

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

Phạm Quách Tuấn Anh^{1}, Trần Quốc Việt¹, Nguyễn Việt Cường¹
Hồ Ngọc Phát¹, Dương Minh Tú¹, Hồ Thị Cẩm Vĩ¹
Luu Viết Tính¹, Nghiêm Tấn Phú¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá biến chứng ở giai đoạn hồi sức sau ghép thận từ người hiến sống tại Bệnh viện Quân y 175. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả tiến hành trên 50 người bệnh (NB) được phẫu thuật ghép thận từ người cho sống tại Khoa Hồi sức Ngoại, Bệnh viện Quân y 175. Thu thập dữ liệu bệnh án ở NB ≥ 18 tuổi sau ghép thận từ tháng 7/2023 - 6/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $42,3 \pm 12,1$; nam giới chiếm 68%; BMI trung bình là $21,35 \pm 2,52$ kg/m². Hầu hết có bệnh nền mạn tính và thời gian lọc máu trước ghép dài. Sau mổ, không ghi nhận biến chứng hô hấp nặng. Có 2% cần dùng thuốc vận mạch. Tăng huyết áp cần điều trị gấp ở 86% trường hợp. Đa niệu và rối loạn điện giải xuất hiện sớm sau mổ nhưng cải thiện nhanh, nồng độ ure và creatinine gần bình thường sau 3 ngày. Có 6 NB (12%) ghi nhận biến chứng bao gồm 2 ca chảy máu phải mổ lại, 2 ca tụ dịch bạch huyết, 2 ca thải ghép cấp. **Kết luận:** Ghép thận từ người cho sống trong giai đoạn hồi sức sau mổ còn tiềm ẩn nhiều biến chứng. Theo dõi sát sau mổ là cần thiết để phát hiện, xử trí kịp thời, góp phần nâng cao kết quả điều trị.

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

¹Bệnh viện Quân y 175

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

Ngày nhận bài: 22/9/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 8/10/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si3.1711>

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

Abstract

Objectives: To describe clinical and paraclinical characteristics and to evaluate complications during postoperative critical care after living donor kidney transplantation at Military Hospital 175. **Methods:** A retrospective, descriptive study was conducted on 50 patients who underwent living donor kidney transplantation at the Surgical ICU of Military Hospital 175, including patients ≥ 18 years who underwent kidney transplantation from July 2023 to June 2025. **Results:** the mean age was 42.3 ± 12.1 years; 68% patients were male; the mean BMI was 21.35 ± 2.52 kg/m². Most patients had chronic comorbidities and prolonged pre-transplant dialysis. No severe respiratory complications occurred postoperatively. Vasopressor support was required in 2% of cases. Hypertension requiring treatment was observed in 86% of cases. Early postoperative polyuria and electrolyte disturbances occurred but resolved quickly; serum urea and creatinine levels approached near-normal values by day 3. Complications were observed in 12% of patients (n = 6), including postoperative bleeding requiring reoperation (n = 2), lymphocele (n = 2), and acute rejection (n = 2). **Conclusion:** Living donor kidney transplantation carries considerable complication risks during the post-resuscitation period. Close postoperative monitoring is essential for timely detection and intervention to optimize outcomes.

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

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là phương pháp điều trị tối ưu cho NB mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối, giúp cải thiện tuổi thọ và chất lượng cuộc sống [1]. Tuy nhiên, người nhận thận ghép thường có bệnh lý nền mạn tính, làm tăng nguy cơ biến chứng sau mổ. Vì vậy, cần theo dõi và quản lý

tích cực trong giai đoạn hồi sức để phục hồi chức năng thận và xử trí kịp thời biến chứng sớm [2]. Mặc dù kỹ thuật phẫu thuật và liệu pháp ức chế miễn dịch đã có những tiến bộ, nhưng quản lý hậu phẫu, đặc biệt là trong giai đoạn hồi sức sau mổ tại Việt Nam vẫn chưa được thống nhất do dữ liệu còn hạn chế. Vì

vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của NB cũng như đánh giá các biến chứng sớm xảy ra trong giai đoạn hồi sức sau ghép thận từ người cho sống.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 50 NB được phẫu thuật ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 7/2023 - 6/2025.

** Tiêu chuẩn lựa chọn:* NB ≥ 18 tuổi, được ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Quân y 175 và tự nguyện tham gia nghiên cứu; các trường hợp thải ghép và chậm chức năng thận ghép sau mổ vẫn được đưa vào phân tích.

** Tiêu chuẩn loại trừ:* NB ghép thận nhiều lần, thiếu dữ liệu bệnh án quan trọng.

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.

** Các tiêu chí nghiên cứu:*

Tuổi, giới tính, BMI, bệnh kết hợp, thời gian lọc máu trước ghép, nguồn hiến thận từ người sống, tình trạng miễn dịch trước ghép - mức độ hòa hợp kháng nguyên bạch cầu người (Human Leukocyte Antigen - HLA).

Diễn biến lâm sàng và xét nghiệm giai đoạn ngay trong phẫu thuật cho đến khi chuyển ra khỏi Khoa Hồi sức được thu thập các chỉ số về hô hấp, tuần hoàn, thận - tiết niệu, điện giải đồ, ure máu, creatinine máu.

Đánh giá các biến chứng sớm trong giai đoạn hồi sức sau phẫu thuật bao gồm: Biến chứng ngoại khoa gồm các biến chứng tiết niệu (tắc nghẽn, chảy máu, rò nước tiểu), các biến chứng mạch máu (hẹp động mạch, huyết khối động mạch, huyết khối tĩnh mạch), vết mổ không liền (wound dehiscence) và chảy máu, tụ dịch sau mổ khác; thải ghép sớm dựa trên kết quả sinh thiết gồm thải ghép tối cấp, thải ghép cấp dịch thể, thải ghép cấp qua trung gian tế bào; các biến chứng nội khoa bao gồm chậm chức năng thận ghép (Delayed Graft Function), ngộ độc thận do thuốc ức chế Calcineurin, rối loạn nước điện giải nặng, phù phổi cấp, và nhiễm trùng do virus, vi khuẩn (nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vết mổ) hoặc nấm...

** Thu thập số liệu:* Dữ liệu được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, bao gồm thông tin tiền phẫu, trong mổ và giai đoạn hậu phẫu tại Khoa Hồi sức Ngoại (SICU). Các biến số chính (lâm sàng, xét nghiệm, biến chứng sớm) được ghi nhận theo các mốc thời gian: Trước mổ,

khi kết thúc phẫu thuật, 6 giờ, 24 giờ, 48 giờ và ngày 7 sau mổ. Số liệu được nhập vào phiếu thu thập tiêu chuẩn hóa và kiểm tra chéo bởi hai nghiên cứu viên để đảm bảo độ chính xác, sau đó mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê.

* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Quân y 175. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 175 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột về lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm trước ghép của đối tượng nghiên cứu (n = 50).

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (Min - Max)	42,3 ± 12,1 (20 - 66)
Giới tính	
Nam	34 (68,0%)
Nữ	16 (32,0%)
BMI trung bình (Min - Max)	21,35 ± 2,52 (16,85 - 27,60)
Thời gian chạy thận nhân tạo trước ghép (tháng)	9,5 (0 - 61)
Nguồn hiến thận	
Không cùng huyết thống	42 (84,0%)
Bất tương hợp HLA	
> 3	18 (36,0%)
Thuốc dẫn nhập	
Basiliximab	48 (96%)
Anti-thymocyte globulin	2 (4%)

Tuổi trung bình của NB là 42,3 ± 12,1 (20 - 66), nam giới chiếm 68%, BMI trung bình là 21,35 kg/m². Thời gian chạy thận nhân tạo trước ghép có trung vị là 9,5 tháng. Thận ghép chủ yếu từ người hiến sống không cùng huyết thống (84%), bất tương hợp HLA > 3 gặp ở 36%, dẫn nhập chủ yếu bằng Basiliximab 96%.

Bảng 2. Diễn biến trong phẫu thuật (n = 50).

Đặc điểm	Kết quả, TV (KTPV)
Thời gian phẫu thuật (phút)	200 (145 - 280)
CVP thời điểm tái tưới máu (mmHg)	12 (10 - 13)
Thời gian thiếu máu ấm (phút)	35 (28 - 41)
Thời gian thiếu máu lạnh (phút)	44 (31 - 55)
Thời gian thiếu máu nóng (phút)	4 (3 - 6)

(TV (KTPV): Trung vị (khoảng tứ phân vị); CVP: Central Venous Pressure - Áp lực tĩnh mạch trung tâm)

Thời gian phẫu thuật trung vị là 200 phút (145 - 280). Trung vị CVP thời điểm tái tưới máu là 12 (10 - 13). Trung vị thời gian thiếu máu ấm, lạnh và nóng lần lượt là 35 phút, 44 phút và 4 phút.

Bảng 3. Diễn biến sau phẫu thuật trong giai đoạn hồi sức (n = 50).

Đặc điểm	Kết quả
Hô hấp	
Thời gian thở oxy sau phẫu thuật (giờ), TV (KTPV)	16,3 (8,2 - 24,3)
T tuần hoàn	
Dùng thuốc vận mạch Noradrenaline, n (%)	1 (2,0)
Tăng huyết áp sau mổ, phải dùng thuốc hạ áp, n (%)	43 (86,0)
Thời gian rút catheter động mạch (ngày), TV (KTPV)	2 (1 - 3)
Thời gian rút catheter tĩnh mạch trung tâm (ngày), TV (KTPV)	6 (5 - 7)
Truyền khối hồng cầu sau mổ, n (%)	5 (10,0)

(TV (KTPV): Trung vị (khoảng tứ phân vị))

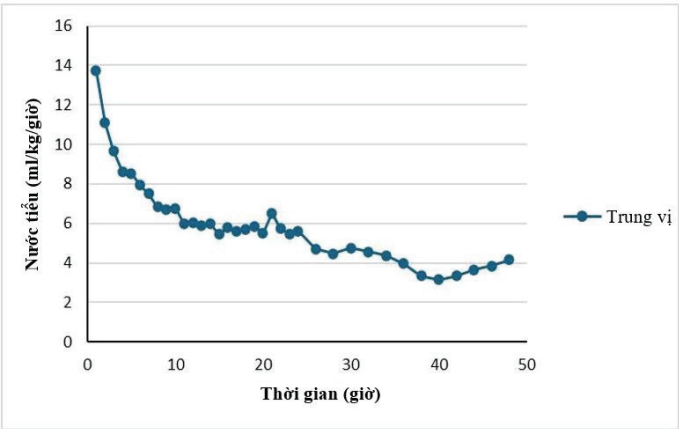
Sau phẫu thuật, không ghi nhận biến chứng hô hấp nặng. Có 1 trường hợp cần dùng vận mạch và 86% phải dùng thuốc hạ áp. Thời gian rút catheter động mạch và catheter tĩnh mạch trung tâm có trung vị lần lượt 2 ngày và 6 ngày.

Bảng 4. Nồng độ ure, creatinine máu và điện giải sau phẫu thuật.

Chỉ số	Đặc điểm	Ngay sau PT	24 giờ sau PT	48 giờ sau PT	7 ngày sau PT
Natri máu n (%)	Hạ natri máu (< 135)	25 (50,0)	16 (32,0)	11 (22,0)	11 (22,0)
	Bình thường (135 - 145)	25 (50,0)	34 (68,0)	39 (78,0)	39 (78,0)
Kali máu n (%)	Hạ kali máu ($< 3,5$)	5 (10,0)	1 (2,0)	4 (8,0)	3 (6,0)
	Bình thường (3,5 - 4,5)	35 (70,0)	40 (80,0)	38 (76,0)	45 (90,0)
	Tăng kali máu ($> 4,5$)	10 (20,0)	9 (18,0)	8 (16,0)	2 (4,0)
Calci máu toàn phần n (%)	Hạ calci máu ($< 2,0$)	2 (4,0)	0 (0,0)	3 (6,0)	0 (0,0)
	Bình thường (2,0 - 2,6)	40 (80,0)	47 (94,0)	47 (94,0)	49 (98,0)
	Tăng calci máu ($> 2,6$)	8 (16,0)	3 (6,0)	0 (0,0)	1 (2,0)
Ure (Trung vị, KTPV)		16,8 (13,2 - 19,7)	10,3 (8,1 - 12,2)	9,1 (7,4 - 11,1)	8,1 (7,0 - 11,0)
Creatinine (Trung vị, KTPV)		563 (415 - 682)	213 (152 - 292)	120 (100 - 138)	103 (86 - 122)

(PT: Phẫu thuật; KTPV: Khoảng tứ phân vị)

Tỷ lệ rối loạn điện giải ngay sau phẫu thuật: Hạ natri máu 50%, tăng kali máu 20%, tăng calci máu 16%, sau đó về gần giá trị bình thường sau 7 ngày. Ngay sau phẫu thuật, các chỉ số ure và creatinine vẫn còn ở mức cao với trung vị là 16,8 mmol/L và 563 μ mol/L. Thời điểm 48 giờ sau phẫu thuật, ure và creatinine máu có xu hướng giảm nhanh và về mức gần bình thường với trung vị là 8,1 mmol/L và 103 μ mol/L ở ngày thứ 7 sau phẫu thuật.



Hình 1. Lượng nước tiểu sau phẫu thuật ghép thận.

Lượng nước tiểu của NB được theo dõi 1 giờ/lần trong 24 giờ đầu, sau đó 2 giờ/lần trong 24 giờ tiếp theo. Ngay sau phẫu thuật, thể tích nước tiểu trung vị lớn nhất đạt tới 14 mL/kg/giờ; sau đó giảm nhanh xuống còn khoảng 2,5 - 4,0 mL/kg/giờ ở thời điểm 48 giờ sau phẫu thuật.

Bảng 5. Biến chứng sớm khác trong giai đoạn hồi sức sau phẫu thuật (n = 50).

Biến chứng	Kết quả, n (%)
Chảy máu sau mổ	2 (4)
Tụ dịch bạch huyết	2 (4)
Thải ghép cấp	2 (4)

Nghiên cứu này không ghi nhận trường hợp tử vong nào trong giai đoạn hồi sức, tỷ lệ biến chứng chung là 12%. Trong đó, biến chứng ngoại khoa thường gặp nhất là chảy máu sau mổ (4%) và tụ dịch bạch huyết (4%); biến chứng nội khoa thường gặp nhất là thải ghép cấp qua trung gian tế bào (4%).

BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số trong nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Trương Hồ Trọng Tấn (2024) tại Bệnh viện Chợ Rẫy, với độ tuổi trung bình tương đương và tỷ lệ nam giới chiếm đa

số [3], phản ánh xu hướng trẻ hóa của bệnh thận mạn giai đoạn cuối và sự phổ biến của các bệnh nền khởi phát sớm như viêm cầu thận mạn, đái tháo đường, tăng huyết áp, béo phì và rối loạn chuyển hóa. Phần lớn người nhận thận

ghép thuộc nhóm nguy cơ cao với bệnh nền tim mạch, chỉ số BMI cao và thời gian chạy thận kéo dài là các yếu tố tiên lượng độc lập cho việc nhập ICU sau ghép thận, theo nghiên cứu của Abrol và CS (2019) [4], đồng thời liên quan đến nguy cơ biến chứng hô hấp từ trung bình đến cao sau mổ [5]. Tất cả NB sau ghép tại trung tâm được theo dõi tại ICU là một biện pháp thận trọng, phù hợp với các khuyến cáo dựa trên bằng chứng cho nhóm đối tượng này. Trong giai đoạn đầu, do kinh nghiệm còn hạn chế, chúng tôi lựa chọn nhóm NB trẻ tuổi và có BMI trung bình nhằm đạt kết quả bước đầu thuận lợi. Khi đã làm chủ kỹ thuật, chúng tôi đã mở rộng phạm vi ghép sang các NB lớn tuổi (cao nhất 66 tuổi) và BMI cao hơn (cao nhất 27,6).

Nghiên cứu của chúng tôi có 84% số ca ghép là từ người cho không cùng huyết thống, 36% có bất tương hợp HLA > 3 (những yếu tố được coi là làm tăng nguy cơ thải ghép), đặc biệt có 2 NB nguy cơ miễn dịch cao (PRA > 30%) cần phải áp dụng các biện pháp giải miễn cảm trước khi tiến hành ghép (TPE) và dẫn nhập bằng ATG, nhưng tỷ lệ thải ghép cấp mà chúng tôi ghi nhận vẫn ở mức thấp (4%). Kết quả này phù hợp

với nghiên cứu của Kwon H (2016), tác giả báo cáo với sự phát triển của các phác đồ ức chế miễn dịch hiệu lực cao (như phác đồ của chúng tôi sử dụng Tacrolimus và Basiliximab), rào cản miễn dịch có thể được kiểm soát hiệu quả, kết quả ghép thận giờ đây phụ thuộc nhiều vào chất lượng kỹ thuật và theo dõi hậu phẫu hơn là về các yếu tố HLA [6].

Kết quả đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là không có trường hợp nào phải thở máy hoặc đặt lại nội khí quản sau phẫu thuật. Chỉ 2% NB cần sử dụng vận mạch, trong khi 86% NB tăng huyết áp sau mổ được kiểm soát bằng thuốc và không có trường hợp tử vong nào được ghi nhận. Những kết quả này phản ánh hiệu quả của công tác chuẩn bị trước phẫu thuật và chất lượng cao trong quản lý gây mê - hồi sức, bao gồm kỹ thuật gây mê tối ưu, kiểm soát đau sau mổ hiệu quả, đồng thời các chỉ số huyết động được theo dõi và duy trì theo Hướng dẫn của Hội Ghép tạng Việt Nam. Ngoài ra, việc hồi sức tích cực, chủ động ngay tại ICU đã góp phần quan trọng trong phòng ngừa các biến chứng nêu trên [7].

Về rối loạn chuyển hóa, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ rất cao rối loạn điện giải ngay sau ghép, đặc biệt là hạ natri máu

(50%) và tăng kali máu (20%). Tuy nhiên, các bất thường này có xu hướng cải thiện nhanh chóng và trở về gần mức bình thường chỉ 48 giờ sau phẫu thuật, song hành với sự phục hồi chức năng lọc của thận ghép. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa (2012) trên NB ghép thận sử dụng Tacrolimus, phù hợp với mô tả của Nogueira de Sa P (2024), việc này củng cố cho nhận định đây là đặc điểm sinh lý thường gặp trong giai đoạn đầu thận ghép bắt đầu hoạt động [8, 9]. So sánh với nghiên cứu trước đây của Bùi Văn Mạnh (2012), tỷ lệ và mức độ rối loạn nước - điện giải trong nghiên cứu của chúng tôi có phần được kiểm soát tốt hơn, có thể là nhờ những cải tiến trong công tác theo dõi sát và bù dịch - điện giải chủ động ngay từ giai đoạn trong phòng mổ và chiến lược giảm dần dịch truyền sớm và bù chủ động qua đường uống ở giai đoạn hồi sức sau mổ [10].

Kết quả nghiên cứu cho thấy diễn biến hậu phẫu phần lớn thuận lợi, với tỷ lệ biến chứng chung trong giai đoạn hồi sức là 12%. Chức năng thận ghép được phục hồi nhanh chóng và tỷ lệ thải ghép cấp là 4%. Các biến chứng ngoại khoa, bao gồm chảy máu và tụ dịch bạch huyết, mỗi loại chiếm 4%, phù hợp với các biến chứng thường gặp trong kỹ thuật ghép thận [3, 7].

KẾT LUẬN

Ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Quân y 175 cho kết quả khả quan, chức năng thận phục hồi nhanh và biến chứng thấp. Tuy nhiên, giai đoạn hồi sức sau mổ vẫn tiềm ẩn nhiều nguy cơ, cần theo dõi sát và xử trí kịp thời các biến chứng như tăng huyết áp, rối loạn nước - điện giải để tối ưu hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL, et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *N Engl J Med*. 1999; 341(23):1725-1730.
2. Dal Magro PS, Meinerz G, Garcia VD, Mendes FF, Marques MEC, Keitel E. Kidney transplantation and perioperative complications: A prospective cohort study. *Front Transplant*. 2024; 3:18.
3. Trương Hồ Trọng Tấn. Đánh giá kết quả ghép thận từ người hiến thận sống trong năm đầu sau ghép tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. Số đặc biệt 10/2024.
4. Abrol N, Kashyap R, Frank RD, et al. Preoperative factors predicting admission to the intensive care unit after kidney transplantation. *Mayo Clin*

Proc Innov Qual Outcomes. 2019; 3:285-293.

5. Canet J, Gallart L, Gomar C, et al. Prediction of postoperative pulmonary complications in a population-based surgical cohort. *Anesthesiology*. 2016; 125(1):65-75.

6. Kwon H, Kim YH, Choi JY, et al. Analysis of 4000 kidney transplantations in a single center: Across immunological barriers. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95(32):e4249.

7. Hội Ghép tạng Việt Nam. Hướng dẫn Ghép thận Việt Nam. Nhà xuất bản Y học. 2017.

8. Nguyễn Thị Hoa. Nghiên cứu sự thay đổi chỉ số sinh hóa ở bệnh nhân ghép thận điều trị bằng Cyclosporin hoặc Tacrolimus. *Luận án Tiến sỹ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.

9. Nogueira de Sa P, Narayanan M, Lim MAC. Electrolyte and acid-base abnormalities after kidney transplantation. *Adv Kidney Dis Health*. 2024; 31(5): 450-457.

10. Bùi Văn Mạnh. Nghiên cứu chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố miễn dịch ở bệnh nhân sau ghép thận. *Luận văn Tiến sỹ Y học*, Học viện Quân y. 2012.