

Điều trị ngoại khoa các tai biến và biến chứng ở người bệnh ghép thận từ người cho chết não: Kinh nghiệm xử trí tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Lê Nguyên Vũ^{1,2}, Đỗ Ngọc Sơn¹, Phùng Duy Hồng Sơn¹, Man Thị Hương¹, Phạm Thị Vân Anh¹, Nguyễn Quang Nghĩa¹

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 2. Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Địa chỉ liên hệ:

Lê Nguyên Vũ,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Số 40 Tràng Thi, phường Hoàn
Kiếm, Thành phố Hà Nội
Điện thoại: 0972 156 996
Email: nguyenvu.urologist@gmail.com

Ngày nhận bài: 09/05/2026

Ngày chấp nhận đăng:

22/6/2026

Ngày xuất bản: 25/6/2026

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Biến chứng ngoại khoa sau ghép thận từ người cho chết não tuy không thường gặp nhưng có thể ảnh hưởng nặng nề đến kết quả ghép. Nghiên cứu này nhằm mô tả các biến chứng ngoại khoa sau ghép thận từ người cho chết não và cách xử trí tương ứng, phân loại theo Clavien–Dindo.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu các trường hợp ghép thận từ người cho chết não tại bệnh viện Việt Đức, ghi nhận các biến chứng ngoại khoa, phân loại theo Clavien–Dindo và xử trí trong giai đoạn 2010-2024. Các người bệnh đều có hồ sơ đầy đủ, ghi nhận các biến chứng ngoại khoa và cách xử trí.

Kết quả: Có 27 trường hợp gặp biến chứng ngoại khoa/ 213 người bệnh. Phân bố theo Clavien–Dindo như sau: độ II (2 ca), độ IIIa (9 ca), độ IIIb (15 ca), độ V (1 ca). Không ghi nhận biến chứng độ I, IVa hay IVb. Các phương pháp xử trí tập trung vào các biến chứng mạch máu và tiết niệu bao gồm mổ tạo hình lại niệu quản – bàng quang, nối niệu quản bể thận với niệu quản cũ và xử lý miệng nối hẹp ĐM trong mổ bằng kỹ thuật rửa trong mổ. Kết quả sau mổ và lâu dài thận có chức năng ổn định.

Kết luận: Biến chứng ngoại khoa sau ghép thận chủ yếu ở mức độ IIIa–IIIb. Việc phát hiện sớm và xử trí kịp thời là rất quan trọng.

Từ khóa: Ghép thận, Biến chứng ngoại khoa, phân loại Clavien – Dindo

Management of Surgical Complications in Brain-Dead Donor Kidney Transplantation: A Single-Center Experience at Viet Duc University Hospital

Le Nguyen Vu^{1,2}, Do Ngoc Son¹, Phung Duy Hong Son¹, Man Thi Huong¹, Pham Thi Van Anh¹, Nguyen Quang Nghia¹

1. Viet Duc University Hospital, 2. VNU University of Medicine and Pharmacy

Abstract

Introduction: Although surgical complications after kidney transplantation from brain-dead donor are uncommon, it can severely affect the transplant outcome. This study aimed to describe surgical complications of this procedure classified according to the Clavien–Dindo scale, and its management,

Patients and Methods: This was a retrospective descriptive study of kidney transplant cases from from brain-dead donor between 2010 and 2024. Surgical complications classified according to the Clavien–Dindo system and management were recorded. All patients had complete medical records documenting surgical complications and treatment procedures.

Results: Surgical complications occurred in 27 out of 213 patients. Distribution by Clavien–Dindo grade was: Grade II (2 cases), Grade IIIa (9 cases), Grade IIIb (15 cases), and Grade V (1 case). No complications for Grade I, IVa, or IVb were recorded. Management primarily focused on vascular and urological complications, including ureteroneocystostomy reconstruction, ureteropyelostomy with the original ureter, and intraoperative management of arterial anastomotic stenosis using intraoperative flushing techniques. Postoperative and long-term graft function remained stable.

Conclusions: Surgical complications after kidney transplantation from brain-dead donor were predominantly Grade IIIa–IIIb, with most requiring invasive interventions. Early detection and timely management are crucial.

Keywords: Kidney transplantation, Surgical complications, Clavien–Dindo scale

Đặt vấn đề

Ghép thận là biện pháp điều trị thay thế tối ưu cho người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối, giúp cải thiện chất lượng sống và kéo dài thời gian sống so với các phương pháp lọc máu. Ghép thận từ người cho chết não tại Việt Nam có đặc điểm riêng là người nhận thường được ghép trong hoàn cảnh chưa được chuẩn bị tối ưu, các kỹ thuật ghép kinh nghiệm khác nhau do đó xử lý các biến chứng về tiết niệu và mạch máu trong và sau mổ cũng khác nhau tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Vì vậy, bên cạnh thành công về mặt chức năng, các biến chứng sau ghép – đặc biệt là biến chứng ngoại khoa – nếu không xử trí kịp thời sẽ ảnh hưởng đến kết quả lâu dài của thận ghép. Việc phân loại biến chứng ngoại khoa bằng hệ thống Clavien–Dindo đã trở thành một tiêu chuẩn quốc tế, cho phép đánh giá mức độ nghiêm trọng và hướng xử trí phù hợp [1]. Tại Việt Nam, số liệu cập nhật về biến chứng ngoại

khoa sau ghép thận khác nhau giữa các trung tâm do chủ yếu tổng kết từ người cho sống, đặc biệt là việc áp dụng phân loại Clavien–Dindo trong phân tích và đánh giá. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm chia sẻ các kinh nghiệm xử trí tai biến và các biến chứng ngoại khoa sau ghép thận từ người cho chết não giai đoạn 2010-2024 và phân loại theo thang Clavien–Dindo tại một trung tâm phẫu thuật lớn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các người bệnh (NB) được ghép thận từ người cho chết não tại trung tâm trong giai đoạn 2010 - 2024, có ghi nhận biến chứng ngoại khoa sau ghép.

Tiêu chí chọn bệnh: Bao gồm các trường hợp có đầy đủ dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng và được ghi nhận có biến chứng ngoại khoa trong thời gian nằm viện.

Tiêu chí loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc biến chứng không liên quan ngoại khoa.

Phương pháp nghiên cứu:**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu**Phân loại biến chứng:** Áp dụng hệ thống Clavien–Dindo (từ độ I đến độ V).

Độ	Nội dung
Độ I	Bất kỳ sai lệch từ quá trình hậu phẫu bình thường mà không cần điều trị bằng thuốc hay phẫu thuật, nội soi và can thiệp X-quang. Phác đồ điều trị cho phép là: Các loại thuốc chống nôn, hạ sốt, thuốc giảm đau, thuốc lợi tiểu, điện và vật lý trị liệu. Độ này cũng bao gồm nhiễm khuẩn vết mổ trong những ngày nằm viện
Độ II	Yêu cầu điều trị thuốc với các loại thuốc khác hơn như cho phép biến chứng độ I. Truyền máu và nuôi dưỡng hoàn toàn bằng tĩnh mạch.
Độ III	Mổ lại, nội soi hoặc can thiệp X-quang
IIIa	Can thiệp không dưới gây mê toàn thân
IIIb	Can thiệp dưới gây mê toàn thân
Độ IV	Biến chứng đe dọa đến tính mạng (bao gồm cả biến chứng thần kinh trung ương), cần điều trị chăm sóc ở hồi sức trung tâm.
IV a	Rối loạn chức năng một cơ quan
IV b	Rối loạn chức năng nhiều cơ quan
Độ V	Tử vong

Áp dụng lâm sàng trong đánh giá biến chứng ngoại khoa sau ghép thận

Độ I: sai lệch từ quá trình hậu phẫu bình thường mà không cần điều trị

Độ II: Nhiễm khuẩn vết mổ thường được xử trí bằng kháng sinh, khâu lại vết mổ tại chỗ bằng hình thức gây tê dưới da (nội khoa).

Độ IIIa: Các can thiệp như đặt JJ, nội soi cầm máu, nong dưới DSA không cần gây mê toàn thân.

Độ IIIb: Các can thiệp như mổ tạo hình, rửa thận in situ, cầm máu phẫu thuật cần gây mê toàn thân.

Độ V: Viêm tụy cấp hoại tử gây tử vong.

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS, thống kê mô tả với số lượng và tỷ lệ phần trăm.

Kết quả

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm người bệnh ghép thận chết não

Đặc điểm chung nhóm NB	N = 213
Giới	
Nam	138 (64,8%)
Nữ	75 (35,2%)
Tuổi TB (tuổi)	39,5 ± 12,3
Nguyên nhân suy thận mạn	
Viêm cầu thận	190 (89,2%)
Hội chứng thận hư	9 (4,2%)
Viêm cầu thận do lupus	7 (3,3%)
Bệnh thận đa nang	3 (1,4%)
Bệnh thận IgA	1 (0,46%)
Nhiễm độc thai nghén	1 (0,46%)
Suy thận ghép lần 1	2 (0,94%)
Các phương pháp điều trị thay thế thận	
Chạy thận nhân tạo qua cầu tay	197 (92,5%)
Lọc màng bụng	12 (5,6%)
Chưa phải lọc máu	4 (1,9%)
Thời gian lọc máu	37,1 ± 52,0 (1-252)
< 1 năm	69 (33%)
1-<2 năm	47 (22,5%)
2-<3 năm	21 (10%)
➤ 3 năm	60 (68,7%)
Không hòa hợp HLA > 3/6	149 (70%)
Bệnh đồng mắc	
Đái tháo đường	83
Viêm gan B	18
Viêm gan C	34
Viêm gan B, C	2
Tăng huyết áp	121

Nhận xét: Tỷ lệ nhóm máu 0 chiếm phần lớn 42,3%, nguyên nhân suy thận chủ yếu là viêm cầu thận 89,2%. Không có NB nào có tiền sử tim mạch nặng nề.

Bảng 2: Các biến chứng ngoại khoa sau ghép thận từ người cho chết não

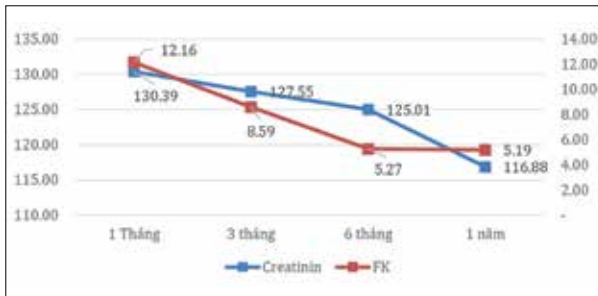
Các tai biến biến chứng	N	Tỷ lệ %
Không có biến chứng	186	87,32%
Có tai biến và biến chứng	27	12,67%
Nhiễm khuẩn vết mổ	2	0,90%
Viêm xung huyết bàng quang chảy máu	2	0,90%
Sỏi bể thận ghép	1	0,46%
Bí đái sau mổ	1	0,46%
Giãn niệu quản thận ghép	8	3,75%
Giãn niệu quản bể thận sau rút JJ	4	1,87%
Hẹp miệng nối niệu quản (NQ) – bàng quang (BQ) thận ghép ngắn < 1cm trên CLVT	1	0,46%
Hẹp miệng nối NQ- BQ/ NB đã đặt JJ nhiều lần	3	1,42%
Rò niệu quản thận ghép	1	0,46%
Huyết khối ĐM thận ghép	1	0,46%
Hẹp miệng nối ĐM thận ghép ngay khi mổ	4	1,87%
Xoắn hẹp miệng nối TM thận ghép	1	0,46%
Tụ máu hố thận sau mổ	5	2,35%
Viêm tụy hoại tử	1	0,46%

Nhận xét: Tai biến trong mổ do nguyên nhân mạch máu chiếm tỷ lệ:2,79% biến chứng liên quan đến tiết niệu: 6,10%

Bảng 3: Các kỹ thuật xử trí biến chứng ngoại khoa

Các biến chứng	N	Các kỹ thuật xử trí biến chứng ngoại khoa
Viêm xung huyết bàng quang chảy máu	2	Nội soi ngược dòng cầm máu
Sỏi bể thận ghép từ người hiến chết não	1	Tán sỏi qua da sỏi bể thận ghép
Bí đái sau mổ	1	Nội soi ngược dòng cắt phì đại tiền liệt tuyến
Hẹp miệng nối NQ - BQ sau ghép < 3 tháng	1	Nong niệu quản dưới màn tăng sáng + đặt JJ
	3	Nội soi đặt JJ thận ghép không hiệu quả chuyển mổ mở cầm lại NQ- BQ kết hợp nối NQ thận ghép - NQ nguyên thủy
Giãn niệu quản bể thận ghép sau rút JJ	4	Nội soi ngược dòng đặt JJ thận ghép
Rò niệu quản	1	Phá bỏ ổ áp xe, nối NQ thận ghép – NQ nguyên thủy
Huyết khối ĐM thận ghép	1	Thay đoạn động mạch chậu ngoài bằng đoạn homograft
Hẹp miệng nối ĐM thận ghép ngay khi mổ	3	Rửa thận trong mổ bằng kỹ thuật insitu [7]
	1	Nong động mạch thận bằng Forgaty
Xoắn hẹp miệng nối TM thận ghép	1	Rửa thận trong mổ bằng kỹ thuật insitu
Tụ máu hố thận sau mổ	5	Mổ lấy máu tụ quanh thận ghép
Viêm tụy hoại tử	1	Dẫn lưu khối tụy hoại tử dưới siêu âm + phẫu thuật lấy tổ chức hoại tử

Nhận xét: các tai biến mạch máu đều được phát hiện và xử lý ngay trong mổ.



Biểu đồ 1: Kết quả sau mổ các người bệnh có biến chứng

Nhận xét: Chức năng thận NB có biến chứng ngoại khoa sớm trở lại bình thường.

Bàn luận

Biến chứng ngoại khoa sau ghép thận là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến hiệu quả ghép thận, không chỉ trong giai đoạn sớm mà còn về lâu dài. Việc phân loại biến chứng theo phân loại Clavien–Dindo giúp lượng giá mức độ nghiêm trọng, từ đó định hướng xử trí phù hợp và so sánh giữa các nghiên cứu. Phân loại Clavien–Dindo giúp chuẩn hóa báo cáo biến chứng ngoại khoa. Weissenbacher và cộng sự (2024) cho rằng biến chứng độ I–IV đều có liên quan đến tăng tái nhập viện và nguy cơ mất chức năng ghép sau 1 năm [1,2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng mức độ IIIa và IIIb theo Clavien–Dindo chiếm hơn 88% (24/27 ca) cho thấy phần lớn các biến chứng ngoại khoa cần can thiệp xâm lấn. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Aggarwal và cộng sự (2025), trong đó biến chứng độ III chiếm 59% trong 333 ca ghép thận [3]. Trương Hoàng Minh và cộng sự (2022) ghi nhận biến chứng ngoại khoa ở mức thấp trong tổng số ca ghép thận với tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch (TM) và rò niệu đều chỉ chiếm 0,31–0,63% [4].

1. Biến chứng mạch máu: Các biến chứng như huyết khối tĩnh mạch, hẹp động mạch, bóc tách ĐM chậu tuy hiếm gặp nhưng có khả năng gây mất ghép rất cao. Nghiên cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy (Trương Hồ Trọng Tấn và cộng sự, 2024) ghi nhận 3 trường hợp biến chứng mạch máu, trong đó 2 trường hợp không bảo tồn được thận ghép [5]. Tỷ lệ mất ghép do biến chứng mạch máu cũng được báo cáo trong

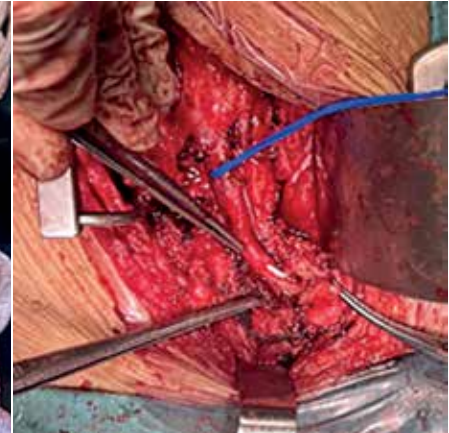
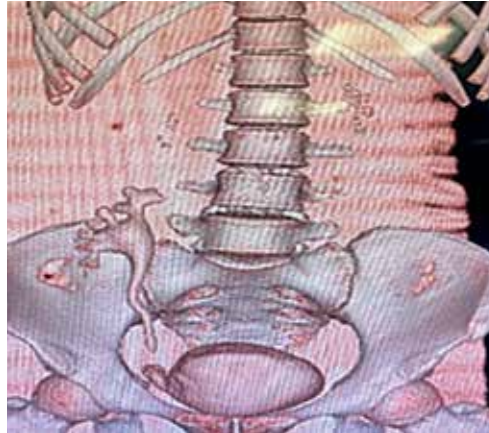
các nghiên cứu quốc tế. Aoun và cộng sự cho thấy 47% NB gặp biến chứng mạch máu bị mất ghép trong năm đầu [6]. Thông thường nếu có biến chứng về miệng nối mạch máu, thận ghép sẽ được cắt ra và rửa lại bên ngoài sau đó thực hiện ghép lại. Cách làm này mất thời gian và tăng nguy cơ tổn thương vị trí nối mạch máu thận ghép. Tại Trung tâm ghép tạng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức chúng tôi cải tiến phương pháp rửa lại thận ghép theo cách riêng với nhiều ưu điểm [7]. Trong báo cáo này chúng tôi trình bày kỹ thuật cải tiến này và mô tả trường hợp lâm sàng ứng dụng kỹ thuật cải tiến thành công. Để xử lý tình trạng vô niệu do gập góc, tắc động mạch thận chưa rõ nguyên nhân, thông thường cần gỡ thận ra để rửa lại trước khi làm lại miệng nối ĐM và TM. Trong trường hợp này, chúng tôi quyết định rửa thận ngay trong mổ mà gỡ miệng nối đưa ra ngoài bàn rửa lại để hạn chế tác động thêm vào thận cũng như giảm thiểu thời gian phẫu thuật. Đoạn ĐM chậu tương ứng vị trí thận ghép được cô lập trong quá trình rửa thận tại chỗ. Về dung dịch rửa thận, chúng tôi sử dụng Ringer lactate pha với 5000IU heparine thay vì dung dịch Custodiol để tránh nguy cơ gây liệt tim. Điều này cho phép chúng tôi không cần phải cô lập đoạn tĩnh mạch chậu tương ứng mà vẫn đảm bảo hiệu quả mong muốn. Việc truyền rửa thận có tác dụng làm tan và rửa các huyết khối nhỏ nằm sâu mà không thể lấy bỏ cơ học bằng dụng cụ. Kinh nghiệm của chúng tôi ở Bệnh viện Việt Đức dùng kỹ thuật này trong 1 số trường hợp cần làm lại miệng nối ĐM như sau: trường hợp ĐM thận quá dài, thận quá to, khi nối xong ĐM, tư thế thận làm cho ĐM bị gập nhẹ, hoặc trường hợp TM thận khi nối bị xoắn nhẹ khi thả clamp phẫu thuật viên chỉ muốn làm lại miệng nối tĩnh mạch. Thận có nước tiểu sau khi làm thủ thuật không có hiện tượng viêm ống thận cấp hoặc thận chậm chức năng là biểu hiện của thận không bị thiếu máu cục bộ do stress thiếu oxy máu trong thận [3]. 3 TH hẹp miệng nối ĐM và 1 TH xoắn hẹp miệng nối tĩnh mạch được xử trí kịp thời đều đem lại kết quả tốt không ảnh hưởng đến chức năng thận ghép, là một giải pháp lý tưởng, nhanh gọn, hiệu quả không phải lấy thận ra rửa lại

bên ngoài [7]. Tùy theo kinh nghiệm của từng nhóm phẫu thuật có thể áp dụng thêm các kỹ thuật như dùng forgaty để nong mạch máu (1TH) hoặc thay đoạn ĐM chậu ngoài (1TH) để đảm bảo mạch xơ

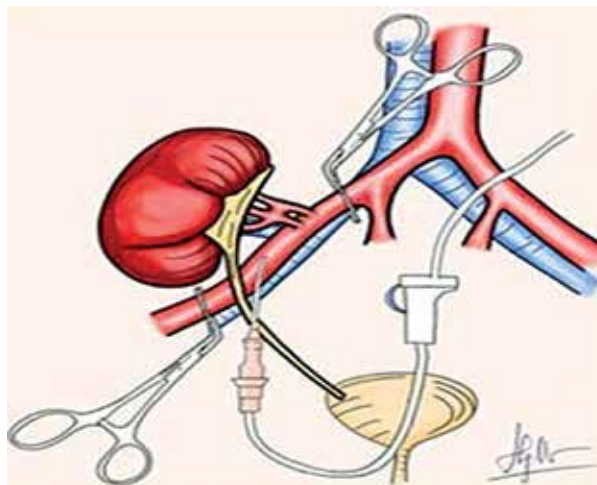
vữa không gây tắc lại lòng miệng nối mạch máu. Các kỹ thuật đều được thực hiện ngay khi phát hiện tưới máu thận kém, nên sau khi xử lý đều không ảnh hưởng đến chức năng của thận ghép.



Nong NQ thận ghép
NB Phan T.T.G Nữ 32T



Rò niệu quản thận ghép
NB Bùi T M C Nữ 28T



Rửa thận trong mổ
NB N.T.H Nam 58T

2. Biến chứng tiết niệu: chủ yếu là hẹp chỗ miệng nối niệu quản (NQ) – bàng quang (BQ). Trong nghiên cứu của chúng tôi, các biến chứng tiết niệu bao gồm hẹp niệu quản 3,75%, rò niệu quản (1 NB), viêm xung huyết bàng quang chảy máu (2 NB), sỏi thận ghép (1 NB do sỏi ở thận hiến rơi xuống bể thận niệu quản đã được tán sỏi bể thận ghép qua da). Có 1 trường hợp (TH) có hội chứng

đường tiểu thấp (LUTS) ngay trong quá trình hậu phẫu, sau khi được điều trị tích cực bằng can thiệp bằng nội soi đường dưới cắt tiền liệt tuyến tránh trào ngược bàng quang niệu quản gây nhiễm trùng ngược dòng hoặc làm rò miệng nối niệu quản bàng quang. Ở các NB suy thận mạn, chức năng bàng quang có thể giảm do không sử dụng trong thời gian chạy thận kéo dài. Sau ghép thận, nhờ lượng nước tiểu tăng

trở lại, bàng quang có thể hồi phục đáng kể, kể cả ở các trường hợp bàng quang teo trước đó, và chỉ khi ghép thận ổn định, tiểu hồi phục sau ghép, các rối loạn tiểu tiện mới biểu hiện rõ. Theo Sarrer [8] hiện có hai lựa chọn điều trị: nội khoa và phẫu thuật. Nhóm thuốc chẹn alpha (alpha-blockers) là lựa chọn nội khoa đầu tay, hiệu quả trong các trường hợp tắc nghẽn đường tiểu thấp (LUTS) từ nhẹ đến trung bình. Tuy nhiên, việc chọn đúng NB vẫn là một thách thức vì khó đánh giá đầy đủ tuyến tiền liệt ở những người trong tình trạng thiếu niệu hoặc vô niệu do chạy thận kéo dài. Hẹp niệu quản sau ghép thận hay gặp nhất là hẹp miệng nối niệu quản bằng quang do thiếu máu đầu xa niệu quản thận ghép. Tùy nguyên nhân, vị trí, chiều dài đoạn hẹp, mức độ xơ hóa đoạn hẹp niệu quản mà cách xử trí khác nhau. Chúng tôi gặp 8 NB giãn đài bể thận sau ghép nghi do hẹp miệng nối NQ – BQ. Do trên thận ghép nên chúng tôi tìm phương án đặt JJ qua nội soi ngược dòng hoặc nong NQ xuôi dòng dưới màn tăng sáng (DSA) để ít gây sang chấn cho NB. 4 TH được đặt lại JJ ngay sau đó chức năng thận ổn định. Rút JJ NB không còn hiện tượng giãn đài bể thận niệu quản. 1 NB nong niệu quản dưới màn tăng sáng 3 lần trong 3 tháng sau rút JJ ổn định siêu âm không còn giãn đài bể thận, creatinin máu duy trì 140 μ mol/l, tiểu tốt. NB được khám định kỳ 1 tháng/ lần trong 1 năm sau đó không còn biểu hiện hẹp niệu quản. 3 NB sau rút JJ 1 tháng xuất hiện lại bệnh cảnh tương tự nhau biểu hiện tăng creatinin máu 180-200 μ mol/l, siêu âm giãn đài bể thận > 20 mm, kèm theo sỏi ít. Các trường hợp này được điều trị đặt lại JJ, theo dõi và sau 90 ngày mới xử trí. Kết quả thu được các phương pháp điều trị đó đều không hiệu quả, thêm nữa lại kéo dài thời gian đặt JJ gây viêm xơ dày đoạn niệu quản thận ghép 1/3 dưới, ảnh hưởng đến đoạn niệu quản phía trên niệu quản bể thận cũng giãn mỏng. Do đó NB đã mổ lại tạo hình miệng nối NQ – BQ và nối niệu quản nguyên thủy với NQ thận ghép. Sau mổ NB ổn định trở lại. Kinh nghiệm cho thấy với hẹp miệng nối NQ - BQ ở NB ghép thận cần xử lý ngay để không ảnh hưởng lên chức năng thận ghép. Theo tác giả Prudhomme [10] nghiên cứu về

mạch máu niệu quản thì đoạn bể thận niệu quản chỉ có thể nuôi dưỡng niệu quản trong đoạn 10cm tính từ bể thận. Do vậy nếu để niệu quản quá dài sẽ dẫn đến hẹp niệu quản trong ghép. Các tác giả Singapor trong hội nghị thận tiết niệu 2019 đề xuất nếu hẹp NQ ngắn 2-3 cm, hẹp sớm ngay sau rút JJ bị hẹp thì có thể điều trị bằng nong niệu quản dưới màn tăng sáng. Báo cáo từ bệnh viện nhân dân 115 của tác giả Trương Hoàng Minh ghi nhận một số ca rò niệu quản điều trị bảo tồn thành công [4]. Tại Bệnh viện Chợ Rẫy ghi nhận 7 trường hợp hẹp niệu quản trong tổng số 608 ca, tương đương 1,15% [5]. Hơn nữa đối sau khi thả clamp mạch máu trong ghép thận, quá trình tái tưới máu cả thận và niệu quản nên khi chuẩn bị niệu quản ghép các mạch máu chạy dọc niệu quản phun máu đỏ gây khó khăn khi làm miệng nối. Vì vậy việc đốt cầm máu mạch máu quanh niệu quản bằng dao điện thường hoặc dao điện Bipolar rất dễ gây bỏng niệu quản và tạo lỗ thủng rò thứ phát sau khi cắm niệu quản vào bàng quang. Vị trí lỗ thủng có thể bất kỳ vị trí nào từ bể thận đến 1/3 giữa, 1/3 dưới của niệu quản tương đương với vị trí chảy máu. Cách xử trí với rò niệu quản tùy theo vị trí có những cách xử trí khác nhau cầm lại niệu quản bằng quang, hoặc vừa cầm lại niệu quản bằng quang vừa nối niệu quản thận ghép với niệu quản cũ [8].

3. Các biến chứng khác: Chúng tôi gặp 1 trường hợp viêm tụy cấp hoại tử sau ghép. Mặc dù đã điều trị hồi sức tích cực kết hợp lọc máu liên tục dẫn lưu ổ áp xe dưới siêu âm và sau đó mổ lấy tổ chức hoại tử nhưng kết quả NB tử vong trong tình trạng suy đa tạng, thận ghép mất hoàn toàn chức năng. Tỷ lệ biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ hoặc rò bạch huyết của chúng tôi chiếm tỷ lệ nhỏ 0.9%. Rò bạch huyết là 1 biến chứng liên quan đến kỹ thuật mổ do phẫu tích rộng hệ bạch huyết xung quyết động mạch và tĩnh mạch chậu ngoài, theo các báo cáo tỷ lệ này gặp 0,6-14,2% [11]. Trương Hoàng Minh ghi nhận 2 ca (0,63%) được chọc hút dẫn lưu ổ bạch huyết thành công [4], trong khi bệnh viện Chợ Rẫy có tỷ lệ lên tới 0,82% [5]. Các NB nhận thận ghép từ người cho chết não thường có cuống mạch rất dài dù là thận phải hay thận trái, do đó không phải phẫu

tích sâu rộng mạch máu vùng hố chậu, đó là lý do tỷ lệ rò bạch mạch trong nhóm của chúng tôi không ghi nhận.

Kết luận

Biến chứng ngoại khoa sau ghép thận chiếm tỷ lệ không cao nhưng phần lớn ở mức độ nặng, đòi hỏi can thiệp ngoại khoa hoặc thủ thuật xâm lấn. Phân loại Clavien–Dindo là công cụ hữu ích giúp đánh giá khách quan mức độ biến chứng, góp phần chuẩn hóa trong theo dõi, báo cáo và so sánh giữa các trung tâm.

Lời cảm ơn

Nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội với mã số đề tài: QG.24.51

Tài liệu tham khảo

1. Clavien PA, Barkun J, Michelle L, Oliveira ML, Vauthey JN & Dindo D (2009) The Clavien-Dindo classification of surgical complications: Five-year experience. *Annals of Surgery* 250(2): 187-196.
2. Weissenbacher A, et al. Early surgical complications and long-term outcomes after kidney transplantation. *Transpl Int*. 2024;37:e15510.
3. Aggarwal D, et al. Navigating perioperative complications in renal transplantation. *J Assoc South Urol*. 2025;2(1):18–23.
4. Trương Hoàng Minh, và cộng sự. Biến chứng ngoại khoa sau ghép thận. *Tạp chí Y Dược học Phạm Ngọc Thạch*. 2022;1(1):129–133.
5. Trương Hồ Trọng Tấn, và cộng sự. Đánh giá kết quả ghép thận từ người hiến sống tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2024; SDB:102–111.
6. Aoun J, et al. Vascular complications after kidney transplantation. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2018;56(4):614–621.
7. Lê Nguyên Vũ, Phùng Duy Hồng Sơn và cộng sự (2022). Kỹ thuật rửa thận in-situ cải tiến dùng cho trường hợp ghép thận có biến chứng mạch máu. *Tạp chí Y học Việt Nam Tập 519 SCD*, Tháng 10, tr92-97
8. Saner M, Tekin S, Yuksel Y, et al. Early TURP/TUIP postrenal transplant: a prospective study. *Turk J Urol*. 2018;44(3):123–129.
9. Pinto H, et al. Surgical complications in early post-transplant kidney recipients. *Transplant Proc*. 2017;49(4):821–823.
10. Prudhomme T, P. Bigot et al .(2009). Etude de la vascularisation artérielle de l'uretère proximal
11. Mehrabi A, et al. Definition and grading of lymphatic complications after kidney transplantation. *Br J Surg*. 2020;107(7):801–811.