

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG CHẬM LIỀN VẾT MỒ Ở BỆNH NHÂN GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Thanh Nga^{1}, Trương Thị Ánh Dung¹, Nguyễn Hoài Nam¹
Nguyễn Văn Quyết¹, Bùi Quang Huy¹, Vũ Đình Ngà¹, Trần Bách Thảo¹
Tạ Thị Thu Hường¹, Nguyễn Thanh Tân¹, Trần Văn Tùng¹, Nguyễn Chí Tuệ¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến chậm liền vết mổ sau phẫu thuật ghép thận. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 100 bệnh nhân (BN) ghép thận nhập Khoa Ghép, Hồi sức và Điều trị sau ghép, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 7/2024 - 4/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ chậm liền vết mổ chung là 26% (26/100), trong đó tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 7%. Tỷ lệ chậm liền vết mổ ở nhóm BN đái tháo đường (ĐTĐ), thải ghép cấp, chảy máu sau mổ, glucose ngay sau mổ $\geq 11,1$ mmol/L cao hơn nhóm liền tốt ($p < 0,05$). Có tiền sử ĐTĐ, thải ghép cấp, dùng dẫn nhập ATG, nồng độ glucose máu $\geq 11,1$ mmol/L là các yếu tố nguy cơ độc lập tiên lượng tình trạng chậm liền vết mổ sau ghép thận với OR lần lượt là 2,97; 3,45; 2,3 và 2,87 ($p < 0,05$). **Kết luận:** Các yếu tố nguy cơ đối với chậm liền vết mổ sau ghép thận có thể được phát hiện sau phẫu thuật. Việc tăng cường theo dõi sau phẫu thuật và can thiệp sớm cho những BN có các yếu tố này có thể ngăn ngừa hiệu quả tình trạng chậm liền vết mổ sau ghép thận.

Từ khóa: Chậm liền vết mổ; Phẫu thuật ghép thận; Nhiễm khuẩn vết mổ.

ASSESSMENT OF DELAYED WOUND HEALING IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS AT MILITARY HOSPITAL 103

Abstract

Objectives: To survey the rate and analyse risk factors for delayed wound healing after kidney transplant surgery. **Methods:** A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 100 kidney transplant patients admitted to the

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thanh Nga (ngavmmu@gmail.com)

Ngày nhận bài: 24/7/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 10/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si4.1469>

Department of Transplantation, Resuscitation and Post-Transplant Treatment, Military Hospital 103 from July 2024 to April 2025. **Results:** The overall rate of delayed wound healing was 26% (26/100), of which the rate of wound infection was 7%. The rate of delayed wound healing in the group of patients with diabetes, acute rejection, postoperative bleeding, and glucose ≥ 11.1 mmol/L was higher than that of the good healing group ($p < 0.05$). The study also showed that a history of diabetes, acute rejection, use of ATG, and blood glucose ≥ 11.1 mmol/L were independent risk factors predicting delayed wound healing after kidney transplantation with OR of 2.97, 3.45, 2.3, and 2.87, respectively ($p < 0.05$). **Conclusion:** Risk factors for delayed wound healing after kidney transplantation can be detected after surgery. Strengthening postoperative monitoring and early intervention of recipients with such factors may effectively prevent delayed wound healing after kidney transplantation.

Keywords: Delayed wound healing; Kidney transplantation; Surgical site infection.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là biện pháp hiệu quả nhất để điều trị cho BN mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối. Người được ghép thận đã ở trong tình trạng bệnh thận giai đoạn cuối từ lâu trước khi phẫu thuật, dẫn đến tích tụ độc tố lâu dài, mất protein trầm trọng, giảm tưới máu thận, phù nề, rối loạn điện giải. Kết quả là họ dễ bị vết thương khó lành hơn những BN phẫu thuật khác. Ngoài ra, việc sử dụng corticosteroid liều cao và thuốc ức chế miễn dịch sau ghép thận làm tăng nguy cơ chậm liền vết mổ. Tỷ lệ chậm liền vết mổ được báo cáo dao động từ 10 - 25% dẫn đến kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị [1 - 3]. Vì vậy,

việc quản lý đa mô thức, tập trung vào phòng ngừa, xác định sớm các nhóm có nguy cơ cao là rất quan trọng để giảm nguy cơ chậm liền vết mổ, cải thiện kết cục cho BN. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Xác định tỷ lệ chậm liền vết mổ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chậm liền vết mổ sau phẫu thuật ghép thận.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 100 BN ghép thận nhập Khoa Ghép, Hồi sức và Điều trị sau ghép, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 7/2024 - 4/2025.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:*

BN ≥ 18 tuổi; đồng ý tham gia nghiên cứu; BN được theo dõi ít nhất 14 ngày đầu sau ghép.

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

BN ghép đa tạng (thận - tụy; tim - thận).

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang từ lúc phẫu thuật cho tới lúc ra viện.

** Cỡ mẫu:* Chọn tất cả BN trong khoảng thời gian nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

** Chỉ tiêu nghiên cứu:* Giới tính, BMI, tiền sử bệnh lý, loại ghép, thuốc ức chế miễn dịch, các xét nghiệm trước, trong và sau ghép (ure, creatinine, albumin, công thức máu, glucose máu), tình trạng vết mổ sau ghép.

Tiêu chuẩn dừng trong nghiên cứu: Chẩn đoán chậm liền vết mổ khi vết mổ không liền sau 14 ngày đầu sau ghép thận; chẩn đoán nhiễm trùng vết mổ khi vết mổ sưng, đau, đỏ, chảy dịch, cấy dịch vết mổ mọc vi khuẩn hoặc xét nghiệm tế bào học dịch vết mổ có tế bào

mủ; phân loại béo phì theo chỉ số BMI được áp dụng theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới cho người châu Á năm 2004.

** Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến số định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm. Test Kolmogorov-Smirnov được thực hiện để kiểm tra phân phối chuẩn của các biến. Biến số định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm định sự khác biệt giữa hai biến định lượng có phân phối chuẩn bằng phép kiểm T-test, giữa hai biến định lượng không có phân phối chuẩn bằng phép kiểm Mann-Whitney. So sánh giữa phân nhóm và các thời điểm khác nhau có sự khác biệt nếu $p < 0,05$; phân tích các yếu tố nguy cơ bằng kiểm định Chi-square.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo quy định trong nghiên cứu của Khoa Ghép, Hồi sức và Điều trị sau ghép, Bệnh viện Quân y 103. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu (n = 100).

Biến số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính (nam)	64	64
BMI		
≥ 25	7	7
< 25	93	93
Người hiến		
Chết não	6	6
Sống	94	94
Phương thức điều trị trước ghép		
Thận nhân tạo	81	81
Chưa lọc máu	13	13
Lọc màng bụng	6	6
ĐTĐ	13	13
Tăng huyết áp	49	49
Thuốc dẫn nhập		
ATG	41	41
Simulec	59	59
Thải ghép	5	5
Chậm chức năng thận ghép	2	2
Chảy máu sau mổ	3	3
Truyền máu	17	17
Glucose ngay sau mổ $\geq 11,1$ mmol/L	29	29

BN trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là nam giới (64%), chủ yếu ghép thận từ người cho sống (94%). Tỷ lệ mắc bệnh lý mạn tính khá cao (62%); tỷ lệ thải ghép thấp (5%). Tỷ lệ chậm chức năng thận ghép là rất thấp với 2/100 BN (2%); tỷ lệ BN phải truyền máu sau mổ là khá cao (17%).

2. Tình trạng chậm liền vết mổ

Bảng 2. Tỷ lệ chung chậm liền vết mổ.

Tình trạng vết mổ	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Liền tốt	74	74
Chậm liền	26	26
Nhiễm trùng vết mổ	7	7

Tỷ lệ chậm liền vết mổ chung là 26%; trong đó, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 7%, và tất cả các BN này đều được tách hết vết mổ và hút áp lực âm liên tục để điều trị.

Bảng 3. Tình trạng chậm liền vết mổ theo vị trí.

Tình trạng vết mổ	Số BN (n = 26)	Tỷ lệ (%)
1/3 trên	12	46,2
1/3 giữa	6	23,1
1/3 dưới	3	11,5
Toàn bộ	5	19,2
Hút áp lực âm	9	34,6

Có 26 BN có biểu hiện chậm liền vết mổ ở các mức độ, vị trí khác nhau; nhưng thường gặp ở vị trí 1/3 trên vết mổ. Trong đó, có 9 BN (34,6%) cần phải hút áp lực âm để điều trị chậm liền vết mổ.

3. Các yếu tố liên quan và tình trạng vết mổ chậm liền

Bảng 4. Các yếu tố liên quan và tình trạng vết mổ chậm liền.

Các yếu tố	Nhóm liền tốt	Nhóm chậm liền	Tổng (n)	p
ĐTĐ	38,5% (5/13)	61,5% (8/13)	13	< 0,05
Tăng huyết áp	71,4%	28,6%	41	> 0,05
BMI ≥ 25	42,9%	57,1%	7	> 0,05
Chảy máu	0%	100%	3	< 0,05
Thải ghép	20% (1/5)	80% (4/5)	5	< 0,05

Các yếu tố	Nhóm liền tốt	Nhóm chậm liền	Tổng (n)	p
Truyền máu	64,7% (11/17)	35,3% (6/17)	17	> 0,05
Glucose (mmol/L)	9 ± 3,2	10,6 ± 3,5	100	< 0,05
BC (G/L)	10,7 ± 4,05	12,2 ± 5,9	100	> 0,05
N (G/L)	9,7 ± 4	11,4 ± 5,9	100	> 0,05
L (G/L)	0,5 ± 0,5	0,3 ± 0,2	100	> 0,05
Albumin (gam/L)	39 ± 5	39 ± 3	100	> 0,05

Tỷ lệ chậm liền vết mổ trong nhóm ĐTĐ cao hơn hẳn so với liền tốt, với giá trị lần lượt là 61,5% và 38,5% ($p < 0,05$). Xét nghiệm glucose máu sau mổ ở nhóm chậm liền vết mổ cao hơn nhóm liền tốt với giá trị lần lượt là $10,6 \pm 3,5$; $9 \pm 3,2$ ($p < 0,05$). Tỷ lệ chậm liền vết mổ trong nhóm thải ghép cao hơn so với nhóm liền tốt, với tỷ lệ lần lượt là 80% và 20% ($p < 0,05$). Tất cả các BN có chảy máu sau mổ đều bị chậm liền vết mổ.

Bảng 5. Phân tích hồi quy đa biến với một số yếu tố nguy cơ.

Yếu tố nguy cơ	OR	95%CI	p
ĐTĐ	2,97	1,6; 5,4	< 0,05
Thải ghép	3,45	1,9; 6,1	< 0,05
BMI > 25	0,4	0,198; 0,866	> 0,05
ATG	2,3	1,1; 4,5	< 0,05
Glucose > 11,1	2,87	1,12; 7,37	< 0,05

BN tiền sử ĐTĐ, bị thải ghép sau ghép thận, tăng glucose máu sau ghép có nguy cơ chậm liền vết mổ cao hơn với tỷ lệ lần lượt là 2,97; 3,45 và 2,87 ($p < 0,05$).

BÀN LUẬN

Qua theo dõi 100 BN ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi thấy tỷ lệ chung của chậm liền vết mổ là 26% (Bảng 2), với các mức độ và vị trí khác nhau, thường gặp nhất là chậm liền ở da

và tổ chức dưới da, trong đó, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 7% với các biểu hiện là nề đỏ ở vết mổ. Tất cả các BN này đều được xét nghiệm tế bào dịch vết mổ có tế bào mủ cấy dịch vết mổ cho kết quả âm tính. Trong nghiên cứu của chúng

tôi, tỷ lệ chậm liền vết mổ cao hơn so với nghiên cứu của Huaibin Sun (2024), tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ của chúng tôi thấp hơn (16,9%) [3]. Điều này chứng tỏ ở Bệnh viện Quân y 103 làm khá tốt trong việc kiểm soát nhiễm khuẩn.

Các nghiên cứu trước đây đã báo cáo rằng nhiễm trùng là nguyên nhân phổ biến khiến vết thương chậm lành sau ghép thận và tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ trong ghép thận là $\approx 2 - 10\%$. Nếu quy trình được vô trùng trước, trong và sau phẫu thuật, tỷ lệ này có thể giảm xuống $< 0,5\%$. Nhiễm trùng vết mổ sau ghép thận biểu hiện bằng tình trạng đỏ, sưng và đau tại vị trí vết thương, có thể đe dọa chức năng của thận được ghép. Nghiên cứu của Maristela P Freire (2015) trên 819 BN ghép thận cho thấy việc nhiễm trùng tại vị trí vết mổ làm tăng tỷ lệ mất chức năng thận ghép gấp 4,85 lần ($p < 0,05$) [4]. Do đó, việc ngăn ngừa nhiễm trùng vết mổ là vô cùng quan trọng. Các biện pháp cơ bản nhất để ngăn ngừa nhiễm trùng vết mổ là phẫu thuật vô trùng trong và sau phẫu thuật, đồng thời dẫn lưu vết mổ sau phẫu thuật đầy đủ. Sau phẫu thuật, cần rửa vết thương ngay lập tức và băng bó, điều này sẽ ngăn ngừa nhiễm trùng vết mổ và thúc đẩy quá trình liền vết mổ.

Ngày nay, ghép thận được thực hiện thường quy trên toàn thế giới và biến chứng chậm liền vết mổ có lẽ là một trong những biến chứng hậu phẫu phổ biến nhất. Nhiều nghiên cứu đã tìm hiểu các yếu tố khác nhau gây ra biến chứng chậm liền vết mổ, chẳng hạn như thuốc ức chế miễn dịch, steroid, BMI cao, ĐTD và các đợt thải ghép [5].

Béo phì được coi là một trong những yếu tố có hại nhất gây ra các biến chứng vết thương sau ghép. Thời gian phẫu thuật kéo dài và tình trạng thiếu máu cục bộ mô được dự đoán sẽ góp phần làm tăng tỷ lệ biến chứng chậm liền vết mổ ở BN béo phì. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ béo phì khá thấp. Chỉ có 7/100 BN có BMI ≥ 25 và không có sự khác biệt về tỷ lệ chậm liền và liền tốt vết mổ ở BN béo phì (*Bảng 4*).

Về vấn đề thuốc, sự thành công của việc ghép tạng phụ thuộc vào liệu pháp ức chế miễn dịch. Việc dùng thuốc dẫn nhập đã trở thành một phần của chế độ chăm sóc tiêu chuẩn tại nhiều trung tâm ghép tạng, giúp giảm tình trạng thải ghép cấp tính sau ghép. Trong thập kỷ qua, việc sử dụng thuốc dẫn nhập đã tăng từ 30% lên 75%. Nhiều tác giả đã chứng minh tác dụng có lợi của thuốc dẫn nhập bao gồm globulin kháng tế bào tuyến ức thỏ (rATG), thymoglobulin,

genzyme, alemtuzumab, basiliximab và daclizumab. ATG là kháng thể đa dòng dùng trong ức chế miễn dịch. Cơ chế tác dụng của nó dựa trên khả năng tiêu diệt tế bào lympho T, từ đó làm giảm tăng sinh tế bào, chậm tái tạo mô, chậm liền vết mổ. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, việc dùng thuốc dẫn nhập là ATG làm tăng nguy cơ chậm liền vết mổ gấp 2,87 lần (95%CI: 1,1 - 4,5; $p < 0,05$). Nghiên cứu Pourmand và CS (2012) trên 333 BN ghép thận hiện tại có 6,3% BN gặp biến chứng chậm liền vết mổ (10,8% ở nhóm ATG so với 4,5% ở nhóm không dùng ATG) [6]. Như vậy, dùng thuốc dẫn nhập ATG làm tăng nguy cơ chậm liền vết mổ.

Tỷ lệ thải ghép cấp trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 5%. Trong đó có 3 BN là thải ghép dịch thể, 2 BN đáp ứng với corticoid liều xung, 1 BN phải chuyển đổi huyết tương và truyền IVIG để điều trị thải ghép. 2 BN thải ghép tế bào cần điều trị corticoid liều xung và ATG. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong 5 BN thải ghép có tới 4 BN chậm liền vết mổ và chỉ có 1 BN vết mổ liền tốt. Ngoài ra, theo kết quả bảng 5 cho thấy BN có tình trạng thải ghép cấp làm tăng nguy cơ chậm liền vết mổ gấp 3,45 lần ($p < 0,05$). Như vậy, việc BN phải điều trị thải ghép cũng là yếu tố nguy cơ gây chậm liền vết mổ.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ĐTD là 13/100 BN (13%). Tỷ lệ chậm liền vết mổ ở nhóm BN ĐTD cao hơn hẳn so với nhóm liền tốt với tỷ lệ lần lượt là 61,5%; 38,5% ($p < 0,05$). Nồng độ glucose máu tại thời điểm mổ về ở nhóm chậm liền vết mổ cao hơn so với nhóm liền tốt lần lượt là $10,6 \pm 3,5$; $9 \pm 3,2$ ($p < 0,05$). Theo kết quả của bảng 5, BN có tiền sử ĐTD có tăng nguy cơ chậm liền vết mổ cao gấp 2,97 lần (95%CI: 1,6 - 5,4; $p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Lu H và CS (2022), cụ thể, tác giả nghiên cứu trên 90 BN ghép thận cho thấy đối với nhóm BN có tiền sử ĐTD có khả năng bị chậm liền vết mổ hơn với $OR = 3,57$ ($p < 0,05$) [2]. Nghiên cứu của Đỗ Văn Nam và CS (2024) cũng cho thấy tăng nồng độ glucose máu ngay sau ghép thận có khả năng tiên đoán tốt biến chứng nhiễm trùng, chậm liền vết mổ, thải ghép cấp trong 14 ngày đầu ghép thận [7].

KẾT LUẬN

Chậm liền vết mổ là biến chứng sớm sau ghép thận, tạo ra gánh nặng lớn cho BN. Do đó, các yếu tố nguy cơ gây chậm liền vết mổ như tiền sử ĐTD, dùng thuốc dẫn nhập ATG, thải ghép cấp, glucose $\geq 11,1$ mmol/L sau ghép thận cần được xác định sớm và can thiệp để giảm thiểu các biến chứng chậm liền vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lau NS, Ahmadi N, Verran D. Abdominal wall complications following renal transplantation in adult recipients - factors associated with interventional management in one unit. *BMC Surg.* 2019 Jan 21; 19(1):10.
2. Lu H, Zheng P, Chen RY. Analysis of risk factors for impaired wound healing after kidney transplantation. *Int Wound J.* 2023 Jan; 20(1):140-144.
3. Sun H, Liu K, Peng Z. Exploration of wound-related complications post-kidney transplantation. *Int Wound J.* 2024 Apr; 21(4):e14578. DOI: 10.1111/iwj.14578. Epub 2023 Dec 19. Retraction in: *Int Wound J.* 2025 Apr; 22(4):e70485.
4. Freire MP, Antonopoulos IM, Piovesan AC. Amikacin prophylaxis and risk factors for surgical site infection after kidney transplantation. *Transplantation.* 2015 Mar; 99(3):521-527. DOI: 10.1097/TP.0000000000000381. PMID: 25254907.
5. Gioco R, Sanfilippo C, Veroux P. Abdominal wall complications after kidney transplantation: A clinical review. *Clin Transplant.* 2021 Dec; 35(12):e14506.
6. Pourmand GR, Dehghani S, Saraji A. Relationship between post-kidney transplantation antithymocyte globulin therapy and wound healing complications. *Int J Organ Transplant Med.* 2012; 3(2):79-84.
7. Đỗ Văn Nam. Giá trị tiên lượng biến chứng nhiễm trùng, chậm liền vết mổ và thải ghép cấp sau ghép thận của nồng độ glucose máu ngay sau ghép. *Tạp chí Y Dược học Quân sự - số đặc biệt* 10/2024.