn Hoành*, Nguyễn Ngọc Bách*, Phạm Thị Ngọc Ánh*,
Lê Vũ Kỳ Nam*, Yoshihisa Suzuki** và nhóm nghiên cứu.
*: Bệnh viện Đà Nẵng; **: Bệnh viện Kitano – Osaka – Nhật Bản

TÓM TẮT

Tổng quan:
Chấn thương tuỷ sống (CTTS) là một trong những chấn thương phổ biến nhất tại Việt Nam và tạo ra một gánh nặng lớn cho bệnh nhân, gia đình và xã hội. Dù cho đã có những tiến bộ vượt bậc trong điều trị nội khoa và ngoại khoa, bệnh nhân CTTS nặng vẫn chưa cho thấy cải thiện lâm sàng đáng kể sau điều trị. Liệu phấy cấy tế bào gốc tự thân từ tuỷ xương đã chứng minh được tính hiệu quả ở nhiều loại bệnh lý và cho thấy tiềm năng lớn trong điều trị CTTS. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sẽ đánh giá tính an toàn và hiệu quả của liệu pháp cấy tế bào gốc tuỷ xương tự thân cho bệnh nhân bị CTTS nghiêm trọng.

Đối tượng và phương pháp:
Chúng tôi thực hiện liệu pháp cấy ghép tế bào gốc tuỷ xương tự thân cho bệnh nhân CTTS nặng, với thang điểm ASIA là A hoặc B. Tế bào được lấy từ máu tủy xương mào chậu, sau đó tế bào đơn nhân được tách, xử lý và cấy ghép vào bệnh nhân qua tiêm vào dịch não tuỷ ở vị trí thắt lưng. Bệnh nhân được theo dõi tại các thời điểm: sau ghép 2 tuần, 1 tháng, 2 tháng, 4 tháng và 6 tháng dựa vào thang điểm ASIA, điểm ISNCSCI và phản ứng phụ được các nghiên cứu viên ghi nhận lại.

Kết quả:
Có 30 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu này, bao gồm 18 bệnh nhân ASIA A và 12 bệnh nhân ASIA B. Có 3 trường hợp đau đầu và 7 trường hợp sốt nhẹ một ngày sau cấy ghép. Có 4 bệnh nhân chuyển sang ASIA D, và 3 bệnh nhân chuyển sang ASIA D. Điểm vận động ISNCSCI thay đổi đáng kể ở cả bệnh nhân ASIA A và ASIA B trước ghép (trước ghép: 29.8± 17, 6-tháng: 43.0± 20,3, p < 0.05).

Kết luận:
Liệu pháp cấy ghép tế bào gốc tuỷ xương tự thân đã được chứng minh là an toàn với bệnh nhân CTTS. Liệu pháp này có thể có hiệu quả lâm sàng và các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân cao hơn có thể cần thiết để xác nhận hiệu quả của liệu pháp tế bào này.

AN OPEN-LABEL, NON-RANDOMIZED CLINICAL TRIAL OF TRANSPLATING AUTOLOGOUS BONE MARROW STEM CELLS FOR THE TREATMENT OF SPINAL CORD INJURY

Nguyễn Hữu Lâm*, Lê Đức Nhân*,
Trà Tấn Hoành*, Nguyễn Ngọc Bách*, Phạm Thị Ngọc Ánh*,
Lê Vũ Kỳ Nam*, Yoshihisa Suzuki** và nhóm nghiên cứu.
*: Bệnh viện Đà Nẵng; **: Bệnh viện Kitano – Osaka – Nhật Bản

ABSTRACT

Introduction:

Spinal cord injury (SCI) is one of the most popular type of injuries in Vietnam, generating the great burden for the patients, families and the whole society. Although there are some significant improvements in the medical and surgical management of SCI, the patients with severe SCI still experience little clinical improvement. Autologous bone marrow stem cell therapy has demonstrated the great efficacy in various diseases and great potential in SCI treatment. In this study, we try to assess the safety and efficacy of autologous bone marrow stem cells transplantation in the patients with severe SCI.

Material and Methods:

We performed the autologous bone marrow stem cells transplant on SCI patients with ASIA A and B score. The cells were extracted from bone marrow iliac, then mononuclear cells were extracted, processed and transplanted to the patient via cerebrospinal injection. The patients were followed up to six months (2 weeks, 1 month, 2 month, 4 month and 6 month) with ASIA scale, ISNCSCI score, and adverse effects were recorded by the investigators.

Results:

There were 30 patients with SCI involved in the study, including 18 patients with ASIA A and 12 patients with ASIA B. There were 3 cases of headaches and 7 cases of low-grade fever one-day post-transplantation. The ASIA scale of 4 patients were changed to ASIA D, and ASIA scale of 3 patients were changed to ASIA C. There are a significant change in motor score in ISNSCI score in both patients with ASIA A and ASIA B scale (pre-transplant: 29.8± 17, 6- months: 43.0± 20,3, p < 0.05).

Conclusion:

Autologous bone marrow stem cell transplantation is demonstrated as a safe therapy for the patients with SCI. This type of therapy may have therapeutic effects and further study with higher number of SCI patients may be required to confirm the clinical benefits of this cell therapy.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GHÉP GIÁC MẠC XUYÊN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ TỪ NĂM 2015 ĐẾN NĂM 2025

NGUYỄN THÀNH NHÂN [1] , DƯƠNG ANH QUÂN [1] , BÙI VĂN LƯU [1]
[1] BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý giác mạc là nguyên nhân gây mù lòa đứng hàng thứ ba trên thế giới và đứng thứ tư tại Việt Nam. Phẫu thuật ghép giác mạc xuyên là phương pháp hiệu quả giúp phục hồi thị lực và bảo tồn cấu trúc nhãn cầu. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ghép giác mạc xuyên tại Bệnh viện Trung ương Huế giai đoạn 2015 – 2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 92 hồ sơ bệnh án của 86 bệnh nhân (92 mắt) được thực hiện phẫu thuật ghép giác mạc xuyên tại Trung tâm Mắt - Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2015 đến tháng 01/2025. Thu thập thông tin về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, quy trình phẫu thuật, độ trong của mảnh ghép, thị lực và các biến chứng hậu phẫu.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 49,04±18,8 tuổi (từ 18 đến 74 tuổi), nhóm tuổi 19 - 60 chiếm chủ yếu (59,1%). Nam giới chiếm 53,3%, bệnh nhân sống ở khu vực nông thôn chiếm 70,6%. Chỉ định ghép chính bao gồm loét giác mạc do nhiễm trùng (40,9%), sẹo đục giác mạc (36,4%), loạn dưỡng giác mạc di truyền (18,2%) và bỏng giác mạc (4,5%). Nguồn giác mạc ghép chủ yếu đến từ người hiến trong nước (94,5%). Kích thước mảnh ghép phổ biến nhất có đường kính 7,0 mm (27,3%) và 7,5 mm (22,7%). Phẫu thuật phối hợp thường gặp nhất là lấy thể thủy tinh ngoài bao đặt IOL (17,4%). Tại thời điểm ra viện, 81,8% mảnh ghép đạt độ trong; 95,4% mép mảnh ghép kín phẳng; 81,8% tiền phòng tái tạo sâu. Tỷ lệ mắt đạt thị lực > 2m tăng từ 0% trước mổ lên 45,4% khi ra viện; sau 3 tháng tái khám, nhóm có thị lực từ 3m đến 1/10 đạt 45,6%. Biến chứng hậu phẫu hay gặp nhất là tăng nhãn áp (36,4%) và xuất huyết tiền phòng (31,8%). Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng và rất hài lòng đạt 90,9%.

Kết luận: Phẫu thuật ghép giác mạc xuyên tại Bệnh viện Trung ương Huế đem lại kết quả khả quan về mặt giải phẫu và phục hồi thị giác, giúp giải quyết hiệu quả tình trạng mù lòa do bệnh lý giác mạc. Việc theo dõi chặt chẽ và kiểm soát biến chứng tăng nhãn áp đóng vai trò quan trọng trong bảo tồn mảnh ghép lâu dài.

Từ khóa: Ghép giác mạc xuyên, Bệnh lý giác mạc, Độ trong mảnh ghép

APPLICATION OF LIMBAL STEM CELL TRANSPLANTATION IN CORNEAL SURFACE RECONSTRUCTION

NGUYEN THANH NHAN [1], DUONG ANH QUAN [1], BUI VAN LUU [1],
[1]HUE CENTRAL HOSPITAL, VIETNAM

ABSTRACT

Background: Corneal diseases represent the third leading cause of blindness worldwide and the fourth in Vietnam. Penetrating keratoplasty (PK) remains an effective surgical intervention to restore visual acuity and preserve ocular integrity. This study aimed to evaluate the clinical characteristics and surgical outcomes of penetrating keratoplasty at Hue Central Hospital between 2015 and 2021.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 92 medical records of 86 patients (92 eyes) who underwent PK at the Eye Center, Hue Central Hospital from January 2015 to January 2025. Data regarding demographic features, clinical indications, operative techniques, graft clarity, visual acuity recovery, and postoperative complications were collected and analyzed.

Results: The mean age of patients was 49.04±18.8 years (range: 18–74 years), with the 19–60 age group accounting for 59.1%. Males comprised 53.3% of cases, and 70.6% of patients resided in rural areas. Primary surgical indications were infectious corneal ulcers (40.9%), corneal opacities/scars (36.4%), hereditary corneal dystrophy (18.2%), and corneal burns (4.5%). Domestic donor tissue accounted for 94,5% of grafts. The most frequent graft diameters were 7.0 mm (27.3%) and 7.5 mm (22.7%). Extracapsular cataract extraction combined with intraocular lens (IOL) implantation was the most common concurrent procedure (17.4%). At discharge, graft clarity was achieved in 81.8% of eyes; 95.4% displayed well-apposed graft margins, and 81.8% had a well-formed deep anterior chamber. Visual acuity > 2 meters increased significantly from 0% preoperatively to 45.4% at discharge; at 3 months postoperatively, 45.6% of eyes achieved visual acuity ranging from 3m counting fingers to 1/10. The most frequent postoperative complications were elevated intraocular pressure/glaucoma (36.4%) and hyphema (31.8%). Overall patient satisfaction reached 90.9%.

Conclusions: Penetrating keratoplasty at Hue Central Hospital demonstrated favorable anatomical and visual outcomes, significantly reducing corneal blindness. Rigorous postoperative monitoring to manage elevated intraocular pressure is essential to preserve long-term graft survival.

Keywords: Penetrating keratoplasty, Corneal diseases

ỨNG DỤNG BIỆN PHÁP DUNG HÒA MIỄN DỊCH XỬ TRÍ BẤT ĐỒNG NHÓM MÁU ABO TRONG GHÉP TẾ BÀO GỐC ĐỒNG LOẠI Ở BỆNH NHÂN THALASSEMIA THỂ NẶNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

TS. Nguyễn Thị Kim Hoa
BV TW Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bất đồng nhóm máu hệ ABO trong ghép tế bào gốc tạo máu đồng loại là một thách thức lớn, do nguy cơ gây ra các phản ứng tán huyết cấp tính đe dọa tính mạng. Các phương pháp xử lý truyền thống như sử dụng Rituximab, gạn tách hồng cầu khỏi túi tế bào gốc, hoặc trao đổi huyết tương trước ghép đòi hỏi kỹ thuật cao, chi phí lớn và làm mất mát đáng kể lượng tế bào gốc, điều này gây hạn chế áp dụng tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình.

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của chiến lược dung hòa miễn dịch bằng cách truyền từng phần khối hồng cầu lắng nhóm người hiến (PRBC) để xử lý bất đồng nhóm máu ABO trong ghép tế bào gốc đồng loại ở trẻ em mắc bệnh Thalassemia thể nặng tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu mô tả can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 21 bệnh nhân thalassemia nhận ghép tế bào gốc đồng loại nguồn tủy xương từ tháng 09/2024 đến tháng 06/2026. Những trường hợp bất đồng nhóm máu ABO có hiệu giá kháng thể kháng hồng cầu người cho (anti-A và/hoặc anti-B) trước ghép ≥ 1/32 được tiến hành truyền khối hồng cầu lắng nhóm người hiến với thể tích nhỏ tăng dần (5ml, 10ml, 20ml, 40ml) trong giai đoạn điều kiện hóa. Đánh giá sự thay đổi hiệu giá kháng thể, các phản ứng tán huyết lâm sàng và độc tính liên quan.

Kết quả: Có 7/21 bệnh nhi thalassemia (33,3%) gặp tình trạng bất đồng nhóm máu ABO, bao gồm 3 ca bất đồng chính (42,9%), 3 ca bất đồng hai chiều (42,9%) và 1 ca bất đồng phụ (14,3%). Độ tuổi trung vị là 6,5 tuổi (2–11 tuổi). Về chẩn đoán, có 4 ca (57,1%) chẩn đoán beta-thalassemia, và 3 ca (42,9%) chẩn đoán alpha-thalassemia. Hiệu giá kháng thể trung vị giảm mạnh từ 1/256 (khoảng 1/32 – 1/512) trước can thiệp xuống còn 1/16 (1/8 – 1/128) sau đợt truyền máu thứ nhất, và đạt 1/16 (khoảng 1/8-1/16) sau dợt truyền máu thứ hai. Có 5/7 bệnh nhân (71,4%) đạt đích hiệu giá < 1/32 ngay sau đợt 1. Hai bệnh nhân còn lại cần đợt truyền thứ 2 từ ngày -11 để hạ hiệu giá từ 1/128 về mức đích < 1/32. Thể tích trung vị PRBC đã truyền là 75 ml (75–149 ml); thể tích trung vị tủy xương truyền vào ngày 0 là 285 ml (153–370 ml). Về biến cố bất lợi trong giai đoạn truyền hồng cầu, ghi nhận phản ứng sốt ở 2 ca (28,6%), tiểu hemoglobin thoáng qua ở 5 ca (71,4%), không có trường hợp nào xảy ra phản ứng tán huyết nghiêm trọng hoặc phản vệ đe dọa tính mạng. Tất cả 7 ca đều được truyền tế bào gốc lấy từ tủy xương không qua xử lý cơ học một cách an toàn tại ngày 0.

Kết luận: Biện pháp dung hòa miễn dịch bằng cách truyền từng phần khối hồng cầu nhóm người hiến là một chiến lược đơn giản, an toàn và hiệu quả cao để kiểm soát bất đồng nhóm máu ABO trong ghép tế bào gốc đồng loại. Phương pháp này giúp bảo tồn nguyên vẹn số lượng tế bào gốc tủy xương, giảm gánh nặng chi phí và đặc biệt phù hợp với điều kiện thực tiễn tại các trung tâm ghép tủy ở Việt Nam.

Từ khóa: Ghép tế bào gốc đồng loại; Bất đồng nhóm máu ABO; Dung hòa miễn dịch; Khối hồng cầu lắng người hiến; Thalassemia thể nặng.

APPLICATION OF IMMUNE TOLERIZATION FOR MANAGING ABO INCOMPATIBILITY IN ALLOGENEIC HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION FOR SEVERE THALASSEMIA PATIENTS AT HUE CENTRAL HOSPITAL

HOA THI KIM NGUYEN, MD, PHD
Hue Central Hospital

ABSTRACT

Background: ABO blood group incompatibility in allogeneic hematopoietic stem cell transplantation poses a significant challenge due to the risk of life-threatening acute hemolytic reactions. Traditional processing methods, such as Rituximab administration, red blood cell depletion from the harvested stem cells, or pre-transplant therapeutic plasma exchange, require advanced technical infrastructure, incur high costs, and lead to substantial stem cell loss, which limits their feasibility in low- and middle-income countries.

Objective: To evaluate the safety and efficacy of an antibody adsorption strategy using incremental donor-type packed red blood cell (PRBC) transfusions to manage ABO incompatibility in pediatric patients undergoing allogeneic bone marrow transplantation for severe thalassemia at Hue Central Hospital.

Methods: A non-controlled clinical intervention study was conducted on 21 thalassemia patients who received allogeneic bone marrow transplantation between September 2024 and June 2026. In cases of ABO incompatibility with pre-transplant antibody titers (anti-A and/or anti-B ≥1/32, incremental small volumes of donor-type PRBCs (5 ml, 10 ml, 20 ml, and 40 ml) were transfused during the conditioning phase. Changes in antibody titers, clinical hemolytic reactions, and toxicities were evaluated.

Results: ABO incompatibility was observed in 7 out of 21 pediatric thalassemia patients (33.3%), including 3 cases of major incompatibility (42.9%), 3 cases of bidirectional incompatibility (42.9%), and 1 case of minor incompatibility (14.3%). The median age was 6.5 years (range: 2–11 years). Diagnosis included 4 cases (57.1%) of beta-thalassemia, and 3 cases (42.9%) of alpha-thalassemia. The median antibody titer decreased sharply from 1/256 (range: 1/32 – 1/512) pre-intervention to 1/16 (range: 1/8 – 1/128) after the first transfusion course, and reached 1/16 (range 1/8 – 1/16) after the second transfusion course. Five out of seven patients (71.4%) achieved the target titer of < 1/32 immediately after the first course. The remaining two patients required a second transfusion course since day -11 to reduce the titer from 1/128 to the target level of < 1/32. The median volume of transfused PRBCs was 75 ml (range: 75–149 ml); the median volume of bone marrow infused on day 0 was 285 ml (range: 153–370 ml). Regarding adverse events during PRBC transfusion, febrile reactions occurred in 2 cases (28.6%), and transient hemoglobinuria was noted in 5 cases (71.4%). No severe hemolytic reactions or life-threatening anaphylaxis were observed. All 7 patients safely received unmanipulated bone marrow infusions on day 0.

Conclusion: Immune tolerization via incremental donor-type PRBC transfusion is a simple, safe, and highly effective strategy for managing ABO incompatibility in allogeneic stem cell transplantation. This method preserves the integrity of the bone marrow stem cell count, reduces the financial burden, and is particularly suitable for the practical conditions of bone marrow transplant centers in Vietnam.

Keywords: Allogeneic stem cell transplantation; ABO incompatibility; Immune tolerization; Donor packed red blood cells; Severe thalassemia.

LAUNCHING A STEM CELL TRANSPLANTATION UNIT WITH A SPECIAL FOCUS ON THALASSEMIA IN VIETNAM AT HUE CENTRAL HOSPITAL

HOA THI KIM NGUYEN, MD, PHD [1,2] , HIEP NHU PHAM, MD, PHD [3] , TRI HUU PHAM, MD [1] , LAWRENCE FAULKNER, MD [4] .

[1] Department of Hematology, Oncology, and Transplant, Pediatric Center, Hue Central Hospital, Vietnam.
[2] Pediatrics Department, School of Medicine and Pharmacy, Duy Tan University, Da Nang city, Vietnam.
[3] Oncology Center, Hue Central Hospital, Vietnam
[4] Cure2Children Foundation, Florence, Italy

TÓM TẮT

Background: Thalassemia is highly prevalent in Vietnam, with approximately 2.000 new severe cases each year. Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) remains the standard long-term cure for severe thalassemia. This report describes the initial experience with HSCT for severe thalassemia at the Hue Central Hospital, Hue, Vietnam.

Materials and Methods: This was a prospective, interventional cohort study conducted at Hue Central Hospital, Vietnam, patients with severe thalassemia who received allogeneic stem cell transplantation between September 2024 (start of program) and March 2026. Data were analyzed using SPSS version18.0.

Results: A total of 15 matched-related BMTs were performed, all of whom are disease- and GVHD-free at the time of the analysis. The median age at HSCT was 6.5 years (2.0-10.0). The male to female ratio was 1.5 to 1. There were 10 cases with HbE/Beta-Thalassemia and 5 cases with Alpha-Thalassemia. The median pre-transplant ferritin level was 1107 ng/mL (236-2917). All patients received G-CSF-primed bone marrow with at a median dose of 9.79x10 8 nucleated cells/recipient kg (8.0-10x10 8). The median times to platelet and neutrophil engraftment were both 20 days. There were three cases (20%) with skin aGVHD grade I-II and four cases (26.7%) with hemorrhagic cystitis. The median chimerism on day 30 was 98.0%. The median Hb after transplant was 11.7 (9.2-14.1) g/dl. The direct out-of-pocket cost of transplantation was approximately US$ 5,000 per case, excluding hospital and professional charges, which were covered by the health insurance system in Vietnam. At last follow-up, all patients were alive, well, and transfusion independent.

Conclusions: Hue Central Hospital in Vietnam has established a feasible, highly effective, safe and reduced-cost matched sibling transplantation program for the cure of children with severe thalassemia.

Keywords: Allogeneic stem cell transplantation, severe thalassemia, HLA-matched siblings.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GÂY MÊ VÀ HỒI SỨC TRONG GHÉP TẠNG - HỒI SỨC BẢO QUẢN MÔ - TẠNG HIẾN

KINH NGHIỆM VÀ BÀI HỌC THỰC TIỄN TRONG HỒI SỨC BẢO TỒN TẠNG HIẾN TỪ CÁC TRƯỜNG HỢP HIẾN TẠNG CHẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

BS.CKI. Trần Huy Nhật
Khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, Bệnh viện Nhân dân 115

1. Đặt vấn đề

Hồi sức bệnh nhân chết não tiềm năng hiến tạng là một bước then chốt trong quy trình ghép tạng, đòi hỏi sự phối hợp liên chuyên khoa nhằm duy trì tối ưu chức năng các cơ quan trong điều kiện rối loạn huyết động và nội môi nghiêm trọng. Bài báo cáo này chia sẻ các kinh nghiệm thực hành lâm sàng và bài học rút ra từ công tác hồi sức, đánh giá tạng hiến từ loạt ca tại Bệnh viện Nhân dân 115.

2. Đặc điểm dịch tễ và nguyên nhân tử vong

- **Đối tượng:** Các trường hợp chết não tiềm năng ghi nhận đa phần ở nam giới, độ tuổi từ 32 đến 53 tuổi.
- **Bệnh lý nguyên nhân:** Chủ yếu là tổn thương thần kinh trung ương cấp tính nghiêm trọng:
    - Tai biến mạch máu não diện rộng (xuất huyết não bán cầu, xuất huyết thân não tràn máu não thất, nhồi máu não diện rộng tuần hoàn sau).
    - Các biến chứng đi kèm phổ biến bao gồm tăng huyết áp, biến chứng phù não nặng và tuột não.

3. Các thách thức và kinh nghiệm hồi sức tạng thực tiễn

a. Hồi sức thần kinh

- **Thách thức:** Tổn thương não nghiêm trọng không thể đảo ngược đi kèm những vấn đề về phù não, tuột não và các rối loạn kèm theo khác.
- **Bài học kinh nghiệm:**
    - Kiểm soát tăng áp lực nội sọ và phù não tiến triển bằng liệu pháp ưu trương và tăng thông khí.
    - Đánh giá, chẩn đoán xác định chết não theo quy trình lâm sàng nghiêm ngặt.

b. Hồi sức tim mạch và huyết động

- **Thách thức:** Bệnh nhân chết não thường gặp tình trạng suy sụp tuần hoàn, tụt huyết áp kéo dài do mất trương lực giao cảm hoặc nhịp tim chậm/tăng bất thường. Nhiều trường hợp có gia tăng chỉ số Troponin T/I hs và NT-proBNP phản ánh tổn thương cơ tim thứ phát sau cơn bão catecholamine.
- **Bài học kinh nghiệm:**
    - Sử dụng vận mạch hợp lý nhằm bảo tồn huyết áp trung bình (MAP) tối ưu cho tưới máu tạng.
    - Đánh giá siêu âm tim Doppler chi tiết kết hợp chụp mạch vành để xác định chất lượng tim hiến.

c. Hồi sức hô hấp

- **Thách thức:** Nguy cơ tổn thương phổi cấp, viêm phổi bệnh viện, tổn thương đông đặc/xẹp phổi vùng đáy và hít sặc.
- **Bài học kinh nghiệm:**

- Áp dụng chiến lược thông khí bảo vệ phổi
- Nội soi phế quản can thiệp sớm để hút rửa sạch, giúp cải thiện thông khí và đánh giá trực tiếp niêm mạc cây phế quản.

d. Hồi sức thận và quản lý rối loạn điện giải - nội tiết

- **Thách thức:** Tình trạng tổn thương thận cấp do tụt huyết áp, thuốc độc thận hoặc chất cản quang; rối loạn điện giải và biến chứng đái tháo nhạt.
- **Bài học kinh nghiệm:**
  - Duy trì thể tích tuần hoàn hiệu quả, đảm bảo lưu lượng nước tiểu duy trì 0,5 – 2 mL/kg/giờ. Hạn chế sử dụng các thuốc độc thận.
  - Kiểm soát glucose máu và bù điện giải, sử dụng desmopressin và methylprednisolone liều cao để hỗ trợ ổn định chống viêm và duy trì nội môi.

e. Sàng lọc và kiểm soát nhiễm trùng

- **Bài học kinh nghiệm:** Thực hiện bảng kiểm cận lâm sàng toàn diện:
  - Tầm soát vi sinh: HBV/HCV/HIV, CMV, EBV, AFB đàm, GeneXpert MTB/RIF.
  - Tầm soát marker ung thư và siêu âm/CT đa cơ quan để loại trừ triệt để các bệnh lý ác tính tiềm ẩn.

4. Kết luận

Việc triển khai bảng kiểm thông tin người bệnh chết não tiềm năng giúp chuẩn hóa quy trình tiếp cận, đánh giá và hồi sức tạng hiến tại Bệnh viện Nhân dân 115. Sự kết hợp giữa hồi sức động lực máu mục tiêu, thông khí bảo vệ phổi kèm nội soi phế quản làm sạch, bảo tồn chức năng thận và kiểm soát nhiễm trùng chặt chẽ là những yếu tố quyết định để duy trì chất lượng tạng hiến tối ưu, gia tăng tỷ lệ ghép tạng thành công cho người nhận.

Từ khóa: hồi sức chết não, quản lý hiến tạng, bảo tồn cơ quan.

ĐẶC ĐIỂM THAY ĐỔI HUYẾT ĐỘNG VÀ KẾT QUẢ HỒI SỨC SỚM SAU PHẪU THUẬT GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

BÁO CÁO VIÊN: BS. HUỲNH ĐỨC PHÁT

TÓM TẮT

Duy trì ổn định huyết động và đảm bảo áp lực tưới máu tối ưu cho mảnh ghép là mục tiêu then chốt trong giai đoạn hồi sức sớm sau phẫu thuật ghép thận. Báo cáo nhằm mô tả đặc điểm biến động tuần hoàn và đánh giá kết quả điều trị giai đoạn hậu phẫu tại phòng Hồi sức Bệnh viện Đà Nẵng. Nghiên cứu thực hiện trên nhóm bệnh nhân được phẫu thuật ghép thận tại bệnh viện, thông qua việc theo dõi các chỉ số huyết động liên tục, chiến lược bù dịch, nhu cầu sử dụng thuốc vận mạch và diễn tiến phục hồi chức năng thận sớm.

Kết quả cho thấy các thông số huyết động được kiểm soát theo mục tiêu, áp lực tưới máu thận được duy trì ổn định và các rối loạn tuần hoàn sớm được xử trí kịp thời. Phần lớn bệnh nhân đều có sự cải thiện rõ rệt về lượng nước tiểu và các chỉ số sinh hóa thận ghép trong những ngày đầu sau mổ. Bệnh nhân được chăm sóc hồi sức an toàn, kiểm soát tốt biến chứng tim mạch và chuyển về khoa lâm sàng ổn định. Thành công này khẳng định vai trò quan trọng của quy trình quản lý huyết động tích cực và cá thể hóa trong chăm sóc sau ghép thận tại đơn vị.

Từ khóa: Ghép thận, thay đổi huyết động, hồi sức sớm, chức năng thận ghép, Bệnh viện Đà Nẵng.

ĐẶC ĐIỂM THAY ĐỔI HUYẾT ĐỘNG VÀ KẾT QUẢ HỒI SỨC SỚM SAU PHẪU THUẬT GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

BÁO CÁO VIÊN: BS. HUỲNH ĐỨC PHÁT

MỞ ĐẦU: Kiểm soát huyết động tối ưu và hồi sức dịch chu phẫu đóng vai trò then chốt trong việc duy trì áp lực tưới máu thận ghép, hạn chế tổn thương tái tưới máu và thúc đẩy phục hồi chức năng tạng sớm. Nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm biến thiên huyết động, chiến lược bù dịch, kiểm soát tăng huyết áp và tiến triển các chỉ số huyết học, sinh hóa chức năng thận trong giai đoạn chu phẫu và hồi sức sau ghép thận từ người hiến sống.

PHƯƠNG PHÁP: Nghiên cứu mô tả cắt ngang theo dõi dọc trên 40 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được phẫu thuật ghép thận từ người hiến sống. Các thông số được thu thập và theo dõi liên tục tại các thời điểm huyết động (T0: sau phẫu thuật, T6: trước chuyển khoa). Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng Trung bình Độ lệch chuẩn (Mean±SD) hoặc Trung vị (); biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm n (%).

KẾT QUẢ: Tuổi trung bình của bệnh nhân là38,00±8,36 tuổi (nam chiếm). Thời gian lọc máu chu kỳ trước ghép trung bình là 25,73±13,30 tháng. Thời gian thiếu máu lạnh 52,27±4,07 phút. Huyết áp trung bình (MAP) tại SICU được duy trì ổn định 86,08±2,72 mmHg; trong đó 57,5% bệnh nhân được kiểm soát tăng huyết áp hiệu quả bằng Nicardipine truyền tĩnh mạch phối hợp thuốc hạ áp uống. Tổng lượng dịch truyền trong mổ đạt 3035,28±444,40 mL , giúp duy trì áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) tăng dần từ 6,17±0,67 T0 lên 9,92±0,88 T4 và đạt 9,34±0,65 tại SICU T6. Tốc độ bài niệu ngay sau tháo kẹp 243,25±69,19 mL/giờ và duy trì tại SICU là 183,62±47,04 mL/giờ. Số lượng hồng cầu giảm nhẹ sau mổ 24 giờ do pha loãng dịch(3,47±0,50" T/L"→3,18±0,50" T/L") và tự hồi phục khi chuyển khoa 3,24±0,56 T/L. Creatinine huyết thanh giảm sâu 80,9% (từ 618,77±159,85 µmol/L trước mổ xuống118,03±38,62 µmol/L khi chuyển khoa(p<0,001) và Ure máu giảm38,6%. Thời gian nằm SICU trung bình là 6,85±1,61 ngày; 100% bệnh nhân không phải lọc máu lại sau ghép.

KẾT LUẬN: Chiến lược tối ưu hóa tiền gánh (duy trì CVP 8-10 cmH 2 O) kết hợp kiểm soát chặt chẽ huyết áp mục tiêu (MAP 80-90 mmHg với Nicardipine truyền tĩnh mạch) và rút ngắn thời gian thiếu máu lạnh giúp thận ghép bài niệu sớm, phục hồi nhanh chức năng thận và mang lại kết quả hồi sức chu phẫu an toàn, hiệu quả cao.

Từ khóa: Ghép thận, Hồi sức chu phẫu, Huyết áp trung bình, Áp lực tĩnh mạch trung tâm, Nicardipine, Creatinine.

CẬP NHẬT CÁC TIÊU CHÍ CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ CHƯA SẴN SÀNG GÂY MÊ HỒI SỨC – PHẪU THUẬT GHÉP THẬN Ở NGƯỜI NHẬN

TS.BSCK2. Phạm Văn Đông
Khoa Phẫu thuật – Gây mê hồi sức, Bệnh viện Chợ Rẫy
Đt: 0903919391; Mail: pvdongbvcr@gmail.com
Pham Van Dong, MD, PhD
Department of Anesthesiology and Surgical Services, Cho Ray Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam

Đặt vấn đề: Đánh giá trước phẫu thuật ghép thận đòi hỏi phân biệt rõ chống chỉ định thực sự với các tình trạng chưa được tối ưu hóa, nhằm tránh trì hoãn hoặc từ chối ghép thận không cần thiết.
Mục tiêu: Cập nhật các tiêu chí chống chỉ định, chưa sẵn sàng và điều kiện an toàn gây mê hồi sức ở người nhận thận ghép.
Nội dung chính: Tổng hợp các khuyến nghị từ Barash's Clinical Anesthesia (2024), Miller's Anesthesia Review (2025) và Kidney Transplantation: Principles and Practice (2026). Các vấn đề trọng tâm gồm nhiễm trùng, rối loạn điện giải – toan kiềm, quá tải dịch, bệnh tim mạch, mạch máu, đông máu, thiếu máu, ung thư, bệnh miễn dịch, HIV và khả năng tuân thủ điều trị. Nhấn mạnh đánh giá cá thể hóa, tối ưu hóa trước mổ và phòng ngừa tồn dư giãn cơ nhằm bảo đảm an toàn rút nội khí quản sau ghép thận.
Kết luận: Không đồng nhất yếu tố nguy cơ với chống chỉ định ghép thận. Quyết định phẫu thuật cần dựa trên khả năng tối ưu hóa trước mổ, cân bằng lợi ích – nguy cơ và đánh giá đa chuyên khoa nhằm nâng cao an toàn chu phẫu.
Từ khóa: Ghép thận; chống chỉ định; đánh giá trước mổ; gây mê hồi sức; tồn dư giãn cơ.

UPDATED CONTRAINDICATIONS AND READINESS CRITERIA FOR ANESTHESIA AND KIDNEY TRANSPLANTATION IN RECIPIENTS

Background: Preoperative assessment of kidney transplant recipients requires a clear distinction between true contraindications and potentially correctable conditions to avoid unnecessary transplantation delays or exclusions.
Objective: To review updated contraindications, readiness criteria, and perioperative anesthesia safety considerations in kidney transplant recipients.
Main Content: This narrative review synthesizes recommendations from Barash's Clinical Anesthesia (2024), Miller's Anesthesia Review (2025), and Kidney Transplantation: Principles and Practice (2026). Key considerations include infection, electrolyte and acid–base disturbances, fluid overload, cardiovascular and vascular disease, coagulation abnormalities, anemia, malignancy, immune-mediated disorders, HIV infection, and treatment adherence. Emphasis is placed on individualized risk assessment, preoperative optimization, and prevention of residual neuromuscular blockade to facilitate safe postoperative tracheal extubation.
Conclusion: Clinical risk factors should not automatically be considered contraindications to kidney transplantation. Surgical decisions should incorporate preoperative optimization, individualized risk–benefit assessment, and multidisciplinary evaluation to improve perioperative safety.
Keywords: Kidney transplantation; contraindications; preoperative assessment; anesthesiology; residual neuromuscular blockade.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

ĐIỀU PHỐI HIẾN TẠNG VÀ TỔ CHỨC ĐƠN VỊ GHÉP TẠNG

THE KOREAN EXPERIENCE IN ORGAN DONATION COORDINATION

Curie Ahn, MD, PhD
Seoul National University

ABSTRACT

Korea's organ transplant program began in 1969 with the first living donor kidney transplant. Transplant numbers in Korea have steadily increased. In 2023, over 4,000 transplants were performed, with 42% from deceased donors. Nonetheless, waitlists and wait times keep growing. Last year, almost 8 patients died daily while waiting. This desperation drives some patients to pursue illegal overseas transplants, risking their safety and compromising ethical standards. Two milestones in developing a deceased donor transplant program are 1) Establishing legislative frameworks and 2) Creating a national agency.

Establishing the necessary structures and organizations is crucial to achieving self-sufficiency in deceased organ donation and transplantation. To support these efforts, we have adopted four operational requirements and three regulatory requirements, in line with WHO recommendations. These collective efforts demonstrate the importance of systematic development in achieving sustainable and ethical organ transplantation programs. Through legislative initiatives, the establishment of a national transplantation organization, an independent Organ Procurement Organization (OPO), and the implementation of mandatory reporting, and the Vitallink, Korea has achieved a significant increase in deceased donors and a notable reduction in overseas transplants.

NĂNG LỰC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TRONG QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH CHẾT NÃO TIỀM NĂNG HIẾN MÔ, TẠNG: KHOẢNG CÁCH TỪ THÁI ĐỘ ĐẾN THỰC HÀNH TẠI 05 BỆNH VIỆN ĐA KHOA

ThS. Nguyễn Ngọc Duy

Background:
Nhân viên y tế tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực giữ vai trò quan trọng trong nhận diện, báo cáo và tham gia quản lý người bệnh chết não tiềm năng hiến mô, tạng. Tuy nhiên, bằng chứng về năng lực của nhân viên y tế tại các bệnh viện đa khoa ở Việt Nam còn hạn chế. Đánh giá đồng thời kiến thức, thái độ, thực hành và sự tự tin có thể giúp xác định những điểm nghẽn cần ưu tiên trong tổ chức hệ thống điều phối hiến tạng tại bệnh viện.
Objective: Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành và sự tự tin của nhân viên y tế trong quản lý người bệnh chết não tiềm năng hiến mô, tạng tại 05 bệnh viện đa khoa.
Methods: Nghiên cứu cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính, được thực hiện tại 05 bệnh viện đa khoa. Đối tượng định lượng gồm 301 bác sĩ, điều dưỡng và y sĩ tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực. Công cụ nghiên cứu đánh giá bốn cấu phần: kiến thức (20 câu hỏi), thái độ (12 câu hỏi Likert), thực hành (07 tình huống) và sự tự tin (08 nội dung). Ngưỡng đạt lần lượt là ≥70%, ≥80%, ≥80% và ≥80% tổng điểm. Dữ liệu được phân tích bằng thống kê mô tả và kiểm định χ^2/Fisher exact; tính OR và 95%CI. Nghiên cứu định tính được thực hiện thông qua phỏng vấn sâu các lãnh đạo bệnh viện và cán bộ chuyên môn để bổ sung giải thích cho các kết quả định lượng.
Results:
Trong 301 nhân viên y tế, chỉ 16,6% đã từng được đào tạo về chẩn đoán chết não, trong khi 56,1% đã từng tiếp xúc với người bệnh nghi ngờ chết não. Tỷ lệ đạt kiến thức là 55,5%, thái độ ủng hộ là 86,4%, thực hành đạt 39,2% và tự tin đạt 31,2%. Điểm yếu về kiến thức tập trung ở các nội dung pháp lý và tổ chức, đặc biệt thẩm quyền công bố chết não (38,2%), thành phần nhóm chuyên gia (45,2%) và thời gian tối thiểu công bố chết não (45,8%). Trong thực hành, tình huống nhận định người bệnh nghi ngờ chết não tiềm năng có tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất (67,8%). Sự tự tin thấp nhất ở khả năng tham gia Hội đồng chẩn đoán chết não (40,5%) và đọc hiểu các xét nghiệm cận lâm sàng chuyên sâu (42,2%). Tỷ lệ kiến thức đạt dao động từ 35,9% đến 72,6% giữa các bệnh viện; thực hành đạt từ 24,6% đến 52,1%. Đã được đào tạo về chẩn đoán chết não có liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng đạt về kiến thức, thái độ, thực hành và sự tự tin với OR lần lượt là 2,10; 9,29; 1,87 và 2,92.
Conclusion:
Nhân viên y tế có thái độ tích cực đối với hiến mô, tạng, nhưng tồn tại khoảng cách đáng kể giữa thái độ và năng lực thực hành. Những hạn chế tập trung ở kiến thức pháp lý–tổ chức, khả năng nhận diện người bệnh chết não tiềm năng và sự tự tin trong các nhiệm vụ chuyên môn. Đào tạo chuyên biệt là yếu tố liên quan nhất quán với cả bốn cấu phần năng lực, nhưng độ bao phủ đào tạo còn thấp. Kết quả cho thấy cần chuyển từ đào tạo đơn thuần sang mô hình phát triển năng lực gắn với chuẩn hóa quy trình, đầu mối điều phối và hệ thống hỗ trợ tại bệnh viện nhằm tăng khả năng nhận diện và kích hoạt chuỗi hiến tạng từ người chết não.

MÔ HÌNH ĐIỀU PHỐI VÀ VAI TRÒ HẬU CẦN PHỐI HỢP LIÊN NGÀNH TRONG CÔNG TÁC HIẾN, LẤY VÀ GHÉP MÔ, TẠNG TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO: KINH NGHIỆM THỰC TIỄN TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

-

ThS Bùi Trọng Nguyễn
Phó Trưởng phòng Chỉ đạo tuyến – Công tác xã hội, Bệnh viện Nhân dân 115, TP.HCM

MỞ ĐẦU

Hiến và ghép mô, tạng từ người hiến chết não là một hoạt động đặc thù, đòi hỏi sự phối hợp nhanh chóng giữa nhiều chuyên khoa và nhiều đơn vị trong cùng một thời điểm. Bên cạnh yếu tố chuyên môn, công tác điều phối, hỗ trợ gia đình người hiến, truyền thông và tổ chức hậu cần góp phần quan trọng để toàn bộ quy trình diễn ra an toàn, đúng kế hoạch. Từ thực tiễn triển khai các trường hợp hiến tạng tại Bệnh viện Nhân dân 115, bệnh viện từng bước hoàn thiện mô hình phối hợp liên ngành nhằm nâng cao hiệu quả tổ chức. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả mô hình này và rút ra một số kinh nghiệm thực tiễn.

PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tổng kết kinh nghiệm thực tiễn tại Bệnh viện Nhân dân 115. Dữ liệu được tổng hợp từ hồ sơ hoạt động điều phối, quy trình phối hợp giữa các khoa, báo cáo chuyên môn và tài liệu truyền thông của bệnh viện. Nội dung phân tích tập trung vào quy trình điều phối, phối hợp liên viện, hỗ trợ gia đình người hiến, tổ chức hậu cần và truyền thông.

KẾT QUẢ

Quy trình điều phối được xây dựng theo hướng phối hợp đa ngành với sự tham gia của Ban Giám đốc, các khoa lâm sàng, phòng chức năng, Trung tâm Điều phối ghép tạng Quốc gia và các bệnh viện tiếp nhận tạng. Việc phân công nhiệm vụ rõ ràng giúp quá trình lấy và vận chuyển mô, tạng diễn ra liên tục, hạn chế phát sinh và bảo đảm tiến độ. Công tác xã hội và truyền thông được triển khai song song nhằm hỗ trợ gia đình người hiến, lan tỏa ý nghĩa nhân văn của hiến tạng và góp phần nâng cao nhận thức cộng đồng. Qua thực tế triển khai, mô hình điều phối đã cho thấy tính khả thi và hiệu quả trong việc kết nối các nguồn lực phục vụ hoạt động hiến, lấy và ghép mô, tạng.

KẾT LUẬN

Công tác điều phối hậu cần giữ vai trò quan trọng trong thành công của hoạt động hiến và ghép mô, tạng. Mô hình phối hợp liên ngành tại Bệnh viện Nhân dân 115 giúp nâng cao hiệu quả tổ chức, tăng tính đồng bộ giữa các đơn vị và hỗ trợ tốt cho quá trình hiến, lấy và ghép tạng. Kinh nghiệm từ thực tiễn triển khai có thể là cơ sở để tiếp tục hoàn thiện quy trình và tham khảo cho các cơ sở y tế có định hướng phát triển lĩnh vực hiến, ghép mô, tạng.

THÚC ĐẨY HIẾN TẠNG TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO TẠI VIỆT NAM: BÀI HỌC KINH NGHIỆM TỪ HÀN QUỐC

IN SUNG MOON, MD, FACS. NGUYÊN CHỦ TỊCH KODA, GIÁO SƯ DANH DỰ, TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y, ĐẠI HỌC CÔNG GIÁO HÀN QUỐC.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề

Nhu cầu ghép tạng tiếp tục gia tăng trên toàn thế giới, trong khi tình trạng thiếu người hiến tạng chết não vẫn là rào cản lớn trong việc cứu sống bệnh nhân suy tạng giai đoạn cuối.

Kể từ ca ghép thận đầu tiên tại Việt Nam năm 1992, cả nước đã thực hiện khoảng 11.000 ca ghép tạng, phần lớn từ người hiến sống.

Trong những năm gần đây, Việt Nam cũng đã đạt được những tiến bộ đáng kể trong ghép tạng từ người hiến chết não và ghép đa tạng, bao gồm ca ghép domino mang tính bước ngoặt, sự phối hợp hậu cần liên vùng giữa các cơ sở y tế miền Bắc và miền Nam, cùng các ca ghép tim và phổi thành công từ người hiến chết não.

Tuy nhiên, bất chấp những tiến bộ lâm sàng quan trọng này, tỷ lệ hiến tạng sau chết não tại Việt Nam vẫn còn tương đối thấp.

Hàn Quốc từng đối mặt với thách thức tương tự trong ba thập kỷ qua nhưng đã tăng cường đáng kể hệ thống hiến tạng chết não thông qua các chiến lược quốc gia phối hợp.

Bài trình bày này sẽ điểm lại kinh nghiệm của Hàn Quốc và thảo luận các chiến lược thực tiễn có thể áp dụng cho bối cảnh Việt Nam.

Mục tiêu

Trình bày quá trình phát triển của hệ thống hiến tạng chết não tại Hàn Quốc, xác định các yếu tố then chốt góp phần cải thiện việc nhận diện và thu nhận tạng từ người hiến chết não tiềm năng, và đề xuất lộ trình thực tiễn nhằm tăng cường hiến tạng chết não tại Việt Nam.

Phương pháp

Hệ thống của Cơ quan Điều phối Hiến tạng Hàn Quốc (KODA), bao gồm Chương trình Cải thiện Người hiến (DIP), đã được xem xét.

Cụ thể, các cải cách lập pháp, phát triển tổ chức, chương trình nhận diện người hiến tại bệnh viện, các sáng kiến cải thiện chất lượng, chiến dịch nâng cao nhận thức cộng đồng, và kết quả ghép tạng đã được phân tích. Kinh nghiệm của Hàn Quốc sau đó được so sánh với hiện trạng hiến và ghép tạng tại Việt Nam.

Kết quả

Những tiến bộ đạt được tại Hàn Quốc là kết quả của một loạt sáng kiến quốc gia phối hợp chứ không phải một can thiệp đơn lẻ.

Việc ban hành Luật Ghép tạng và thành lập Mạng lưới Chia sẻ Tạng Hàn Quốc (KONOS) đã tạo ra khung pháp lý và phân bổ tạng minh bạch. Việc thành lập sau đó của Cơ quan Điều phối Hiến tạng Hàn Quốc (KODA) độc lập đã tạo điều kiện cho việc nhận diện người hiến được chuẩn hóa, quản lý người hiến chuyên nghiệp, và điều phối trên toàn quốc.

Việc bắt buộc thông báo người hiến chết não tiềm năng, điều phối người hiến 24/24, sự phối hợp đa chuyên khoa giữa các đơn vị hồi sức tích cực, khoa cấp cứu, trung tâm chấn thương và các đội ghép tạng, cùng với việc kiểm toán và phản hồi liên tục, đã góp phần cải thiện đáng kể việc nhận diện và chuyển đổi người hiến.

Giáo dục cộng đồng, hỗ trợ gia đình người hiến, các chương trình tưởng niệm quốc gia, và nỗ lực xây dựng lòng tin của công chúng đã góp phần thêm vào sự chấp nhận của xã hội đối với việc hiến tạng chết não.

Tuy nhiên, bất chấp những thành tựu này, Hàn Quốc vẫn tiếp tục đối mặt với tình trạng thiếu tạng đáng kể, với khoảng 50.000 bệnh nhân đang chờ ghép tạng và hơn 2.000 bệnh nhân tử vong mỗi năm trong khi chờ đợi. Những con số này cho thấy nhu cầu tiếp tục mở rộng nguồn người hiến chết não.

Bàn luận

Kinh nghiệm của Hàn Quốc cho thấy sự thành công của việc hiến tạng chết não phụ thuộc chủ yếu vào việc xây dựng một hệ thống quốc gia tích hợp, chứ không chỉ dựa vào từng trung tâm ghép tạng riêng lẻ. Sự phát triển bền vững đòi hỏi cam kết mạnh mẽ từ chính phủ, phân bổ minh bạch, một tổ chức thu nhận tạng quốc gia (OPO) độc lập, quy trình nhận diện và chuyển tuyến người hiến được chuẩn hóa, cải tiến chất lượng liên tục, đào tạo chuyên môn, và sự tham gia rộng rãi của cộng đồng.

Đồng thời, mỗi quốc gia có bối cảnh văn hóa, tôn giáo, pháp lý và y tế riêng.

Do đó, việc áp dụng trực tiếp mô hình của một quốc gia khác khó có thể là đủ. Thay vào đó, mỗi quốc gia nên xây dựng chiến lược phù hợp với hoàn cảnh riêng của mình, đồng thời kết hợp các thực hành tốt nhất được công nhận trên thế giới.

Kết luận

Việt Nam có tiềm năng đáng kể để mở rộng hiến tạng chết não thông qua phát triển hệ thống quốc gia bài bản, bao gồm các sáng kiến như VNCCHOT (Trung tâm Điều phối Quốc gia về Ghép tạng người Việt Nam).

Kinh nghiệm của Hàn Quốc cho thấy việc tăng cường nhận diện người hiến tại bệnh viện, xây dựng mạng lưới thu nhận tạng quốc gia toàn diện, và triển khai các chương trình cải thiện hiến tạng liên tục có thể góp phần gia tăng hiến tạng chết não tại Việt Nam.

Thành công lâu dài sẽ phụ thuộc vào sự lãnh đạo bền vững của chính phủ, lòng tin của công chúng, đào tạo chuyên môn, và hợp tác quốc tế.

Thay vì sao chép trực tiếp mô hình Hàn Quốc, Việt Nam có thể điều chỉnh các nguyên tắc cốt lõi để xây dựng một hệ thống hiến tạng chết não bền vững, phù hợp văn hóa và tích hợp trên toàn quốc, với tiềm năng cứu sống thêm hàng nghìn người trong tương lai.

PROMOTION OF DECEASED ORGAN DONATION IN VIETNAM: LESSONS FROM THE KOREAN EXPERIENCE

IN SUNG MOON, MD, FACS. PAST PRESIDENT OF KODA, EMERITUS PROF. COLLEGE OF MEDICINE, THE CATHOLIC UNIVERSITY OF KOREA.

ABSTRACT

Background

The demand for organ transplantation continues to increase worldwide, while the shortage of deceased organ donors remains a major barrier to providing life-saving transplantation for patients with end-stage organ failure.

Since the first kidney transplantation (KT) in Vietnam in 1992, the country has performed approximately 11,000 organ transplantations, the majority of which have involved living donors.

In recent years, Vietnam has also made significant progress in deceased-donor and multi-organ transplantation, including landmark domino transplantation, cross-regional logistical collaboration between medical institutions in northern and southern Vietnam, and successful heart and lung transplantation from brain-dead donors.

Despite these important clinical advances, however, the rate of deceased organ donation following brain death remains relatively low in Vietnam.

South Korea faced a similar challenge over the past three decades but has substantially strengthened its deceased organ donation system through coordinated national strategies.

This lecture reviews the Korean experience and discusses practical strategies that may be applicable to the Vietnamese context.

Objectives

To present the evolution of the Korean deceased organ donation system, identify the key factors contributing to improvements in the identification and procurement of organs from potential brain-dead donors, and propose a practical roadmap for strengthening deceased organ donation in Vietnam.

Methods

The Korean Organ Donation Agency (KODA) system, including its Donor Improvement Program (DIP), was reviewed.

In particular, legislative reforms, organizational development, hospital-based donor identification programs, quality improvement initiatives, public awareness campaigns, and transplantation outcomes were analyzed.

The Korean experience was then compared with the current status of organ donation and transplantation in Vietnam.

Results

The progress achieved in Korea was the result of a series of coordinated national initiatives rather than a single intervention.

The establishment of the Organ Transplantation Act and the Korean Network for Organ Sharing (KONOS) provided a transparent legal and organ allocation framework. The subsequent establishment of the independent Korean Organ Donation Agency (KODA) facilitated standardized donor identification, professional donor management, and nationwide coordination.

Mandatory notification of potential brain-dead donors, 24-hour donor coordination, multidisciplinary collaboration among intensive care units, emergency departments, trauma centers, and transplantation teams, together with continuous audit and feedback, contributed to substantial improvements in donor identification and conversion.

Public education, support for donor families, national memorial programs, and efforts to promote public trust further contributed to the social acceptance of deceased organ donation.

Despite these achievements, however, South Korea continues to face a substantial organ shortage, with approximately 50,000 patients awaiting transplantation and more than 2,000 patients dying annually while on the waiting list. These figures highlight the continuing need to expand the deceased donor pool.

Discussion

The Korean experience demonstrates that successful deceased organ donation depends primarily on the establishment of an integrated national system rather than reliance on individual transplant centers alone.

Sustainable growth requires strong government commitment, transparent allocation, an independent national OPO, standardized donor identification and referral processes, continuous quality improvement, professional education, and broad public engagement.

At the same time, every country has its own cultural, religious, legal, and healthcare environment.

Therefore, directly adopting another country's model is unlikely to be sufficient. Instead, each country should develop a context-specific strategy based on its own circumstances while incorporating internationally recognized best practices.

Conclusions

Vietnam has considerable potential to expand deceased organ donation through systematic national development, including initiatives such as VNCCHOT (Vietnam National Coordinating Center for Human Organ Transplantation).

The Korean experience suggests that strengthening hospital-based donor identification, establishing a comprehensive national organ procurement network, and implementing continuous donation improvement programs could contribute to increasing deceased organ donation in Vietnam.

Long-term success will depend on sustained government leadership, public trust, professional education, and international collaboration.

Rather than directly replicating the Korean model, Vietnam can adapt its key principles to develop a sustainable, culturally appropriate, and nationally integrated deceased organ donation system, with the potential to save thousands of additional lives in the future.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

LỰA CHỌN NGƯỜI HIẾN TẠNG CHẾT NÃO THẢO LUẬN CA LÂM SÀNG 2

ĐẶC ĐIỂM LOGISTICS TRONG BẢO QUẢN VÀ VẬN CHUYỂN TẠNG TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO VỀ GHÉP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

LÊ TRUNG HIẾU [1] , LÊ ÁNH VÂN [1] , NGUYỄN THỊ XUÂN LINH [1]*
NGUYỄN THỊ THUỲ LINH [1] , QUÁCH THỊ HÀ [1] , LÊ VĂN THIỆN [1]

[1] Trung tâm Ghép mô và bộ phận cơ thể người, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
* Tác giả liên hệ: Lê Ánh Vân (leanhvan.hmu@gmail.com)

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm logistics của các trường hợp điều phối tạng từ người hiến chết não về ghép tại Bệnh viện TWQĐ 108 và đánh giá mối liên quan giữa khoảng cách với thời gian vận chuyển và thời gian thiếu máu lạnh của tạng ghép.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu hồ sơ 12 trường hợp bảo quản, vận chuyển tạng từ tháng 01/2025 đến tháng 05/2026. Dữ liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Stata 18.0. Kết quả: 12 trường hợp điều phối với 17 tạng. Nguồn hiến ngoại tỉnh chiếm 58,3%. Trung vị khoảng cách là 1.139 km. Thời gian vận chuyển, thời gian thiếu máu lạnh ở nhóm ngoại tỉnh cao hơn đáng kể (p < 0,001). Khoảng cách có tương quan thuận rất mạnh với thời gian vận chuyển (r = 0,894; p < 0,001), nhưng không có tương quan có ý nghĩa thống kê với thời gian thiếu máu lạnh. Kết luận: Hoạt động bảo quản và vận chuyển tạng liên viện thực hiện trên khoảng cách lớn nhưng vẫn duy trì thời gian thiếu máu lạnh trong giới hạn. Khoảng cách ảnh hưởng đến thời gian vận chuyển nhưng không ảnh hưởng đến thời gian thiếu máu lạnh, cho thấy hiệu quả của quy trình bảo quản và vận chuyển tạng của Bệnh viện TWQĐ 108 và tính khả thi của việc phân bổ nguồn tạng trên phạm vi toàn quốc.

Từ khóa: Bảo quản tạng; Vận chuyển tạng; Điều phối tạng liên viện; Thời gian thiếu máu lạnh.

LOGISTICS CHARACTERISTICS OF ORGAN PRESERVATION AND TRANSPORTATION FROM BRAIN-DEAD DONORS FOR TRANSPLANTATION AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

LÊ TRUNG HIẾU [1] , LÊ ÁNH VÂN [1] , NGUYỄN THỊ XUÂN LINH [1]*
NGUYỄN THỊ THUỲ LINH [1] , QUÁCH THỊ HÀ [1] , LÊ VĂN THIỆN [1]

[1] Trung tâm Ghép mô và bộ phận cơ thể người, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
* Tác giả liên hệ: Lê Ánh Vân (leanhvan.hmu@gmail.com)

ABSTRACT

Objective: To describe the logistics characteristics of organ procurement and transportation from brain-dead donors for transplantation at 108 Military Central Hospital and to evaluate the relationship between transportation distance, transport time, and graft cold ischemia time. Methods: A retrospective cross- sectional study was conducted on 12 cases of organ preservation and transportation from January 2025 to May 2026. Data were collected and analyzed using Stata version 18.0. Results: A total of 12 organ procurement cases involving 17 organs were included. Donors from outside the local province accounted for 58.3% of cases. The median transportation distance was 1,139 km. Both transport time and cold ischemia time were significantly longer in the interprovincial group than in the local group (p < 0.001). Transportation distance showed a very strong positive correlation with transport time (r = 0.894; p < 0.001), but no statistically significant correlation with cold ischemia time was observed.

Conclusions: Interhospital organ preservation and transportation were successfully performed over long distances while maintaining cold ischemia times within acceptable limits. Although transportation distance significantly affected transport time, it did not significantly influence cold ischemia time, demonstrating the effectiveness of the organ preservation and transportation protocols implemented at 108 Military Central Hospital and supporting the feasibility of nationwide organ allocation and sharing.

Keywords: Organ preservation; Organ transportation; Inter-hospital organ allocation; Cold ischemia time.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ HIẾN TẠNG TỪ NGƯỜI CHẾT NÃO CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN TWQĐ 108

LÊ TRUNG HIẾU [1] , LÊ ÁNH VÂN [1] , NGUYỄN THỊ XUÂN LINH [1] , NGUYỄN THỊ THUỲ LINH [1] , QUÁCH THỊ HÀ [1] , LÊ VĂN THIỆN [1] , THÂN THỊ PHƯỢNG [2] , CÙ THỊ KHÁNH VÂN [3] ,NGUYỄN THỊ MAI [4] , NGUYỄN THỊ TUYẾT HẰNG [4]*

[1] Trung tâm Ghép mô và bộ phận cơ thể người, Bệnh viện TWQĐ 108.
[2] Viện Lâm sàng các Bệnh truyền nhiễm, Bệnh viện TWQĐ 108.
[3] Khoa Y học Cổ truyền, Bệnh viện TWQĐ 108.
[4] Trung tâm Khám bệnh đa khoa và điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện TWQĐ 108.
* Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Xuân Linh (leanhvan.hmu@gmail.com)

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức, thái độ về hiến tạng sau chết não của nhân viên y tế (NVYT) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (TWQĐ 108) và phân tích một số yếu tố liên quan. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện trên 438 NVYT từ tháng 3 - 7/2026. Dữ liệu thu thập bằng bộ câu hỏi tự điền đã được kiểm định.

Kết quả: NVYT có tỷ lệ trả lời đúng cao đối với các câu hỏi quy định pháp luật về chẩn đoán chết não (>95%) và tính không hồi phục của chết não (95,9%). Tuy nhiên, kiến thức về tiêu chuẩn và nơi cấp thẻ hiến tạng còn hạn chế (48,6% và 50,9%). Điểm thái độ về hiến tạng khá cao, với điểm trung bình cao nhất ở nhận định "Hiến tạng từ người cho chết não là hành động nhân đạo" (4,30 ± 1,03). Điểm kiến thức và thái độ có liên quan đến kinh nghiệm chăm sóc người hiến chết não và tham gia truyền thông nội bộ ($p < 0,05$). Kết luận: NVYT tại Bệnh viện TWQĐ 108 có kiến thức và thái độ tích cực về hiến tạng từ người hiến chết não, tuy nhiên vẫn còn tồn tại khoảng trống về chẩn đoán chết não và quy định đăng ký hiến tạng. Cần tăng cường đào tạo chuyên môn và truyền thông thường xuyên nhằm phát triển nguồn tạng hiến.

Từ khóa: Chết não; Hiến tạng sau chết não; Nhân viên y tế; Kiến thức; Thái độ.

KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARD DONATION AFTER BRAIN DEATH AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

LÊ TRUNG HIẾU [1] , LÊ ÁNH VÂN [1] , NGUYỄN THỊ XUÂN LINH [1] , NGUYỄN THỊ THUỲ LINH [1] , QUÁCH THỊ HÀ [1] , LÊ VĂN THIỆN [1] , THÂN THỊ PHƯỢNG [2] , CÙ THỊ KHÁNH VÂN [3] ,NGUYỄN THỊ MAI [4] , NGUYỄN THỊ TUYẾT HẰNG [4]*

[1] Trung tâm Ghép mô và bộ phận cơ thể người, Bệnh viện TWQĐ 108.
[2] Viện Lâm sàng các Bệnh truyền nhiễm, Bệnh viện TWQĐ 108.
[3] Khoa Y học Cổ truyền, Bệnh viện TWQĐ 108.
[4] Trung tâm Khám bệnh đa khoa và điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện TWQĐ 108.
* Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Xuân Linh (leanhvan.hmu@gmail.com)

ABSTRACT

Objective: To assess the knowledge and attitudes toward organ donation after brain death among healthcare professionals at 108 Military Central Hospital, Vietnam, and to identify factors associated with knowledge and attitudes.

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted among 438 healthcare professionals between March and July 2026. Data were collected using a previously validated self-administered questionnaire. Results: Participants demonstrated good knowledge of several fundamental aspects of brain death and organ donation. More than 95% correctly recognized the legal framework for brain death determination and the irreversible nature of brain death. However, knowledge gaps remained regarding the diagnostic criteria for brain death (48.6%), and organ donor registration sites (50.9%). Overall, participants exhibited positive attitudes toward organ donation after brain death. The highest mean attitude score was observed for the statement “Organ donation after brain death is a humanitarian act” (4.30 ± 1.03). Knowledge and attitude scores were significantly associated with experience in caring for brain-dead donors and participation in institutional educational activities (p < 0.05). Conclusion: Healthcare professionals at 108 Military Central Hospital demonstrated generally good knowledge and positive attitudes toward organ donation after brain death. Nevertheless, important knowledge gaps remain regarding brain death determination and organ donor registration. Strengthening professional training and regular educational activities may improve donor identification, family counseling, and the development of organ donation from brain-dead donors.

Keywords: Brain death; Deceased donation; Healthcare professionals; Knowledge; Attitude.

GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO CÓ TỔN THƯƠNG CẦU THẬN MẠN TÍNH NGHI FSGS: BÀI HỌC TỪ HAI THẬN CỦA CÙNG MỘT NGƯỜI HIẾN

LÊ THỊ HỒNG VŨ, ĐỖ ĐÌNH KHOA, TRƯƠNG HOÀNG MINH

Đặt vấn đề: Ghép thận từ người hiến chết não với tiêu chuẩn mở rộng là giải pháp giúp cho người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối có cơ hội được ghép tạng trong bối cảnh thiếu hụt nguồn tạng hiến hiện nay. Giá trị tiên lượng của sinh thiết thận người hiến còn nhiều tranh luận; các bất thường mô học cần được đánh giá cùng đặc điểm lâm sàng của người hiến và từng thận thay vì sử dụng như tiêu chuẩn loại bỏ tạng đơn độc [1-3] . Chúng tôi báo cáo kết cục 9 tháng của hai thận từ cùng một người hiến chết não có tổn thương cầu thận mạn tính nghi xơ hóa cầu thận khu trú từng vùng (focal segmental glomerulosclerosis – FSGS) với mức độ tổn thương mô học khác nhau và giải phẫu mô học thận của người hiến.

Phương pháp đánh giá: Hồi cứu, mô tả 02 trường hợp ghép thận từ người hiến chết não tại bệnh viện Nhân dân 115 tháng 01/2026. Người hiến chết não là nam, 51 tuổi, nhóm máu O+, tiền sử tăng huyết áp, sỏi thận phải, xuất huyết não và tổn thương thận cấp độ 2 theo KDIGO. Hai thận được ghép cho hai người nhận cùng nhóm máu O+. Cả hai được dẫn nhập bằng antithymocyte globulin, duy trì tacrolimus, mycophenolate mofetil và prednisolone; dự phòng cytomegalovirus và Pneumocystis jirovecii.

Thận trái được ghép cho người nhận nữ 26 tuổi, bệnh thận mạn giai đoạn cuối do đái tháo đường type 1, tăng huyết áp, đang lọc màng bụng một năm, HLA mismatch 5/6. Sinh thiết thận người hiến có 18 cầu thận, trong đó 4 cầu thận xơ hóa toàn bộ (22,2%), teo ống thận 36%, xơ hóa mô kẽ 36% và xơ hóa động mạch mức độ nhẹ. Diễn tiến sau ghép thuận lợi; eGFR tại tháng 1, 6 và 9 lần lượt là 50,6; 44 và 50,6 mL/phút/1,73 m^2.

Người nhận nhiễm CMV vào tháng thứ 5, được điều trị và giảm liều MMF. Thận phải được ghép cho người nhận nam 19 tuổi, lọc máu chu kỳ hai năm, HLA mismatch 5/6. Thận có sỏi 0,8 × 1,0 cm và được lấy sỏi ngay trước ghép. Sinh thiết có 36 cầu thận, gồm 13 cầu thận xơ hóa toàn bộ (36,1%), 2 cầu thận xơ hóa từng phần, 1 cầu thận có liềm thể, 12 cầu thận tăng sinh gian mạch; teo ống thận 39% và tổn thương động mạch mức độ vừa. Giải phẫu bệnh kết luận viêm cầu thận mạn, khả năng do FSGS tiến triển. Sau ghép không ghi nhận biến chứng ngoại khoa sớm, nhưng chức năng thận phục hồi kém hơn: eGFR tháng thứ nhất 28 và tháng thứ 5 là 17,4 mL/phút/1,73 m^2. Protein niệu xuất hiện từ tháng thứ 2, đạt 1,4 g/24 giờ. Không ghi nhận bằng chứng thải ghép. Theo dõi ghi nhận ứ nước thận ghép độ 2 và sỏi nhu mô; đến tháng thứ 9 eGFR dao động 17–22 mL/phút/1,73 m^2.

Bàn luận: Hai thận từ cùng một người hiến có kết cục khác biệt đáng kể. Thận trái, mặc dù có xơ hóa cầu thận toàn bộ 22,2% và tổn thương ống thận–mô kẽ đáng kể, vẫn duy trì chức năng tốt sau 9 tháng. Ngược lại, thận phải có gánh nặng tổn thương cầu thận và mạch máu lớn hơn, kèm protein niệu sớm và chức năng thận ghép thấp kéo dài. Các nghiên cứu ghép cặp thận cho thấy mức độ tổn thương trên sinh thiết hai thận cùng người hiến có thể không đồng nhất và đơn độc có khả năng dự báo kết cục hạn chế [2, 4] . Xơ hóa cầu thận >10% có liên quan với tăng nguy cơ mất thận ghép dài hạn, nhưng mức độ nguy cơ không tăng tương ứng với tỷ lệ loại bỏ tạng; do đó không nên sử dụng một ngưỡng xơ hóa cầu thận đơn độc để quyết định từ chối thận [5] .

Trong trường hợp thứ hai, tổn thương cầu thận mạn nghi FSGS có thể góp phần vào chức năng thận ghép kém, nhưng vai trò đồng thời của bệnh mạch máu, sỏi và tắc nghẽn đường niệu không thể loại trừ.

Kết luận: Tổn thương cầu thận mạn nghi FSGS trên thận người hiến chết não không nên được xem là chống chỉ định tuyệt đối của ghép thận. Hai thận của cùng một người hiến có thể khác biệt đáng kể về tổn thương mô học và kết cục sau ghép. Quyết định chấp nhận tạng cần dựa trên đánh giá tổng hợp đặc điểm người hiến và từng thận, bao gồm tổn thương cầu thận, ống thận – mô kẽ, mạch máu và các bất thường cấu trúc đi kèm. Theo dõi dài hạn là cần thiết để xác định ý nghĩa tiên lượng của các tổn thương này.

Từ khóa: ghép thận; người hiến chết não; FSGS; glomerulosclerosis; sinh thiết thận người hiến;tiêu chuẩn mở rộng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proença, H.M.S., et al., Procurement Kidney Biopsy and Donor Clinical Risk as Complementary Tools to Predict 3- and 12-Month Graft Function After Transplantation. Clin Transplant, 2025. 39(12): p. e70421.
2. Carpenter, D., et al., Procurement Biopsies in the Evaluation of Deceased Donor Kidneys. Clin J Am Soc Nephrol, 2018. 13(12): p. 1876–1885.
3. Rea, R., et al., Successful transplant of a kidney with focal segmental glomerulosclerosis. Nephrol Dial Transplant, 2001. 16(2): p. 416–7.
4. Husain, S.A., et al., Association between procurement biopsy findings and deceased donor kidney outcomes: a paired kidney analysis. Transpl Int, 2021. 34(7): p. 1239–1250.
5. Stewart, D.E., et al., The Independent Effects of Procurement Biopsy Findings on 10-Year Outcomes of Extended Criteria Donor Kidney Transplants. Kidney Int Rep, 2022. 7(8): p. 1850–1865.

KẾT CỤC NGẮN HẠN CỦA CA GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO CÓ BỆNH THẬN IGA ĐẦU TIÊN TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

LÊ QUANG TOÀN, ĐOÀN ĐÌNH DÂN, LÊ THỊ HỒNG VŨ, TRƯƠNG HOÀNG MINH

Mở đầu: Việc tiếp nhận tạng từ người hiến chết não (DBD) có tổn thương thận cấp (AKI) trên nền bệnh lý cầu thận nguyên phát (bệnh thận IgA) là chiến lược mở rộng nguồn hiến tiềm năng nhưng đặt ra nhiều thách thức về nguy cơ trì hoãn chức năng thận ghép (DGF). Báo cáo đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết cục ngắn hạn từ chuỗi ca ghép thận DBD đầu tiên tại Bệnh viện Nhân dân 115.

Phương pháp: Báo cáo chuỗi ca lâm sàng 02 bệnh nhân nhận thận ghép thực hiện ngày 31/12/2026 từ 01 người hiến DBD (nam, 51 tuổi, nhóm máu B+, chết não do xuất huyết não/tăng huyết áp, có AKI và bệnh thận IgA không điều trị, chẩn đoán xác định qua sinh thiết thận ghép).
- Người nhận 1 (NN1): Nam, 19 tuổi, BMI 15.8 kg/m2, lọc máu chu kỳ 16 tháng, HLA 3/6, PRA (-).
- Người nhận 2 (NN2): Nữ, 44 tuổi, BMI 23.5 kg/m2, lọc máu chu kỳ 60 tháng, HLA 5/6, PRA 55% lớp I.
Cả hai đều điều trị cảm ứng bằng Anti-Thymocyte Globulin (ATG) và duy trì bằng phác đồ 3 thuốc (Tacrolimus + MMF + Steroid). Đánh giá biến đổi Creatinine máu, eGFR, nồng độ đáy Tacrolimus (C0), biến cố DGF và thải ghép đến 06 tháng sau phẫu thuật.

Kết quả:
- Chức năng thận ghép:
NN1: Xuất hiện DGF. Bệnh nhân bài tiết nước tiểu tốt (>2000 mL/ngày từ ngày 3 post-op), tuy nhiên tốc độ thanh thải Creatinine hồi phục chậm, duy trì lọc máu chu kỳ hỗ trợ (iHD 1 lần/tuần). Creatinine tại thời điểm theo dõi đạt 653 umol/L (eGFR 10 mL/min/1.73).
NN2: Không xuất hiện DGF. Chức năng thận hồi phục nhanh: Creatinine giảm từ 763 umol/L xuống 248.7 umol/L (ngày 6) và đạt 153 umol/L eGFR = 36.7 mL/min/1.73 ở ngày 18 post-op.
- An toàn & Thải ghép: Nồng độ Tacrolimus C0 kiểm soát ổn định trong dải 5–12 ng/mL. Không ghi nhận thải ghép cấp hay tử vong. Tỷ lệ sống còn của người bệnh và tạng ghép đạt 100%.

Kết luận:
- Triển khai ghép thận DBD tại Bệnh viện Nhân dân 115: Chuỗi ca ghép thành công khẳng định năng lực làm chủ kỹ thuật ghép thận từ người hiến chết não (DBD), mở ra cơ hội gia tăng nguồn tạng hiến tại trung tâm.
- Thách thức từ người hiến DBD nguy cơ cao (kèm AKI): Tổn thương thiếu máu cục bộ kết hợp rối loạn huyết động do chết não làm tăng nguy cơ trì hoãn chức năng thận ghép (DGF): năng lực hồi sức tạng, qui trình phẫu thuật tối ưu thời gian thiếu máu nóng- thiếu máu lạnh, cá thể hóa phác đồ dẫn nhập ức chế miễn dịch (ATG) và qui trình theo dõi chức năng thận ghép, tối ưu phác đồ điều trị ức chế miễn dịch chống thải ghép thận.

- Nguy cơ từ tạng ghép có bệnh lý cầu thận nguyên phát (IgA): Nền bệnh IgA làm giảm chức năng thận ghép và trì hoãn thời gian hồi phục của mảnh ghép. Ghép thận từ người hiến chết não có bệnh thận IgA có thể đạt kết quả chức năng thận ghép khả quan, mặc dù tốc độ hồi phục chức năng thận khác biệt giữa các người nhận.

Từ khóa: Ghép thận chết brain (DBD); Bệnh viện Nhân dân 115; Bệnh thận IgA; Trì hoãn chức năng thận ghép (DGF); Tiêu chuẩn mở rộng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

KDIGO (2021). KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases. Kidney International, 100(4S), S1–S276.

Heilman, R. L., et al. (2018). Allograft outcomes of kidneys transplanted from deceased donors with IgA nephropathy. Clinical Transplantation, 32(5), e13249.

Yarlagadda, S. G., et al. (2012). Association between deceased donor acute kidney injury and graft survival in kidney transplant recipients: A systematic review and meta-analysis. Kidney International, 81(12), 1253–1262.

Hall, I. E., & Schrader, R. (2014). Deceased donor acute kidney injury and kidney transplant outcomes. Current Opinion in Nephrology and Hypertension, 23(6), 607–614.

Bộ Y tế Việt Nam (2018). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ghép thận. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GHÉP THẬN:
MỘT SỐ VẤN ĐỀ KHÁC 1

THÁCH THỨC NGOẠI KHOA VÀ ĐIỀU TRỊ MIỄN DỊCH TRONG GHÉP THẬN LẦN BA: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

TRƯƠNG HOÀNG MINH [1,2], TRẦN THANH PHONG [1], TRẦN LÊ DUY ANH [1], LÊ THỊ HỒNG VŨ [3], TÔ THANH PHÁT [1], NGÔ QUANG TRUNG [1], LÊ VƯƠNG TUẤN KIỆT [1], NGÔ THANH QUANG [1], TRƯƠNG HOÀNG HẢI [4], TRẦN PHÚC HÒA [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
[3] Khoa nội thận miễn dịch ghép, Bệnh viện Nhân Dân 115
[4] Bác sĩ học chứng chỉ hành nghề tại khoa ngoại niệu - ghép thận Bệnh viện Nhân Dân 115
* Tác giả liên hệ: Trương Hoàng Minh, Trưởng khoa Ngoại niệu - ghép thận, Bệnh viện Nhân dân 115. ĐT: 0903982107 ,Email: hoangminhbvnd115@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ghép thận là phương pháp điều trị thay thế thận tối ưu cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. Ghép thận lần ba là một thách thức rất lớn và hiếm khi được thực hiện tại Việt Nam do độ phức tạp về phẫu thuật, nguy cơ mẫn cảm miễn dịch cao và tình trạng bất thường mạch máu. Chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu một trường hợp ghép thận lần ba thành công từ người hiến sống tại Bệnh viện Nhân dân 115.

Bệnh nhân và phương pháp: Báo cáo ca bệnh . Bệnh nhân nam, 57 tuổi, tiền sử tăng huyết áp và suy thận giai đoạn cuối. Bệnh nhân từng ghép thận lần 1 (từ người hiến không cùng huyết thống) cách đây 12 năm vào hố chậu phải (bị cắt bỏ thận ghép ngay sau đó do thải ghép tối cấp) và ghép thận lần 2 (cũng từ người hiến không cùng huyết thống) cách đây 10 năm vào hố chậu trái tại một trung tâm khác. Cách đây 2 năm, thận ghép thứ hai mất chức năng do thải ghép mạn tính, bệnh nhân quay lại lọc máu chu kỳ và giữ nguyên thận ghép trái tại chỗ. Bệnh nhân được đánh giá tiền ghép lần ba với chỉ số mẫn cảm HLA: PRA lớp I là 46%, PRA lớp II là 0%, kết quả phản ứng chéo (crossmatch) âm tính. Chụp cắt lớp vi tính mạch máu (CT-A) hệ mạch máu bụng chậu ghi nhận vôi hóa rải rác thành mạch. Bệnh nhân được tiến hành ghép thận lần ba từ người hiến sống là vợ của bệnh nhân, 47 tuổi, mismatch 3/6, thận ghép đặt vào hố chậu phải ngoài phúc mạc. Vị trí thông nối tĩnh mach thận với tĩnh mạch chậu chung phải, động mạch thận với động mạc chậu chung phải nơi ít mảng xơ vữa nhất, cắm niệu quản vào bàng quang theo Lich - Gregoir có đặt thông JJ. Trong quá trình phẫu tích mạch máu và bàng quang khó khăn vì dính sau mổ cũ. Cuộc phẫu thuật và hậu phẫu diễn ra thành công, chức năng thận ghép hồi phục tốt trở về bình thương sau 7 ngày. Tuy nhiên, ngày thứ 8 hậu phẫu xuất hiện thải ghép thể dịch, xuất hiện kháng thể kháng HLA người hiến. Người bệnh được lọc huyết tương và sử dụng IVIG sau đó ổn định, chức năng thận trở về bình thường và xuất viện 2 tuần sau đó .

Kết luận: Ghép thận lần thứ ba là giải pháp khả thi cho bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối có tiền sử thải ghép nhiều lần. Sự chuẩn bị kỹ về miễn dịch cũng
như kỹ thuật ngoại khoa tỉ mỉ là yếu tố quyết định thành công.

Từ khóa: *Ghép thận lần ba, Mẫn cảm HLA, PRA, Crossmatch, Vôi hóa mạch máu chậu, Bệnh viện Nhân dân 115.*

SURGICAL AND IMMUNOLOGICAL CHALLENGES IN A THIRD KIDNEY TRANSPLANTATION: A CASE REPORT FROM PEOPLE'S HOSPITAL 115

TRƯƠNG HOÀNG MINH [1,2], TRẦN THANH PHONG [1], TRẦN LÊ DUY ANH [1], LÊ THỊ HỒNG VŨ [3], TÔ THANH PHÁT [1], NGÔ QUANG TRUNG [1], LÊ VƯƠNG TUẤN KIỆT [1], NGÔ THANH QUANG [1], TRƯƠNG HOÀNG HẢI [4], TRẦN PHÚC HÒA [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
[3] Khoa nội thận miễn dịch ghép, Bệnh viện Nhân Dân 115
[4] Bác sĩ học chứng chỉ hành nghề tại khoa ngoại niệu - ghép thận Bệnh viện Nhân Dân 115
* Tác giả liên hệ: Trương Hoàng Minh, Trưởng khoa Ngoại niệu - ghép thận, Bệnh viện Nhân dân 115. ĐT: 0903982107 ,Email: hoangminhbvnd115@gmail.com

ABSTRACT

Objective: Kidney transplantation remains the optimal renal replacement therapy for end-stage renal disease (ESRD). Third-time kidney re-transplantation is extremely challenging and rarely performed in Vietnam due to surgical complexity, high immunological sensitization, and severe vascular calcification associated with long-term dialysis. We report a successful case of a third- time living-donor kidney transplant at People's Hospital 115.

Patient and method: Case report: 57-year-old male patient with a history of hypertension and ESRD presented for evaluation. He had undergone a first kidney transplant 12 years prior in the right iliac fossa (necessitating immediate graft nephrectomy due to hyperacute rejection) and a second living-donor transplant 10 years prior in the left iliac fossa at another center. Two years ago, the second allograft failed due to chronic rejection, requiring maintenance hemodialysis while retaining the left graft in situ. Pre-transplant immunological evaluation revealed panel-reactive antibody (PRA) Class I of 46%, Class II of 0%, and a negative donor-recipient crossmatch. Computed tomography angiography (CTA) demonstrated scattered calcifications of the abdominopelvic vascular walls. The patient underwent a third kidney transplant from a living donor - his 47 year old wife with a 3/6

Mismatch: the graft was placed in the right iliac fossa in an extraperitoneal position. The renal vein and renal artery are anastomosed to the right common iliac vein and right common iliac artery, respectively, at the site with the least atherosclerotic plaque; ureterovesical reimplantation is performed using the Lich - Gregoir technique with the placement of a JJ stent. The dissection of the iliac vessels and bladder was difficult due to adhesions from previous surgery. The surgery and postoperative period were successful, and the transplanted kidney's function recovered well, returning to normal after 7 days. However, on the eight postoperative day, antibody mediated rejection occured, with the appearance of donnor specific anti - HLA antibodies. The patient underwent plasmapheresis and received IVIG (Intravenous Immunoglobulin); subsequently, their condition stabilized, renal function returned to normal, and they were discharged two weeks later. Conclusion: A Third kidney transplant is a viable option for ESRD patients who have a history of multiple transplant rejections. Thorough immunological preparation and meticulous surgical technique are the desicive factors for success.

Keywords: *Third kidney transplantation, HLA sensitization, PRA, Crossmatch, Pelvic vascular calcification, Peope's Hospital 115.*

HÀNH TRÌNH QUẢN LÝ BỆNH THẬN MẠN XUYÊN SUỐT TỪ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA ĐẾN LỌC MÁU VÀ GHÉP THẬN

*TẠ PHƯƠNG DUNG **

* TTƯT. BsCKII. Tạ Phương Dung, Phó giám đốc Trung tâm Tiết niệu Thận học Nam khoa BVĐK Tâm Anh TpHCM, Phó Chủ tịch Hội Tiết niệu - Thận học TP.HCM,
Thường vụ Ban chấp hành Hội Tiết niệu – Thận học Việt Nam
Liên hệ: Bs CKII Taj Phương Dung, ĐT: 0903365722, email: taphuongdung@yahoo.com

Bệnh thận mạn (CKD) đang trở thành một gánh nặng y tế toàn cầu, là một trong các nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Một thách thức lớn trong quản lý CKD là bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn muộn, khi chức năng thận đã suy giảm đáng kể và nguy cơ biến cố tim mạch tăng cao. Các dữ liệu cho thấy chẩn đoán sớm giúp làm chậm đáng kể tốc độ suy giảm chức năng thận, giảm nguy cơ tiến triển đến bệnh thận giai đoạn cuối (ESKD) cần điều trị thay thế thận. Tại Việt Nam, việc phát hiện và điều trị sớm còn mang ý nghĩa rất lớn giảm gánh nặng chạy thận cho hệ thống y tế và giảm gánh nặng kinh tế. Vì vậy, mục tiêu quan trọng nhất trong chiến lược quản lý CKD là phát hiện sớm, điều trị nội khoa tối ưu ngăn ngừa tiến triển bệnh đến thay thế thận.

Theo khuyến cáo KDIGO và Bộ Y tế, các đối tượng nguy cơ cao cần được tầm soát thường quy bằng cả eGFR và tỉ số albumin/creatinin niệu (UACR). Việc phối hợp đánh giá eGFR và UACR giúp nhận diện sớm các bệnh nhân có nguy cơ tim-thận cao ngay từ các giai đoạn đầu của CKD, từ đó tối ưu hóa chiến lược điều trị.

Sau khi chẩn đoán, điều trị CKD cần được tiếp cận toàn diện nhằm bảo vệ đồng thời thận và tim mạch. Các biện pháp nền tảng bao gồm thay đổi lối sống, kiểm soát huyết áp, đường huyết, lipid máu và điều trị các biến chứng đi kèm. KDIGO 2024 nhấn mạnh ba trụ cột điều trị nền tảng cho đa số bệnh nhân CKD gồm: SGLT2 inhibitor (SGLT2i), RAS inhibitor (RASi) và statin. Trong những năm gần đây, SGLT2i đã trở thành một thành phần cốt lõi trong quản lý CKD. Theo KDIGO và Hướng dẫn quản lý Hội chứng tim mạch thận-chuyển hóa (CKM) 2026, SGLT2i là liệu pháp điều trị nền tảng cùng RASi cho bệnh thận mạn bất kể có hoặc không đái tháo đường. GLP1-RA và non-steroid MRA là liệu pháp điều trị bổ sung ở bệnh thận đái tháo đường nếu UACR còn cao dai dẳng sau điều trị phối hợp RASi+SGLT2i. Các hướng dẫn hiện nay khuyến cáo khởi trị SGLT2i cho bệnh nhân CKD phù hợp từ ngưỡng eGFR ≥20 mL/phút/1,73m^2. Đồng thời, SGLT2i được tiếp tục duy trì cho đến khi bệnh nhân phải lọc máu hoặc ghép thận.

Khi bệnh tiến triển đến giai đoạn cuối, điều trị thay thế thận bằng lọc máu hoặc ghép thận trở thành lựa chọn cần thiết. Tuy nhiên, nguy cơ tim mạch vẫn tiếp tục là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở các nhóm bệnh nhân này. Dữ liệu trình bày tại ERA 2026 cho thấy SGLT2i có tiềm năng mang lại lợi ích tim mạch và giảm nguy cơ tử vong ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo, đồng thời duy trì hồ sơ an toàn thuận lợi. Sau ghép thận, bệnh nhân vẫn đối mặt với nguy cơ cao về bệnh tim mạch, đái tháo đường sau ghép và suy giảm chức năng thận ghép. Các bằng chứng bước đầu cho thấy điều trị SGLT2i ở bệnh nhân ghép thận có thể giúp giảm tử vong, biến cố tim mạch chính và biến cố thận mà không làm gia tăng nguy cơ thải ghép hoặc các biến cố bất lợi nghiêm trọng.

Tóm lại, bệnh thận mạn cần được quản lý liên tục trên toàn bộ hành trình bệnh từ tầm soát sớm, chẩn đoán chính xác, điều trị nội khoa tối ưu, đến giai đoạn lọc máu và hậu ghép thận. Phát hiện sớm bằng eGFR và UACR, kết hợp các liệu pháp bảo vệ tim-thận nền tảng. SGLT2i có hiệu quả làm chậm tiến triển bệnh, giảm biến cố tim mạch ở bệnh nhân đang điều trị nội khoa hoặc sau ghép thận và cải thiện tiên lượng lâu dài cho bệnh nhân.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, CKD, UACR, SGLT2i, lọc máu, ghép thận, biến cố tim mạch, bảo vệ tim-thận-chuyển hóa.

CẬP NHẬT CHỦNG NGỪA TRƯỚC VÀ SAU GHÉP THẬN

TẠ PHƯƠNG DUNG [1]

[1] Khoa Nội thận Lọc máu, Trung tâm Tiết niệu Thận học Nam khoa, BVĐK Tâm Anh TpHCM
Tác giả liên lạc: Bs CKII Tạ Phương Dung, 0938693365, email: taphuongdung@yahoo.com

Bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính (Chronic Kidney Disease – CKD), đặc biệt là những người đang điều trị bằng lọc máu chu kỳ, có nguy cơ cao mắc các bệnh nhiễm trùng, dẫn đến tăng tỷ lệ nhập viện, biến chứng và tử vong. Trong đó, cúm mùa, viêm phổi do phế cầu và nhiễm virus hợp bào hô hấp (RSV) là những nguyên nhân thường gặp nhưng có thể phòng ngừa hiệu quả bằng tiêm chủng.

Suy giảm chức năng miễn dịch là đặc điểm phổ biến ở bệnh nhân CKD, làm giảm khả năng tạo đáp ứng miễn dịch sau tiêm vaccin. Bên cạnh đó, một số bệnh nhân còn phải sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch, càng làm suy giảm hiệu quả bảo vệ của vaccin. Do đó, khi xây dựng chiến lược tiêm chủng cho bệnh nhân CKD cần cân nhắc đến khả năng đáp ứng huyết thanh giảm để lựa chọn loại vaccin, liều lượng và lịch tiêm phù hợp. Mặc dù đáp ứng miễn dịch có thể thấp hơn so với người khỏe mạnh, tiêm chủng vẫn được chứng minh là an toàn và mang lại lợi ích đáng kể ở bệnh nhân CKD. Vì vậy, các khuyến cáo y tế hiện hành đều nhấn mạnh việc triển khai tiêm chủng đầy đủ nhằm giảm tỷ lệ mắc bệnh, nhập viện và tử vong do các bệnh nhiễm trùng có thể phòng ngừa bằng vaccin.

Ở bệnh nhân ghép thận, liệu pháp ức chế miễn dịch kéo dài tiếp tục làm suy giảm đáp ứng miễn dịch đối với vaccin. Tuy nhiên, tiêm chủng vẫn có thể tạo miễn dịch bảo vệ ở một tỷ lệ đáng kể người bệnh. Ngược lại, vaccin sống giảm độc lực thường chống chỉ định ở bệnh nhân sau ghép thận do nguy cơ gây bệnh liên quan đến vaccin. Nhìn chung, các vaccin bất hoạt được khuyến cáo tiêm sau ghép thận khoảng 6 tháng, khi mức độ ức chế miễn dịch đã giảm so với giai đoạn sớm sau ghép. Tuy nhiên, khuyến cáo này đôi khi không phù hợp với lịch tiêm phòng theo mùa và có thể dẫn đến bỏ lỡ cơ hội bảo vệ người bệnh. Các nghiên cứu cho thấy vaccin cúm bất hoạt có thể được tiêm sớm từ 4 tuần sau ghép tạng mà không làm tăng nguy cơ biến chứng, đặc biệt trong bối cảnh mùa dịch cúm.

Tóm lại, ở tất cả bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính, bao gồm cả người đang lọc máu và người đã ghép thận, việc thực hiện đầy đủ các khuyến cáo tiêm chủng là một biện pháp quan trọng nhằm giảm gánh nặng nhiễm trùng. Việc bỏ lỡ các mũi tiêm được khuyến cáo đồng nghĩa với việc bỏ lỡ cơ hội phòng ngừa các biến chứng nhiễm trùng nghiêm trọng và cải thiện tiên lượng lâu dài cho người bệnh.

UPDATES ON VACCINATIONS BEFORE AND AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

TẠ PHƯƠNG DUNG [1]

[1]Nephrology and hemodialysis dept. , Center of Urology, Nephrology and Andrology, Tâm Anh general hospital, HCMC
Author contact: Ta Phuong Dung, MD, 0938693365, email: taphuongdung@yahoo.com

Patients with chronic kidney disease (CKD), especially those undergoing hemodialysis, are at high risk of infections, leading to increased hospitalizations, complications, and mortality. Influenza, pneumococcal pneumonia, and respiratory syncytial virus (RSV) infections are common but preventable causes of infection through vaccination.

The immune system is weakened in CKD, reducing vaccination efficacy. Furthermore, some patients require immunosuppressive drugs, further diminishing the protective efficacy of vaccines. Therefore, when developing vaccination strategies for CKD patients, the potential for reduced serological response should be considered to select the appropriate vaccine, dosage, and schedule. Although the immune response may be lower than in healthy individuals, vaccination has been shown to be safe and provide significant benefits in CKD patients. Therefore, current medical recommendations emphasize the implementation of full vaccination to reduce morbidity, hospitalization, and mortality from vaccine-preventable infections.

In kidney transplant patients, prolonged immunosuppressive therapy further diminishes the immune response to vaccines. However, vaccination can still provide protective immunity in a significant proportion of patients. Conversely, live attenuated vaccines are generally contraindicated in post-kidney transplant patients due to the risk of vaccine-related disease. Overall, inactivated vaccines are recommended approximately 6 months after kidney transplantation, when immunosuppression levels have decreased compared to the early post-transplant period. This approach may conflict with seasonal vaccinations, which are often omitted. Studies show that inactivated influenza vaccines can be administered as early as 4 weeks after organ transplantation without increasing the risk of complications, especially during flu season.

In summary, for all patients with chronic kidney disease, including those undergoing dialysis and those who have received kidney transplants, full adherence to vaccination recommendations is crucial to reducing the burden of infection. Missing recommended vaccinations means missing opportunities to prevent serious infectious complications and improve long-term prognosis for patients.

VƯỢT QUA RÀO CẢN TRONG GHÉP THẬN DỊ LOÀI TỪ LỢN BIẾN ĐỔI GEN

*HOÀNG KHẮC CHUẨN**

Liên hệ tác giả: Hoàng Khắc Chuẩn
ĐT: 0913846817
Email: hkchuan2024@gmail.com
* Khoa Ngoại Tiết Niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy

TÓM TẮT

Thiếu hụt nguồn thận hiến là rào cản lớn của ghép thận, kéo dài thời gian chờ và làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Ghép thận dị loài từ lợn biến đổi gen đã bước vào nghiên cứu lâm sàng trên người, mở ra triển vọng bổ sung nguồn tạng. Báo cáo tổng quan những tiến bộ và rào cản trong chuyển giao phương pháp này sang thực hành lâm sàng.

Chỉnh sửa gen giúp loại bỏ các kháng nguyên carbohydrate chủ đạo của lợn và bổ sung gen người điều hòa bổ thể, đông máu và đáp ứng miễn dịch bẩm sinh, qua đó giảm thải ghép tối cấp và tổn thương nội mô. Các chiến lược ức chế miễn dịch, đặc biệt phong bế trục đồng kích thích CD40–CD154, góp phần kiểm soát thải ghép sớm. Từ năm 2021, nghiên cứu trên người chết não đã cung cấp bằng chứng về chức năng và đáp ứng miễn dịch của thận lợn trong cơ thể người. Những ca ghép tiếp theo trên người sống ghi nhận chức năng mảnh ghép và khả năng độc lập lọc máu nhiều tháng, gợi mở vai trò cầu nối tới ghép thận người.

Tuy nhiên, thải ghép tế bào, tổn thương qua trung gian kháng thể, hoạt hóa miễn dịch bẩm sinh và bệnh vi mạch huyết khối vẫn là những rào cản quan trọng. Nhiễm trùng làm hạn chế khả năng duy trì ức chế miễn dịch. Tương hợp sinh lý dài hạn, nguy cơ lây truyền tác nhân từ lợn và yêu cầu đạo đức, pháp lý cần được đánh giá chặt chẽ.
Ghép thận dị loài vẫn là liệu pháp nghiên cứu. Ứng dụng lâm sàng đòi hỏi lựa chọn người nhận phù hợp, kiểm soát chất lượng cơ quan nguồn, chuẩn hóa đánh giá mảnh ghép và giám sát an toàn suốt đời.

Từ khóa: ghép thận dị loài; lợn biến đổi gen; ức chế miễn dịch; bệnh vi mạch huyết khối; an toàn sinh học.

OVERCOMING BARRIERS IN KIDNEY XENOTRANSPLANTATION FROM GENETICALLY MODIFIED PIGS

*HOÀNG KHẮC CHUẨN**

Liên hệ tác giả: Hoàng Khắc Chuẩn
ĐT: 0913846817
Email: hkchuan2024@gmail.com
* Khoa Ngoại Tiết Niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy

ABSTRACT

The shortage of donor kidneys remains a major barrier to kidney transplantation, prolonging waiting times and increasing mortality risk in patients with end-stage kidney disease. Kidney xenotransplantation from genetically modified pigs has entered human clinical investigation, offering a potential additional organ source. This report reviews advances and barriers to translating this approach into clinical practice.

Gene editing removes major porcine carbohydrate antigens and introduces human genes regulating complement, coagulation, and innate immune responses, thereby reducing hyperacute rejection and endothelial injury. Immunosuppressive strategies, particularly blockade of the CD40–CD154 costimulatory pathway, contribute to controlling early rejection. Since 2021, studies in deceased human recipients have provided evidence of porcine kidney function and immune responses in humans. Subsequent transplants in living recipients have demonstrated graft function and dialysis independence lasting several months, supporting a potential role as a bridge to kidney allotransplantation.

However, cellular rejection, antibody-mediated injury, innate immune activation, and thrombotic microangiopathy remain important barriers. Infection limits the ability to maintain adequate immunosuppression. Long-term physiological compatibility, transmission of porcine pathogens, and ethical and regulatory requirements require careful assessment.
Kidney xenotransplantation remains investigational. Clinical application requires appropriate recipient selection, quality control of source organs, standardized graft assessment, and lifelong safety surveillance.

Keywords: kidney xenotransplantation; genetically modified pigs; immunosuppression; thrombotic microangiopathy; biosafety.

TỐI ƯU HÓA PHÂN TẦNG NGUY CƠ & LỰA CHỌN PHÁC ĐỒ DẪN NHẬP TRƯỚC GHÉP THẬN

NGUYỄN DUY ĐIỀN

TÓM TẮT

Mục tiêu:

Tổng hợp và xây dựng khung hướng dẫn thực hành lâm sàng về phân tầng nguy cơ trước ghép thận. Đánh giá hiệu quả, độ an toàn và dữ liệu dược kinh tế của các liệu pháp dẫn nhập chu phẫu.

Phương pháp:

Báo cáo tổng hợp và phân tích dữ liệu từ các hướng dẫn lâm sàng uy tín (KDIGO, NICE TA348, BTS), các nghiên cứu phân tích gộp và thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng.

Kết quả:

Nhóm nguy cơ thấp: Basiliximab giúp giảm 47% nguy cơ thải ghép cấp (OR = 0,53; p < 0,001) so với không dẫn nhập. Phối hợp Basiliximab với Tacrolimus liều thấp (target 3–7 ng/mL) và MMF đạt tỷ lệ thải ghép cấp BPAR thấp nhất (12,3%) và mức lọc cầu thận eGFR ở mốc 12 tháng cao nhất (65,4 mL/phút/1,73m^2), vượt trội rõ rệt so với phác đồ Cyclosporine hay Sirolimus.

Nhóm nguy cơ trung bình: Linh hoạt lựa chọn giữa Basiliximab hoặc rATG liều thích ứng (3,0–4,5 mg/kg) giúp đạt hiệu quả ngừa thải ghép tương đương liều cao .

Nhóm nguy cơ cao & mẫn cảm: rATG liều chuẩn (4,5–6,0 mg/kg) hoặc Alemtuzumab kết hợp quy trình giải mẫn cảm chu phẫu (PEX, IVIG, Rituximab) và dự phòng CMV/PCP bắt buộc giúp kiểm soát hiệu quả thải ghép. Thực tiễn tại Bệnh viện Chợ Rẫy đạt tỷ lệ sống còn thận ghép 1 năm > 98%.

Kết luận:

Đánh giá nguy cơ toàn diện kết hợp giữa chỉ số miễn dịch (cPRA, MFI DSA) và yếu tố lâm sàng (loại người hiến, CIT) là cơ sở nền tảng để cá thể hóa phác đồ dẫn nhập.

Basiliximab là lựa chọn tiêu chuẩn vàng cho nhóm nguy cơ thấp đến trung bình nhờ hiệu quả bảo tồn eGFR, giảm thải ghép và độ an toàn tuyệt đối.

rATG liều thích ứng nguy cơ mang lại hiệu quả tối ưu cho nhóm nguy cơ cao mà vẫn kiểm soát tốt các biến chứng chu phẫu.

Từ khóa: Dẫn nhập, ghép thận.

TỐI ƯU HÓA PHÂN TẦNG NGUY CƠ & LỰA CHỌN PHÁC ĐỒ DẪN NHẬP TRƯỚC GHÉP THẬN

NGUYỄN DUY ĐIỀN

ABSTRACT

Objectives:

To establish a structured clinical framework for pre-transplant risk stratification.To evaluate the clinical efficacy, safety, and pharmacoeconomic data of perioperative induction agents to individualize immunosuppressive therapy.

Methods:

Evidence was synthesized from clinical practice guidelines (KDIGO, NICE TA348, BTS), meta-analyses, and randomized controlled trials.

Results:

Low-Risk Group: Basiliximab (20 mg on Days 0 and 4) reduced acute rejection risk by 47% (OR = 0.53; $p < 0.001$) compared to no induction. Combined with low-dose Tacrolimus (target 3–7 ng/mL) and MMF, Basiliximab achieved the lowest BPAR rate (12.3%) and the highest 12-month eGFR (65.4 mL/min/1.73m^2), significantly outperforming Cyclosporine or Sirolimus regimens.

Moderate-Risk Group: Flexible selection between Basiliximab and risk-adapted low-dose rATG (3.0–4.5 mg/kg) provided equivalent anti-rejection efficacy.

High-Risk & Sensitized Group: Standard-dose rATG (4.5–6.0 mg/kg) or Alemtuzumab combined with desensitization (PEX, IVIG, Rituximab) and mandatory CMV/PCP prophylaxis effectively controlled acute rejection. Clinical practice at Cho Ray Hospital demonstrated a 1-year graft survival rate of > 98%.

Conclusion:

Comprehensive pre-transplant risk stratification integrating immunological (cPRA, MFI DSA) and clinical parameters (donor type, CIT) is mandatory for tailoring induction therapy.

Basiliximab remains the gold standard for low-to-moderate risk recipients by preserving long-term eGFR and offering superior safety.

Risk-adapted rATG optimizes outcomes in high-risk patients while minimizing adverse events.

Keywords: Induction, kidney transplantation.

ỨNG DỤNG CHIẾN LƯỢC LẤY MẪU GIỚI HẠN TRONG TDM THUỐC TACROLIMUS Ở BỆNH NHÂN SAU GHÉP THẬN GIAI ĐOẠN SỚM

ThS. BSCK2. Ngô Trọng Vinh, BVQY175

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu dược động học tacrolimus trong 3 tháng đầu sau ghép thận, chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu trên 126 bệnh nhân ghép thận từ người hiến sống có đầy dủ dữ liệu về nồng độ. liều tacrolimus và chức năng thận tại 3 thời điểm: hậu phẫu ngày 7, khi ra viện và sau ghép 3 tháng. Đồng thời chọn 11 bệnh nhân với ban đầu đánh giá chuyển hóa thuốc nhanh dựa vào tỷ lệ C/D <1,05, để khảo sát dược động học chuyên sâu, thực hiện theo dõi AUC_{0-12} được tính bằng phương pháp diện tích hình thang từ 10 thời điểm lấy mẫu: C0, C0,5, C1, C1,5, C2, C3, C4, C6, C9 và C12. Tất cả bệnh nhân sử dụng tacrolimus giải phóng nhanh cùng một hãng trong năm đầu sau ghép; nồng độ thuốc máu toàn phần được đo bằng phương pháp ECLIA.

Kết quả: Tỷ số C/D của tacrolimus biến thiên rõ rệt trong 3 tháng đầu sau ghép thận. Tỷ lệ bệnh nhân có kiểu hình chuyển hóa nhanh (C/D <1,05) là 52,4% vào ngày 7, 50,8% khi ra viện và giảm còn 13,5% tại tháng thứ 3. Theo thời gian, bệnh nhân sau ghép thận có xu hướng chuyển từ kiểu hình chuyển hóa nhanh sang không nhanh.

Ở 11 bệnh nhân được khảo sát dược động học chuyên sâu, nhóm chuyển hóa nhanh (C/D <1,05; n=5) có nhu cầu liều tacrolimus cao hơn so với nhóm không chuyển hóa nhanh (7,70 ± 0,45 so với 6,25 ± 0,99 mg/ngày), trong khi AUC_{0-12} không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (142,5 ± 44,7 so với 168,4 ± 54,8 ng·h/mL; p=0,537).

Ở nhóm chuyển hóa nhanh (n=5), C/D trung bình là 0,833 ± 0,178, liều tacrolimus 7,70 ± 0,45 mg/ngày, C0 6,40 ± 1,36 ng/mL, AUC_{0-12} 142,52 ± 44,69 ng·h/mL, Cmax 22,66 ± 7,33 ng/mL và Tmax trung bình khoảng 1,7 giờ. Đặc biệt, C0 có tương quan rất yếu với AUC_{0-12} (r=0,182; p=0,770), trong khi các nồng độ sau uống từ C1,5 đến C4 có tương quan mạnh với AUC.

Kết luận: kiểu hình chuyển hóa xác định dựa trên C/D trong giai đoạn sớm sau ghép chưa ổn định và không nên được xem là đặc tính cố định của bệnh nhân. Tỷ lệ C/D thấp phản ánh nhu cầu liều cao nhưng không đồng nghĩa với phơi nhiễm tacrolimus thấp khi đánh giá bằng AUC. Ở nhóm chuyển hóa nhanh, C0 đơn độc có thể chưa phản ánh đầy đủ đặc điểm phơi nhiễm tacrolimus, và đánh giá bổ sung AUC cùng các thông số Cmax/Tmax có tiềm năng hỗ trợ cá thể hóa TDM.

APPLICATION OF LIMITED SAMPLING STRATEGY IN TACROLIMUS THERAPEUTIC DRUG MONITORING IN PATIENTS DURING THE EARLY POST-KIDNEY TRANSPLANT PERIOD

ThS. BSCK2. Ngô Trọng Vinh, BVQY175

ABSTRACT

Objective: To investigate the pharmacokinetics of tacrolimus during the first three months after kidney transplantation, we conducted a retrospective study of 126 kidney transplant recipients from living donors with complete data on tacrolimus concentrations, doses, and renal function at three time points: postoperative day 7, hospital discharge, and three months post-transplantation. In addition, 11 patients initially classified as fast metabolizers based on a C/D ratio <1.05 underwent an intensive pharmacokinetic assessment. The area under the concentration–time curve from 0 to 12 hours (AUC_{0-12}) was calculated using the linear trapezoidal method based on 10 sampling time points: C0, C0.5, C1, C1.5, C2, C3, C4, C6, C9, and C12. All patients received the same brand of immediate-release tacrolimus during the first post-transplant year. Whole-blood tacrolimus concentrations were measured using electrochemiluminescence immunoassay (ECLIA).

Results: The tacrolimus C/D ratio showed substantial variation during the first three months after kidney transplantation. The proportion of patients with a fast-metabolizer phenotype (C/D <1.05) was 52.4% on postoperative day 7, 50.8% at hospital discharge, and decreased to 13.5% at three months. Over time, patients tended to transition from a fast-metabolizer phenotype to a non-fast-metabolizer phenotype.

Among the 11 patients who underwent intensive pharmacokinetic assessment, fast metabolizers (C/D <1.05; n = 5) required higher tacrolimus doses than non-fast metabolizers (7.70 ± 0.45 vs. 6.25 ± 0.99 mg/day). However, AUC_{0-12} did not differ significantly between the two groups (142.5 ± 44.7 vs. 168.4 ± 54.8 ng·h/mL; p = 0.537). In the fast-metabolizer group (n = 5), the mean C/D ratio was 0.833 ± 0.178, the tacrolimus dose was 7.70 ± 0.45 mg/day, the trough concentration (C0) was 6.40 ± 1.36 ng/mL, AUC_{0-12} was 142.52 ± 44.69 ng·h/mL, and Cmax was 22.66 ± 7.33 ng/mL, with a mean Tmax of approximately 1.7 hours. Notably, C0 showed a very weak correlation with AUC_{0-12} (r = 0.182; p = 0.770), whereas post-dose concentrations measured between 1.5 and 4 hours showed strong correlations with AUC.

Conclusion: The metabolic phenotype classified by the C/D ratio during the early post-transplant period is not stable and should not be regarded as an intrinsic, fixed characteristic of the patient. A low C/D ratio indicates a higher tacrolimus dose requirement but does not necessarily imply lower tacrolimus exposure when assessed by AUC. In fast metabolizers, C0 alone may not adequately reflect overall tacrolimus exposure. Additional assessment of AUC and pharmacokinetic parameters such as Cmax and Tmax may help support individualized therapeutic drug monitoring (TDM).

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

TÁC GIẢ: MAI THỊ HIỀN[1], NGÔ QUÝ CHÂU[1], TRẦN DUY ANH[1], TRẦN VĂN HINH[1], HOÀNG ANH DŨNG[1], HÀ TUẤN HÙNG[1], NGUYỄN HỮU ƯỚC[1], NGUYỄN VĂN KÍNH[1], NGUYỄN QUANG NGHĨA[2], LÊ NGUYÊN VŨ[2], NGUYỄN THỊ THỦY[2].

[1] bệnh viện đa khoa Tâm Anh
[2] bệnh viện Việt đức
Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Hiền
ĐT: 09838057678; Email: hienmaihanh@yahoo.com hoặc hienmaihanh311430@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ghép thận là phương pháp điều trị thay thế thận suy mang lại chất lượng cuộc sống tốt nhất cho bệnh nhân. Tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh, với sự phối hợp và chuyển giao kĩ thuật từ bệnh viện Việt Đức, đã có 4 ca ghép thận được thực hiện thành công. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả triệu chứng và diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng sau ghép thận của các bệnh nhân này. Đối tượng và phương pháp: báo cáo loạt ca bệnh gồm 4 bệnh nhân ghép thận cùng huyết thống, được thực hiện ghép tại bệnh viện Tâm Anh từ tháng 5/2026 đến tháng 9/2026.

Kết quả: Bốn bệnh nhân được ghép thận từ người cho cùng huyết thống có độ tuổi trung bình từ 26.75±3.59, tỉ lệ nam/nữ là 1:1. Các bệnh nhân người nhận thận và người cho tương đồng nhóm máu, hòa hợp HLA lần lượt các cặp là 2/6; 1/6; 3/6 và 3/6, trong đó cặp số 3 và số 4 có DSA dương tính hiệu giá thấp (MFI <1000). Thực hiện đọ chéo trước ghép kết quả âm tính bằng cả hai phương pháp CDC và Flowcytometry. Điều trị dẫn nhập sau ghép hai ca đầu bằng Simulect, hai ca sau bằng ATG liều thấp, điều trị duy trì phác đồ chuẩn với Tacrolimus+MMF+corticoid. Kết quả các cặp ghép có chức năng thận hồi phục hoàn toàn và ổn định sau 3-6 ngày, thiếu máu hồi phục sớm trong tuần đầu tiên sau ghép. Không ghi nhận biến chứng ngoại khoa. Các bệnh nhân dung nạp tốt với thuốc ức chế miễn dịch. Ca ghép số 4 có nhiễm trùng AVG ngày thứ 10 sau ghép và được mổ rút bỏ AVG vào ngày thứ 14 sau ghép, sau rút không còn tình trạng nhiễm trùng

Kết luận: bốn ca ghép thận tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh đã thành công nhờ sự chuyển giao kĩ thuật từ bệnh viện Việt Đức và sự phối hợp chặt chẽ giữa hai bệnh viện. Điều này đã mở ra thêm cơ hội cho các bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối đang được theo dõi tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh.

Từ khóa: ghép thận, cùng huyết thống, bệnh viện đa khoa Tâm Anh.

INITIAL RESULTS OF KIDNEY TRANSPLANTATION AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL

TÁC GIẢ: MAI THỊ HIỀN[1], NGÔ QUÝ CHÂU[1], TRẦN DUY ANH[1], TRẦN VĂN HINH[1], HOÀNG ANH DŨNG[1], HÀ TUẤN HÙNG[1], NGUYỄN HỮU ƯỚC[1], NGUYỄN VĂN KÍNH[1], NGUYỄN QUANG NGHĨA[2], LÊ NGUYÊN VŨ[2], NGUYỄN THỊ THỦY[2].

[1] bệnh viện đa khoa Tâm Anh
[2] bệnh viện Việt đức
Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Hiền
ĐT: 09838057678; Email: hienmaihanh@yahoo.com hoặc hienmaihanh311430@gmail.com

ABSTRACT

Background: Kidney transplantation is the renal replacement therapy that offers the best quality of life for patients. At Tam Anh General Hospital, through collaboration and technology transfer from Viet Duc Hospital, four successful kidney transplants have been performed. We conducted this study to describe the clinical symptoms, clinical and paraclinical courses, and post-transplant complications of these patients.

Subjects and Methods: A case series report involving four patients who underwent living-related kidney transplantation at Tam Anh Hospital between May 2026 and September 2026.
Results: The four recipients of kidneys from living-related donors had a mean age of 26.75 ± 3.59 years, with a male-to-female ratio of 1:1. Recipients and donors shared the same blood type; HLA matching scores for the pairs were 2/6, 1/6, 3/6, and 3/6, respectively, with pairs 3 and 4 testing positive for low-titer DSA (MFI <1000). Pre-transplant cross-matching results were negative using both CDC and flow cytometry methods. Post-transplant induction therapy consisted of Simulect for the first two cases and low-dose ATG for the latter two; maintenance therapy followed the standard regimen of Tacrolimus, MMF, and corticosteroids. All transplant pairs achieved complete and stable renal function recovery within 3–6 days, and anemia resolved early during the first week post-transplant. No surgical complications were observed. Patients tolerated immunosuppressive medications well. The fourth transplant recipient developed an AVG infection on postoperative day 10 and underwent surgery to remove the AVG on day 14; the infection resolved following the removal.

Conclusion: Four kidney transplant cases at Tam Anh General Hospital were successful, thanks to the transfer of expertise from Viet Duc Hospital and close collaboration between the two institutions. This achievement opens up new opportunities for patients with end-stage chronic kidney disease currently under care at Tam Anh General Hospital.

Keywords: kidney transplantation, living-related donor, Tam Anh General Hospital.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GHÉP THẬN:
MỘT SỐ VẤN ĐỀ KHÁC 2

KHẢO SÁT NGUY CƠ TIM MẠCH VÀ BƯỚC ĐẦU XÂY DỰNG BẢNG ĐIỂM ỨNG DỤNG LÂM SÀNG DỰA TRÊN THANG ĐIỂM PREVENT Ở NGƯỜI BỆNH SAU GHÉP THẬN

ThS. Phạm Tiến Dũng
BV Bạch Mai

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Biến cố tim mạch là một trong những nguyên nhân hàng đầu ảnh hưởng đến kết cục mảnh ghép và tỷ lệ sống còn ở người bệnh sau ghép thận. PREVENT, mô hình dự báo nguy cơ tim mạch thế hệ mới của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA), có tích hợp chức năng thận (eGFR) nên đặc biệt phù hợp với đối tượng này. Tuy nhiên, tính ứng dụng tại giường bệnh còn hạn chế. Mỗi phương trình PREVENT chứa đến 20 hệ số phức tạp, bao gồm hàm bậc thang của huyết áp, eGFR và sáu số hạng tương tác với tuổi. Sự phức tạp này khiến các bác sĩ lâm sàng không thể tính nhẩm mà bắt buộc phải phụ thuộc vào các công cụ tính toán trực tuyến. **Mục tiêu:** Chuyển đổi mô hình toán học của PREVENT thành một bảng cộng điểm thủ công đơn giản, đảm bảo phân tầng nguy cơ khớp tối đa với phương trình gốc, đồng thời kiểm định giá trị của bảng điểm này trên quần thể người bệnh ghép thận tại Việt Nam nhằm phục vụ công tác thực hành và giảng dạy lâm sàng.

Phương pháp: Do PREVENT là một hàm tất định của 10 biến đầu vào, bảng điểm được xây dựng bằng phương pháp Sullivan, suy trực tiếp từ các hệ số đã công bố trên một quần thể tham chiếu mô phỏng gồm 400.000 cá thể mà không sử dụng dữ liệu bệnh nhân thực tế. Quần thể người bệnh ghép thận đóng vai trò là tập kiểm định ngoại hoàn toàn độc lập. Thuật toán cài đặt PREVENT được đối chiếu nghiêm ngặt với công thức tính trực tuyến chính thức của AHA.

Kết quả: Nghiên cứu đã xây dựng thành công thang điểm PREVENT-VN bao gồm điểm khởi đầu theo giới tính cộng thêm 9 hạng mục, với tổng điểm dao động 0–38. Kiểm định trên 189 người bệnh ghép thận từ 30–59 tuổi (tuổi trung bình 40,2 ± 7,4; nam chiếm 67,7%) cho thấy thang điểm phân loại đúng mức nguy cơ ở 166/189 trường hợp (87,8%), tỷ lệ lệch không quá một mức đạt 98,9%. Hệ số kappa có trọng số là 0,873 và tương quan Spearman đạt 0,946. Sai số tuyệt đối trung vị ở mức rất thấp (0,50 điểm phần trăm) với độ lệch hệ thống là +0,06 điểm phần trăm. Diện tích dưới đường cong (AUC) của tổng điểm trong việc nhận diện PREVENT ≥ 7,5% đạt 0,975. Các trường hợp phân loại sai hầu như chỉ tập trung ở vùng sát ngưỡng; đối với nhóm bệnh nhân có nguy cơ cách xa ngưỡng, tỷ lệ xếp đúng đạt tới 97,3%.

Kết luận: Bảng điểm cộng 9 hạng mục đã tái tạo xuất sắc khả năng phân tầng nguy cơ của mô hình PREVENT gốc với độ đồng thuận rất cao. Công cụ này cho phép các bác sĩ và học viên đánh giá nhanh, chính xác nguy cơ tim mạch ngay tại giường bệnh mà không cần phụ thuộc vào máy tính hay kết nối mạng, góp phần tối ưu hóa chiến lược quản lý bệnh nhân sau ghép.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MIỄN DỊCH VÀ KẾT QUẢ GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI CHO SỐNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

LÝ THỊ THOA[1], ĐỖ VĂN TÙNG[1], TRẦN TUẤN TÚ[1,2], LÊ THỊ HƯƠNG LAN[1]

[1]Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên
[2]Trường đại học Y dược Thái Nguyên

MỞ ĐẦU

Ghép thận là phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh thận giai đoạn cuối, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và thời gian sống còn của người bệnh. Việc đánh giá đặc điểm người cho, người nhận và kết quả ghép có ý nghĩa quan trọng trong tối ưu hóa quy trình ghép thận và theo dõi lâu dài. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, miễn dịch và kết quả bước đầu của các cặp ghép thận tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 48 cặp ghép thận từ người cho sống. Các đặc điểm của người cho và người nhận, mức độ phù hợp HLA, điều trị ức chế miễn dịch, các biến chứng sau ghép và kết quả theo dõi được thu thập, phân tích từ hồ sơ bệnh án và dữ liệu theo dõi sau ghép

KẾT QUẢ

Tuổi trung bình của người nhận là 34,1 ± 8,3 tuổi, nam giới chiếm 70,8%; nguyên nhân suy thận chủ yếu là viêm cầu thận mạn (89,5%). Thời gian lọc máu trước ghép trung vị là 1 năm. Tỷ lệ ghép lần đầu đạt 97,9%, tất cả các trường hợp đều tương hợp nhóm máu ABO

Người cho có tuổi trung bình 43,4 ± 12,2 tuổi, 64,4% là nam giới và 100% là người cho sống. Quan hệ huyết thống chiếm 52,1%, trong đó cha mẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (45,8%).

Mức độ phù hợp HLA 3/6 gặp nhiều nhất với tỷ lệ 50,0%, tiếp theo là 4/6 (27,1%). Điều trị dẫn nhập bằng basiliximab (Simulect) được sử dụng ở 83,3% trường hợp; toàn bộ bệnh nhân duy trì phác đồ tacrolimus, mycophenolate mofetil và corticosteroid.

Sau ghép, tỷ lệ chức năng thận chậm hồi phục là 4,2%; không ghi nhận trường hợp thải ghép cấp. Tỷ lệ nhiễm khuẩn, nhiễm BK virus, nhiễm CMV và đái tháo đường mới mắc sau ghép lần lượt là 8,4%, 10,5%, 2,1% và 2,1%. Thời gian theo dõi trung bình là 6,1 ± 3,2 năm. Tỷ lệ mất mảnh ghép và tử vong lần lượt là 4,2% và 2,1%.

KẾT LUẬN

Các trường hợp ghép thận trong nghiên cứu chủ yếu được thực hiện từ người cho sống với mức độ tương hợp HLA tương đối tốt. Kết quả sau ghép khả quan với tỷ lệ chức năng thận chậm hồi phục, biến chứng và mất mảnh ghép thấp, đồng thời không ghi nhận trường hợp thải ghép cấp. Ghép thận từ người cho sống là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối.

Từ khoá: Ghép thận; Người cho sống; HLA; Kết quả ghép thận; Ức chế miễn dịch.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GHÉP GAN 2:
TIẾN BỘ TRONG KỸ THUẬT GHÉP GAN 2

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI GHÉP GAN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG SỬ DỤNG MẢNH GHÉP GAN PHẢI TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG: BÁO CÁO 5 TRƯỜNG HỢP ĐẦU TIÊN

Nguyễn Hoàng; Lê Tự Dũng; Trần Văn Nghĩa; Lê Tuấn Anh; Lê Ngọc Thái;
Lê Văn Thành; Vũ Văn Quang; Hồ Văn Linh; Lê Trung Hiếu

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:
Thống kê loạt ca ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải tại Bệnh viện Đà Nẵng, từ tháng 10/2025 đến tháng 06/2026, dưới sự chuyển giao trực tiếp từ đội ngũ chuyên gia ghép gan của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Kết quả:
05 bệnh nhân được ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải. Độ tuổi trung bình là: 48,6±14,7 (30-56) tuổi; Tỷ lệ nam/nữ: 3/2. Chỉ định ghép gan, do HCC có 2/5 trường hợp (TH) chiếm 40%, do ALCF có 2/5 TH (40%), 1 TH do xơ gan mất bù (20%); điểm MELD trung bình là: 19,0±10,5 (8-35) điểm. Có 2/5 TH sử dụng mảnh ghép gan phải mở rộng, 3/5 TH sử dụng mảnh ghép gan phải cải tiến. Biến chứng sau mổ: 2 TH chảy máu sau mổ phải mổ lại cầm máu, 02 trường hợp rò mật sau mổ (cần can thiệp đặt stent đường mật qua ERCP), 1 TH tắc động mạch gan (can thiệp đặt stent động mạch gan), chưa ghi nhận biến chứng thải ghép, tử vong sau ghép.

Kết luận:
Phẫu thuật ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải bước đầu được tiển khai tại Bệnh viện Đà Nẵng có kết quả khả quan.
Từ khoá: Ghép gan từ người hiến sống, mảnh ghép gan phải

INITIAL OUTCOMES OF LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION USING RIGHT LOBE GRAFTS AT DA NANG HOSPITAL: REPORT OF 05 FIRST CASES

Nguyen Hoang; Le Tu Dung; Tran Van Nghia; Le Tuan Anh; Le Ngoc Thai;
Le Van Thanh; Vu Van Quang; Ho Van Linh; Le Trung Hieu

ABSTRACT

Methods:

A prospective case series undergoing LDLT using right lobe grafts was conducted at Da Nang Hospital from October 2025 to June 2026, under direct technical supervision and support from the liver transplantation team of the 108 Military Central Hospital.

Results:

Five patients underwent LDLT using right lobe graft. The mean age was 48.6 ± 14.7 years (range, 30-56 years), with a male-to-female ratio of 3:2. The indications for liver transplantation were hepatocellular carcinoma (HCC) in 2/5 patients (40%), acute-on-chronic liver failure (ACLF) in 2/5 patients (40%), and decompensated cirrhosis in 1/5 patients (20%). The mean MELD score was 19.0 ± 10.5 (range, 8–35). Extended right-lobe grafts were used in 2/5 patients, while modified right-lobe grafts were used in 3/5 patients. Postoperative complications included bleeding requiring reoperation for hemostasis in 2 patients and biliary leakage requiring endoscopic retrograde ERCP with biliary stent placement in 2 patients. Hepatic artery thrombosis occurred in 1 patient and was treated with hepatic artery stent placement. No episodes of graft rejection or post-transplant mortality were observed.

Conclusions:

LDLT using right lobe grafts was successfully initiated at Da Nang Hospital, demonstrating favorable short-term outcomes.

Keywords:

Living donor liver transplantation, right lobe graft

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GHÉP GAN 3:
CÁC VẤN ĐỀ KHÁC
TRONG GHÉP GAN

CHẨN ĐOÁN VÀ CAN THIỆP ĐẶT STENT QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH MẠC TREO ĐIỀU TRỊ HẸP, TẮC TĨNH MẠCH CỬA CẤP TÍNH SAU GHÉP GAN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG: BÁO CÁO 3 CA BỆNH

NGUYỄN VĂN PHẤN, ĐÀO ĐỨC DŨNG**, LÊ HỒNG CHIẾN*, VŨ HUY HOÀNG*, NGÔ DUY MINH***, LÊ VĂN THÀNH***

* Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp
Bệnh viên đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
** Trung tâm Tiêu hóa, Tiết niệu và Gan mật – Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
*** Trung tâm Nhi - Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp hoặc tắc tĩnh mạch cửa (TMC) cấp tính là biến chứng mạch máu ít gặp nhưng nghiêm trọng sau ghép gan từ người hiến sống, có thể làm giảm tưới máu mảnh ghép, gây rối loạn chức năng gan ghép, tăng áp lực tĩnh mạch cửa và đe dọa khả năng sống còn của mảnh ghép cũng như người bệnh. Phát hiện sớm và tái lập dòng chảy TMC kịp thời đóng vai trò quan trọng trong bảo tồn chức năng mảnh ghép. Chúng tôi báo cáo ba trường hợp hẹp hoặc tắc TMC cấp tính sau ghép gan từ người hiến sống được chẩn đoán sớm và điều trị thành công bằng đặt stent qua đường tiếp cận tĩnh mạch mạc treo.

Đối tượng và phương pháp: Báo cáo loạt 3 ca bệnh hẹp hoặc tắc TMC cấp tính sau ghép gan từ người hiến sống. Ca 1 là bệnh nhi namg 13 tháng tuổi, teo đường mật bẩm sinh sau phẫu thuật Kasai, được ghép gan trái từ mẹ, TMC người nhận có đường kính khoảng 4mm, trong khi TMC mảnh ghép khoảng 8mm và được tạo hình bằng đoạn tĩnh mạch hiển. Sau đóng bụng, siêu âm Doppler không ghi nhận dòng chảy TMC, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) xác nhận huyết khối gây tắc hoàn toàn thân TMC. Người bệnh được đặt stent TMC qua tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. Ca 2 là bệnh nhân nam 56 tuổi, xơ gan mất bù kèm tắc TMC mạn tính, chuyển dạng hang và các shunt cửa - chủ lớn, được ghép gan phải. Sau lấy huyết khối và tái tạo TMC trong mổ, siêu âm Doppler ghi nhận dòng chảy tốt nhưng sau nối động mạch gan phát hiện tắc hoàn toàn TMC.

Do tình trạng rối loạn đông máu nặng và thời gian phẫu thuật kéo dài, bệnh nhân được đặt stent tĩnh mạch cửa qua tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Ca 3 là bệnh nhân nam 45 tuổi được ghép gan phải. Ngày thứ hai sau ghép men gan tăng; siêu âm Doppler ghi nhận vận tốc dòng chảy tăng từ 23cm/s trước miệng nối lên 300cm/s tại vị trí hẹp, tỷ số vận tốc khoảng 13 lần. CLVT xác nhận TMC gần tắc hoàn toàn, liên quan huyết khối, chèn ép quanh miệng nối. Sau phẫu thuật lấy máu tụ nhưng dòng chảy không cải thiện, bệnh nhân được can thiệp qua đường tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. Chụp TMC và đo áp lực ghi nhận áp lực trước và sau miệng nối lần lượt là 24 mmHg và 181 mmHg.

Kết quả: Đặt stent TMC thành công về mặt kỹ thuật ở cả 3 trường hợp, tái lập dòng chảy TMC ngay sau can thiệp. Các stent không phủ tự nở được sử dụng với kích thước phù hợp theo từng trường hợp. Ở ca 3, sau đặt stent áp lực đo tại hai vị trí tương ứng trước và sau stent đều là 14 mmHg, không còn chênh áp lực qua vị trí hẹp. Không ghi nhận biến chứng lớn liên quan trực tiếp đến thủ thuật. Diễn biến lâm sàng sau can thiệp thuận lợi; siêu âm Doppler và chụp CLVT theo dõi cho thấy stent thông tốt, dòng chảy TMC được duy trì.

Kết luận: Siêu âm Doppler trong và sau mổ đóng vai trò quan trọng trong phát hiện sớm hẹp hoặc tắc TMC cấp tính sau ghép gan phải từ người hiến sống; CLVT và chụp TMC giúp xác định hình thái tổn thương, cơ chế tắc nghẽn và hỗ trợ lựa chọn chiến lược điều trị. Trong các trường hợp phẫu thuật tái tại TMC khó khăn, nguy cơ cao hoặc không đạt hiệu quả mong muốn, đặt stent qua đường tĩnh mạch mạc treo là một lựa chọn khả thi và hiệu quả về mặt kỹ thuật, cho phép tái lập nhanh dòng chảy TMC và bảo tồn tưới máu gan ghép.

Từ khóa: Ghép gan từ người hiến sống; hẹp tĩnh mạch cửa; tắc tĩnh mạch cửa; huyết khối tĩnh mạch cửa; stent tĩnh mạch cửa; đường tĩnh mạch mạc treo; can thiệp nội mạch.

DIAGNOSIS AND TRANSMESENTERIC PORTAL VEIN STENT PLACEMENT FOR ACUTE PORTAL VEIN STENOSIS AND OCCLUSION AFTER LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION: A THREE-CASE SERIES

NGUYỄN VĂN PHẤN, ĐÀO ĐỨC DŨNG**, LÊ HỒNG CHIẾN*, VŨ HUY HOÀNG*, NGÔ DUY MINH***, LÊ VĂN THÀNH***

* Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp
Bệnh viên đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
** Trung tâm Tiêu hóa, Tiết niệu và Gan mật – Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
*** Trung tâm Nhi - Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

ABSTRACT

Background: Acute portal vein (PV) stenosis or occlusion is an uncommon but serious vascular complication after living donor liver transplantation (LDLT), potentially compromising graft perfusion and function and threatening graft and patient survival. Early recognition and prompt restoration of portal venous flow are therefore important for preserving graft function. We report three cases of acute PV stenosis or occlusion following LDLT that were diagnosed early and treated with portal vein stent placement via a transmesenteric venous approach.

Patients and Methods: This case series included three patients with acute PV stenosis or occlusion following LDLT. Case 1 was a 13-month-old boy with congenital biliary atresia after Kasai portoenterostomy who underwent left-lobe LDLT from his mother. The recipient PV measured approximately 4 mm compared with approximately 8 mm in the graft and was reconstructed using an interposition great saphenous vein graft. After abdominal closure, Doppler ultrasonography demonstrated absence of portal venous flow, and contrast-enhanced computed tomography (CT) confirmed complete thrombotic occlusion of the main PV. Portal vein stenting was performed via the inferior mesenteric vein. Case 2 was a 56-year-old man with decompensated cirrhosis, chronic PV thrombosis with cavernous transformation, and large portosystemic shunts who underwent right-lobe LDLT. Surgical thrombectomy and PV reconstruction initially restored flow; however, recurrent complete PV occlusion was detected by intraoperative Doppler ultrasonography after hepatic arterial reconstruction. Because of severe coagulopathy and prolonged operative time, portal vein stenting was performed via the superior mesenteric vein.

Case 3 was a 45-year-old man who underwent right-lobe LDLT. On postoperative day 2, liver enzyme levels increased. Doppler ultrasonography demonstrated an increase in portal venous velocity from 23 cm/s proximal to the anastomosis to 300 cm/s at the stenotic segment, corresponding to an approximately 13-fold velocity ratio. CT confirmed near-complete PV occlusion associated with thrombosis and extrinsic compression around the anastomosis. Surgical evacuation of the hematoma failed to improve portal venous flow, and portal vein intervention was subsequently performed via the inferior mesenteric vein. Portography with direct pressure measurement demonstrated pressures of 181 mmHg and 24 mmHg on the two sides of the stenotic anastomosis, respectively.

Results: Technical success was achieved in all three patients, with immediate restoration of portal venous flow following stent deployment. Self-expanding uncovered stents were used in all cases. In Case 3, repeat pressure measurements at the corresponding sites after stent placement were 14 mmHg and 14 mmHg, demonstrating complete elimination of the pressure difference across the treated segment. No major procedure-related complications were observed. The post-interventional clinical courses were favorable, and follow-up Doppler ultrasonography and CT demonstrated patent stents and maintained portal venous flow.

Conclusion: Intraoperative and early postoperative Doppler ultrasonography plays an important role in the early detection of acute PV stenosis or occlusion after LDLT, while CT and portography provide additional information regarding lesion morphology, mechanism of obstruction, and treatment planning. In cases in which repeat surgical PV reconstruction is technically difficult, carries substantial risk, or fails to restore adequate flow, portal vein stent placement via a transmesenteric venous approach represents a feasible and technically effective option for rapidly restoring portal venous flow and preserving graft perfusion.

Keywords: living donor liver transplantation; portal vein stenosis; portal vein occlusion; portal vein thrombosis; portal vein stent; transmesenteric venous approach; endovascular intervention.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG
GHÉP GAN CẤP CỨU Ở BỆNH NHÂN ACLF TRÊN NỀN GHÉP THẬN

BS Nguyễn Văn Thành
BV QY 103

Đặt vấn đề:
Suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính(ACLF) là một hội chứng lâm sàng nghiêm trọng với tỷ lệ tử vong cao nếu không được can thiệp kịp thời. Ở bệnh nhân có tiền sử ghép tạng đang sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, việc bùng phát virus viêm gan B (HBV) do tự ý ngừng thuốc kháng virus có thể dẫn đến ACLF tiến triển nhanh chóng, đặt ra thách thức lớn trong điều trị can thiệp ngoại khoa cấp cứu.

Đối tượng và Phương pháp:
Báo cáo một trường hợp lâm sàng bệnh nhân nam, 42 tuổi, có tiền sử ghép thận năm thứ 8 và viêm gan B mạn tính đang điều trị bằng Entecavir. Bệnh nhân tự bỏ thuốc kháng virus 6 tuần trước khi nhập viện, dẫn đến tình trạng bùng phát HBV nặng và tiến triển thành ACLF với điểm AARC 13-14 điểm, độ III. Bệnh nhân được chỉ định ghép gan cấp cứu từ người hiến sống.

Kết quả:

- Tình trạng trước mổ: Bệnh nhân rơi vào tình trạng não gan độ II-III, suy mòn, tiêu cơ (giảm từ 68kg xuống 55kg), vàng da đậm, rối loạn đông máu nặng (INR 4,74) và tải lượng HBV-DNA thời điểm cao nhất >100 triệu copies/ml. Bệnh nhân đã được điều trị hỗ trợ bằng thay huyết tương, thuốc kháng virus viêm gan B, kháng sinh kiểm soát nhiễm khuẩn và dinh dương trước khi phẫu thuật.

- Quá trình phẫu thuật: Tiến hành ghép mảnh ghép gan phải nặng 750g (nhiễm mỡ 15%). Tổng thời gian phẫu thuật là 450 phút, thời gian gỡ gan 120 phút và vô gan 70 phút. Lượng máu mất trong mổ là 2500 ml, được truyền 2000ml khối hồng cầu; 3000ml huyết tương tươi và 300ml tủa lạnh..

- Diễn tiến sau mổ: Bệnh nhân được rút ống nội khí quản vào ngày thứ 2, có hỗ trợ lọc máu trong 2 ngày đầu sau ghép. Chức năng thận ghép phục hồi về mức trước ghép; chức năng gan ghép phục hồi. Quá trình hậu phẫu ghi nhận biến chứng sổ bụng và viêm phổi kèm nấm phổi do Aspergillus, được điều trị thành công bằng kháng sinh phổ rộng kết hợp Voriconazole và IVIG. Không ghi nhận biến chứng thải ghép hay biến chứng mạch máu, đường mật trên cả gan ghép và thận ghép cũ. Bệnh nhân ổn định và ra viện vào ngày thứ 45.

Kết luận:
Ghép gan cấp cứu là giải pháp tối ưu và hiệu quả giúp cứu sống bệnh nhân ACLF. Quy trình theo dõi chặt chẽ, phối hợp đa chuyên khoa, kết hợp lọc máu hỗ trợ và kiểm soát tốt các biến chứng nhiễm trùng cơ hội ở giai đoạn hậu phẫu đóng vai trò quyết định đến sự thành công của ca ghép.

SUY THẬN CẤP Ở BỆNH NHÂN SAU GHÉP GAN

Ths.Bs Hà Quang Huy – BV ĐKQT Vinmec Times City – vcunlo1@gmail.com

Suy thận cấp (AKI) xảy ra ở khoảng 40% bệnh nhân sau ghép gan, trong đó khoảng 7% cần điều trị thay thế thận (RRT), và làm tăng nguy cơ tử vong (OR 2,96; OR 8,15 nếu cần RRT), mất mảnh ghép cũng như tiến triển bệnh thận mạn [1]. Biến chứng này chịu ảnh hưởng đồng thời của nền xơ gan và hội chứng gan-thận, tổn thương thiếu máu – tái tưới máu, huyết động trong mổ và độc tính của thuốc ức chế calcineurin (CNI).

Báo cáo tổng quan y văn (KDIGO 2012, hướng dẫn EASL, đồng thuận ADQI-ICA, các phân tích gộp và thử nghiệm ngẫu nhiên đến năm 2026) nhằm cập nhật bằng chứng và đề xuất cách tiếp cận thực hành cho hồi sức sau ghép gan.

Chẩn đoán AKI được phân độ theo KDIGO [3], trong đó cần phân biệt hội chứng gan-thận (HRS-AKI) với hoại tử ống thận cấp vì hướng điều trị khác nhau; uNGAL là dấu ấn sinh học hứa hẹn nhưng chưa thường quy. Khi đánh giá chức năng thận, các công thức dựa trên creatinine ước tính quá cao GFR ở bệnh nhân xơ gan, vì vậy nên ưu tiên công thức kết hợp creatinine–cystatin C (CKD-EPI 2021) hoặc đo GFR trực tiếp ở các trường hợp biên giới [2]. HRS-AKI được điều trị bằng terlipressin hoặc norepinephrine phối hợp albumin, song song với tối ưu huyết động, cân nhắc CRRT đúng chỉ định và chỉnh liều kháng sinh, kháng nấm, thuốc ức chế miễn dịch theo chức năng thận và chế độ CRRT.

Trong dự phòng, cần tránh để tụt huyết áp và truyền máu nhiều trong mổ; chiến lược ức chế miễn dịch bảo tồn thận (trì hoãn CNI đến khoảng ngày 5, đích nồng độ đáy thấp, cân nhắc chất ức chế mTOR) có bằng chứng nhất quán nhất. Do AKI tiến triển thành bệnh thận mạn ở khoảng 15–60% bệnh nhân tùy nghiên cứu, cần theo dõi sát chức năng thận và cân nhắc kế hoạch ghép thận sau ghép gan. Tiếp cận theo cơ chế, đánh giá chức năng thận một cách thận trọng và áp dụng sớm chiến lược bảo tồn thận giúp cải thiện kết cục ngắn hạn lẫn dài hạn, trong khi thời gian điều trị HRS bằng albumin 24 so với 48 giờ và thời điểm tối ưu khởi động CRRT vẫn cần thêm nghiên cứu tiến cứu để chứng minh hiệu quả.

Từ khóa: suy thận cấp; ghép gan; hội chứng gan-thận; eGFR; ức chế calcineurin; HRS.

Tài liệu tham khảo:

[1] Thongprayoon C, et al. J Clin Med. 2019;8(3):372.
[2] Inker LA, et al. N Engl J Med. 2021;385:1737–1749.
[3] KDIGO AKI Guideline. Kidney Int Suppl. 2012;2:1–138.

ACUTE KIDNEY INJURY AFTER LIVER TRANSPLANTATION

Dr Ha Quang Huy – Vinmec Times City International Hospital – vcunlo1@gmail.com

Acute kidney injury (AKI) occurs in about 40% of liver transplant recipients, with about 7% requiring renal replacement therapy (RRT), and is associated with higher mortality (OR 2.96; OR 8.15 when RRT is needed), graft loss and progression to chronic kidney disease (CKD) [1]. It reflects the combined effects of cirrhosis and hepatorenal physiology, ischemia–reperfusion injury, intraoperative hemodynamics and calcineurin inhibitor (CNI) nephrotoxicity.

This narrative review of KDIGO 2012, EASL guidance, the ADQI–ICA consensus, meta-analyses and randomized trials through 2026 aims to update the evidence and propose a practical approach for post-transplant critical care.

AKI is staged according to KDIGO [3], and hepatorenal syndrome–AKI (HRS-AKI) must be distinguished from acute tubular necrosis because management differs; urinary NGAL is a promising but not yet routine biomarker. Creatinine-based equations overestimate GFR in cirrhosis, so the combined creatinine–cystatin C equation (CKD-EPI 2021) or measured GFR should be preferred in borderline cases [2]. HRS-AKI is treated with terlipressin or norepinephrine plus albumin, alongside hemodynamic optimization, appropriately timed continuous RRT and dose adjustment of antimicrobials and immunosuppressants according to renal function and CRRT modality.

For prevention, intraoperative hypotension and heavy transfusion should be avoided; mannitol has shown no benefit, whereas renal-sparing immunosuppression (delaying CNI until about day 5, lower trough targets and consideration of mTOR inhibitors) has the most consistent evidence. Because AKI progresses to CKD in roughly 15–60% of patients depending on the study, structured long-term renal follow-up and consideration of kidney-after-liver allocation policies are warranted. A mechanism-based approach, cautious assessment of renal function and early renal-sparing strategies can improve short- and long-term outcomes, while the optimal albumin challenge duration (24 vs 48 hours) and the best timing to start CRRT still require prospective studies.

Keywords: acute kidney injury; liver transplantation; hepatorenal syndrome; eGFR; calcineurin inhibitors; critical care.

Key references:

[1] Thongprayoon C, et al. J Clin Med. 2019;8(3):372.
[2] Inker LA, et al. N Engl J Med. 2021;385:1737–1749.
[3] KDIGO AKI Guideline. Kidney Int Suppl. 2012;2:1–138.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GHÉP GAN 4:
GÂY MÊ HỒI SỨC
TRONG GHÉP GAN

GIAI ĐOẠN HỒI SỨC SỚM SAU GHÉP GAN: NHẬN DIỆN VÀ XỬ TRÍ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG MẢNH GHÉP

TS Ngô Đình Trung
BV TWQĐ 108

TÓM TẮT

Rối loạn chức năng mảnh ghép sớm là một trong những vấn đề quan trọng quyết định kết cục sau ghép gan. Tổn thương thiếu máu – tái tưới máu, hội chứng sau tái tưới máu, đặc điểm người nhận, chất lượng mảnh ghép và các yếu tố kỹ thuật có thể tạo nên một phổ liên tục từ tổn thương tế bào gan thoáng qua đến rối loạn chức năng mảnh ghép sớm (early allograft dysfunction – EAD), thất bại mảnh ghép sớm và mất chức năng mảnh ghép nguyên phát. Trong hồi sức, cần phân biệt tổn thương mảnh ghép với suy giảm chức năng thực sự, đồng thời loại trừ sớm các nguyên nhân có thể can thiệp như bất thường dòng máu động mạch gan, tĩnh mạch cửa, đường ra tĩnh mạch, biến chứng kỹ thuật và hội chứng mảnh ghép nhỏ.

Đánh giá không nên dựa vào một thông số đơn lẻ mà cần theo dõi động học huyết động, lactate và độ thanh thải lactate, INR, glucose, bilirubin, men gan, chức năng thận và siêu âm Doppler trong những giờ và ngày đầu sau ghép. Dữ liệu 188 trường hợp ghép gan từ người hiến sống tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 ghi nhận EAD ở 14,9%; nhóm EAD có độ thanh thải lactate 12 giờ thấp hơn nhóm không EAD (39,5% so với 58%; p=0,002). MELD-Lactate trước ghép có khả năng phân biệt EAD tốt hơn MELD và MELD-Na, với AUC 0,793.

Chiến lược hồi sức cần tập trung tối ưu tưới máu nhưng tránh quá tải tuần hoàn, bảo vệ vi tuần hoàn mảnh ghép, kiểm soát rối loạn đông máu, chuyển hóa và suy thận. Quan trọng nhất là nhận diện sớm xu hướng không hồi phục để kịp thời kích hoạt chiến lược cứu vãn mảnh ghép và đánh giá chỉ định ghép lại gan.

BÁO CÁO KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI GÂY MÊ PHẪU THUẬT GHÉP GAN TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

BÁO CÁO VIÊN: BS. PHẠM THÀNH DŨNG

MỞ ĐẦU:
Phẫu thuật ghép gan từ người cho sống là kỹ thuật ngoại khoa chuyên sâu với nhiều thách thức lớn về gây mê hồi sức do biến động huyết động dữ dội qua các thì phẫu thuật, rối loạn đông máu phức tạp và hội chứng tái tưới máu mảnh ghép. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả bước đầu triển khai quy trình gây mê hồi sức phẫu thuật nhận gan từ người cho sống tại Bệnh viện Đà Nẵng.

PHƯƠNG PHÁP:
Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 05 bệnh nhân được phẫu thuật ghép gan phải từ người cho sống tại Bệnh viện Đà Nẵng, có sự hỗ trợ chuyển giao kỹ thuật từ Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tất cả bệnh nhân được gây mê toàn thân theo phác đồ chuẩn hóa: theo dõi và xử trí huyết động xâm lấn nâng cao liên tục qua hệ thống EV1000 (CI, SVI, SVV, SVR); hồi sức dịch truyền và sử dụng vận mạch theo mục tiêu (GDFT); kiểm soát toan kiềm, thân nhiệt, điện giải và truyền máu/chế phẩm máu theo đích nội môi; áp dụng chiến lược thoát mê và rút ống nội khí quản sớm ngay tại phòng mổ khi đủ tiêu chuẩn.

KẾT QUẢ:
Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nhận gan là 47,0 ± 11,2 tuổi (30 – 56 tuổi). Chỉ định ghép gồm: 02 ca ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) đa ổ, 01 ca xơ gan mất bù và 02 ca suy gan cấp bùng phát trên nền viêm gan B mạn; điểm MELD trung bình đạt 19,8 ± 8,2 (9 – 30 điểm). Hệ thống EV1000 giúp tối ưu hóa thể tích nhát bóp (SVI/SVV), duy trì áp lực tĩnh mạch thấp ở thì cắt gan giúp giảm mất máu và hỗ trợ điều chỉnh kịp thời liều Noradrenalin/Vasopressin trong thì vô gan và tái tưới máu. Về sử dụng máu: 01 ca chỉ truyền huyết tương tươi đông lạnh (600 ml) kết hợp hồng cầu khối (700 ml) mà không cần truyền tiểu cầu; 01 ca được truyền đúng 01 đơn vị khối tiểu cầu gạn tách trong mổ do giảm tiểu cầu nền nặng; số lượng hồng cầu khối truyền nhiều nhất là 5000 ml ở ca suy gan cấp tối cấp MELD 30 điểm có rối loạn đông máu nặng. Đã có 3/5 ca (60%) được rút ống nội khí quản an toàn ngay tại phòng mổ nhờ kiểm soát tốt huyết động, toan kiềm, làm ấm chủ động, giảm đau đa mô thức (catheter tê thấm vết mổ + Nefopam) và hóa giải giãn cơ hoàn toàn bằng Sugammadex.

KẾT LUẬN:
Việc áp dụng quy trình gây mê hồi sức chuẩn hóa kết hợp theo dõi huyết động nâng cao qua hệ thống EV1000 và chiến lược truyền máu trúng đích đã mang lại sự an toàn chu phẫu cao cho các ca ghép gan đầu tiên tại Bệnh viện Đà Nẵng, bước đầu triển khai thành công quy trình rút ống nội khí quản sớm tại phòng mổ.
Từ khóa: Ghép gan từ người cho sống; Gây mê hồi sức; EV1000; Bệnh viện Đà Nẵng.

BÁO CÁO KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI GÂY MÊ PHẪU THUẬT GHÉP GAN TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Báo cáo viên: BS. Phạm Thành Dũng

TÓM TẮT

Gây mê trong phẫu thuật ghép gan là kỹ thuật chuyên sâu và phức tạp do tình trạng suy giảm chức năng đa cơ quan cùng những biến động sinh lý qua các thì phẫu thuật. Báo cáo nhằm chia sẻ kinh nghiệm và đánh giá kết quả kiểm soát gây mê trong những ca ghép gan đầu tiên được thực hiện tại Bệnh viện Đà Nẵng. Nội dung tập trung vào quy trình gây mê bao gồm: theo dõi huyết động nâng cao liên tục và xử trí các biến động tuần hoàn trong thì vô gan cũng như thì tái tưới máu. Bên cạnh đó, chiến lược điều chỉnh toan kiềm, điện giải, thân nhiệt và cá thể hóa truyền máu dựa trên xét nghiệm đông máu (ROTEM).

Kết quả ghi nhận toàn bộ các ca phẫu thuật đều được duy trì huyết động ổn định, kiểm soát hiệu quả hội chứng sau tái tưới máu và hạn chế tối đa các biến cố đe dọa tính mạng trong mổ. Tất cả bệnh nhân đều kết thúc cuộc mổ an toàn và được bàn giao thuận lợi cho đơn vị Hồi sức tích cực. Kết quả bước đầu này khẳng định năng lực làm chủ kỹ thuật gây mê ghép gan của đội ngũ y bác sĩ Bệnh viện Đà Nẵng, tạo tiền đề vững chắc cho việc triển khai thường quy kỹ thuật này.

Từ khóa: Gây mê ghép gan, theo dõi huyết động, tái tưới máu, đông máu chu phẫu, Bệnh viện Đà Nẵng.

HỒI SỨC NGOẠI KHOA TRONG TRIỂN KHAI BƯỚC ĐẦU GHÉP GAN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG: KINH NGHIỆM TỪ 5 TRƯỜNG HỢP ĐẦU TIÊN

BÁO CÁO VIÊN: BS. NGUYỄN NHẬT TIẾN

TÓM TẮT

Hồi sức ngoại khoa sau ghép gan từ người hiến sống là giai đoạn quyết định sự sống còn của người nhận và mảnh ghép, đối mặt với các nguy cơ suy mảnh ghép sớm, rối loạn huyết động, đông máu và nhiễm trùng. Báo cáo nhằm chia sẻ kinh nghiệm theo dõi, xử trí hồi sức tích cực và đánh giá kết quả lâm sàng bước đầu qua 5 trường hợp ghép gan từ người hiến sống đầu tiên tại Bệnh viện Đà Nẵng. Quy trình hồi sức tại ICU tập trung vào việc duy trì áp lực tưới máu mảnh ghép tối ưu, kiểm soát thông khí bảo vệ phổi và áp dụng chiến lược rút nội khí quản sớm. Chức năng gan ghép, tình trạng dòng chảy mạch máu (động mạch gan, tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch trên gan) được theo dõi sát sao qua siêu âm Doppler tại giường và các xét nghiệm đông máu, sinh hóa liên tục.

Chiến lược điều trị kết hợp chặt chẽ giữa ức chế miễn dịch đích, phòng ngừa thải ghép, kháng sinh dự phòng cá thể hóa và hỗ trợ dinh dưỡng đường ruột sớm. Kết quả cho thấy các bệnh nhân đều có sự hồi phục chức năng gan ghép thuận lợi, huyết động ổn định và các rối loạn đông máu, điện giải được kiểm soát tốt. Các biến chứng được phát hiện sớm, can thiệp hiệu quả, không ghi nhận tử vong trong giai đoạn hồi sức ban đầu. Thành công từ loạt ca bệnh này khẳng định tính an toàn, đồng bộ và hiệu quả của phác đồ hồi sức ngoại khoa sau ghép gan tại Bệnh viện Đà Nẵng.

Từ khóa: Ghép gan từ người hiến sống, hồi sức ngoại khoa, chức năng gan ghép, siêu âm Doppler, Bệnh viện Đà Nẵng.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GHÉP THẬN TRẺ EM

CẬP NHẬT CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ ỨC CHẾ MIỄN DỊCH SAU GHÉP THẬN Ở TRẺ EM: NHỮNG ĐIỂM MỚI TỪ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ CHÂU ÂU DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG VÀ ĐỒNG THUẬN NĂM 2026

BSCK2 Nguyễn Đức Quang
Khoa Thận Nội tiết, bệnh viện Nhi Đồng 1

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị ức chế miễn dịch sau ghép thận ở trẻ em cần cân bằng giữa phòng ngừa thải ghép và hạn chế độc tính lâu dài như nhiễm trùng, bệnh lý ác tính, rối loạn chuyển hóa và ảnh hưởng đến tăng trưởng. Bằng chứng đặc hiệu ở trẻ em còn hạn chế, dẫn đến sự khác biệt đáng kể giữa các trung tâm.
Mục tiêu: Tóm tắt những khuyến cáo thực hành nổi bật của hướng dẫn điều trị châu Âu 2026 về thuốc ức chế miễn dịch sau ghép thận ở trẻ em và nhấn mạnh những thay đổi quan trọng trong cách tiếp cận hiện nay.

Nội dung: Ở trẻ ghép thận lần đầu có nguy cơ miễn dịch thấp (PRAs < 5% và không có kháng thể đặc hiệu người cho [DSAs]), tacrolimus kết hợp mycophenolate mofetil (MMF) tiếp tục là nền tảng của điều trị duy trì; tacrolimus được khuyến cáo hơn cyclosporine A và mycophenolate mofetil được ưu tiên hơn azathioprine. IL2-receptor antagonist không được khuyến cáo thường quy khi sử dụng tacrolimus–MMF–corticosteroid dài hạn, nhưng có thể đóng vai trò trong chiến lược rút steroid sớm. Rút hoặc tránh steroid sớm có thể được cân nhắc ở bệnh nhân nguy cơ thấp được lựa chọn phù hợp. Everolimus và thuốc ức chế calcineurin liều thấp có thể được cân nhắc ở bệnh nhân nguy cơ CMV cao. Hướng dẫn điều trị đồng thời mở rộng vai trò của theo dõi phơi nhiễm thuốc và các biomarker như MPA-AUC, virus-specific T cells, dd-cfDNA và dnDSA. Theo dõi dnDSA, sinh thiết chọn lọc và phân tầng thải ghép cấp do kháng thể dựa trên DSA, C1q và mô bệnh học được nhấn mạnh hơn.

Kết luận: Hướng dẫn điều trị 2026 chuyển trọng tâm sang ức chế miễn dịch cá thể hóa, thích ứng theo nguy cơ và theo dõi chủ động miễn dịch chống đồng loài, đồng thời nhấn mạnh giới hạn của bằng chứng hiện có ở trẻ em.

UPDATE ON IMMUNOSUPPRESSIVE STRATEGIES AFTER PEDIATRIC KIDNEY TRANSPLANTATION: KEY ADVANCES FROM THE 2026 EVIDENCE- AND CONSENSUS-BASED EUROPEAN GUIDELINE

Nguyen Duc Quang, MD, Specialist level II
Department of Nephrology and Endocrinology, Children's Hospital 1

ABSTRACT

Background: Immunosuppressive therapy after kidney transplantation in children requires a careful balance between preventing graft rejection and minimizing long-term toxicities, including infections, malignancies, metabolic complications, and adverse effects on growth. Pediatric-specific evidence remains limited, contributing to substantial heterogeneity in clinical practice across transplant centers. Objective: To summarize the key practice recommendations of the 2026 European guideline for immunosuppressive therapy after kidney transplantation in children and to highlight major changes in the contemporary therapeutic approach.

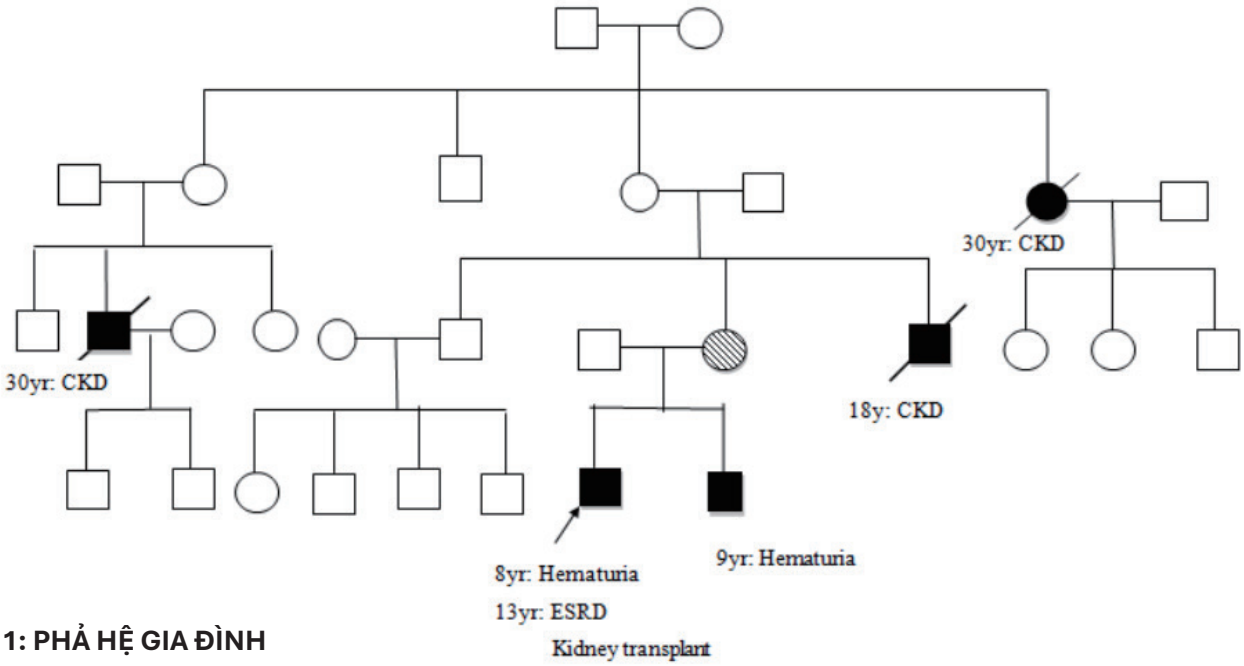
Content: In pediatric recipients undergoing a first kidney transplant who are at low immunologic risk (PRA <5% and no donor-specific antibodies [DSAs]), tacrolimus in combination with mycophenolate mofetil (MMF) remains the cornerstone of maintenance immunosuppression. Tacrolimus is preferred over cyclosporine A, and MMF is preferred over azathioprine. An interleukin-2 receptor antagonist is not routinely recommended when long-term tacrolimus–MMF–corticosteroid therapy is used but may have a role in strategies involving early steroid withdrawal. Early steroid withdrawal or avoidance may be considered in appropriately selected low-risk recipients. Everolimus combined with a reduced-dose calcineurin inhibitor may be considered in recipients at high risk of CMV infection. The guideline also places greater emphasis on therapeutic drug monitoring and the use of biomarkers, including MPA area under the concentration–time curve (MPA-AUC), virus-specific T cells, donor-derived cell-free DNA (dd-cfDNA), and de novo donor-specific antibodies (dnDSAs). Increased emphasis is placed on dnDSA surveillance, selective use of biopsy, and risk stratification of acute antibody-mediated rejection according to DSA status, C1q binding, and histopathologic findings.

Conclusion: The 2026 guideline shifts the focus toward individualized, risk-adapted immunosuppression and proactive monitoring of alloimmune responses, while emphasizing the limitations of the currently available evidence in pediatric kidney transplantation.

GHÉP THẬN Ở BỆNH NHI MẮC HỘI CHỨNG ALPORT: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

LƯỜNG HỮU BẢY [1], NGUYỄN THỊ NGỌC[1], NGUYỄN THU HƯƠNG[1]
[1]BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đặt vấn đề:
Hội chứng Alport là một bệnh di truyền hiếm gặp, đặc trưng bởi tình trạng suy giảm chức năng thận tiến triển, giảm thính lực tiếp nhận và các bất thường về mắt. Ghép thận là phương pháp điều trị tối ưu và triệt để đối với bệnh thận mạn giai đoạn cuối (ESRD) do hội chứng Alport gây ra. Báo cáo ca lâm sàng này mô tả diễn biến lâm sàng, phổ đột biến gen cũng như kết quả dài hạn sau ghép thận ở một bệnh nhi mắc hội chứng Alport tại Bệnh viện Nhi Trung ương.
Trình bày ca lâm sàng:
Chúng tôi báo cáo trường hợp một bệnh nhi nam, 13 tuổi, được chẩn đoán mắc hội chứng Alport liên kết nhiễm sắc thể X, với đột biến gây bệnh trên gen COL4A5. Bệnh nhân có biểu hiện tiểu máu và tiểu protein dai dẳng khởi phát từ năm 8 tuổi, tiến triển thành bệnh thận mạn giai đoạn cuối vào năm 12 tuổi. Sơ đồ phả hệ gia đình (Hình 1) cho thấy mô hình di truyền liên kết nhiễm sắc thể X điển hình. Bệnh nhân đã được điều trị thay thế thận bằng phương pháp lọc màng bụng trong 8 tháng trước khi tiến hành phẫu thuật ghép thận với người hiến thận là bố đẻ. Liệu pháp ức chế miễn dịch sau ghép bao gồm tacrolimus, mycophenolate mofetil và corticosteroid. Chức năng mảnh ghép phục hồi bình thường vào ngày thứ 7 sau mổ. Trong thời gian theo dõi 44 tháng, bệnh nhân duy trì chức năng mảnh ghép tốt, không tái phát tình trạng tiểu máu hoặc tiểu protein.
Kết luận:
Ca lâm sàng này nhấn mạnh tính khả thi và kết quả dài hạn khả quan của phẫu thuật ghép thận ở bệnh nhi mắc hội chứng Alport. Việc ứng dụng chẩn đoán di truyền phân tử sớm kết hợp với chiến lược quản lý chu phẫu toàn diện là chìa khóa then chốt nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống và tối ưu hóa kết quả điều trị cho nhóm bệnh nhân này.
Từ khóa: Hội chứng Alport, ghép thận, đột biến gen COL4A5



HÌNH 1: PHẢ HỆ GIA ĐÌNH

THIẾU MÁU SAU GHÉP THẬN Ở TRẺ EM NGUYÊN NHÂN VÀ ĐIỀU TRỊ

VÕ THỊ TƯỜNG VY
KHOA THẬN – NỘI TIẾT, BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Đặt vấn đề: Thiếu máu là biến chứng thường gặp sau ghép thận ở trẻ em, ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng sống. Cơ chế bệnh sinh đa yếu tố đòi hỏi xác định nguyên nhân để chọn điều trị phù hợp.

Nguyên nhân: Trong giai đoạn sớm, thiếu máu chủ yếu liên quan đến mất máu do phẫu thuật, lấy máu xét nghiệm, thiếu sắt trước ghép và tăng nhu cầu sắt khi tạo hồng cầu phục hồi. Viêm làm tăng hepcidin, giảm hấp thu và huy động sắt, gây hạn chế sắt chức năng. Thiếu máu muộn thường liên quan đến suy giảm chức năng thận ghép, giảm sản xuất erythropoietin, thiếu sắt kéo dài và viêm mạn tính. Mycophenolate mofetil, azathioprine, thuốc ức chế mTOR, valganciclovir
và trimethoprim–sulfamethoxazole có thể gây ức chế tủy. Nhiễm Cytomegalovirus hoặc Parvovirus B19 cần được xem xét, đặc biệt khi thiếu máu nặng kèm giảm hồng cầu lưới. Các nguyên nhân khác gồm thiếu vitamin B12, folate, tán huyết và bệnh vi mạch huyết khối. Đánh giá cần phối hợp công thức máu, hồng cầu lưới, ferritin, độ bão hòa transferrin và chức năng thận ghép; bổ sung xét nghiệm theo biểu hiện lâm sàng.

Điều trị: Điều trị tập trung vào nguyên nhân và cá thể hóa theo mức độ thiếu máu, triệu chứng, tuổi và chức năng thận ghép. Bổ sung sắt khi có chỉ định, lựa chọn đường uống hoặc tĩnh mạch tùy khả năng dung nạp và đáp ứng. Cần thận trọng với sắt tĩnh mạch khi có nhiễm trùng hoạt động. Vitamin B12 và folate được bổ sung khi xác định thiếu hụt. Thuốc kích thích tạo hồng cầu được cân nhắc sau xử trí nguyên nhân có thể điều chỉnh, với liều thấp nhất đạt mục tiêu cá thể hóa. Cần rà soát thuốc gây ức chế tủy, điều trị nhiễm trùng và tối ưu chức năng thận ghép. Nhiễm Parvovirus B19 có triệu chứng có thể được điều trị bằng immunoglobulin tĩnh mạch, kết hợp cân nhắc điều chỉnh ức chế miễn dịch. Truyền hồng cầu dựa trên tình trạng lâm sàng và tính cấp thiết, đồng thời cân nhắc nguy cơ mẫn cảm HLA.

Kết luận: Tầm soát và điều trị theo căn nguyên là nền tảng quản lý thiếu máu sau ghép thận ở trẻ em.

Từ khóa: Thiếu máu, ghép thận trẻ em, Parvovirus B19

ANEMIA AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION IN CHILDREN: CAUSES AND TREATMENT

VÕ THỊ TƯỜNG VY
KHOA THẬN – NỘI TIẾT, BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Background: Anemia is a common complication after kidney transplantation in children, affecting health and quality of life. Its multifactorial pathogenesis requires identification of the underlying causes to guide appropriate treatment.

Causes: Early posttransplant anemia is primarily associated with surgical blood loss, repeated blood sampling, pretransplant iron deficiency, and increased iron requirements during recovery of erythropoiesis. Inflammation increases hepcidin levels, reducing iron absorption and mobilization and causing functional iron restriction. Late anemia is frequently associated with allograft dysfunction, reduced erythropoietin production, persistent iron deficiency, and chronic inflammation. Mycophenolate mofetil, azathioprine, mammalian target of rapamycin inhibitors, valganciclovir, and trimethoprim–sulfamethoxazole may suppress bone marrow function. Cytomegalovirus and Parvovirus B19 infections should be considered, particularly in severe anemia accompanied by reticulocytopenia. Other causes include vitamin B12 or folate deficiency, hemolysis, and thrombotic microangiopathy. Evaluation should include a complete blood count, reticulocyte count, ferritin, transferrin saturation, and assessment of allograft function, with additional investigations guided by clinical findings.

Treatment: Treatment should address the underlying causes and be individualized according to anemia severity, symptoms, age, and allograft function. Iron supplementation should be provided when indicated, with oral or intravenous administration selected according to tolerability and treatment response. Intravenous iron requires caution during active infection. Vitamin B12 and folate should be supplemented when deficiencies are confirmed. Erythropoiesis-stimulating agents may be considered after addressing correctable causes, using the lowest dose needed to achieve individualized treatment goals. Management also requires reviewing medications that suppress bone marrow function, treating infections, and optimizing allograft function. Symptomatic Parvovirus B19 infection may be treated with intravenous immunoglobulin, with adjustment of immunosuppression considered on an individual basis. Red blood cell transfusion should be guided by clinical status and urgency, while considering the risk of HLA sensitization.

Conclusion: Routine screening and cause-directed treatment are fundamental to managing anemia after kidney transplantation in children.

Keywords: Anemia, pediatric kidney transplantation, Parvovirus B19

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

GHÉP GAN TRẺ EM

GHÉP GAN LẠI CẤP CỨU DO TẮC ĐỘNG MẠCH GAN SỚM SAU GHÉP GAN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

TS. Đặng Quốc Việt / BS Trần Bình Dương
BV ĐHYD TP.HCM

Đặt vấn đề: Tắc động mạch gan sớm là biến chứng nghiêm trọng sau ghép gan, có thể dẫn đến mất chức năng mảnh ghép và cần ghép gan lại cấp cứu.
Báo cáo ca bệnh: Bệnh nhi nữ 10 tuổi, teo đường mật đã phẫu thuật Kasai, tiến triển xơ gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa, được ghép gan từ người hiến sống. Ngày hậu phẫu thứ 6, siêu âm Doppler và chụp cắt lớp vi tính ghi nhận động mạch gan hẹp nặng đến gần tắc hoàn toàn, gây giảm tưới máu gan nghiêm trọng. Bệnh nhi được phẫu thuật làm lại miệng nối động mạch gan và can thiệp nội mạch đặt stent. Tuy nhiên, dòng chảy động mạch gan vẫn không được đảm bảo, dẫn đến tình trạng thiếu máu cục bộ và suy giảm chức năng mảnh ghép tiến triển. Bệnh nhi được ghép gan lại cấp cứu vào ngày hậu phẫu thứ 10 bằng mảnh ghép gan trái với kỹ thuật chia gan từ người hiến chết não. Sau ghép gan lại, bệnh nhi hồi phục và được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 46.
Kết luận: Phát hiện sớm biến chứng động mạch gan, phối hợp đa chuyên khoa và quyết định ghép gan lại kịp thời khi các biện pháp tái lập tưới máu thất bại đóng vai trò quan trọng trong cải thiện kết cục ghép gan ở trẻ em.
Từ khóa: Ghép gan nhi; Ghép gan lại; Tắc động mạch gan; Chia gan.

URGENT LIVER RETRANSPLANTATION FOLLOWING EARLY HEPATIC ARTERY OCCLUSION: A CASE REPORT

TS. Đặng Quốc Việt / BS Trần Bình Dương
BV ĐHYD TP.HCM

Background: Early hepatic artery occlusion is a serious complication following liver transplantation, potentially leading to graft failure and requiring urgent retransplantation.
Case Presentation: A 10-year-old girl with biliary atresia, previously treated with Kasai portoenterostomy, developed cirrhosis and portal hypertension and underwent living-donor liver transplantation. On postoperative day (POD) 6, Doppler ultrasonography and computed tomography revealed severe hepatic artery stenosis with near-complete occlusion, resulting in markedly compromised graft perfusion. Surgical revision of the hepatic arterial anastomosis and endovascular stenting were performed. However, adequate hepatic arterial flow could not be restored, accompanied by progressive hepatic parenchymal necrosis. Urgent liver retransplantation was performed on POD 10 using a split left-liver graft from a deceased donor. Following retransplantation, the patient recovered successfully and was discharged on POD 46.
Conclusion: Early detection of hepatic artery complications, multidisciplinary management, and timely retransplantation following failed revascularization are crucial for improving outcomes in pediatric liver transplant recipients.
Keywords: Pediatric liver transplantation; Liver retransplantation; Hepatic artery occlusion; Split-liver transplantation.

ĐIỀU TRỊ HỒI SỨC VÀ QUẢN LÝ BIẾN CHỨNG SAU GHÉP GAN TRẺ EM: PHÁC ĐỒ CHUẨN HÓA VÀ TIẾP CẬN ĐA CHUYÊN KHOA TẠI PICU

Bs Lê Văn Bình – ICU, BV Vinmec Times city

TÓM TẮT

Ghép gan ở trẻ em đặt ra những thách thức hồi sức phức tạp do các yếu tố giải phẫu và sinh lý bệnh học đặc thù, bao gồm sự bất tương xứng kích thước mảnh ghép (GRWR), khẩu kính mạch máu nhỏ và tình trạng rối loạn đông máu nặng nề do suy giảm antithrombin III (AT-III). Báo cáo này nhằm tổng kết và chuẩn hóa chiến lược hồi sức chuyên sâu, phác đồ ức chế miễn dịch và quy trình xử trí khẩn cấp các biến chứng sau ghép gan nhi khoa tại Đơn vị Hồi sức tích cực Nhi (PICU).

Các can thiệp chính bao gồm: kiểm soát huyết áp động mạch theo lứa tuổi; duy trì áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) nghiêm ngặt ở mức 3-8 mmHg nhằm tránh sung huyết mảnh ghép; liệu pháp kháng đông đa mô thức (Alprostadil, Enoxaparin bổ trợ AT-III và Aspirin); phác đồ ức chế miễn dịch nòng cốt (phối hợp Tacrolimus điều chỉnh theo nồng độ đáy và giảm liều Corticosteroid từng bước); cùng hệ thống báo động đỏ lâm sàng cho các biến chứng mạch máu, thải ghép (ACR/AMR), nhiễm virus (CMV/EBV) và tổn thương thần kinh trung ương (phù não, PRES).

Việc kiểm soát CVP chặt chẽ (<8-10 mmHg) đóng vai trò then chốt trong việc bảo vệ vi tuần hoàn xoang gan và giảm nguy cơ rò rỉ dịch cổ chướng. Giám sát huyết động và siêu âm Doppler tại giường giúp phát hiện sớm huyết khối động mạch gan (HAT) khi men gan tăng vọt đột ngột (>1000-2500 U/L), tạo điều kiện phẫu thuật tái thông hoặc can thiệp khẩn cấp. Phân biệt chính xác thải ghép cấp qua trung gian tế bào (ACR - Banff ≥3) với thải ghép qua kháng thể (AMR - lắng đọng C4d) cho phép can thiệp trúng đích bằng bolus corticosteroid hoặc thay huyết tương kết hợp Rituximab/IVIG. Quản lý áp lực nội sọ bằng NaCl 3% và kiểm soát hội chứng PRES bằng thuốc hạ áp cùng điều chỉnh liều Tacrolimus giúp ngăn ngừa tổn thương thần kinh vĩnh viễn.

Sự sống còn của mảnh ghép và bệnh nhi không chỉ phụ thuộc vào kỹ thuật ngoại khoa mà còn đòi hỏi sự tuân thủ nghiêm ngặt phác đồ hồi sức, năng lực phối hợp liên chuyên khoa tức thì và tốc độ can thiệp cấp cứu chuẩn xác trước các dấu hiệu cảnh báo lâm sàng tại PICU.

Từ khóa: Ghép gan trẻ em; Hồi sức tích cực nhi (PICU); Huyết khối động mạch gan; Ức chế miễn dịch; Áp lực tĩnh mạch trung ương; Thải ghép.

CRITICAL CARE MANAGEMENT AND CRISIS INTERVENTION FOLLOWING PEDIATRIC LIVER TRANSPLANTATION: STANDARDIZED PROTOCOLS AND A MULTIDISCIPLINARY PICU PARADIGM

Department of Intensive Care, Vinmec Times City International Hospital, Hanoi, Vietnam

ABSTRACT

Pediatric liver transplantation poses intricate critical care challenges governed by unique anatomical and pathophysiological characteristics, including graft-to-recipient weight ratio (GRWR) mismatches, diminutive vascular calibers, and severe consumptive coagulopathy exacerbated by antithrombin III (AT-III) deficiency. This report aims to summarize and standardize advanced intensive care strategies, immunosuppressive regimens, and emergency crisis-management pathways for pediatric liver recipients within the Pediatric Intensive Care Unit (PICU).

The clinical protocol encompasses age-adjusted mean arterial pressure optimization; stringent central venous pressure (CVP) control maintained at 3-8 mmHg to prevent graft congestion; a multimodal anticoagulation regimen (continuous Alprostadil infusion, Enoxaparin supplemented with AT-III, transitioning to Aspirin); a core immunosuppressive strategy (Tacrolimus titrated to targeted trough concentrations combined with progressive corticosteroid tapering); and a proactive clinical "red-flag" surveillance framework for vascular crises, allograft rejection (ACR/AMR), viral reactivation (CMV/EBV), and neurological complications (cerebral edema and PRES).

Meticulous CVP restriction (<8-10 mmHg) is paramount to preserving sinusoidal microcirculation and mitigating excessive ascites extravasation. Hemodynamic surveillance and bedside point-of-care Doppler ultrasonography facilitate early detection of hepatic artery thrombosis (HAT) upon acute transaminase surges (>1000-2500 U/L), permitting prompt surgical re-anastomosis or urgent salvage interventions. Histopathological differentiation between acute cellular rejection (ACR, Banff RAI ≥3) and antibody-mediated rejection (AMR, marked sinusoidal endothelial C4d deposition) directs targeted therapy with high-dose corticosteroid pulses or plasmapheresis combined with Rituximab and IVIG. Targeted hyperosmolar therapy with 3% sodium chloride for intracranial hypertension and aggressive antihypertensive therapy combined with calcineurin-inhibitor dose reduction for posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) effectively prevent irreversible neurological sequelae.

Graft viability and patient survival depend not solely on intraoperative surgical precision, but fundamentally on rigorous adherence to standardized critical care protocols, seamless multidisciplinary coordination, and rapid emergency intervention upon the onset of clinical warning triggers in the PICU.

Keywords: Pediatric liver transplantation; Pediatric intensive care unit (PICU); Hepatic artery thrombosis; Immunosuppression; Central venous pressure; Allograft rejection.

CÁC YẾU TỐ NGƯỜI HIẾN VÀ MẢNH GHÉP LIÊN QUAN ĐẾN BIẾN CHỨNG SAU GHÉP GAN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG Ở TRẺ EM

PHẠM DUY HIỀN [1], VŨ MẠNH HOÀN[1], TRẦN ANH QUỲNH1, NGUYỄN LÝ THỊNH TRƯỜNG[1], NGUYỄN PHẠM ANH HOA[1], PHẠM THỊ HẢI YẾN[1], ĐẶNG ÁNH DƯƠNG[1], THIỀU TĂNG THẮNG[1], TRẦN MINH ĐIỂN[1], TRẦN ĐỨC TÂM[1], NGUYỄN THỌ ANH[1], TRẦN XUÂN NAM[1], NGUYỄN CÔNG SƠN1, HỒ TUẤN HOÀNG[1], ĐỖ VĂN KHANG[1] VÀ PHAN HỒNG LONG[1,2,3]

[1]Bệnh viện Nhi Trung ương.
[2]Trường Đại học Y Hà Nội.
[3]Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội.
Tác giả liên hệ chính: Phan Hồng Long
Cơ quan chính: Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội
Email: Honglong.phan14091993@gmail.com | Điện thoại: 0362212792

TÓM TẮT

Nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của các yếu tố người hiến và mảnh ghép đến rối loạn chức năng mảnh ghép sớm và biến chứng sau ghép gan từ người hiến sống ở trẻ em. Nghiên cứu hồi cứu 81 trẻ được ghép gan tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 7/2018 đến 3/2026. Tuổi trung vị người hiến là 33 tuổi (29–39), người nhận 24 tháng (16–45); teo mật bẩm sinh là chỉ định chính, gặp ở 65 trẻ (80,2%); trọng lượng mảnh ghép trung vị là 235g (210–260). Rối loạn chức năng mảnh ghép sớm (EAD) xảy ra ở 35 trẻ (43,2%), điểm đánh giá suy chức năng mảnh ghép (MEAF) trung vị 3,79 (3,18–4,62).

Mức độ nhiễm mỡ mảnh ghép tương quan thuận với MEAF (p=0,017), nhưng không có yếu tố người hiến hoặc mảnh ghép nào liên quan có ý nghĩa với EAD. Mảnh ghép gan phải liên quan với biến chứng đường mật cao hơn (p=0,004). Tỷ lệ sống còn bệnh nhân/mảnh ghép sau 5 năm 91,3%/89,8%. Các yếu tố người hiến và mảnh ghép bao gồm các đặc điểm mạch máu, đường mật và độ nhiễm mỡ liên quan rõ hơn với biến chứng kỹ thuật so với EAD hoặc sống còn trung hạn.

Từ khóa: Ghép gan trẻ em; tỷ lệ GRWR; suy chức năng mảnh ghép sớm; biến chứng đường mật.

DONOR- AND GRAFT-RELATED DETERMINANTS OF POST-TRANSPLANT COMPLICATIONS IN PEDIATRIC LIVER TRANSPLANTATION

PHẠM DUY HIỀN [1], VŨ MẠNH HOÀN[1], TRẦN ANH QUỲNH1, NGUYỄN LÝ THỊNH TRƯỜNG[1], NGUYỄN PHẠM ANH HOA[1], PHẠM THỊ HẢI YẾN[1], ĐẶNG ÁNH DƯƠNG[1], THIỀU TĂNG THẮNG[1], TRẦN MINH ĐIỂN[1], TRẦN ĐỨC TÂM[1], NGUYỄN THỌ ANH[1], TRẦN XUÂN NAM[1], NGUYỄN CÔNG SƠN1, HỒ TUẤN HOÀNG[1], ĐỖ VĂN KHANG[1] VÀ PHAN HỒNG LONG[1,2,3]

[1]Bệnh viện Nhi Trung ương.
[2]Trường Đại học Y Hà Nội.
[3]Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội.
Tác giả liên hệ chính: Phan Hồng Long
Cơ quan chính: Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội
Email: Honglong.phan14091993@gmail.com | Điện thoại: 0362212792

SUMMARY

This study evaluated the impact of donor- and graft-related factors on early allograft dysfunction and post-transplant complications after pediatric living donor liver transplantation. This retrospective study included 81 children who underwent liver transplantation at Vietnam National Children's Hospital between July 2018 and March 2026. The median donor age was 33 years (IQR, 29–39), and the median recipient age was 24 months (IQR, 16–45). Biliary atresia was the most common indication for transplantation, accounting for 65 cases (80.2%).

The median graft weight was 235 g (IQR, 210–260). Early allograft dysfunction (EAD) occurred in 35 patients (43.2%), and the median Model for Early Allograft Function (MEAF) score was 3.79 (IQR, 3.18–4.62). The degree of graft steatosis was positively correlated with the MEAF score ($p = 0.017$); however, neither donor- nor graft-related factors were significantly associated with EAD. Right liver grafts were associated with a higher rate of biliary complications ($p = 0.004$). The 5-year patient and graft survival rates were 91.3% and 89.8%, respectively. Overall, donor- and graft-related factors, including vascular and biliary anatomical characteristics and graft steatosis, appeared to be more closely associated with technical complications than with EAD or intermediate-term survival.

Keywords: Pediatric liver transplantation; graft-to-recipient weight ratio; early allograft dysfunction; biliary complications.

GHÉP GAN CHO TRẺ DƯỚI 10KG: KẾT QUẢ TỪ CHƯƠNG TRÌNH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

THS. HỒ PHI DUY
BV NHI ĐỒNG 2

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong lĩnh vực nhi khoa, ghép gan đã trở thành một chỉ định điều trị thiết yếu, đặc biệt với các bệnh lý như teo đường mật, các rối loạn chuyển hóa, suy gan cấp và xơ gan tiến triển
Ghép gan ở trẻ dưới 10 kg gặp nhiều thách thức về mặt nội khoa, kỹ thuật và biến chứng. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả ghép gan từ người cho sống ở nhóm bệnh nhi này.
Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả 20 bệnh nhi dưới 10 kg được ghép gan từ người cho sống tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2025.

Kết quả: Tuổi và cân nặng trung bình lần lượt là 15,90 ± 5,36 tháng và 8,58 ± 0,83 kg. Teo đường mật chiếm 90% nguyên nhân ghép gan, tiếp đó là PFIC type 2 chiếm 10%. Điểm PELD trước ghép trung bình 20,1 ± 8,2. Tất cả bệnh nhi nhận mảnh ghép gan thùy trái bên, GRWR trung bình 2,92 ± 0,46%. Thời gian phẫu thuật trung bình 548,50 ± 77,43 phút. Biến chứng mạch máu gồm 1/20 trường hợp (5%) huyết khối động mạch gan được điều trị thành công với thuốc tiêu sợi huyết; 15% (3/20) hẹp tĩnh mạch cửa, trong đó 1 TH được nong hẹp xuyên gan qua da, 2 trường hợp theo dõi. Biến chứng đường mật có 1/20 TH (5%) rò miệng nối mật ruột được phẫu thuật làm lại miệng nối. Biến chứng nội khoa thường gặp gồm tràn dịch dưỡng trấp (60%), viêm phổi (50%), nhiễm trùng huyết (45%) và thải ghép cấp (25%). Nhiễm EBV và PTLD lần lượt là 90% và 15%, trong đó có 1 trường hợp tử vong. Sau thời gian theo dõi trung bình 24,7 tháng, tỷ lệ sống còn đạt 95%, không có trường hợp ghép lại.
Kết luận: Ghép gan từ người cho sống ở trẻ dưới 10 kg có kết quả tốt, có tỷ lệ biến chứng thấp và tỷ lệ sống còn đạt 95%.

Từ khóa: Ghép gan nhi, người cho sống, trẻ dưới 10 kg, biến chứng.

NGÀY 17/10/2026

PHIÊN

PHIÊN TIẾNG ANH
GIẢI THƯỞNG VSOT-TSANZ
CHO NGHIÊN CỨU VIÊN TRẺ

A LESS-APPRECIATED CAUSE OF ACUTE ON CHRONIC KIDNEY FAILURE IN A DIABETIC RENAL RECIPIENT: ENTERIC OXALATE NEPHROPATHY

Dr Nguyen Thi Hoai An
Cho Ray Hospital

ABSTRACT

Enteric oxalate nephropathy (ON) as the underlying cause of acute on chronic renal failure requiring dialysis in renal recipients is rarely reported and may be misdiagnosed, leading to inappropriate management. We described a 65-year-old diabetic uremic man who had received cadaveric kidney transplantation with CKD, stage IIIB (serum creatinine 1.8-2.0 mg/dl) for 9 years on optimal immunosuppressants presented with progressive leg edema, body weight gain, and exertional dyspnea following intermittent water diarrhea for 2 weeks. Physical examination revealed higher blood pressure 150/100 mmHg, engorged jugular vein, and generalized edema. His relevant laboratory findings showed a declined hemoglobin from 10.3 to 9.8 mg/dl, serum creatinine rose from 3.7 to 7.4 mg/dl, hyperkalemia (5.9 mmol/L) and hyperchlormic metabolic acidosis, severe hypocalcemia (6.0 mg/dl), higher serum CRP 3.6 mg/dl, and no RBC or WBC in the urine, but mild proteinuria. His renal function is not improved with volume repletion or alkalizastion and one dose of pulse steroid therapy for presumptive diagnosis of acute kidney rejection. After emergent hemodialysis to control his uremic symptoms, he received renal biopsy typically showing numerous oxalate deposition in the intratubular lumen consistent with ON. His urine oxalate excretion was still much higher after the diagnosis of ON and become normal one month later. With aggressive control of watery diarrhea, low oxalate diet, high calcium supplementation, tight control of sugar and reduced immunosuppressants, his renal function (serum creatinine 4.5-5.0 mg/dl) was improved without the need of dialysis. This case highlights the importance of considering ON as a potential cause of acute kidney injury in renal recipient with diarrhea. Early determination of urine oxalate excretion may be needed.

RIGHT VENTRICULAR STRAIN BY SPECKLE TRACKING ECHOCARDIOGRAPHY IN PATIENTS WITH END-STAGE CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDERGOING RENAL TRANSPLANTATION

HOANG PHUC KHAM [1], PHAM VU THU HA [1], TRAN DUC HUNG [1], NGUYEN THI THU HA[1]

[1] 103 Military Hospital
Corresponding author: Nguyen Thi Thu Ha
Email: drthuha103@gmail.com | ĐT: 0977606550

SUMMARY

Objective: To evaluate right ventricular strain by speckle tracking echocardiography in patients with end-stage chronic kidney disease before and 1 month after kidney transplantation.

Subjects and methods: The study included 63 patients diagnosed with end-stage chronic kidney disease. All patients received kidney transplantation at Military Hospital 103 from October 2023 to April 2025. They were followed up for 1 month after kidney transplantation. Right ventricular strain was evaluated before and 1 month after successful kidney transplantation. All informed consents were obtained from participants, and the research was approved by the Ethics Council of Military Hospital 103, Military Medical Academy.

Results: RV4CLS (-17.56 ± 4.82 vs -21.14 ± 3.90, $p < 0.01$) and RVFWLS
(-20.59 ± 6.10 vs -24.81 ± 4.58, $p < 0,01$) 1 month after kidney transplantation improved significantly compared with pre-transplantation. The rate of right ventricular dysfunction group decreased significantly 1 month after transplantation (40.5 vs 13.5 %, $p < 0.01$). RV4CSL and RVFWSL after transplantation in the pre-transplant pre-emptive treatment group were statistically higher than in the hemodialysis group. RV4CSL had a moderate positive correlation with the time of dialysis before kidney transplantation. RV4CSL had a moderate positive correlation with hemoglobin level before kidney transplantation.

Conclusion: RV4CSL and RVFWSL 1 month after kidney transplantation improved significantly compared with pre-transplantation. The rate of the right ventricular dysfunction group also decreased significantly. RV strain was also associated moderately with the type of pretransplant renal replacement therapy, the duration of dialysis, and the hemoglobin level.

Keywords: right ventricular strain, kidney transplantation, speckle tracking echocardiography.

CASE REPORT: EARLY AND PERSISTENT POST-TRANSPLANT PROTEINURIA DUE TO MULTIPLE CONCOMITANT ETIOLOGIES

NGUYEN THI THU HA[1], HOANG PHUC KHAM[1], NGUYEN THI TRANG[1]*

[1] Department of Nephrology and Dialysis, Military Hospital 103, Hanoi, Vietnam
Corresponding author: Nguyen Thi Thu Ha
Email: drthuha103@gmail.com

ABSTRACT

Post-transplant proteinuria is an early warning sign of allograft injury and is often caused by multiple concurrent mechanisms, originating either from the transplanted kidney or from the native kidneys. We report the case of a 26-year- old male who developed low-grade proteinuria immediately after kidney transplantation, which rapidly progressed to overt nephrotic syndrome within the first three months.

The initial allograft biopsy revealed features of membranoproliferative glomerulonephritis (MPGN) with diffuse C4d deposition in the glomerular capillaries, suggesting chronic active antibody-mediated rejection. The patient was treated with high-dose corticosteroids and rituximab, resulting in partial improvement of proteinuria; however, recurrence occurred, accompanied by deterioration of graft function. A second allograft biopsy demonstrated combined lesions of chronic antibody-mediated rejection, acute calcineurin inhibitor (CNI) nephrotoxicity, and chronic glomerular injury, which guided treatment modification, leading to better control of proteinuria and improvement of graft function. This case highlights the importance of early recognition of post-transplant proteinuria and emphasizes a multifactorial diagnostic and therapeutic approach to optimize management and preserve long-term graft function.

Keywords: post-transplant proteinuria; renal allograft biopsy; antibody-mediated rejection; calcineurin inhibitor toxicity.

EARLY DEEP VEIN THROMBOSIS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

VÕ TAM[1,2], TÔ HỮU THIỆN[2]

[1] Đại học Y Dược, Đại học Huế
[2] Bệnh viện Trung ương Huế

ABSTRACT

Background: Kidney transplant recipients have a substantially higher risk deep vein thrombosis (DVT), than the general population, particularly during the first three months after transplantation. However, thromboprophylaxis strategies remain unstandardized because clinicians must balance postoperative bleeding risk, fluctuating allograft function, and the potential need for invasive procedures.

Case presentation: A 52-year-old man with end-stage kidney disease had been receiving maintenance hemodialysis since 2025. During his pretransplant evaluation, doppler ultrasonography identified a chronic thrombus completely occluding the left external iliac vein following catheter placement. He was receiving acenocoumarol 0.5 mg/day, adjusted according to the international normalized ratio. On post-transplant day 19, he developed swelling and pain involving the entire left leg. doppler ultrasonography demonstrated an echogenic thrombus completely occluding the deep veins from the popliteal to the femoral vein, without extension into the renal allograft vein or evidence of a compressive pelvic lesion. He received subcutaneous low-molecular-weight heparin every 12 hours and was subsequently transitioned to rivaroxaban, a direct factor Xa inhibitor, for extended anticoagulation. No major bleeding, allograft dysfunction, or pulmonary embolism was documented. At three months, his symptoms had resolved completely, ultrasonography showed partial recanalization, and serum creatinine remained stable at 98.5 µmol/L. No recurrent DVT was observed during six months of follow-up.

Conclusion: Early DVT after kidney transplantation has a multifactorial etiology and may occur despite intermittent thromboprophylaxis. Evaluation should distinguish lower-extremity DVT from renal allograft vein thrombosis and assess for pelvic venous compression. Anticoagulant treatment should be individualized according to allograft function, bleeding risk, the potential need for biopsy or repeat surgery, and interactions with immunosuppressive drugs.

Keywords: kidney transplantation; lower-extremity deep vein thrombosis; post-transplant thromboprophylaxis; anticoagulation.

EARLY DEEP VEIN THROMBOSIS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

VÕ TAM[1,2], TÔ HỮU THIỆN[2]

[1] Đại học Y Dược, Đại học Huế
[2] Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Bối cảnh: Người nhận thận ghép có nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (DVT) cao hơn đáng kể so với dân số chung, đặc biệt trong ba tháng đầu sau ghép. Tuy nhiên, chiến lược dự phòng huyết khối chưa được chuẩn hóa vì phải cân bằng với nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật, chức năng thận ghép biến động và nhu cầu thực hiện các thủ thuật xâm lấn.

Ca bệnh: Bệnh nhân nam 52 tuổi, suy thận giai đoạn cuối, lọc máu chu kỳ từ năm 2025. Trong đánh giá trước ghép, siêu âm doppler ghi nhận huyết khối cũ gây tắc hoàn toàn tĩnh mạch chậu ngoài trái sau đặt catheter. Người bệnh đang dùng acenocoumarol 0,5 mg/ngày, điều chỉnh theo INR. Sau ghép ngày 19, bệnh nhân xuất hiện sưng đau toàn bộ chân trái. Siêu âm doppler xác định huyết khối cũ tăng âm gây tắc hoàn toàn hệ tĩnh mạch sâu chân trái: từ tĩnh mạch khoeo - đùi, không lan vào tĩnh mạch thận ghép và không có tổn thương chèn ép vùng chậu. Bệnh nhân được xử trị bằng heparin trong lượng phân thử thấp tiêm dưới da ngắt quãng mỗi 12 giờ, sau đó chuyển sang thuốc thuộc nhóm ức chế yếu tố Xa, rivaroxaban duy trì kéo dài. Không ghi nhận chảy máu lớn, rối loạn chức năng thận ghép hoặc thuyên tắc phổi. Sau ba tháng, triệu chứng hết hoàn toàn, siêu âm ghi nhận tái thông một phần và creatinine huyết thanh ổn định ở mức 98.5 µmol/L. Không ghi nhận DVT tái phát sau sáu tháng theo dõi.

Kết luận: DVT giai đoạn sớm sau ghép thận có cơ chế đa yếu tố và vẫn có thể xuất hiện khi đã áp dụng dự phòng không liên tục. Đánh giá cần phân biệt DVT hệ thống với huyết khối tĩnh mạch thận ghép, đồng thời tìm tổn thương chèn ép tĩnh mạch vùng chậu. Lựa chọn kháng đông phải được cá thể hóa theo chức năng thận ghép, nguy cơ chảy máu, khả năng cần sinh thiết hoặc tái phẫu thuật và tương tác với thuốc ức chế miễn dịch.

Từ khóa: ghép thận; huyết khối tĩnh mạch chi dưới; dự phòng huyết khối sau ghép; chống đông

ACUTE REJECTION AFTER EARLY TACROLIMUS-TO-EVEROLIMUS CONVERSION IN A KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENT WITH DELAYED GRAFT FUNCTION: A CASE REPORT

VAN HIEU NGUYEN[1]; NGOC PHUONG THAO HUYNH[1,2]; MINH HOANG TRAN[1,2]

1. University Medical Center Ho Chi Minh City, Ho Chi Minh City, Vietnam
2. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, Ho Chi Minh City, Vietnam

ABSTRACT

Background: Delayed graft function (DGF) poses a challenge in balancing calcineurin inhibitor (CNI)-associated nephrotoxicity against adequate immunosuppression after kidney transplantation. Evidence supporting complete CNI withdrawal during ongoing DGF remains limited.

Case presentation: A 19-year-old woman with kidney failure caused by focal segmental glomerulosclerosis underwent ABO-compatible living-related kidney transplantation. Pretransplant evaluation showed three of six human leukocyte antigen mismatches, 0% panel-reactive antibodies, and a negative crossmatch. Following basiliximab induction, maintenance immunosuppression consisted of tacrolimus, mycophenolate mofetil, and corticosteroids. Progressive oliguria followed by anuria developed despite normal graft ultrasonography. Tacrolimus was replaced with everolimus on postoperative day (POD) 18, followed by improved urine output and graft function. At discharge on POD 23, serum creatinine was 2.03 mg/dL and estimated glomerular filtration rate (eGFR) was 36 mL/min/1.73 m^2. From POD 30, fatigue, intermittent low-grade fever, and progressive graft dysfunction developed, with eGFR declining to 13 mL/min/1.73 m^2 by POD 72. De novo donor-specific antibodies were detected (mean fluorescence intensity, 5,155). Allograft biopsy revealed Banff grade IIA T cell–mediated rejection, acute tubular injury, and C4d positivity in glomerular and peritubular capillaries, raising suspicion of concomitant antibody-mediated rejection. Treatment included corticosteroid pulses, five plasma exchange sessions, intravenous immunoglobulin, and antithymocyte globulin. Maintenance therapy was changed to cyclosporine, mycophenolate mofetil, and corticosteroids. At six months, eGFR had recovered to 51 mL/min/1.73 m^2.

Conclusion: This case report highlights the potential trade-off between improvement in allograft function and the risk of acute rejection following CNI withdrawal and conversion to everolimus during DGF. Close monitoring and timely allograft biopsy are essential when graft function deteriorates to establish the diagnosis and guide appropriate treatment.

Keywords: kidney transplantation; delayed graft function; everolimus; tacrolimus; acute rejection; allograft biopsy

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

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.

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/1.73m^2 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/1.73m^2. 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.

LATE-ONSET BK POLYOMAVIRUS-ASSOCIATED NEPHROPATHY MANAGED BY EVEROLIMUS CONVERSION: A LONGITUDINAL CASE REPORT AND SYSTEMATIC REVIEW OF CONTEMPORARY EVIDENCE

VAN LE QUY DINH[1], HIEN TRONG NGUYEN[1].

[1] Urology, Cho Ray Hospital, Ho Chi Minh city, Viet Nam

ABSTRACT

Background

BK polyomavirus-associated nephropathy (BKVAN) remains a major infectious threat to long-term kidney allograft survival, occurring in 2–16% of recipients and associated with graft loss rates of up to 50% when undetected. Optimal management strategies, particularly the role of mammalian target of rapamycin inhibitor (mTORi) conversion, remain debated following the publication of the BKEVER randomised trial.

Case Summary

We present the longitudinal clinical course of a 33-year-old male kidney transplant recipient who developed biopsy-confirmed, late-onset BKVAN approximately three years after deceased-donor kidney transplantation at Cho Ray Hospital, Vietnam.

Despite a relatively low plasma viral load at the time of biopsy (9.3×10^2 copies/mL), rising serum creatinine and positive SV40 immunohistochemistry prompted prompt immunosuppression restructuring, including discontinuation of mycophenolate mofetil and conversion to everolimus.

Following an initial post-conversion viral surge, progressive viral suppression culminated in complete clearance (BKPyV <600 copies/mL) by December 2025—three years after diagnosis—with stable graft function (serum creatinine 1.53 mg/dL; eGFR 59.3 mL/min/1.73 m^2).

Conclusions

This case illustrates the diagnostic value of early allograft biopsy even at low plasma viral loads, and demonstrates that everolimus-based conversion can achieve durable viral clearance while preserving graft function. Contextualised against the ATHENA, TRANSFORM, Wiseman, and BKEVER trials and the 2024 International Consensus Guidelines, we discuss the evolving evidence for mTORi use in BKVAN and highlight practical constraints—including PCR access and cost—that influence management in resource-limited settings.

References

Virus polyoma BK, Everolimus, mTOR inhibitor, immunosuppression, calcineurin inhibitor, mycophenolate mofetil, kidney transplantation, BKVAN.

Table 1. Immunological and infectious screening profile of the donor-recipient pair.

Parameter	Recipient (Nguyen Sy V.)	Donor (Deceased)
Blood type	O+	O+
HLA Class I – A	A*24/A*26	A02/A29
HLA Class I – B	B*15/B*15	B07/B52
HLA Class II – DRB1	DRB1*12/12	DRB1*10/DRB1*15
HLA Class II – DQA1/DQB1	DQA1*01/*06, DQB1*03/*05	DQA1*01/*01, DQB1*05/*05
CMV status (IgG/IgM)	Not explicitly provided	IgG 218 / IgM (–)
EBV status (IgG/IgM)	Not explicitly provided	IgG 9.37 / IgM (COV)
HBV markers	HBV-PCR (–)	HBsAb 95.59; HBeAb (+); AntiHBc (+)
Other infections	HIV (–), HCV (–)	HIV (–), RPR (–), TPHA (–), HCV (–)

Table 1. Immunological and infectious screening profile of the donor-recipient pair.

Table 2. *Detailed allograft biopsy findings (October 7, 2022).*

Parameter	Finding	Clinical Significance
Glomeruli	17 total; 2 globally sclerosed; no crescents or necrosis	Minimal chronic damage; no acute glomerulitis
Interstitial inflammation	Minimal mononuclear infiltration (<5%)	Effectively excludes severe acute cellular rejection
Tubular atrophy/fibrosis	Small focal areas	Negligible chronic injury
Tubulitis	Absent	Consistent with absence of acute rejection
SV40 large T-antigen staining	Positive (nuclear staining in tubular epithelial cells)	Definitive diagnosis of BKVAN
C4d staining	Negative	Excludes antibody-mediated rejection
Immunofluorescence	IgA (–), IgG (–), IgM (+ plasma), C3 (–), C1q (–)	No immune complex glomerulonephritis
Banff '97 score	g0, i0, t0, ah0, v0, pte0, cg0, ct0, ci0, mm0, C4d0	Overall Banff Class 6 (minimal pathology)

Table 2. Detailed allograft biopsy findings (October 7, 2022).

PHIÊN

CHƯƠNG TRÌNH
POSTER GHÉP THẬN

GHÉP THẬN ĐÓN ĐẦU Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN CHẨN ĐOÁN TRỄ: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

NGUYỄN BÁCH, VŨ ĐỨC NAM, PHẠM THỊ LAN HƯƠNG, HOÀNG DUY THÁI, THÁI MINH SÂM

Mở đầu: KDIGO khuyến cáo bệnh nhân thận mạn giai đoạn 4-5 cần được tư vấn và chuẩn bị ghép thận sớm trước khi lọc máu. Thực tế tại Việt Nam, các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn trễ, không được theo dõi đầy đủ làm cho việc chuẩn bị ghép thận đón đầu khó thực hiện. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp lâm sàng: Ca số 1: NGUYỄN HUỲNH CHÂU N, nữ 22 tuổi, sinh viên. Tiền sử khỏe mạnh. Tháng 12/2025 bệnh nhân tình cờ phát hiện huyết áp cao, sau đó được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn 5 với eGFR 11 ml/ph/1.73m2 . Tháng 1/2026 bệnh nhân được ghép thận đón đầu từ người hiến là mẹ ruột. Tổng thời gian chuẩn bị 01 tháng. Ca số 2. PHẠM TÁM H, 33 tuổi, nam, nhân viên ngân hàng. Tháng 2/2026, BN khám sức khỏe tại cơ quan phát hiện suy thận sau đó được xác định bệnh thận mạn giai đoạn 5 - Tăng huyết áp. Tháng 5/2026, được sinh thiết thận, chẩn đoán bệnh thận IgA (M1E1S1T1C0), có điều trị Corticoid nhưng không đáp ứng. Tháng 8/2026 ghép thận đón đầu từ người hiến là chị ruột. Tổng thời gian chuẩn bị 03 tháng.

Kết luận: Để ghép thận đón đầu cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối chẩn đoán trễ, bác sĩ thận học cần điều trị tích cực và khẩn trương chuẩn bị ghép thận nhanh nhất có thể để bệnh nhân tránh được lọc máu.

Từ khóa: ghép thận đón đầu, bác sĩ thận học, suy thận mạn giai đoạn cuối

PREEMPTIVE KIDNEY TRANSPLANTATION FOR PATIENTS WITH END STAGE CHRONIC KIDNEY FAILURE DIAGNOSED LATE: A CASE REPORT

NGUYEN BACH, VU DUC NAM, PHAM THI LAN HUONG, HOANG DUY THAI, THAI MINH SAM

Introduction: KDIGO guidelines recommend that patients with stage 4–5 chronic kidney disease (CKD) receive counseling and preparation for kidney transplantation prior to the initiation of dialysis. In Vietnam, however, many patients are diagnosed late and without follow-up, therefore the preparation for preemptive kidney transplantation is challenge. We report two clinical cases: Case 1: NGUYEN HUYNH CHAU N, a 22-year-old female student with no significant medical history. In December 2025, she was incidentally found to have hypertension and was subsequently diagnosed with stage 5 CKD (eGFR: 11 mL/min/1.73m^2). In January 2026, she underwent preemptive kidney transplantation with her mother as the donor; the total preparation time was one month. Case 2: PHAM TAM H, a 33-year-old male bank employee. In February 2026, a workplace health check-up revealed renal impairment, and diagnosed stage 5 CKD and hypertension. A kidney biopsy in May 2026 confirmed IgA nephropathy (M1E1S1T1C0); corticosteroid therapy was administered but non response. In August 2026, he underwent preemptive kidney transplantation with his sister as the donor; the total preparation time was three months.

Conclusion: To facilitate preemptive kidney transplantation for patients with end-stage kidney disease diagnosed late, nephrologists must provide active medical management and urgently expedite the transplantation process to enable patients to avoid dialysis.

Keywords: preemptive kidney transplantation, nephrologist, end-stage renal disease

VIÊM TỤY CẤP SAU GHÉP THẬN: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ KINH NGHIỆM XỬ TRÍ

BSCK2 Phan Thị Thu Hà
BV QY 175

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tụy cấp là biến chứng hiếm gặp sau ghép thận nhưng có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến tình trạng toàn thân và chức năng thận ghép. Ở bệnh nhân ghép thận, nguyên nhân có thể liên quan đến các yếu tố thường gặp như bệnh lý đường mật, rối loạn chuyển hóa, nhiễm trùng hoặc thuốc ức chế miễn dịch. Tacrolimus, một thuốc ức chế calcineurin được sử dụng phổ biến sau ghép thận, đã được ghi nhận trong một số báo cáo là nguyên nhân tiềm tàng của viêm tụy cấp.

Trình bày ca bệnh: Bệnh nhân nữ 55 tuổi, bệnh thận giai đoạn cuối do tăng huyết áp, chạy thận nhân tạo từ năm 2022, được ghép thận từ người hiến sống ngày 24/12/2025. Sau ghép, bệnh nhân được điều trị ức chế miễn dịch bằng Tacrolimus, Mycophenolate sodium và Prednisolone, với Basiliximab trong điều trị dẫn nhập. Chức năng thận ghép cải thiện tốt, creatinin giảm từ 316 xuống 88–90 µmol/L. Đến ngày hậu phẫu thứ 3, bệnh nhân xuất hiện chướng bụng và đau bụng từng cơn. Xét nghiệm ghi nhận amylase 307 U/L, lipase 582 U/L, CRP tăng từ 7 lên trên 150 mg/L và bạch cầu 25 G/L, trong khi procalcitonin chỉ 0,1–0,2 ng/mL. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta. Nồng độ đáy Tacrolimus trong giai đoạn này dao động 9–13 ng/mL.

Bệnh nhân được điều trị nâng đỡ gồm nhịn ăn, giảm áp đường tiêu hóa, truyền dịch, giảm đau và nuôi dưỡng ngoài đường tiêu hóa. Sau khi loại trừ các nguyên nhân ngoại khoa, Tacrolimus được ngừng và thay thế bằng Cyclosporine nhằm duy trì hiệu quả ức chế calcineurin. Prednisolone được tiếp tục và liều Mycophenolate sodium được điều chỉnh. Sau chuyển đổi phác đồ, triệu chứng đau bụng giảm dần, amylase và lipase giảm lần lượt còn khoảng 100 U/L và 145 U/L; CRP và số lượng bạch cầu cũng giảm. Chức năng thận ghép được duy trì ổn định trong quá trình điều trị.

Bàn luận: Viêm tụy cấp sau ghép thận có thể do nhiều nguyên nhân, do đó cần tiếp cận có hệ thống để loại trừ các nguyên nhân thường gặp như sỏi mật, rượu, tăng triglycerid, tăng calci máu, nhiễm trùng và các thuốc khác. Trong trường hợp này, thời điểm khởi phát sớm sau ghép, xảy ra trong khi sử dụng Tacrolimus, cùng với sự cải thiện rõ rệt về lâm sàng và men tụy sau khi ngừng thuốc, là những yếu tố gợi ý vai trò của Tacrolimus. Cơ chế được giả thuyết bao gồm độc tính trực tiếp trên tế bào nang tụy, rối loạn vi tuần hoàn và phản ứng đặc ứng qua trung gian miễn dịch. Tuy nhiên, do đây là một ca bệnh đơn lẻ và chưa thể loại trừ hoàn toàn các nguyên nhân khác, mối quan hệ nhân quả giữa Tacrolimus và viêm tụy cấp chưa thể được khẳng định tuyệt đối.

Kết luận: Viêm tụy cấp cần được nghĩ đến ở bệnh nhân xuất hiện đau bụng không rõ nguyên nhân trong giai đoạn sớm sau ghép thận. Việc đánh giá nguyên nhân cần bao gồm các yếu tố chuyển hóa, bệnh lý đường mật, nhiễm trùng và thuốc ức chế miễn dịch. Khi nghi ngờ viêm tụy liên quan Tacrolimus, ngừng hoặc thay thế thuốc có thể là một lựa chọn điều trị phù hợp, đồng thời cần theo dõi sát diễn biến viêm tụy, nồng độ thuốc và chức năng thận ghép. Trường hợp này cho thấy tầm quan trọng của việc nhận diện sớm một biến chứng hiếm gặp và cân nhắc độc tính của Tacrolimus trong chẩn đoán phân biệt.

EARLY ACUTE PANCREATITIS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION: A CASE REPORT AND REVIEW OF MANAGEMENT

Dr. Phan Thi Thu Ha, 175 Military Hospital

ABSTRACT

Background: Acute pancreatitis is a rare complication after kidney transplantation but may have significant consequences for the recipient and renal allograft function. In kidney transplant recipients, acute pancreatitis may result from various factors, including biliary disease, metabolic abnormalities, infections, and immunosuppressive medications. Tacrolimus, a commonly used calcineurin inhibitor, has been reported as a potential cause of acute pancreatitis in a small number of cases.

Case presentation: A 55-year-old woman with end-stage kidney disease secondary to hypertension, receiving maintenance hemodialysis since 2022, underwent living-donor kidney transplantation on December 24, 2025. Post-transplant immunosuppression consisted of tacrolimus, mycophenolate sodium, and prednisolone, with basiliximab induction. Graft function improved promptly, with serum creatinine decreasing from 316 to 88–90 µmol/L. On postoperative day 3–4, the patient developed abdominal distension and intermittent abdominal pain. Laboratory investigations showed elevated amylase (307 U/L) and lipase (582 U/L), marked elevation of C-reactive protein (CRP) from 7 to >150 mg/L, and leukocytosis of 25 G/L, while procalcitonin remained low at 0.1–0.2 ng/mL. Acute pancreatitis was diagnosed according to the revised Atlanta criteria. Tacrolimus trough concentrations ranged from 9 to 13 ng/mL during this period. The patient received supportive treatment, including bowel rest, gastrointestinal decompression, intravenous fluid therapy, analgesia, and parenteral nutrition. Tacrolimus was discontinued because of the suspected drug-related etiology and replaced with cyclosporine to maintain calcineurin-inhibitor-based immunosuppression. Prednisolone was continued and the dose of mycophenolate sodium was reduced. Following discontinuation of tacrolimus and conversion to cyclosporine, abdominal symptoms gradually improved, with amylase and lipase decreasing to approximately 100 U/L and 145 U/L, respectively. CRP and leukocyte counts also decreased, while renal allograft function remained stable.

Discussion: Acute pancreatitis after kidney transplantation has a multifactorial etiology. A systematic evaluation should be performed to exclude common causes, including gallstone disease, alcohol use, hypertriglyceridemia, hypercalcemia, infections, and other medications. In this case, the early onset after transplantation while receiving tacrolimus, together with the marked clinical and biochemical improvement following tacrolimus withdrawal, suggested a possible association with tacrolimus. Proposed mechanisms include direct toxicity to pancreatic acinar cells, disturbances in pancreatic microcirculation, and idiosyncratic immune-mediated reactions. However, because this was a single case and other potential causes could not be excluded with absolute certainty, a definitive causal relationship between tacrolimus and acute pancreatitis cannot be established.

Conclusion: Acute pancreatitis should be considered in kidney transplant recipients who develop unexplained abdominal pain, particularly during the early post-transplant period. Evaluation should include biliary, metabolic, infectious, and drug-related causes. When tacrolimus-induced pancreatitis is suspected, withdrawal or conversion to an alternative immunosuppressive regimen may be considered, with close monitoring of pancreatic enzymes, immunosuppressant levels, and renal allograft function. This case highlights the importance of early recognition of this uncommon complication and consideration of tacrolimus-associated pancreatitis in the differential diagnosis.

BÁO CÁO LÂM SÀNG CA BỆNH THIẾU HỤT YẾU TỐ ĐÔNG MÁU XIII SAU GHÉP THẬN

NGUYỄN HOÀI NAM, ĐỖ MINH TRÍ*, NGUYỄN QUANG CHÍNH*, NGUYỄN VĂN TUYÊN**

* Bệnh viện đa khoa Đức Giang
Tác giả liên hệ: Bs.Nguyễn Hoài Nam. ĐT:0904644895. Email:hoainam10188@gmail.com

TÓM TẮT

Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 38 tuổi ghép thận đón đầu, xuất hiện biến chứng chảy máu muộn trong quá trình điều trị thải ghép bằng trao đổi huyết tương (PEX). Mặc dù các xét nghiệm đông máu thường quy như PT, aPTT và fibrinogen sau bù đều trong giới hạn, bệnh nhân vẫn có nhiều đợt chảy máu quanh thận ghép phải can thiệp phẫu thuật 2 lần vì chảy máu cấp. Khảo sát chuyên sâu phát hiện thiếu hụt nặng yếu tố đông máu XIII với hoạt độ 17,8%. Sau điều trị thay thế bằng tủa lạnh định kỳ, nồng độ FXIII tăng dần lên trên 50% và tình trạng chảy máu được kiểm soát. Trường hợp này cho thấy thiếu hụt FXIII mắc phải sau PEX là một biến chứng ít gặp nhưng nguy hiểm ở bệnh nhân ghép thận, dễ bị bỏ sót do các xét nghiệm đông máu thường quy vẫn bình thường, nhấn mạnh vai trò của việc định lượng FXIII khi có chảy máu muộn không giải thích được.

Từ khóa: Thiếu hụt yếu tố XIII; Trao đổi huyết tương; Chảy máu muộn sau phẫu thuật ghép thận; Tủa lạnh.

ABSTRACT

We report a case of a 38-year-old female patient who underwent preemptive kidney transplantation and subsequently developed delayed bleeding complications during treatment of acute rejection with therapeutic plasma exchange (PEX). Although routine coagulation tests PT, aPTT and fibrinogen levels after replacement therapy, remained within normal ranges, the patient experienced multiple episodes of bleeding around the renal allograft, requiring two surgical interventions for acute hemorrhage. Further investigations revealed severe deficiency of coagulation factor XIII, with an activity level of 17.8%. Following regular replacement therapy with cryoprecipitate, FXIII activity gradually increased to above 50%, and the bleeding was successfully controlled. This case highlights that acquired FXIII deficiency after PEX is a rare but potentially life-threatening complication in kidney transplant recipients, which can be easily overlooked because routine coagulation assays are often normal, underscoring the importance of measuring FXIII levels in patients with unexplained delayed bleeding.

Keywords: Factor XIII deficiency; Therapeutic plasma exchange; Delayed bleeding after kidney transplantation; Cryoprecipitate.

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], LÊ VƯƠNG TUẤN KIỆT [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
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, dẫn lưu dịch 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 paint 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

ĐIỀU TRỊ TRÀO NGƯỢC BÀNG QUANG - NIỆU QUẢN TRÊN THẬN GHÉP: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

TRƯƠNG HOÀNG MINH[12], NGÔ TRÍ THÀNH[1], TRẦN THANH PHONG[1], TRẦN HẢI PHONG[1], TRẦN LÊ DUY ANH[1], NGÔ QUANG TRUNG[1], LÊ VƯƠNG TUẤN KIỆT[1], TÔ THANH PHÁT1, TRƯƠNG HOÀNG HẢI[3].

1. Khoa Ngoại niệu – Ghép thận, Bệnh viện Nhân Dân 115
2. Bộ môn Thận niệu - Nam khoa, Trường đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
3. Bác sĩ học tại khoa Ngoại niệu - Ghép thận Bệnh viện Nhân Dân 115

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trào ngược bàng quang - niệu quản trên thận ghép là một biến chứng niệu khoa muộn, có nguy cơ cao dẫn đến bệnh lý thận trào ngược và mất chức năng thận ghép nếu đi kèm nhiễm khuẩn niệu tái phát. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng trào ngược bàng quang (BQ) - niệu quản (NQ) trên bệnh nhân ghép thận được điều trị thành công tại Bệnh viênh Nhân Dân (BVND) 115.

Bệnh nhân và phương pháp: Chúng tôi báo cáo mô tả trường hợp bệnh nhân nữ, 31 tuổi, có tiền sử ghép thận tại Ấn Độ 4 năm trước. Bệnh nhân nhập viện vì nhiễm khuẩn đường tiết niệu nặng và suy thận cấp. Hình ảnh chụp bàng quang - niệu đạo lúc rặn tiểu (VCUG) ghi nhận VUR độ IV. Phẫu thuật thám sát phát hiện miệng nối niệu quản cũ nằm ở vị trí 9 giờ với đường hầm dưới niêm mạc cực ngắn trên nền bàng quang thành mỏng. Bệnh nhân được phẫu thuật cắm lại niệu quản thành công theo phương pháp Cohen. Diễn tiến hậu phẫu đáp ứng tốt với kháng sinh, chức năng thận cải thiện. Tại thời điểm 1 tháng sau rút JJ, hình ảnh VCUG ghi nhận hết trào ngược hoàn toàn, chức năng thận ghép về bình thương.

Kết luận: Phẫu thuật cắm lại NQ vào BQ theo phương pháp Cohen là một giải pháp ngoại khoa an toàn, hiệu quả để xử lý triệt để VUR mức độ nặng trên thận ghép.

Từ khóa: Trào ngược bàng quang- niệu quản trên thận ghép, kỹ thuật Cohen.

TREATMENT OF VESICOURETERAL REFLUX IN TRANSPLANTED KEDNEYS - A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

TRƯƠNG HOÀNG MINH[12], NGÔ TRÍ THÀNH[1], TRẦN THANH PHONG[1], TRẦN HẢI PHONG[1], TRẦN LÊ DUY ANH[1], NGÔ QUANG TRUNG[1], LÊ VƯƠNG TUẤN KIỆT[1], TÔ THANH PHÁT1, TRƯƠNG HOÀNG HẢI[3].

1. Khoa Ngoại niệu – Ghép thận, Bệnh viện Nhân Dân 115
2. Bộ môn Thận niệu - Nam khoa, Trường đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
3. Bác sĩ học tại khoa Ngoại niệu - Ghép thận Bệnh viện Nhân Dân 115

SUMMARY

Background: Vesicoureteral reflux in a transplanted kidney is a late urological complication that poses a high risk of reflux nephropathy and graft loss, particularly when associated with recurrent urinary tract infections (UTIs). We report a clinical case of vesicoureteral reflux in a transplanted kedney that was successfully treated at People's Hospital 115

Patients and Methods: We report the case of a 31-year-old female, 4 years post-renal transplantation in India, who presented with severe UTI and acute kidney injury. Voiding cystourethrography (VCUG) revealed grade IV VUR. Intraoperative exploration identified the previous ureteral orifice at the 9 o'clock position with a severely deficient submucosal tunnel on a thin-walled bladder. The patient underwent successful Cohen's cross-trigonal ureteral reimplantation. The postoperative course was notable for a transient episode of prerenal acute kidney injury following JJ stent removal, which resolved completely with intravenous hydration. One month post-stent removal, follow-up VCUG demonstrated complete resolution of VUR, and baseline allograft function remained stable.

Conclusion: Cohen's technique is a safe and highly effective surgical approach for the definitive management of high-grade VUR in transplanted kidneys.

Keywords: Vesicoureteral reflux in transplanted kidney, Cohen technique.

BK VIRUS Ở BỆNH NHÂN SAU GHÉP THẬN – LÀM THẾ NÀO ĐỂ DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ HIỆU QUẢ

LÊ THỊ HỒNG VŨ

BK polyomavirus (BKPyV) được phân lập lần đầu năm 1971 từ nước tiểu một bệnh nhân ghép thận và đến nay vẫn là nguyên nhân quan trọng gây rối loạn chức năng và mất thận ghép. Tỷ lệ nhiễm BKPyV niệu sau ghép thận trên thế giới dao động từ 30% đến 60%, trong khi đó BKPyV máu khoảng 20–30% [1-3]. Sinh thiết thận ghép là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh thận do BKPyV (BKPyVAN), chiếm tỷ lệ 1–10% [4]. Tổn thương thận chủ yếu trong 02 năm đầu sau ghép, và khi đã có BKPyVAN, nguy cơ mất thận ghép từ 15% đến trên 50% tùy nghiên cứu [2, 3]. Yếu tố thuận lợi nhiễm BKPyV bao gồm tuổi người nhận cao, nam giới, người cho có BKPyV niệu, bất tương hợp HLA cao, sử dụng tacrolimus, thải ghép cấp và dùng corticosteroid liều cao; stent niệu quản, ghép lần 2 [5, 6]. Hiện tại không có thuốc kháng virus hay vắc-xin dự phòng; biện pháp hiệu quả nhất là tầm soát chủ động để can thiệp sớm. Đồng thuận 2024 khuyến cáo định lượng BKPyV-DNA huyết tương hằng tháng đến tháng thứ 09, sau đó mỗi 03 tháng cho đến 02 năm sau ghép (03 năm ở trẻ em) [5, 7, 8].

Điều trị hàng đầu là giảm ức chế miễn dịch theo từng bước, nhắm vào thuốc chống chuyển hóa, ức chế calcineurin, hoặc cả hai, vẫn là nền tảng duy nhất đã được chứng minh. Bằng chứng hiện tại không ủng hộ sử dụng leflunomide, cidofovir, quinolone hay immunoglobulin tĩnh mạch; các điều trị thử nghiệm (thuốc kháng virus mới, vắc-xin, kháng thể trung hòa, truyền tế bào T đặc hiệu virus) chỉ nên áp dụng trong khuôn khổ thử nghiệm lâm sàng. Ghép thận lại sau BKPyVAN vẫn khả thi nếu BKPyV-DNA huyết tương âm tính, không khuyến cáo cắt thận ghép thường quy [4, 5]. Việc thiết lập quy trình tầm soát thường quy bằng PCR huyết tương hoặc tế bào học nước tiểu là bước can thiệp khả thi và cần được ưu tiên tại các trung tâm ghép thận trong nước.

Từ khóa: BK polyomavirus, ghép thận, bệnh thận do BK virus, tầm soát, giảm ức chế miễn dịch.

Tài liệu tham khảo:

1 Rana, A., et al., The Prevalence and Outcomes of BK Polyoma Virus Nephropathy in Living Donor Kidney Transplant Recipients. Indian J Nephrol, 2025. 35(3): p. 343–348.

2. Chakrabarti, U., et al., BK Virus Infection and Its Management in Renal Transplantation: An Update. OBM Transplantation, 2023. 7: p. 1–23.

3. Parajuli, S., et al., BK polyomavirus infection: more than 50 years and still a threat to kidney transplant recipients. Frontiers in Transplantation, 2024. Volume 3 - 2024.

4. Reidy, D., D. Ni Cathain, and S. Kant, Updates in the Diagnosis and Treatment of BK Viraemia in Kidney Transplant Recipients: Current and Future Insights. Journal of Clinical Medicine, 2025. 14(21): p. 7759.

5. Kotton, C.N., et al., The Second International Consensus Guidelines on the Management of BK Polyomavirus in Kidney Transplantation. Transplantation, 2024. 108(9): p. 1834–1866.

6. Peras, M., E. Bilić, and I. Mareković, Recent Insights into the Pathogenesis, Diagnostics, and Treatment of BK Virus Infections in Children After Hematopoietic Stem Cell Transplantation. Pathogens, 2025. 14(3): p. 236.

7. Geddes, C.C. and P.J. Phelan, Ten tips on management of BK nephropathy in kidney transplant patients. Clinical Kidney Journal, 2026. 19(4).

8. Pollack, S., et al., Protocolized polyoma BK viral load monitoring and high-dose immunoglobulin treatment in children after kidney transplant. Clinical Kidney Journal, 2024. 17(1).

KẾT CỤC NGẮN HẠN GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO KÈM TỔN THƯƠNG THẬN CẤP TRÊN NỀN BỆNH THẬN IGA: 02 CA ĐẦU TIÊN TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

LÊ QUANG TOÀN, ĐOÀN ĐÌNH DÂN, LÊ THỊ HỒNG VŨ, TRƯƠNG HOÀNG MINH

Mở đầu: Việc tiếp nhận tạng từ người hiến chết não (DBD) có tổn thương thận cấp (AKI) trên nền bệnh lý cầu thận nguyên phát (bệnh thận IgA) là chiến lược mở rộng nguồn hiến tiềm năng nhưng có nhiều thách thức về nguy cơ trì hoãn chức năng thận ghép (DGF). Báo cáo đánh giá đặc điểm lâm sàng, sinh thiết thận và kết cục ngắn hạn từ chuỗi ca ghép thận DBD có kèm AKI và bệnh thận IgA đầu tiên tại Bệnh viện Nhân dân 115.

Phương pháp: hồi cứu mô tả 02 trường hợp nhận thận từ cùng 01 người hiến DBD ngày 32/12/2026 là nam, 51 tuổi, nhóm máu B+, xuất huyết não lượng lớn/tăng huyết áp, AKI độ 3 và bệnh thận IgA chẩn đoán qua sinh thiết thận trước ghép. Cả hai người nhận đều có nhóm máu B+, dẫn nhập bằng Anti-Thymocyte Globulin (ATG) và duy trì với phác đồ Tacrolimus + MMF + Steroid.

- Người nhận 1: Nam, 19 tuổi, BMI 15.8 kg/m2, lọc máu chu kỳ 16 tháng, HLA MM 3/6, PRA (-), có trì hoãn chức năng thận ghép (DGF). Bệnh nhân bài tiết nước tiểu từ 1800ml – 2000 ml/ ngày, tuy nhiên creatinine máu không giảm thêm với eGFR dao động 11 – 15 ml/ph/1.73m2 kéo dài, ure máu cao gây buồn nôn và được duy trì lọc máu chu kỳ hỗ trợ (iHD 1 lần/tuần). eGFR sau ghép 06 tháng là 10 mL/min/1.73m2. Đạm niệu 24g 0.4g. Sinh thiết thận bệnh thận IgA (OXFORD 2017: M1, E1, S1, T1, C0), ống thận teo 26%, mô kẽ xơ hóa 26%, ống thận bị không bào hóa lan tỏa , viêm ống thận-mô kẽ nhẹ, có động mạch xơ hóa, hyalin hóa.

- Người nhận 2 (NN2): Nữ, 44 tuổi, BMI 23.5 kg/m2, viêm gan C đã điều trị, lọc máu chu kỳ 60 tháng, HLA MM 5/6, PRA 55% lớp I, không có DSA trước ghép. Bệnh nhân không có DGF. Chức năng thận hồi phục nhanh với eGFR lúc xuất viện là 36.7 mL/min/1.73m2. Bệnh nhân có tăng đường huyết ngay sau ghép và chích Insulin duy trì 8 UI/ ngày đến nay. Bệnh nhân bị nhiễm CMV và AKI vào tháng thứ 4 sau ghép, mức lọc cầu thận thận duy trì ở mức 31 – 32 ml/ph/1,73m2 vào tháng thứ 6 sau ghép. Sinh thiết thậnphù hợp bệnh thận IgA (OXFORD 2017: M1, E1, S1, T1, C0), ống thận teo 31%, mô kẽ xơ hóa 31%, kèm ống thận bị không bào hóa lan tỏa, viêm ống thận-mô kẽ nhẹ, có động mạch xơ hóa, hyalin hóa.

Kết luận: Ghép thận DBD từ người hiến có bệnh thận IgA kèm AKI có kết quả sống còn thận ghép hạn chế. Cần cá thể hóa việc lựa chọn người nhận phù hợp.

Từ khóa: Ghép thận chết não (DBD); Bệnh viện Nhân dân 115; Bệnh thận IgA; Trì hoãn chức năng thận ghép (DGF); Tiêu chuẩn mở rộng.

NHIỄM TRÙNG TIẾT NIỆU TÁI PHÁT LIÊN QUAN TRÀO NGƯỢC BÀNG QUANG – NIỆU QUẢN ĐỘ IV SAU GHÉP THẬN: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

ĐỖ ĐÌNH KHOA, LÊ THỊ HỒNG VŨ, TRƯƠNG HOÀNG MINH

Đặt vấn đề: Nhiễm trùng tiết niệu (urinary tract infection – UTI) là một trong những biến chứng nhiễm trùng thường gặp ở người nhận thận và có thể ảnh hưởng bất lợi đến chức năng thận ghép. Ở bệnh nhân UTI tái phát, bên cạnh điều trị kháng sinh, cần chủ động tìm kiếm các yếu tố thuận lợi có thể can thiệp, như là bất thường giải phẫu niệu quản. Chúng tôi báo cáo một trường hợp UTI tái phát nhiều lần sau ghép thận liên quan trào ngược bàng quang–niệu quản (vesicoureteral reflux – VUR) độ IV, được phát hiện bằng chụp bàng quang–niệu đạo khi tiểu (voiding cystourethrography – VCUG) và điều trị bằng phẫu thuật chống trào ngược [1, 2]

Ca lâm sàng: Bệnh nhân nữ 30 tuổi, người Campuchia, ghép thận 4 năm tại Ấn Độ và theo dõi sau ghép tại Thái Lan. Ức chế miễn dịch duy trì với Tac + MMF + Prednisolon với Tac từ 5 – 7 ng/ml, creatinin máu dao động 120 – 150 umol/L. Bệnh nhân có UTI tái đi tái lại nhiều lần trong vòng 2 năm, mỗi lần tái phát cách nhau 3-4 tháng. Ngày 26/02/2026 bệnh nhân nhập viện vì UTI tái phát sau lần xuất viện gần nhất cách 2 tuần kèm suy thận cấp sau thận, thận ghép ứ nước độ 1. CTscanner không ghi nhận tắc nghẽn. BK virus và CMV âm tính. Ertapenem được khởi trị theo tiền sử vi sinh; cấy nước tiểu sau đó phân lập được Proteus mirabilis đa kháng, kháng carbapenem và chỉ nhạy Tigecycline. Bệnh nhân được điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ và giảm liều MMF. Do tình trạng UTI tái phát nhiều lần trong thời gian ngắn, kèm giảm chức năng thận ghép và thận ghép ứ nước độ I, các cận lâm sàng khác chưa tìm được nguyên nhân, bệnh nhân được chụp bàng quang-niệu đạo khi tiểu (VCUG), phát hiện trào ngược bàng quang-niệu quản (VUR) vào thận ghép độ IV. Bệnh nhân được can thiệp bằng phẫu thuật chống trào ngược theo phương pháp Cohen. Sau xuất viện và 6 tháng theo dõi, bệnh nhân không ghi nhận UTI tái phát, eGFR đạt 88 mL/phút/1,73 m^2 ổn định trong 6 tháng.

Bàn luận: Người nhận ghép thận có các yếu tố nguy cơ UTI đặc thù liên quan đến tình trạng ức chế miễn dịch, can thiệp phẫu thuật trên đường niệu và các dụng cụ đường niệu; đồng thời sự gia tăng các tác nhân đa kháng đang làm cho điều trị UTI sau ghép ngày càng phức tạp [2]. UTI tái phát, đặc biệt khi kèm ứ nước, viêm đài bể thận hoặc suy giảm chức năng thận ghép, cần gợi ý việc tìm kiếm các yếu tố khác liên quan đến giải phẫu học đường niệu [1, 2]. VUR vào thận ghép là một bất thường được ghi nhận với tần suất thay đổi đáng kể. Tuy nhiên, VUR đơn thuần không đồng nghĩa với chỉ định can thiệp mà VUR có ý nghĩa điều trị khi có triệu chứng, đặc biệt khi liên quan đến viêm đài bể thận thận ghép; điều trị nội soi được khuyến cáo là lựa chọn đầu tay, trong khi tái cắm niệu quản hoặc nối bể thận–niệu quản là các lựa chọn phẫu thuật tiếp theo ở bệnh nhân phù hợp [3].

Các nghiên cứu quan sát trên người nhận ghép thận có VUR và UTI có sốt tái phát cho thấy phẫu thuật sửa VUR ở những bệnh nhân được lựa chọn phù hợp có thể làm giảm tần suất nhiễm trùng sau can thiệp [4, 5]. Lựa chọn phương pháp điều trị cần được cá thể hóa theo mức độ VUR, biểu hiện lâm sàng và đặc điểm giải phẫu của từng bệnh nhân [3–5]. Y văn cho thấy viêm đài bể thận tái phát kèm VUR độ cao là nhóm có thể hưởng lợi từ phẫu thuật điều trị tình trạng trào ngược; các chuỗi ca ghi nhận giảm đáng kể số đợt UTI sau phẫu thuật [2-5].

Kết luận: Cần nghĩ đến trào ngược bàng quang niệu quản ở người bệnh sau ghép thận bị UTI tái phát nhiều lần. VCUG có vai trò quan trọng trong xác định VUR. Nhận diện VUR độ cao có triệu chứng có thể giúp chuyển chiến lược từ điều trị từng đợt nhiễm trùng sang xử trí yếu tố thuận lợi, qua đó có khả năng hạn chế UTI tái phát và bảo vệ chức năng thận ghép.

Từ khóa: ghép thận; nhiễm trùng tiểu tái phát; trào ngược bàng quang-niệu quản; VCUG; Cohen.

Tài liệu tham khảo

1. Duty, B.D. and J.M. Barry, Diagnosis and management of ureteral complications following renal transplantation. Asian J Urol, 2015. 2(4): p. 202–207.
2. Goldman, J.D. and K. Julian, Urinary tract infections in solid organ transplant recipients: Guidelines from the American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of Practice. Clinical Transplantation, 2019. 33(9): p. e13507.
3. Urology., E.A.o., EAU Guidelines on Renal Transplantation. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress London 2026.
4. Dinckan, A., et al., Surgical correction of vesico-ureteric reflux for recurrent febrile urinary tract infections after kidney transplantation. BJU International, 2013. 112(4): p. E366–E371.
5. Varaschin, A.E., et al., The Effectiveness of the Surgical Correction of Vesicoureteral Reflux on Febrile Urinary Tract Infections after a Kidney Transplant: A Single-Center Retrospective Study. J Clin Med, 2024. 13(17).

NHIỄM TRÙNG TIỂU TÁI PHÁT NHIỀU LẦN SAU GHÉP THẬN: CHÚNG TA ĐÃ BỎ SÓT ĐIỀU GÌ?

LÊ THỊ HỒNG VŨ, TRƯƠNG HOÀNG MINH, ĐỖ ĐÌNH KHOA

Đặt vấn đề: Nhiễm trùng tiểu (UTI) là biến chứng quan trọng ở bệnh nhân ghép thận, với nguy cơ nhiễm khuẩn đa kháng khiến điều trị ngày càng phức tạp. Ở bệnh nhân nhiễm trùng tiểu tái đi tái lại, ngoài điều trị kháng sinh, cần tìm các yếu tố thuận lợi có thể can thiệp, bao gồm bất thường đường tiết niệu [1,2].

Ca lâm sàng: Bệnh nhân nữ 30 tuổi, người Campuchia, ghép thận 4 năm trước tại Ấn Độ, đang theo dõi tại Thái Lan, HLA mismatch 3/6 theo hồ sơ. Bệnh nhân có UTI tái đi tái lại khoảng 2 năm. Lần nhập viện trước tại bệnh viện chúng tôi ghi nhận nhiễm Escherichia coli đa kháng, chỉ nhạy nhóm Carbapenems. Lần này bệnh nhân nhập viện vì sốt, đau bụng và tiểu gắt buốt 5 ngày; WBC 13×10^9/L, neutrophil 90%, CRP: 170 mg/dL, creatinin 150 µmol/L, eGFR 32 mL/phút/1,73 m^2; tổng phân tích nước tiểu có protein (+), leukocyte 500, blood (+), cặn Addis với bạch cầu dày đặc quang trường. Siêu âm và CT bụng không cản quang ghi nhận tình trạng thận ghép ứ nước độ I, không ghi nhận sỏi cản quang, u chèn ép niệu. BK virus và CMV âm tính. Ertapenem được khởi trị theo tiền sử vi sinh; cấy nước tiểu sau đó phân lập Proteus mirabilis đa kháng, kháng carbapenem và chỉ nhạy Tigecycline theo kháng sinh đồ, do đó chẩn đoán UTI tái phát được thiết lập và kháng sinh được điều chỉnh.

Chẩn đoán và can thiệp: Do UTI tái phát, giảm chức năng thận ghép và thận ghép ứ nước, các cận lâm sàng khác chưa tìm được nguyên nhân, bệnh nhân được chụp bàng quang-niệu đạo khi tiểu (VCUG), phát hiện trào ngược bàng quang-niệu quản (VUR) vào thận ghép độ IV. Trong giai đoạn kiểm soát nhiễm trùng, bệnh nhân được bù dịch, dẫn lưu bàng quang liên tục bằng sonde Foley dù không ghi nhận bí tiểu và được đặt sonde JJ nhằm tối ưu dẫn lưu đường niệu. Sau khi kiểm soát nhiễm trùng, độ lọc cầu thận cải thiện (dẫn lưu bằng Foley trong trường hợp này được xem là biện pháp hỗ trợ; do không có niệu động học và bệnh nhân đồng thời nhận nhiều can thiệp khác, không thể quy kết sự hồi phục riêng cho Foley) và bệnh nhân được phẫu thuật chống trào ngược theo phương pháp Cohen. Y văn cho thấy viêm đài bể thận tái phát kèm VUR độ cao là nhóm có thể hưởng lợi từ phẫu thuật điều trị tình trạng trào ngược; các chuỗi ca ghi nhận giảm đáng kể số đợt UTI sau phẫu thuật [2-5].

Kết quả: Sau 6 tháng theo dõi, bệnh nhân không ghi nhận thêm sốt hoặc UTI, eGFR đạt 88 mL/phút/1,73 m^2 ổn định trong 6 tháng, tổng phân tích nước tiểu không còn protein niệu và bạch cầu niệu.

Kết luận: Ở người nhận ghép thận có nhiễm trùng tiểu tái phát, đặc biệt khi kèm rối loạn chức năng thận ghép, cần chủ động tìm nguyên nhân cấu trúc/chức năng có thể can thiệp. Trong trường hợp này, VCUG đã phát hiện VUR độ IV và chuyển chiến lược từ điều trị từng đợt nhiễm trùng sang điều trị nguyên nhân. Foley và JJ nên được diễn giải là các biện pháp hỗ trợ dẫn lưu trong giai đoạn cấp, trong khi phẫu thuật sửa VUR là điều trị triệt để của ca bệnh.

Từ khóa: ghép thận; nhiễm trùng tiểu tái phát; trào ngược bàng quang-niệu quản; VCUG; Cohen.

Tài liệu tham khảo

1. Goldman JD, Julian K. Urinary tract infections in solid organ transplant recipients: Guidelines from the AST Infectious Diseases Community of Practice. Clin Transplant. 2019;33:e13507. doi:10.1111/ctr.13507.
2. Duty BD, Barry JM. Diagnosis and management of ureteral complications following renal transplantation. Asian J Urol. 2015;2(4):202-207. doi:10.1016/j.ajur.2015.08.002.
3. Dinckan A, et al. Surgical correction of vesico-ureteric reflux for recurrent febrile urinary tract infections after kidney transplantation. BJU Int. 2013;112(4):E366-E371. doi:10.1111/bju.12016.
4. Varaschin AE, et al. The Effectiveness of the Surgical Correction of Vesicoureteral Reflux on Febrile Urinary Tract Infections after a Kidney Transplant: A Single-Center Retrospective Study. J Clin Med. 2024;13(17):5295. doi:10.3390/jcm13175295.
5. European Association of Urology. EAU Guidelines on Renal Transplantation. 2026. Section 3.1.7.k: Reflux and acute pyelonephritis.

Ghi chú khoa học: Không sử dụng thuật ngữ “high-pressure bladder” cho ca này vì chưa có urodynamics/video-urodynamics. Phần Foley giải áp bàng quang có cơ sở sinh lý nhưng bằng chứng đặc hiệu cho VUR hậu ghép không bí tiểu còn hạn chế.

XÂY DỰNG TOÁN ĐỒ DỰ ĐOÁN CHỨC NĂNG THẬN GHÉP SỚM DỰA TRÊN ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA CẶP NGƯỜI HIẾN – NGƯỜI NHẬN

TRẦN NGỌC KHÁNH, TRẦN HOÀI LINH, NGUYỄN VĂN LỰC, TRƯƠNG ĐÌNH HUY, LÊ LƯƠNG VINH

Mục tiêu

Nghiên cứu nhằm xây dựng một toán đồ dự đoán chức năng thận ghép sớm dựa trên đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của cặp người hiến - người nhận.

Đối tượng và phương pháp

Nghiên cứu trên 164 cặp ghép thận từ người hiến sống tại Bệnh viện Trung ương Huế (1/2025 – 5/2026). Đánh giá mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) vào ngày thứ 30 sau ghép. Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Kết quả

Tuổi người hiến 37,8 ± 5,5 năm; 91,5% là hiến tự nguyện không cùng huyết thống. Tổng thời gian thiếu máu 29,8 ± 5,9 phút. Mức lọc cầu thận ngày thứ 30 đạt 64,9 ± 17,0 ml/phút/1,73 m^2; chậm chức năng thận ghép (delayed graft function - DGF) gặp ở 6 trường hợp (3,7%). Toán đồ dự đoán eGFR ngày thứ 30 được xây dựng từ mô hình đa biến gồm 9 tham số (tổng điểm tối đa 341 điểm), trong đó xác định được 5 yếu tố liên quan độc lập gồm: eGFR của người hiến trước hiến (β=0,455; p<0,001), tỷ số cân nặng hiến/nhận (β=4,49 cho mỗi 0,1 đơn vị tăng thêm; p<0,001; ghi nhận dạng phi tuyến với điểm bình nguyên từ khoảng 1,1), tuổi người nhận (β=-0,338; p<0,001), huyết áp động mạch trung bình tại thời điểm mở kẹp mạch máu (β=0,387; p=0,001) và giới tính người nhận (β=6,36; p=0,005). Trong các yếu tố này, tỷ số cân nặng hiến/nhận đóng góp lớn nhất vào mô hình. Mô hình giải thích 44,9% phương sai của biến đích (R2=0,449), đạt 38,2% sau khi hiệu chỉnh mức độ lạc quan (optimism-corrected); sai số bình phương trung bình gốc (RMSE) sau hiệu chỉnh là 13,4 ml/phút/1,73 m^2 và hệ số hiệu chuẩn (calibration slope) đạt 0,941.

Kết luận

Nghiên cứu đã xây dựng được một toán đồ cho phép dự đoán cá thể hóa chức năng thận ghép sớm sau ghép thận từ người hiến sống, chỉ dựa trên các đặc điểm sẵn có trong quy trình ghép thường quy. Huyết áp động mạch trung bình tại thời điểm mở kẹp mạch máu là yếu tố duy nhất có thể can thiệp được, gợi ý một đích tối ưu hóa trong gây mê hồi sức chu phẫu. Toán đồ cần được thẩm định ngoại (external validation) trên quần thể độc lập trước khi áp dụng rộng rãi trên lâm sàng.

Từ khóa

Ghép thận; người hiến sống; chức năng thận ghép sớm; mức lọc cầu thận; toán đồ; mô hình tiên lượng.

DEVELOPMENT OF A NOMOGRAM FOR PREDICTING EARLY KIDNEY GRAFT FUNCTION BASED ON CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF DONOR-RECIPIENT PAIRS

TRẦN NGỌC KHÁNH, TRẦN HOÀI LINH, NGUYỄN VĂN LỰC, TRƯƠNG ĐÌNH HUY, LÊ LƯƠNG VINH

Objectives

This study aimed to construct a nomogram to predict early graft function based on the clinical and laboratory characteristics of donor-recipient pairs.

Patients and Methods

A prospective descriptive study was conducted on 164 consecutive living donor kidney transplant pairs at Hue Central Hospital (January 2025 – May 2026). Estimated glomerular filtration rate (eGFR) was assessed 30 days after transplantation.

Results

Mean donor age was 37.8±5.5 years, with 91.5% being non-related voluntary donors. Mean total ischemia time was 29.8±5.9 minutes. Day-30 eGFR was 64.9±17.0 mL/min/1.73 m2, and delayed graft function occurred in six recipients (3.7%). A nomogram predicting day-30 eGFR was developed using a nine-variable multivariable regression model, with a maximum score of 341 points. Five variables remained independent predictors: pre-donation donor eGFR (β=0.455; p<0.001), donor-to-recipient weight ratio (β=4.49 per 0.1-unit increase; p<0.001; exhibiting a non-linear relationship with a plateau starting at approximately 1.1), recipient age (β=-0.338; p<0.001), mean arterial pressure at the time of vascular reperfusion (β=0.387; p=0.001), and recipient sex (β=6.36; p=0.005). Among these variables, the donor-to-recipient weight ratio had the highest predictive contribution. The model explained 44.9% of the outcome variance (R2=0.449), remaining at 38.2% after optimism correction. The optimism-corrected root mean square error (RMSE) was 13.4 mL/min/1.73 m2, and the calibration slope was 0.941.

Conclusion

We developed a nomogram for individualized prediction of early graft function following living donor kidney transplantation, relying solely on parameters readily available in routine clinical practice. Mean arterial pressure at vascular reperfusion was the only modifiable predictor, highlighting a potential target for perioperative anesthetic optimization. External validation in independent cohorts is required before widespread clinical application.

Keywords

Kidney transplantation; living donor; early graft function; estimated glomerular filtration rate; nomogram; prognostic model.

CÁC THÁCH THỨC TRONG TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM LAO SAU GHÉP THẬN – TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG TỔN THƯƠNG GAN Ở BỆNH NHÂN LAO CỘT SỐNG SAU GHÉP THẬN

Ths. Bs. Nguyễn Ngọc Quý, TS.BS Đặng Anh Đào
Khoa Nội Thận – Nội tiết, Bệnh viện Đà Nẵng

Đặt vấn đề: Người ghép thận có nguy cơ mắc lao hoạt động cao gấp 11,35 lần bình thường do dùng thuốc ức chế miễn dịch. Điều trị lao cột sống trên nhóm bệnh nhân này gặp nhiều thách thức lớn: tổn thương xương khớp tiến triển, nguy cơ tổn thương gan do thuốc (DILI) và nguy cơ thải ghép do tương tác thuốc phức tạp. Nhóm tác giả báo cáo một trường hợp bệnh nhân mắc lao cột sống sau ghép thận, sau đó xuất hiện tổn thương gan do thuốc kháng lao

Phương pháp: Dựa trên khuyến cáo quốc tế (AST, AASLD), chiến lược can thiệp gồm: (1) chỉnh liều thuốc kháng lao theo eGFR; (2) theo dõi nồng độ đáy thuốc ức chế miễn dịch (TDM); (3) thiết lập phác đồ bắc cầu không độc cho gan và cân nhắc tái sử dụng thuốc từng bước an toàn sau khi giải quyết DILI cấp.

Kết quả: Phối hợp thuốc hàng một (Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide) làm tăng tích lũy nguy cơ suy gan cấp. Khi phát hiện DILI, việc ngừng ngay thuốc độc gan và thay bằng phác đồ bắc cầu (Ethambutol, Fluoroquinolone, Amikacin/Streptomycin) giúp kiểm soát vi khuẩn an toàn trong giai đoạn hồi phục gan. Hiện tượng cảm ứng CYP3A4 mạnh của Rifampicin làm giảm nồng độ Tacrolimus/Cyclosporine, đe dọa trực tiếp đến mảnh ghép; phác đồ thay thế chứa Levofloxacin là lựa chọn hiệu quả. Cần loại bỏ hoàn toàn Pyrazinamide nếu DILI nặng và duy trì thời gian điều trị cá thể hóa 6–9 tháng để ngừa tái phát.

Kết luận: Điều trị thành công đòi hỏi sự phối hợp đa chuyên khoa chặt chẽ giữa ghép tạng, lao và truyền nhiễm. Sàng lọc lao trước ghép cùng phác đồ cá thể hóa là chìa khóa để bảo vệ chức năng mảnh ghép và tính mạng người bệnh.

Từ khóa: Lao cột sống; Ghép thận; Tổn thương gan do thuốc (DILI); Ức chế calcineurin; Tương tác thuốc.

NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP THAI KỲ THÀNH CÔNG TRÊN BỆNH NHÂN GHÉP THẬN

NGUYỄN THỊ THANH THÙY [1], TẠ PHƯƠNG DUNG [1]

[1]Khoa Nội thận Lọc máu, Trung tâm Tiết niệu Thận học Nam khoa, BVĐK Tâm Anh TpHCM
Tác giả liên lạc: Bs CKII Nguyễn Thị Thanh Thùy, 0903103994, email: thuyntt3@tahospital.vn
[1]Nephrology and hemodialysis dept. , Center of Urology, Nephrology and Andrology, Tâm Anh general hospital, HCMC
Author contact: Nguyễn Thị Thanh Thùy, MD, 0903103994, email: thuyntt3@tahospital.vn

Ghép thận thành công giúp mang lại hy vọng có con cho các bệnh nhân nữ suy thận mạn giai đoạn cuối. Tuy nhiên, thai kỳ ở bệnh nhân ghép thận vẫn gặp nhiều thử thách do tác dụng phụ của thuốc ức chế miễn dịch, nguy cơ suy chức năng mảnh ghép, nguy cơ biến chứng của thai kỳ như tăng huyết áp, tiền sản giật, nguy cơ của thai nhi gồm sanh non, cân nặng khi sinh thấp và trẻ sơ sinh nhẹ cân so với tuổi thai. Những yếu tố góp phần làm dự hậu thai kỳ xấu gồm mẹ có tăng huyết áp, creatinin huyết thanh > 1.4 mg/dl và tiểu đạm. BN cần ngưng sirolimus và mycophenolate mofetil (nếu có dùng) ít nhất 6 tuần trước mang thai, trong khi những thuốc ức chế miễn dịch khác như nhóm ức chế calcineurin (tacrolimus/cyclosporin), azathioprin và liều thấp prednisolone có thể tiếp tục dùng do an toàn trong thai kỳ. Cho con bú không có chống chỉ định nhưng cũng cần cân nhắc. Thời điểm thích hợp để mang thai vẫn chưa được thống nhất giữa các hiệp hội. Tuy nhiên, tư vấn về ngừa thai và mang thai nên được thực hiện ngay trước khi ghép thận đối với tất cả bệnh nhân. Bài nói trình bày 2 ca lâm sàng BN ghép thận có thai và sanh con an toàn, bao gồm theo dõi trước và ngay sau sanh, phối hợp giữa bên sản khoa và nội thận trong việc điều trị cho BN, giúp BN yên tâm và an toàn trong suốt thai kỳ và sau sanh.

PREGNANCY IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS: CASE REPORTS

Successful kidney transplantation offers hope for fertility in female patients with end-stage kidney disease. However, pregnancy in kidney transplant recipients remains challenging due to the side effects of immunosuppressive drugs, the risk of graft dysfunction, pregnancy complications such as hypertension and preeclampsia, and fetal risks including preterm birth, low birth weight, and low birth weight for gestational age. Factors contributing to poor pregnancy outcomes include maternal hypertension, serum creatinine > 1.4 mg/dl, and proteinuria. Patients should discontinue sirolimus and mycophenolate mofetil (if used) at least 6 weeks before pregnancy, while other immunosuppressive drugs such as calcineurin inhibitors (tacrolimus/cyclosporin), azathioprine, and low-dose prednisolone can be continued due to their safety during pregnancy. Breastfeeding is not contraindicated but should be used with caution. The appropriate time to conception is still remain an area of contention. However, counseling on contraception and pregnancy should be provided to all patients immediately before kidney transplantation. The presentation covered two clinical cases of kidney transplant patients who became pregnant and gave birth safely, including prenatal and postnatal monitoring, and the collaboration between obstetrics and nephrology in patient treatment, ensuring patient peace of mind and safety throughout pregnancy and postpartum.

PHIÊN

CHƯƠNG TRÌNH
POSTER GHÉP GAN

VACLF TẠI TRUNG TÂM GHÉP GAN MỚI: TỪ NHẬN DIỆN NGUY CƠ ĐẾN QUYẾT ĐỊNH GHÉP GAN – KINH NGHIỆM BƯỚC ĐẦU TỪ 2 CA GHÉP GAN ACLF TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

ThS.BS. Nguyễn Quang Thái, ThS.BSCKII. Nguyễn Văn Xứng, TS.BS. Đoàn Hiếu Trung
Bệnh viện Đà Nẵng

Đặt vấn đề: Suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn (ACLF) là hội chứng diễn tiến nhanh, có nguy cơ suy đa cơ quan và tử vong ngắn hạn cao. Ghép gan có thể cải thiện đáng kể sống còn, tuy nhiên việc nhận diện bệnh nhân nguy cơ cao và xác định thời điểm ghép thích hợp vẫn là thách thức, đặc biệt tại các trung tâm ghép gan mới.

Đối tượng và phương pháp: Chúng tôi phân tích 68 bệnh nhân ACLF được chẩn đoán theo tiêu chuẩn APASL 2019, điều trị tại Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 4/2024 đến tháng 8/2025. Mức độ ACLF được đánh giá bằng thang điểm AARC; MELD, MELD-Na và các thông số lâm sàng, sinh hóa được khảo sát liên quan với mức độ nặng và kết cục lâm sàng. Hai trường hợp ACLF rất nặng được ghép gan từ người hiến sống được phân tích nhằm minh họa quá trình ra quyết định ghép và diễn tiến sau ghép. Kết quả: ACLF độ III chiếm 32,3%; kết cục lâm sàng xấu gặp ở 50,0% bệnh nhân và tăng theo mức độ ACLF: 14,3% ở độ I, 41,0% ở độ II và 77,3% ở độ III (p=0,003). MELD và MELD-Na dự báo ACLF nặng tốt, với AUC lần lượt 0,909 và 0,872; AARC dự báo kết cục xấu với AUC 0,776. Hai bệnh nhân được ghép trong tình trạng ACLF rất nặng, suy cơ quan tiến triển và đáp ứng không đầy đủ với điều trị tích cực. Sau ghép, mặc dù xuất hiện một số biến chứng và thời gian hồi phục kéo dài hơn, các biến chứng được kiểm soát tốt; cả hai bệnh nhân hồi phục ổn định và được xuất viện.

Kết luận: Bệnh nhân ACLF cần được đánh giá nguy cơ sớm và theo dõi sát diễn tiến. Việc kết hợp các thang điểm AARC, MELD/MELD-Na với mức độ suy cơ quan và đáp ứng điều trị giúp nhận diện những bệnh nhân cần được xem xét ghép gan sớm. Kinh nghiệm bước đầu cho thấy ngay cả ACLF rất nặng vẫn có thể đạt kết quả sau ghép thuận lợi nếu được lựa chọn phù hợp và ghép trước khi cửa sổ ghép khép lại.

Từ khóa: ACLF; suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn; ghép gan; AARC; MELD; ghép gan người hiến sống.

ACLF AT A NEW LIVER TRANSPLANT CENTER: FROM RISK RECOGNITION TO TRANSPLANT DECISION-MAKING – EARLY EXPERIENCE WITH TWO ACLF LIVER TRANSPLANTATIONS AT DA NANG HOSPITAL

Nguyen Quang Thai, MD, Nguyen Van Xung, MD, Doan Hieu Trung, MD,PhD
Da Nang Hospital

Background: Acute-on-chronic liver failure (ACLF) is a rapidly progressive syndrome associated with organ failure and high short-term mortality. Liver transplantation (LT) can provide substantial survival benefit; however, early identification of high-risk patients and determination of the appropriate transplant window remain challenging, particularly in newly established transplant programs.

Methods: We analyzed 68 patients with ACLF diagnosed according to the APASL 2019 criteria and treated at Da Nang Hospital between April 2024 and August 2025. ACLF severity was assessed using the AARC score. MELD, MELD-Na, and relevant clinical and biochemical variables were evaluated for their associations with disease severity and adverse clinical outcomes. In addition, two patients with very severe ACLF who underwent living-donor liver transplantation were reviewed to illustrate the decision-making process and post-transplant course.

Results: Grade III ACLF accounted for 32.3% of the cohort, while adverse clinical outcomes occurred in 50.0%. The rate of adverse outcomes increased progressively with ACLF severity, from 14.3% in grade I to 41.0% in grade II and 77.3% in grade III (p=0.003). MELD and MELD-Na showed good discrimination for severe ACLF, with AUCs of 0.909 and 0.872, respectively, while AARC demonstrated useful discrimination for adverse outcomes (AUC 0.776). Both transplanted patients had very severe ACLF with progressive organ dysfunction and inadequate response to intensive medical and supportive therapy. Although several post-transplant complications occurred and recovery was prolonged, these complications were successfully managed. Both patients ultimately achieved stable clinical recovery and were discharged from hospital. Conclusions: Patients with ACLF should undergo early risk assessment and close monitoring of disease progression. Combining AARC and MELD/MELD-Na scores with the severity of organ failure and response to treatment can help identify patients who should be considered for liver transplantation. Our early experience suggests that even patients with very severe ACLF may achieve favorable outcomes after transplantation when appropriately selected and transplanted before the therapeutic window closes.

Keywords: acute-on-chronic liver failure; ACLF; liver transplantation; AARC; MELD; living-donor liver transplantation.

VIÊM GAN B VÀ GHÉP GAN TRONG KỶ NGUYÊN ĐIỀU TRỊ KHÁNG VIRUS HIỆU LỰC CAO: THAY ĐỔI CHỈ ĐỊNH VÀ NHỮNG THÁCH THỨC HIỆN NAY

TS.BS. Đoàn Hiếu Trung
Bệnh viện Đà Nẵng

Sự ra đời của các thuốc nucleos(t)ide analogue có hiệu lực cao và hàng rào kháng thuốc cao đã làm thay đổi sâu sắc diễn tiến tự nhiên của viêm gan B mạn cũng như vai trò của ghép gan trong bệnh gan liên quan HBV. Ức chế virus bền vững giúp giảm nguy cơ mất bù gan và cải thiện rõ rệt kết cục sau ghép, trong khi các chiến lược dự phòng hiện đại đã làm cho tái phát HBV có ý nghĩa lâm sàng ngày càng ít gặp.

Do đó, chỉ định và chiến lược quản lý bệnh nhân HBV trong ghép gan cũng đang thay đổi. Xơ gan mất bù và suy gan cấp trên nền mạn vẫn là những chỉ định quan trọng, trong khi ung thư biểu mô tế bào gan liên quan HBV tiếp tục là một chỉ định ghép đáng kể dù đã kiểm soát virus hiệu quả. Dự phòng sau ghép cũng chuyển dần từ các phác đồ sử dụng globulin miễn dịch viêm gan B (HBIG) kéo dài sang chiến lược cá thể hóa dựa trên thuốc kháng virus hiệu lực cao kết hợp sử dụng HBIG theo phân tầng nguy cơ, bao gồm giảm thời gian hoặc ngừng HBIG ở một số người nhận nguy cơ thấp. Tuy nhiên, nhiều thách thức vẫn còn tồn tại, bao gồm xác định thời điểm ghép tối ưu ở bệnh nhân suy gan nặng liên quan HBV, lựa chọn người bệnh ung thư gan, phòng ngừa tái phát HBV ở nhóm nguy cơ cao, quản lý đồng nhiễm HBV/HDV và mở rộng sử dụng mảnh ghép từ người cho có dấu ấn nhiễm HBV trước đây hoặc hiện tại.

Báo cáo này cập nhật những thay đổi quan trọng trên và nhấn mạnh cách tiếp cận hiện đại dựa trên phân tầng nguy cơ trong quản lý HBV trước và sau ghép gan.

Từ khóa: virus viêm gan B; ghép gan; nucleos(t)ide analogue; HBIG; tái phát HBV; ung thư biểu mô tế bào gan.

HEPATITIS B AND LIVER TRANSPLANTATION IN THE ERA OF POTENT ANTIVIRAL THERAPY: CHANGING INDICATIONS AND CHALLENGES

Doan Hieu trung, MD, PhD
Da Nang Hospital

The introduction of potent nucleos(t)ide analogues with a high genetic barrier to resistance has profoundly changed the natural history of chronic hepatitis B (HBV) and the role of liver transplantation (LT) in HBV-related liver disease. Sustained viral suppression reduces hepatic decompensation and markedly improves post-transplant outcomes, while effective prophylaxis has made clinically significant HBV recurrence increasingly uncommon. As a consequence, the indications and management priorities for LT in patients with HBV are evolving.

Decompensated cirrhosis and acute-on-chronic liver failure remain major indications, whereas HBV-related hepatocellular carcinoma continues to represent an important transplant indication despite effective antiviral therapy. Post-transplant prophylaxis has also shifted from prolonged hepatitis B immunoglobulin (HBIG)-based regimens toward individualized approaches combining potent antivirals with risk-adapted HBIG use, including HBIG minimization or withdrawal in selected low-risk recipients. Nevertheless, important challenges remain, including optimal timing of transplantation in severe HBV-related liver failure, selection of patients with hepatocellular carcinoma, prevention of recurrence in high-risk recipients, management of HBV/HDV coinfection, and the expanding use of grafts from donors with markers of previous or current HBV infection.

This presentation reviews these major changes and highlights a contemporary, risk-stratified approach to HBV management before and after liver transplantation.

Keywords: hepatitis B virus; liver transplantation; nucleos(t)ide analogues; hepatitis B immunoglobulin; HBV recurrence; hepatocellular carcinoma.

VAI TRÒ CỦA RỐI LOẠN CHỨC NĂNG GAN SỚM TRONG TIÊN LƯỢNG TỔN THƯƠNG THẬN CẤP SAU GHÉP GAN

TS.BS. Nguyễn Tài Thu
BV TWQĐ 108

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa rối loạn chức năng gan sớm (EAD) và nguy cơ tổn thương thận cấp (AKI) sau ghép gan.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu kết hợp hồi cứu mô tả trên 205 bệnh nhân ghép gan tại Bệnh viện TƯQĐ 108 giai đoạn 2020–2024. AKI được chẩn đoán theo KDIGO 2012, EAD xác định theo tiêu chuẩn Olthoff. Kết quả: Có 81 bệnh nhân (40%) xuất hiện AKI. Nhóm AKI ghi nhận điểm MELD cao hơn (17,0 ± 8,5 so với 10,6 ± 7,1; p<0,05), thời gian thiếu máu nóng dài hơn (37,9 ± 7,4 so với 34,3 ± 8,5 phút; p<0,05), lactate 6 giờ sau mổ cao hơn (6,1 ± 2,2 so với 5,3 ± 2,0 mmol/L; p<0,05) và tỷ lệ EAD cao hơn (45,7% so với 29,8%; p<0,05). Hồi quy đa biến cho thấy điểm MELD (OR 1,160; KTC 95%: 1,088–1,236; p<0,05) và EAD (OR 1,186; KTC 95%: 1,027–1,370; p<0,05) là các yếu tố tiên lượng độc lập AKI sau ghép gan.
Kết luận: AKI là biến chứng thường gặp sau ghép gan. Điểm MELD cao và EAD là các yếu tố tiên lượng độc lập AKI.

Từ khóa: ghép gan; rối loạn chức năng gan sớm (EAD); tổn thương thận cấp (AKI)

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between early allograft dysfunction (EAD) after liver transplantation and the risk of acute kidney injury (AKI).

Methods: A prospective–retrospective descriptive study was conducted on 205 liver transplant recipients at 108 Military Central Hospital during 2020–2024. AKI was diagnosed according to KDIGO 2012 criteria, and EAD was defined based on Olthoff's criteria. Clinical characteristics, laboratory results, perioperative factors, and post-transplant outcomes were analyzed. Results: A total of 81 patients (40%) developed AKI after transplantation. The AKI group showed higher MELD scores (17.0 ± 8.5 vs. 10.6 ± 7.1; p<0.05), longer warm ischemia time (37.9 ± 7.4 vs. 34.3 ± 8.5 minutes; p<0.05), higher lactate levels at 6 hours postoperatively (6.1 ± 2.2 vs. 5.3 ± 2.0 mmol/L; p<0.05), and a higher incidence of EAD (45.7% vs. 29.8%; p<0.05). Multivariate logistic regression revealed that MELD score (OR 1.160; 95% CI: 1.088–1.236; p<0.05) and EAD (OR 1.186; 95% CI: 1.027–1.370; p<0.05) were independent predictors of post-transplant AKI.
Conclusion: AKI is a frequent complication after liver transplantation. High MELD score and early allograft dysfunction are independent predictors of AKI.

Keywords: liver transplantation; early allograft dysfunction (EAD); acute kidney injury (AKI)

ĐÁNH GIÁ TÁI PHÁT VIÊM GAN B TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU GHÉP GAN TẠI VIỆT NAM

ĐD. Lê Cẩm Linh
BV TWQĐ 108

MỤC TIÊU:
Virus viêm gan B (HBV) là một thách thức sức khỏe cộng đồng toàn cầu và là nguyên nhân hàng đầu gây ra các bệnh gan giai đoạn cuối cần điều trị bằng ghép gan. Tuy nhiên, tái phát HBV sau ghép có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng mảnh ghép và tỷ lệ sống còn của bệnh nhân. Việc đánh giá tỷ lệ tái phát và thực trạng của chiến lược dự phòng là cần thiết trong bối cảnh hạn chế nguồn lực.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP:
Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trên 126 bệnh nhân được ghép gan do bệnh lý liên quan đến HBV. Dữ liệu bao gồm các xét nghiệm trước - sau ghép (HBsAg, HBeAg, Anti-HBs, Anti-HBc IgG/IgM, HBV-DNA) và thông tin về phác đồ dự phòng (sử dụng HBIG và thuốc NA).

KẾT QUẢ:
Nam giới chiếm 89,7%, tuổi trung bình 54,2 ± 10,8, thời gian theo dõi sau ghép trung bình là 34,4 ± 20,1 tháng. HCC là chỉ định ghép gan phổ biến nhất (48,4%). Tỷ lệ tái phát HBV là 11.1%. Việc điều trị dự phòng bằng HBIG một thời gian ngắn sau ghép kết hợp với NA lâu dài cho thấy hiệu quả trong việc ngăn chặn tái phát viêm gan B trên nhóm bệnh nhân. Tuy nhiên, chỉ 25,4% bệnh nhân dương tính anti-Hbs, đặt ra vấn đề về khả năng bảo vệ miễn dịch lâu dài. Việc sử dụng phối hợp HBIG lâu dài để cải thiện nồng độ kháng thể trên nhóm bệnh nhân này cần được cân nhắc thực hiện vì trên thực tế việc duy trì dùng HBIG là thách thức lớn bởi gánh nặng về tài chính và thực trạng thiếu nguồn cung tại Việt Nam.

KẾT LUẬN:
Điều trị dự phòng chủ yếu bằng NA đường uống được xem là có hiệu quả trong việc ngăn ngừa tái phát HBV sau ghép gan trong thực tế điều kiện sử dụng HBIG còn nhiều thách thức tại Việt Nam. Việc cải thiện nồng độ Anti-HBs sau ghép bằng tiêm vaccine hoặc sử dụng HBIG có chọn lọc cần được xem xét trong các chiến lược chăm sóc lâu dài.

EVALUATION OF HEPATITIS B RECURRENCE IN LIVER TRANSPLANT RECIPIENTS IN VIETNAM

ĐD. Lê Cẩm Linh
BV TWQĐ 108

INTRODUCTION:
Hepatitis B virus (HBV) is a global public health challenge and a leading cause of cirrhosis, liver failure, and hepatocellular carcinoma (HCC). Liver transplantation is considered the optimal treatment for end-stage liver disease caused by HBV. However, HBV recurrence after transplantation can significantly compromise graft function and patient survival. In the context of limited healthcare resources, evaluating the recurrence rate and the current status of prophylactic strategies is essential.

METHODS:
A cross-sectional descriptive study was conducted at the 108 Military Central Hospital involving 126 patients who underwent liver transplantation due to HBV-related liver diseases. Data collected included pre- and post-transplant laboratory results (HBsAg, HBeAg, Anti-HBs, Anti-HBc IgG/IgM, and HBV-DNA) and information regarding prophylactic regimens (use of HBIG and nucleos(t)ide analog [NA]).

RESULTS:
Male patients accounted for 89.7%, with a mean age of 54.2 ± 10.8 years. The average follow-up duration after transplantation was 34.4 ± 20.1 months. HCC was the most common indication for liver transplantation (48.4%). The HBV recurrence rate was 11.1%. Short-term HBIG prophylaxis following transplantation, in combination with long-term nucleos(t)ide analog (NA) therapy, has demonstrated effectiveness in preventing HBV recurrence in this patient population. Notably, only 25.4% of patients were Anti-HBs positive, raising concerns about long-term immunological protection. The use of HBIG to boost antibody titers in this patient group should be considered, although maintaining HBIG therapy remains a major challenge due to financial burden and supply shortages in Vietnam.

CONCLUSION:
Oral NA therapy remains an effective prophylactic approach for preventing HBV recurrence after liver transplantation, particularly in the context of significant challenges associated with HBIG availability in Vietnam. Strategies to enhance post-transplant Anti-HBs titers—such as vaccination or selective HBIG administration—should be considered in long-term post-transplant care.

GHÉP GAN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG ĐIỀU TRỊ SUY GAN CẤP TRÊN NỀN VIÊM GAN B: NHÂN 02 TRƯỜNG HỢP

PHẠM NHƯ THÀNH, NGUYỄN HOÀNG*, LÊ TỰ DŨNG*, TRẦN VĂN NGHĨA*, TRẦN TRỌNG THANH*, LÊ TUẤN ANH*, LÊ VĨNH PHÚC*, LÊ NGỌC THÁI**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy gan cấp trên nền nhiễm virus viêm gan B là tình trạng nặng, có nguy cơ tử vong cao và cần được ghép gan kịp thời. Trong điều kiện nguồn tạng từ người chết não còn hạn chế, ghép gan từ người hiến sống là một lựa chọn có giá trị, đặc biệt đối với những trường hợp cần ghép gan cấp cứu. Chúng tôi báo cáo 02 trường hợp ghép gan từ người hiến sống điều trị suy gan cấp do viêm gan B, nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, một số yếu tố kỹ thuật trong phẫu thuật và kết quả sớm sau ghép.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Hai bệnh nhân người lớn bị suy gan cấp do viêm gan B, được ghép mảnh gan phải từ người hiến sống cùng nhóm máu. Trường hợp 1 là nữ 56 tuổi, não gan độ 1, MELD 26 điểm, INR 2,06, bilirubin toàn phần 273 µmol/L và HBV-DNA <10. Người hiến là con ruột 24 tuổi, mảnh ghép gan phải 699 mL, GRWR 1,3%. Trường hợp 2 là nam 41 tuổi, HBsAg và HBeAg dương tính, HBV-DNA 10^9, não gan độ 3, MELD 30 điểm, INR 2,26 và bilirubin toàn phần 249 µmol/L. Người hiến là vợ 38 tuổi, mảnh ghép gan phải 643 mL, GRWR 1,03%.

Kết quả: Thời gian phẫu thuật lần lượt là 410 và 420 phút; thời gian thiếu máu lạnh 72 và 75 phút; thiếu máu nóng 35 và 36 phút; thời gian vô gan 42 và 44 phút. Lượng máu mất lần lượt 1.300 và 1.600 mL, lượng máu truyền 2.100 và 2.800 mL. Cả hai trường hợp đều không ghi nhận bất thường giải phẫu mạch máu hoặc đường mật ở người hiến. Sau ghép, cả hai bệnh nhân đều không xuất hiện rối loạn chức năng mảnh ghép sớm (EAD) hoặc huyết khối mạch máu. Trường hợp 1 có chảy máu ổ bụng được điều trị bảo tồn thành công, nằm ICU 13 ngày và nằm viện sau ghép 24 ngày; HBV-DNA sau ghép không phát hiện. Trường hợp 2 xuất hiện chảy máu diện cắt gan ngày thứ 4, phải phẫu thuật lại cầm máu; rò mật ngày thứ 9 được điều trị bằng ERCP đặt stent đường mật ngày thứ 28. Bệnh nhân đồng thời xuất hiện nhiễm trùng Klebsiella aerogenes đa kháng ngày thứ 5 và Pseudomonas aeruginosa ngày thứ 44, thời gian nằm viện sau ghép 103 ngày. Cả hai bệnh nhân đều được dự phòng tái nhiễm HBV bằng HBIG kết hợp Tenofovir 300 mg; HBV-DNA sau ghép ở trường hợp 2 là 133 IU/mL..

Kết luận:

Ghép gan từ người hiến sống bằng mảnh ghép gan phải là phương pháp khả thi tại Bệnh viện Đà Nẵng trong điều trị suy gan cấp do viêm gan B với mức độ nặng khác nhau. Cả hai trường hợp đều không xuất hiện EAD và huyết khối mạch máu sau ghép. Tuy nhiên, các biến chứng chảy máu, rò mật và nhiễm trùng có thể xảy ra và làm kéo dài thời gian điều trị sau ghép. Ghép gan từ người hiến sống cần được xem xét sớm ở những bệnh nhân suy gan cấp có chỉ định ghép, đồng thời đòi hỏi đánh giá và lựa chọn người hiến chặt chẽ nhằm đảm bảo an toàn cho người hiến và tối ưu hóa kết quả cho người nhận..

Từ khóa: Ghép gan, viêm gan cấp, Ghép gan người lớn từ người cho sống.

LIVING-DONOR LIVER TRANSPLANTATION FOR ACUTE LIVER FAILURE SECONDARY TO HEPATITIS B: A REPORT OF TWO CASES

PHAM NHU THANH, NGUYEN HOANG, LE TU DUNG, TRAN VAN NGHIA, TRAN TRONG THANH, LE TUAN ANH, LE VINH PHUC, LE NGOC THAI

ABSTRACT

Background: Acute liver failure secondary to hepatitis B virus (HBV) infection is a severe condition associated with a high risk of mortality and requires timely liver transplantation. Given the limited availability of organs from brain-dead donors, living-donor liver transplantation (LDLT) represents a valuable option, particularly for patients requiring emergency transplantation. We report two cases of living-donor liver transplantation for acute liver failure due to hepatitis B, aiming to evaluate their clinical characteristics, selected technical aspects of surgery, and early post-transplant outcomes.

Patients and Method: Prospective study. Two adult patients with acute liver failure due to hepatitis B underwent right-lobe living-donor liver transplantation from ABO-compatible donors.

Case 1 was a 56-year-old woman with grade I hepatic encephalopathy, a Model for End-Stage Liver Disease (MELD) score of 26, an international normalized ratio (INR) of 2.06, total bilirubin of 273 µmol/L, and an HBV-DNA level of <10. The donor was her 24-year-old biological son. The right-lobe graft volume was 699 mL, with a graft-to-recipient weight ratio (GRWR) of 1.3%.

Case 2 was a 41-year-old man who was positive for hepatitis B surface antigen (HBsAg) and hepatitis B e antigen (HBeAg), with an HBV-DNA level of 10^9, grade III hepatic encephalopathy, a MELD score of 30, an INR of 2.26, and total bilirubin of 249 µmol/L. The donor was his 38-year-old wife. The right-lobe graft volume was 643 mL, with a GRWR of 1.03%.

Results: The operative times were 410 and 420 minutes, respectively. Cold ischemia times were 72 and 75 minutes, warm ischemia times were 35 and 36 minutes, and anhepatic times were 42 and 44 minutes, respectively. Estimated blood loss was 1,300 and 1,600 mL, while blood transfusion requirements were 2,100 and 2,800 mL, respectively.

Neither donor had any anatomical abnormalities of the hepatic vasculature or biliary tract. Following transplantation, neither recipient developed early allograft dysfunction (EAD) or vascular thrombosis.

Case 1 developed intra-abdominal bleeding, which was successfully managed conservatively. The patient spent 13 days in the intensive care unit (ICU) and was discharged 24 days after transplantation. Post-transplant HBV-DNA was undetectable.

Case 2 developed bleeding from the liver transection surface on postoperative day 4 and required reoperation for hemostasis. Bile leakage occurred on postoperative day 9 and was managed with endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and biliary stent placement on postoperative day 28. The patient also developed multidrug-resistant Klebsiella aerogenes infection on postoperative day 5 and Pseudomonas aeruginosa infection on postoperative day 44. The post-transplant hospital stay was 103 days.

Both patients received prophylaxis against HBV reinfection with hepatitis B immunoglobulin (HBIG) combined with tenofovir 300 mg. In Case 2, the post-transplant HBV-DNA level was 133 IU/mL.

Conclusions: Right-lobe living-donor liver transplantation is a feasible treatment option at Da Nang Hospital for acute liver failure due to hepatitis B of varying severity. Neither patient developed EAD or vascular thrombosis after transplantation. However, complications such as bleeding, bile leakage, and infection may occur and can prolong post-transplant treatment.
Living-donor liver transplantation should be considered early in patients with acute liver failure who meet the criteria for transplantation. Careful donor evaluation and selection are essential to ensure donor safety and optimize recipient outcomes.

Key words: Liver transplantation; acute hepatitis; adult living-donor liver transplantation.

VAI TRÒ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH ĐA PHA TRONG ĐÁNH GIÁ NGƯỜI HIẾN GAN SỐNG TRƯỚC PHẪU THUẬT: TỪ PROTOCOL ĐẾN LẬP KẾ HOẠCH PHẪU THUẬT

Họ và tên người gởi : CN.Nguyễn Quốc Thịnh
Ngày sinh : 14/09/1995
Đơn vị công tác : Khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh - Bệnh viện Đà Nẵng
Email : thinh.95nq@gmail.com
SĐT: 0942842666

Đặt vấn đề: Ghép gan từ người cho sống đòi hỏi đánh giá toàn diện giải phẫu mạch máu, đường mật, thể tích và chất lượng nhu mô gan nhằm đảm bảo an toàn cho người hiến và lựa chọn mảnh ghép phù hợp cho người nhận. CT đa pha với khả năng khảo sát giải phẫu và định lượng thể tích gan đóng vai trò quan trọng trong đánh giá trước phẫu thuật. Chất lượng thông tin thu được phụ thuộc đáng kể vào việc xây dựng protocol chụp và quy trình xử lý hình ảnh phù hợp.

Mục tiêu : Trình bày quy trình CT đa pha trong đánh giá người hiến gan sống, tập trung vào tối ưu protocol, kỹ thuật Bolus Tracking, CT volumetry và các phương pháp tái tạo hình ảnh phục vụ lập kế hoạch phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp: Tổng hợp và phân tích quy trình kỹ thuật CT đa pha được ứng dụng trong đánh giá người hiến gan sống. Nội dung khảo sát bao gồm các pha chụp cần thiết, kỹ thuật tiêm thuốc cản quang và Bolus Tracking, đánh giá giải phẫu động mạch gan, tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch gan và đường mật; đồng thời thực hiện tái tạo MPR, MIP, VR và đo thể tích gan bằng CT volumetry. Các chỉ số thể tích gan còn lại của người hiến và thể tích mảnh ghép dự kiến được sử dụng để hỗ trợ đánh giá tính phù hợp của người hiến và người nhận.

Kết quả : CT đa pha cho phép đánh giá đồng thời giải phẫu mạch máu, nhu mô gan và thể tích gan trong một quy trình khảo sát. Bolus Tracking giúp tối ưu thời điểm thu nhận thì động mạch, trong khi MPR, MIP và VR tăng khả năng nhận diện các biến thể giải phẫu mạch máu.
CT volumetry cung cấp các thông số định lượng về thể tích gan toàn bộ, thể tích mảnh ghép và thể tích gan còn lại, qua đó hỗ trợ đánh giá an toàn cho người hiến và khả năng đáp ứng của mảnh ghép đối với người nhận, Các hình ảnh tái tạo 3D giúp xác định rõ phân nhánh mạch máu và hỗ trợ lập kế hoạch phẫu thuật ghép gan.

Bàn luận và kết luận: Chuẩn hóa quy trình CT đa pha có vai trò quan trọng trong đánh giá trước ghép gan từ người cho sống. Sự kết hợp tối ưu giữa protocol, Bolus Tracking, CT volumetry và tái tạo MPR/MIP/VR giúp cung cấp thông tin giải phẫu và định lượng toàn diện hình thái gan đồng thời hỗ trợ lựa chọn mảnh ghép và lập kế hoạch phẫu thuật. Kỹ thuật viên chẩn đoán hình ảnh giữ vai trò quan trọng trong việc đảm bảo chất lượng dữ liệu hình ảnh, góp phần nâng cao hiệu quả và an toàn của quy trình ghép gan.Việc chuẩn hóa kỹ thuật chụp và tái tạo hình ảnh góp phần nâng cao độ chính xác của đánh giá trước ghép, đồng thời đảm bảo an toàn cho cả người hiến và người nhận.
Từ khóa : Ghép gan từ người cho sống, CT đa pha, CT volumetry, Bolus Tracking, MPR, MIP, VR, người hiến gan.

THE ROLE OF MULTIPHASE COMPUTED TOMOGRAPHY IN PREOPERATIVE EVALUATION OF LIVING LIVER DONORS: FROM PROTOCOL OPTIMIZATION TO SURGICAL PLANNING

Họ và tên người gởi : CN.Nguyễn Quốc Thịnh
Ngày sinh : 14/09/1995
Đơn vị công tác : Khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh - Bệnh viện Đà Nẵng
Email : thinh.95nq@gmail.com
SĐT: 0942842666

Background: Living donor liver transplantation requires comprehensive evaluation of vascular and biliary anatomy, liver volume, and hepatic parenchymal quality to ensure donor safety and appropriate graft selection for the recipient. Multiphase computed tomography (CT), with its ability to assess hepatic anatomy and quantify liver volume, plays an important role in preoperative donor evaluation. The quality of the information obtained depends substantially on the optimization of the CT acquisition protocol and appropriate image post-processing techniques.

Objective: To present a multiphase CT workflow for the evaluation of living liver donors, with a focus on protocol optimization, bolus tracking technique, CT volumetry, and image reconstruction methods for surgical planning.

Materials and Methods : The technical workflow of multiphase CT used in the evaluation of living liver donors was reviewed and analyzed. The assessment included the required acquisition phases, intravenous contrast administration and bolus tracking techniques, and evaluation of the hepatic artery, portal vein, hepatic veins, and biliary anatomy. Image post-processing included multiplanar reconstruction (MPR), maximum intensity projection (MIP), volume rendering (VR), and CT volumetry. The estimated future liver remnant volume in the donor and graft volume were assessed to support donor suitability and graft adequacy for the recipient.

Results: Multiphase CT enables comprehensive assessment of vascular anatomy, hepatic parenchyma, and liver volume within a single imaging workflow. Bolus tracking facilitates optimal timing of the arterial phase acquisition, while MPR, MIP, and VR improve visualization and identification of vascular anatomical variations.

CT volumetry provides quantitative measurements of total liver volume, estimated graft volume, and future liver remnant volume, thereby supporting assessment of donor safety and graft adequacy for the recipient. Three-dimensional image reconstructions allow detailed visualization of vascular branching patterns and facilitate surgical planning for living donor liver transplantation.

Discussion and Conclusion: Standardization of the multiphase CT protocol is essential for the preoperative evaluation of living liver donors. The integration of protocol optimization, bolus tracking, CT volumetry, and MPR/MIP/VR image reconstruction provides comprehensive anatomical and quantitative information to support graft selection and surgical planning. Radiologic technologists play an important role in ensuring image quality and optimizing the acquisition and reconstruction process, thereby contributing to the efficiency and safety of living donor liver transplantation. Standardization of CT acquisition and image post-processing can improve the accuracy of preoperative evaluation while ensuring safety for both donors and recipients.

Keywords : Living donor liver transplantation, multiphase CT, CT volumetry, bolus tracking, MPR, MIP, VR, living liver donor.

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH GHÉP GAN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

ThS. Nguyễn Thị Vân Anh
BV TWQĐ 108

Đặt vấn đề

Không tuân thủ điều trị thuốc sau ghép gan vẫn là một thách thức đáng kể và có liên quan đến các kết cục lâm sàng bất lợi. Tuy nhiên, dữ liệu về vấn đề này tại khu vực Đông Nam Á còn hạn chế. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá mức độ tuân thủ điều trị thuốc và khảo sát một số yếu tố liên quan ở người bệnh ghép gan bằng thang đo BAASIS chuẩn hóa.

Đối tượng và phương pháp

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 136 người bệnh trưởng thành sau ghép gan đến khám và theo dõi ngoại trú tại một trung tâm y tế tuyến cuối ở Việt Nam. Mức độ tuân thủ thuốc được đánh giá bằng thang đo Basel về tuân thủ thuốc ức chế miễn dịch (Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medications Scale - BAASIS). Các thông tin nhân khẩu học và lâm sàng được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Mối liên quan giữa tình trạng tuân thủ và các đặc điểm lâm sàng được phân tích bằng kiểm định Chi-square và hồi quy logistic.

Kết quả

Có 70,6% người bệnh được phân loại tuân thủ điều trị và 29,4% không tuân thủ. Sai lệch thời điểm dùng thuốc là hình thức không tuân thủ phổ biến nhất, gặp ở 27,2% người bệnh; trong khi quên liều chiếm 7,4%, ngừng thuốc tạm thời 0,7% và tự ý thay đổi liều 1,5%. Tỷ lệ không tuân thủ tăng theo thời gian sau ghép, từ 17,4% ở nhóm ≤12 tháng lên 38,0% ở nhóm >36 tháng (p xu hướng = 0,027). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng tuân thủ điều trị với các kết cục lâm sàng, bao gồm tái nhập viện, nhiễm trùng, thải ghép cấp và biến chứng đường mật.

Kết luận

Không tuân thủ điều trị thuốc vẫn còn phổ biến ở người bệnh sau ghép gan, trong đó sai lệch thời điểm dùng thuốc là hình thức chủ yếu. Mức độ tuân thủ có xu hướng giảm theo thời gian sau ghép. Do đó, cần tăng cường theo dõi tuân thủ có hệ thống trong dài hạn và triển khai các biện pháp can thiệp phù hợp nhằm cải thiện tuân thủ điều trị ở nhóm người bệnh này.

HỘI CHỨNG GIẢM TƯỚI MÁU ĐỘNG MẠCH GAN KHÔNG DO TẮC NGHẼN SAU GHÉP GAN: BÁO CÁO HAI TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ BẰNG NÚT ĐỘNG MẠCH LÁCH

NGUYỄN VĂN PHẤN[1], LÊ HỒNG CHIẾN[1], VŨ HUY HOÀNG[1], TRẦN VĂN VI[2].

[1]Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
[2]Trường Đại học VinUni

Đặt vấn đề: Hội chứng giảm tưới máu động mạch gan không do tắc nghẽn sau ghép gan (Non-occlusive Hepatic Artery Hypoperfusion Syndrome – NOHAHS), trước đây thường gọi là hội chứng cướp máu động mạch lách (Splenic Artery Steal Syndrome – SASS), là một biến chứng huyết động ít gặp nhưng có thể dẫn đến rối loạn chức năng mảnh ghép và biến chứng thiếu máu đường mật. Cơ chế bệnh sinh mang tính đa yếu tố, liên quan đến tuần hoàn lách ưu thế, tăng tưới máu tĩnh mạch cửa và đáp ứng đệm của động mạch gan (hepatic arterial buffer response). Trên các phương tiện hình ảnh không xâm lấn, NOHAHS có thể biểu hiện bằng tình trạng giảm hoặc mất tín hiệu dòng chảy động mạch gan, dễ gây chẩn đoán nhầm với huyết khối động mạch gan (HAT).

Báo cáo ca bệnh: Chúng tôi báo cáo hai trường hợp NOHAHS xuất hiện trong tháng đầu sau ghép gan được điều trị thành công bằng can thiệp nút động mạch lách.
Trường hợp thứ nhất được phát hiện vào ngày hậu phẫu thứ 14. Siêu âm Doppler trước đó ghi nhận dòng động mạch gan trong giới hạn bình thường, tuy nhiên, CT sau đó cho thấy giảm tưới máu nhu mô gan và không hiện hình rõ động mạch gan, gợi ý tắc động mạch gan. Chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) tại thân tạng cho thấy dòng máu ưu thế vào động mạch lách, động mạch lách hiện hình sớm và mạnh, trong khi dòng vào động mạch gan ghép chậm và giảm. Bệnh nhân được nút động mạch lách bằng vascular plug. Chụp kiểm tra ngay sau can thiệp cho thấy giảm dòng động mạch lách đồng thời cải thiện rõ dòng vào động mạch gan ghép, CT theo dõi ghi nhận động mạch gan hiện hình trở lại.
Trường hợp thứ hai được phát hiện vào ngày hậu phẫu thứ 19. Siêu âm Doppler không ghi nhận tín hiệu dòng động mạch gan. CT cho thấy động mạch gan hiện hình kém, có vị trí khuyết thuốc nhưng không thấy hẹp rõ tại miệng nối. DSA thân tạng xác nhận tình trạng ưu thế dòng chảy lưu lượng lớn qua động mạch lách và giảm tưới máu nặng động mạch gan ghép. Bệnh nhân được tiến hành nút động mạch lách bằng coils. Ngay sau can thiệp, dòng máu qua động mạch lách giảm hẳn và tưới máu động mạch gan cải thiện rõ trên DSA.

Bàn luận: Hai trường hợp trên lâm sàng chứng minh rằng tình trạng giảm hoặc mất hiện hình động mạch gan trên siêu âm Doppler và CT sau ghép gan không nhất thiết đồng nghĩa với huyết khối động mạch gan, mà có thể phản ánh dòng chảy quá chậm do rối loạn huyết động. Trong bối cảnh chưa xác định được tổn thương tắc nghẽn hoặc hẹp cơ học rõ ràng, DSA đóng vai trò quyết định giúp đánh giá động học dòng chảy, xác định tuần hoàn lách ưu thế và thực hiện can thiệp điều trị cùng thì. Sự cải thiện dòng chảy động mạch gan ngay lập tức sau khi giảm lưu lượng động mạch lách ở cả hai bệnh nhân là bằng chứng huyết động vững chắc hỗ trợ cho chẩn đoán NOHAHS.

Kết luận: NOHAHS cần được đặt ra trong chẩn đoán phân biệt ở bệnh nhân sau ghép gan có giảm hoặc mất tín hiệu động mạch gan nhưng không thấy tổn thương tắc nghẽn cơ học tương ứng. Việc không hiện hình động mạch gan trên Doppler hoặc CT không nên được xem là bằng chứng đơn độc để chẩn đoán huyết khối động mạch gan. DSA giữ vai trò then chốt trong xác định cơ chế bệnh sinh và định hướng xử trí. Nút động mạch lách bằng coils hoặc vascular plug là phương pháp hiệu quả giúp tái cân bằng huyết động và phục hồi nhanh chóng tưới máu động mạch gan ghép.

Từ khóa: Ghép gan, giảm tưới máu động mạch gan không do tắc nghẽn, NOHAHS, hội chứng cướp máu động mạch lách, nút động mạch lách, DSA.

TÀI TRỢ KIM CƯƠNG

astellas

TÀI TRỢ VÀNG

NOVARTIS

TÀI TRỢ BẠC

ZUELLIG PHARMA
making healthcare more accessible

SANDOZ

TÀI TRỢ ĐỒNG

VIET PHAP

teva

sanofi

ThermoFisher SCIENTIFIC

ĐỒNG TÀI TRỢ

4Life for better life

GOLDENGROWTH BIOTECHNOLOGY

hemotek

VietGia Medical