

Kết quả phẫu thuật nội soi qua phúc mạc lấy thận để ghép: Tổng kết 500 trường hợp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Results of transperitoneal laparoscopic donor nephrectomy: A 500-case series at 108 Military Central Hospital

Nguyễn Việt Hải, Trần Văn Linh, Nguyễn Thu Hà
Đỗ Tuấn Anh và Nguyễn Bá Tuấn*

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, kỹ thuật và kết quả phẫu thuật lấy thận từ người hiến sống bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 501 trường hợp lấy thận ghép tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 giai đoạn 2016 - 2025. Các chỉ số được phân tích gồm đặc điểm người hiến, đặc điểm mạch máu thận, thời gian phẫu thuật, mất máu, biến chứng và so sánh với các trung tâm khác. **Kết quả:** Tuổi trung bình người hiến là $31,74 \pm 7,99$; nữ chiếm 33,4%. Thận trái được lựa chọn chủ yếu (80,5%). Tỷ lệ có ≥ 2 động mạch thận là 19,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình 96 ± 25 phút; lượng máu mất 102 ± 40 ml; thời gian thiếu máu nóng $3,3 \pm 0,8$ phút. Tỷ lệ biến chứng Clavien-Dindo độ I-II là 2,5% và độ III-IV là 0,8%. Không có trường hợp nào phải truyền máu, tỷ lệ chuyển phẫu thuật mở là 0,2%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi lấy thận từ người hiến sống là phương pháp an toàn, hiệu quả, ít biến chứng và có thể triển khai thường quy tại các trung tâm ghép tạng lớn.

Từ khóa: Ghép thận, người hiến sống, phẫu thuật nội soi lấy thận.

Summary

Objective: To evaluate the clinical characteristics, surgical techniques, and outcomes of laparoscopic living donor nephrectomy at 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A total of 501 living donor nephrectomies performed at 108 Military Central Hospital between 2016 and 2025. Analyzed variables included donor characteristics, renal vascular anatomy, operative time, blood loss, complications, and comparisons with other transplantation centers. **Result:** The mean donor age was 31.74 ± 7.99 years, with females accounting for 33.4% of cases. The left kidney was predominantly selected (80.5%). Multiple renal arteries (≥ 2 arteries) were identified in 19.3% of donors. The mean operative time was 96 ± 25 minutes, estimated blood loss was 102 ± 40 mL, and warm ischemia time was 3.3 ± 0.8 minutes. The rates of Clavien-Dindo grade I-II and grade III-IV complications were 2.5% and 0.8%, respectively. No patients required blood transfusion, and the conversion rate to open surgery was 0.2%. **Conclusion:** Laparoscopic living donor nephrectomy is a safe and effective procedure associated with low complication rates and can be routinely implemented in major transplant centers.

Keywords: Kidney transplantation, living donor, laparoscopic donor nephrectomy.

Ngày nhận bài: 9/4/2026, ngày chấp nhận đăng: 25/5/2026

* Tác giả liên hệ: nguyenbatuan1105@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm tỷ lệ tử vong so với lọc máu kéo dài¹. Trong đó, ghép thận từ người hiến sống ngày càng được ưu tiên nhờ thời gian chờ ghép ngắn, chức năng thận ghép tốt và kết quả lâu dài vượt trội².

Sự phát triển của các kỹ thuật phẫu thuật đã góp phần quan trọng nâng cao hiệu quả ghép thận. Phẫu thuật mở lấy thận truyền thống tuy an toàn nhưng còn nhiều hạn chế như đau sau phẫu thuật, thời gian hồi phục dài và ảnh hưởng thẩm mỹ. Từ năm 1995, phẫu thuật nội soi lấy thận từ người hiến sống (Laparoscopic Living Donor Nephrectomy - LLDN) ra đời và nhanh chóng trở thành tiêu chuẩn nhờ ưu điểm ít xâm lấn, giảm đau, giảm mất máu và rút ngắn thời gian nằm viện^{3,4}.

Tại Việt Nam, kỹ thuật này đã được triển khai rộng rãi tại các trung tâm ghép tạng lớn. Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là một trong những đơn vị có số lượng ca phẫu thuật lớn với kết quả khả quan. Việc tổng kết số lượng lớn trường hợp giúp đánh giá tính an toàn, hiệu quả và rút ra kinh nghiệm thực tiễn, từ đó góp phần hoàn thiện và chuẩn hóa quy trình phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu bao gồm các người hiến thận sống được phẫu thuật nội soi qua phúc mạc lấy thận và các cặp ghép thận tương ứng tại Khoa Tiết niệu trên và ghép thận, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tổng số trường hợp được đưa vào phân tích là 488 ca trong số 501 ca ghép thận đã thực hiện tại bệnh viện.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả hồi cứu. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của các trường hợp hiến thận và ghép thận trong giai đoạn từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 4 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Người hiến thận sống từ 18 tuổi trở lên.

Được phẫu thuật nội soi qua phúc mạc lấy thận để ghép tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong giai đoạn 2016-2025.

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, dữ liệu phẫu thuật và theo dõi sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Người hiến được phẫu thuật lấy thận bằng phương pháp mổ mở.

Các trường hợp phải chuyển đổi phương pháp phẫu thuật trước khi xử lý cuống thận.

Hồ sơ bệnh án hoặc dữ liệu theo dõi sau mổ không đầy đủ.

Quy trình đánh giá trước mổ: Người hiến được khám lâm sàng, đánh giá chức năng thận, xét nghiệm cận lâm sàng thường quy và tầm soát bệnh truyền nhiễm. Chụp CT angiography được thực hiện để đánh giá giải phẫu mạch máu thận và lựa chọn bên thận lấy. Tất cả trường hợp đều được đánh giá gây mê hồi sức, tư vấn tâm lý và hội chẩn đa chuyên khoa trước phẫu thuật.

Các biến số nghiên cứu bao gồm: Đặc điểm chung của người hiến (tuổi, giới, BMI). Đặc điểm giải phẫu thận và mạch máu (số lượng động mạch, tĩnh mạch thận, bên thận lấy). Các chỉ số trong phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian thiếu máu nóng. Kết quả sau phẫu thuật: thời gian nằm viện, biến chứng theo phân loại Clavien-Dindo, tỷ lệ chuyển phẫu thuật mở.

Kỹ thuật phẫu thuật: Phẫu thuật được thực hiện bằng nội soi qua phúc mạc với người bệnh ở tư thế nằm nghiêng 70 - 90°. Sau khi đặt 3 - 4 trocar, đại tràng được di động để bộc lộ thận và cuống thận. Động mạch và tĩnh mạch thận được kiểm soát bằng Hem-o-lok hoặc stapler mạch máu, niệu quản được cắt ở vị trí thấp đảm bảo nuôi dưỡng. Thận được lấy qua đường Pfannenstiel hoặc đường mổ nhỏ hố chậu và được bảo quản lạnh ngay sau lấy.

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

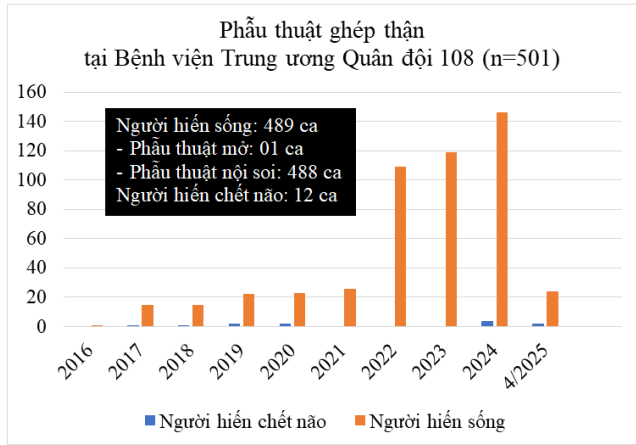
2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Tất cả thông tin bệnh

nhân được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Dữ liệu được thu thập sau khi có sự đồng thuận của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp. Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị và không gây thêm bất kỳ nguy cơ nào cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 501 trường hợp ghép thận tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.



Nhận xét: Số ca ghép thận tăng dần theo thời gian, chủ yếu từ người hiến sống; ghép từ người cho chết não chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 1. Đặc điểm chung người hiến được phẫu thuật nội soi lấy thận (n = 488)

Đặc điểm chung	
Tuổi	31,74 ± 7,99
Nữ giới	163 (33,4%)
Thận trái	393 (80,5%)
BMI (kg/m ²)	23,4 ± 4,2
eGFR trước phẫu thuật (ml/phút)	119,7 ± 12,9
Số lượng động mạch thận	
Một động mạch	394 (80,7%)
Nhiều động mạch (≥ 2 động mạch)	94 (19,3%)
Số lượng tĩnh mạch thận	
Một tĩnh mạch	478 (98%)
Nhiều tĩnh mạch (≥ 2 tĩnh mạch)	10 (2%)

Nhận xét: Người hiến chủ yếu còn trẻ, BMI và chức năng thận trong giới hạn bình thường. Đa số lấy thận trái với giải phẫu mạch máu thuận lợi.

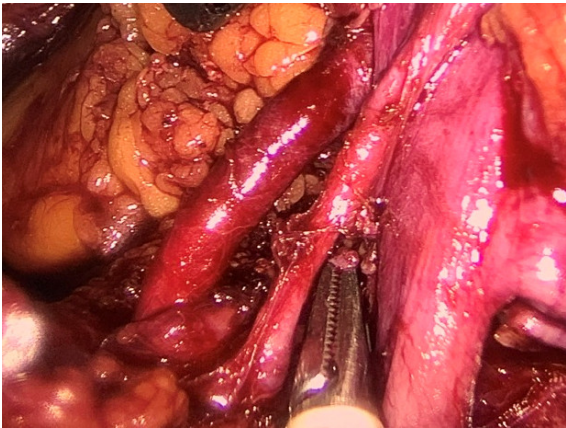
Bảng 2. Đặc điểm trong phẫu thuật của người hiến (n = 488)

Biến số	
Thời gian phẫu thuật (phút)	96 ± 25
Lượng máu mất (ml)	102 ± 40
Thời gian thiếu máu nóng (phút)	3,3 ± 0,8
Thời gian dẫn lưu (ngày)	2,1 ± 0,2
Thời gian nằm viện (ngày)	4,3 ± 2,1
Chuyển phẫu thuật mở	1 (0,2%)
Biến chứng Clavien-Dindo	
Loại I-II	12 (2,5%)
Loại III-IV	4 (0,8%)

Nhận xét: Kết quả phẫu thuật thuận lợi với thời gian mổ ngắn, lượng máu mất ít, thời gian thiếu máu nóng ngắn và tỷ lệ biến chứng thấp, cho thấy tính an toàn cao của kỹ thuật.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của 488 người hiến thận sống cho thấy quần thể nghiên cứu được lựa chọn chặt chẽ, phù hợp tiêu chuẩn hiến thận an toàn. Người hiến chủ yếu còn trẻ với chức năng thận tốt và nguy cơ chu phẫu thấp. Đa số trường hợp lấy thận trái do thuận lợi về chiều dài tĩnh mạch thận. Tỷ lệ một động mạch và một tĩnh mạch thận cao cho thấy giải phẫu mạch máu thuận lợi, góp phần đảm bảo an toàn phẫu thuật và tối ưu kết quả ghép.



Hình 1. Trường hợp có 2 động mạch thận



Hình 2. Trường hợp có 2 tĩnh mạch thận

Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi (96 ± 25 phút) thấp hơn rõ rệt so với nhiều trung tâm trong và ngoài nước. Cụ thể, Trần Văn Hinh ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình $103,01 \pm 34,78$ phút, Lê Nguyên Vũ là 121 ± 17 phút, trong khi Châu Quý Thuận báo cáo cao hơn đáng kể (181 ± 29 phút)^{5,6,7}. Trên thế giới, các nghiên cứu cũng cho thấy thời gian phẫu thuật thường dài hơn, như Sahil Rally (140 ± 34 phút), Julia Dagnæs-Hansen ($178,8 \pm 27,9$ phút) và đặc biệt Eric G. Treat lên tới 209,8 phút^{8,9,10}.

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật qua các nghiên cứu

Tác giả	Thời gian phẫu thuật (phút)
Trần Văn Hinh ⁵ (Bệnh viện 103) (n = 572)	$103,01 \pm 34,78$
Châu Quý Thuận ⁷ (Bệnh viện Chợ Rẫy) (n = 639)	181 ± 29
Lê Nguyên Vũ ⁶ (Bệnh viện Việt Đức) (n = 250)	121 ± 17
Sahil Rally ⁸ , 2020 (Ấn Độ) (n = 2524)	140 ± 34
Eric G. Treat ¹⁰ , 2015 (Hoa Kỳ) (n = 1300)	209,8 (72 - 445)
Julia Dagnæs- Hansen ⁹ , 2022 (châu Âu) (n = 1255)	$178,8 \pm 27,9$
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (n = 488)	96 ± 25

Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố. Thứ nhất, kinh nghiệm phẫu thuật viên và sự chuẩn hóa quy trình đóng vai trò quan trọng trong việc rút ngắn thời gian phẫu thuật. Thứ hai, việc lựa chọn người hiến phù hợp với giải phẫu thuận lợi cũng góp phần giảm độ phức tạp kỹ thuật. Ngoài ra, việc áp dụng thường quy kỹ thuật nội soi qua phúc mạc với đường tiếp cận tối ưu giúp kiểm soát cuống thận nhanh và an toàn hơn. Thứ ba, đánh giá trước mổ bằng CT angiography cho phép nhận diện chính xác bất thường mạch máu, từ đó lập kế hoạch phẫu thuật phù hợp và giảm nguy cơ tổn thương mạch. Ngoài ra, đa số người hiến có BMI trong giới hạn bình thường và giải phẫu mạch máu thuận lợi, giúp quá trình bóc tách dễ dàng hơn. Sự phối hợp đồng bộ giữa phẫu thuật viên, gây mê hồi sức và kíp ghép cũng góp phần rút ngắn thời gian thiếu máu nóng và hạn chế biến chứng chu phẫu.

Kết quả này cho thấy thời gian phẫu thuật ngắn không làm gia tăng biến chứng, khẳng định tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật. Điều này phù hợp với xu hướng chung trên thế giới, khi LLDN ngày càng được tối ưu hóa và trở thành tiêu chuẩn trong ghép thận từ người hiến sống.

Bảng 4. Lượng máu mất qua các nghiên cứu

Tác giả	Lượng máu mất (ml)
Lê Nguyên Vũ ⁶ (Bệnh viện Việt Đức) (n = 250)	$112,4 \pm 81,07$
Châu Quý Thuận ⁷ (Bệnh viện Chợ Rẫy) (N = 639)	$74,4 \pm 48,3$
Eric G. Treat ¹⁰ , 2015 (Hoa Kỳ) (n = 1300)	38,3
Julia Dagnæs- Hansen ⁹ , 2022 (Châu Âu) (n = 1034)	$71,3 \pm 49,9$
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (n = 488)	102 ± 40

Lượng máu mất trong nghiên cứu của chúng tôi (102 ± 40 ml) tương đương với các báo cáo trong

nước và quốc tế. Cụ thể, Lê Nguyên Vũ ghi nhận lượng máu mất $112,4 \pm 81,07\text{ml}$, trong khi Châu Quý Thuận báo cáo thấp hơn ($74,4 \pm 48,3\text{ml}$)^{6,7}. Trên thế giới, các nghiên cứu cho thấy lượng máu mất thường thấp hơn, như Julia Dagnæs-Hansen ($71,3 \pm 49,9\text{ml}$) và đặc biệt Eric G. Treat chỉ $38,3\text{ml}$ ^{9,10}.

Sự khác biệt này có thể liên quan đến kinh nghiệm phẫu thuật viên, kỹ thuật kiểm soát cuống thận và mức độ phức tạp giải phẫu mạch máu. Ngoài ra, việc xử trí các trường hợp đa động mạch hoặc bất thường mạch máu cũng có thể làm tăng lượng máu mất trong phẫu thuật. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi vẫn ở mức chấp nhận được và không có trường hợp cần truyền máu, cho thấy tính an toàn của kỹ thuật. Điều này phù hợp với các nghiên cứu cho thấy LLDN là phương pháp ít xâm lấn với lượng máu mất thấp.

Bảng 5. Thời gian thiếu máu nóng qua các nghiên cứu

Tác giả	Thời gian thiếu máu nóng (phút)
Trần Văn Hình ⁵ (Bệnh viện 103) (n = 572)	$3,1 \pm 0,5$
Châu Quý Thuận ⁷ (Bệnh viện Chợ Rẫy) (n = 639)	$4,5 \pm 1,3$
Lê Nguyên Vũ ⁶ (Bệnh viện Việt Đức) (n = 250)	$2,6 \pm 1,2$
Sahil Rally ⁸ , 2020 (Ấn Độ) (n = 2524)	5 ± 2
Eric G. Treat ¹⁰ , 2015 (Hoa Kỳ) (n = 1300)	$4,3 \pm 1,02$
Julia Dagnæs- Hansen ⁹ , 2022 (châu Âu) (n = 505)	$4,1 \pm 1$
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (n = 488)	$3,3 \pm 0,8$

Thời gian thiếu máu nóng trong nghiên cứu của chúng tôi ($3,3 \pm 0,8$ phút) ở mức thấp và tương đương với các báo cáo trong nước như Trần Văn Hình ($3,1 \pm 0,5$ phút) và Lê Nguyên Vũ ($2,6 \pm 1,2$ phút)^{5,6}. So với các nghiên cứu quốc tế, thời gian thiếu máu nóng của chúng tôi cũng thấp hơn hoặc tương đương, khi Sahil Rally ghi nhận 5 ± 2 phút,

Eric G. Treat là $4,3 \pm 1,02$ phút và Julia Dagnæs-Hansen là $4,1 \pm 1$ phút^{8,9,10}.

Thời gian thiếu máu nóng là yếu tố quan trọng ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng thận ghép sớm. Kết quả thời gian thiếu máu nóng ngắn trong nghiên cứu có thể nhờ quy trình phẫu thuật được chuẩn hóa, thao tác nhanh trong thì kẹp và cắt cuống thận, cũng như sự phối hợp hiệu quả giữa các ekip phẫu thuật. Ngoài ra, kinh nghiệm phẫu thuật viên và lựa chọn người hiến phù hợp cũng góp phần tối ưu hóa thời gian này. Kết quả này cho thấy kỹ thuật LLDN tại trung tâm đạt hiệu quả cao, đảm bảo chất lượng thận ghép và phù hợp với tiêu chuẩn quốc tế.

Bảng 6. Biến chứng theo phân loại Clavien-Dindo qua các nghiên cứu

Tác giả	Phân loại Clavien-Dindo	
	Loại I-II	Loại III-IV
Trần Văn Hình ⁵ (Bệnh viện 103) (n = 572)	12 (2,1%)	2 (0,3%)
Châu Quý Thuận ⁷ (Bệnh viện Chợ Rẫy) (n = 639)	5 (0,8%)	2 (0,3%)
Sahil Rally ⁸ , 2020 (Ấn Độ) (n = 2524)	5 (0,2%)	31 (1,3%)
Eric G. Treat ¹⁰ , 2015 (Hoa Kỳ) (n = 1300)	105 (7,9%)	
Julia Dagnæs- Hansen ⁹ , 2022 (châu Âu) (n = 1086)	7 (6,3%)	2 (1,7%)
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (n = 488)	12 (2,5%)	4 (0,8%)

Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp, với Clavien-Dindo độ I-II là 2,5% và độ III-IV là 0,8%, tương đương với các báo cáo trong nước như Trần Văn Hình (2,1% và 0,3%) và Châu Quý Thuận (0,8% và 0,3%)^{5,7}. So với các nghiên cứu quốc tế, kết quả này cũng nằm trong giới hạn chấp nhận được. Sahil Rally ghi nhận tỷ lệ biến chứng nặng (III-IV) là 1,3%, trong khi Julia Dagnæs-Hansen báo cáo 6,3% biến chứng nhẹ và 1,7% biến chứng nặng^{8,9,10}. Một số nghiên cứu như Eric G. Treat cho thấy tỷ lệ biến chứng chung cao hơn (7,9%), có thể do cỡ mẫu lớn và tiêu chuẩn ghi nhận biến chứng khác nhau¹⁰.

Kết quả này phản ánh tính an toàn cao của kỹ thuật LLDN tại trung tâm. Tỷ lệ biến chứng thấp có thể liên quan đến lựa chọn người hiến phù hợp, kỹ thuật phẫu thuật chuẩn hóa và kinh nghiệm của ekip phẫu thuật. Đồng thời, việc phát hiện và xử trí sớm các biến chứng góp phần hạn chế tiến triển nặng, đảm bảo kết quả điều trị tối ưu.

Trường hợp lâm sàng sau minh họa biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng sau phẫu thuật nội soi lấy thận từ người hiến sống: chảy máu muộn do tuột clip Hem-o-lok khỏi cuống động mạch thận. Bệnh nhân nam 34 tuổi xuất hiện mất máu nặng sau mổ 4 giờ và phải phẫu thuật cấp cứu. Trong mổ lại, bệnh nhân ngừng tim 3 phút, được hồi sức tích cực, truyền máu khối lượng lớn và sử dụng hệ thống thu hồi máu (cell saver). Nhờ phối hợp đa chuyên khoa, tình trạng chảy máu được kiểm soát và bệnh nhân được cứu sống.



Hình 3. Trường hợp phẫu thuật cấp cứu sau phẫu thuật nội soi lấy thận để ghép

Nguyên nhân được xác định là do tuột Hem-o-lok gây chảy máu phun thành tia từ đầu mạch động mạch thận. Cơ chế có thể liên quan đến việc sử dụng hai clip Hem-o-lok kẹp chồng lên nhau cùng với một clip titan, dẫn đến giảm độ ổn định của hệ thống kẹp và tăng nguy cơ trượt clip khỏi mạch máu. Các báo cáo trong y văn đã ghi nhận biến chứng tương tự, trong đó Friedman và cộng sự mô tả các trường hợp chảy máu nặng, bao gồm cả tử vong, liên quan đến phẫu thuật lấy thận từ người hiến sống¹¹. Hsi và cộng sự cũng ghi nhận các biến chứng mạch máu sau LLDN, nhấn mạnh vai trò của

kỹ thuật kiểm soát cuống thận trong việc phòng ngừa chảy máu nguy hiểm¹². Đặc biệt, Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã từng cảnh báo về các biến cố bất lợi liên quan đến Hem-o-lok clip, bao gồm các trường hợp tuột clip gây xuất huyết nghiêm trọng¹³.

Trường hợp này cho thấy cần thận trọng trong kỹ thuật kiểm soát cuống thận, theo dõi sát hậu phẫu sớm và tăng cường phối hợp đa chuyên khoa để xử trí kịp thời các biến chứng nặng. Mặc dù LLDN là phương pháp an toàn, vẫn có thể xảy ra các biến chứng nghiêm trọng cần được chuẩn bị và xử trí hiệu quả.

Hạn chế: Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp hồi cứu nên có thể tồn tại sai số thu thập dữ liệu và phụ thuộc vào tính đầy đủ của hồ sơ bệnh án. Đây là nghiên cứu đơn trung tâm với đối tượng nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, do đó khả năng khái quát hóa kết quả còn hạn chế. Ngoài ra, nghiên cứu chủ yếu đánh giá kết quả chu phẫu, chưa phân tích đầy đủ kết quả dài hạn ở người hiến cũng như chức năng và thời gian sống của thận ghép sau ghép.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lấy thận từ người hiến sống tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là phương pháp an toàn, hiệu quả, với kết quả tương đương các trung tâm ghép thận trong và ngoài nước. Tỷ lệ biến chứng thấp, các chỉ số phẫu thuật thuận lợi, khẳng định tính khả thi và độ tin cậy của kỹ thuật. Tuy nhiên, cần luôn thận trọng, sẵn sàng xử trí các biến chứng nặng và tăng cường phối hợp đa chuyên khoa nhằm đảm bảo an toàn tối đa cho người hiến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL, Ojo AO, Ettenger RE, Agodoa LY et al (1999) *Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant*. N Engl J Med 341(23): 1725-1730.
2. Ibrahim HN, Foley R, Tan L, Rogers T, Bailey RF, Guo H et al (2009) *Long-term consequences of kidney donation*. N Engl J Med 360(5): 459-469.

3. Ratner LE, Ciseck LJ, Moore RG, Cigarroa FG, Kaufman HS, Kavoussi LR (1995) *Laparoscopic live donor nephrectomy*. Transplantation 60(9): 1047-1049.
4. Tooher RL, Rao MM, Scott DF, Wall DR, Francis DM, Bridgewater FH et al (2004) *A systematic review of laparoscopic live-donor nephrectomy*. Transplantation 78(3): 404-414.
5. Trần Văn Hình (2022) *Một số tiến bộ kỹ thuật lấy thận ghép từ người cho sống tại Bệnh viện Quân y 103*. Báo cáo tại Hội nghị khoa học liên viện về ghép thận giữa Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 103 Lào.
6. Lê Nguyên Vũ, Đỗ Quang Nghĩa, Đỗ Trường Thành (2018) *Nội soi lấy thận phải để ghép tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh 22(4): 191-200.
7. Châu Quý Thuận (2023) *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt thận để ghép từ người hiến sống tại Bệnh viện Chợ Rẫy*. Tạp chí Y học Việt Nam 7: 202-209.
8. Rally S et al (2020) *Outcomes of laparoscopic donor nephrectomy: A large single-center experience*. Urology.
9. Dagnæs-Hansen J et al (2022) *European experience in laparoscopic donor nephrectomy*. Transpl Int.
10. Treat EG et al (2015) *Laparoscopic donor nephrectomy outcomes in the United States*. Transplantation.
11. Friedman AL, Peters TG, Jones KW, Boulware LE, Ratner LE (2006) *Fatal and nonfatal hemorrhagic complications of living kidney donation*. Ann Surg 243(1): 126-130.
12. Hsi RS, Ojogho ON, Baldwin DD (2009) *Analysis of vascular complications after laparoscopic donor nephrectomy*. J Urol 181(3): 1109-1113.
13. U.S. Food and Drug Administration (FDA) (2006) *MAUDE Adverse Event Report: Hem-o-lok clip associated hemorrhage in laparoscopic donor nephrectomy*.