

ỨNG DỤNG CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC PHỤC HỒI SỚM
SAU PHẪU THUẬT (ERAS) CHO NGƯỜI BỆNH GHÉP THẬN

Nguyễn Quang Huy^{1}, Hoàng Khắc Chuẩn¹, Thái Minh Sâm¹
Lê Thị Hạnh Phước¹, Hà Thị Như Xuân²*

Tóm tắt

Ghép thận là phương pháp điều trị hiệu quả cho người bệnh (NB) suy thận giai đoạn cuối. Tuy nhiên, thống kê gần đây cho thấy 36 - 55% người nhận thận không tuân thủ điều trị và khoảng 36 - 45% trong số họ bị nhiễm trùng lần đầu trong vòng 3 năm sau ghép thận. Chính vì thế, điều dưỡng cần có tầm nhìn xa và quan sát tổng thể các vấn đề của NB ghép thận để đưa ra các biện pháp can thiệp cụ thể. Vậy câu hỏi đặt ra là: “Điều dưỡng can thiệp chăm sóc những gì trong giai đoạn NB ghép thận?” Để trả lời câu hỏi này, giao thức phục hồi nâng cao sau phẫu thuật (ERAS) đã ra đời như một khái niệm đa mô thức liên ngành. ERAS đóng vai trò quan trọng trong việc tối ưu hóa quá trình phục hồi, hỗ trợ NB ghép thận trước, trong và sau phẫu thuật. ERAS rút ngắn thời gian nằm viện, giảm tỷ lệ biến chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống nói chung bằng cách cho phép NB quay trở lại các hoạt động bình thường nhanh hơn. Phương pháp tiếp cận toàn diện này đảm bảo NB nhận được sự chăm sóc tối ưu suốt hành trình ghép thận, dẫn đến kết quả thành công và nâng cao sự hài lòng của NB.

Từ khóa: Tăng cường phục hồi sau phẫu thuật; Ghép thận; Vai trò điều dưỡng.

**APPLICATION OF ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS)
PROGRAM FOR KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS**

Abstract

Kidney transplantation is an effective treatment for end-stage renal disease. However, recent statistics show that 36 - 55% of kidney recipients do not adhere to their treatment regimen, and approximately 36 - 45% of them experience their

¹Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy

²Khoa Điều dưỡng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Quang Huy (nguyenhuybvr@gmail.com)

Ngày nhận bài: 03/8/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 30/8/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49si1.967>

first infection within the first three years post-transplant. Therefore, nurses need to have a deep understanding and a comprehensive view of the issues faced by kidney transplant patients to develop specific nursing interventions. So, the question arises: “What nursing interventions are necessary during the stages of kidney transplantation?”. To address this question, the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol has been introduced as a multidisciplinary concept. ERAS plays a significant role in optimizing recovery and supporting kidney transplant patients preoperatively, intraoperatively, and postoperatively. ERAS shortens hospital stays, reduces complication rates, and improves overall quality of life by allowing patients to return to normal activities more quickly. This comprehensive approach ensures that patients receive optimal care throughout their transplant journey, leading to successful outcomes and increased patient satisfaction.

Keywords: Enhanced recovery after surgery; Kidney transplantation; Nursing role.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là phương pháp điều trị hiệu quả cho NB suy thận giai đoạn cuối. Theo báo cáo từ Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2021, có 100.097 ca ghép thận trên toàn thế giới vào năm 2019 và số NB được ghép thận tăng 4,8% so với năm trước. Tuy nhiên, số lượng NB suy thận mạn giai đoạn cuối tính đến tháng 01/2021 đã có hơn 108.000 người đang chờ ghép tạng ở Hoa Kỳ và hơn 90.000 người trong số này cần được ghép thận. Ở Hàn Quốc, số lượng người chờ ghép thận tăng từ 9.622 vào năm 2010 lên 27.142 vào năm 2021. Bên cạnh đó, các nghiên cứu đã cho thấy 36 - 55% người nhận thận không tuân thủ và khoảng 36 - 45% trong số họ bị nhiễm trùng lần đầu trong vòng 3 năm sau ghép thận. Do đó, việc ứng dụng mô

hình điều dưỡng chăm sóc cho NB ghép thận là một thách thức, và điều dưỡng luôn giữ vai trò then chốt trong tất cả các giai đoạn nhằm ngăn ngừa và giảm thiểu các biến chứng có thể xảy ra cho NB ghép thận khi họ chuyển sang cuộc sống với mảnh ghép mới. Điều dưỡng cần có tầm nhìn xa, quan sát tổng thể các vấn đề của NB ghép thận để đưa ra các biện pháp can thiệp cụ thể. Vậy câu hỏi đặt ra là: “Điều dưỡng can thiệp chăm sóc những gì trong giai đoạn NB ghép thận?” Để trả lời câu hỏi này, ERAS cho NB ghép thận đã ra đời như một khái niệm đa mô thức liên ngành, đóng vai trò quan trọng trong việc tối ưu hóa cho NB hiện đã được đưa vào áp dụng tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2014. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Đem đến cho người đọc cái nhìn tổng*

quan nhất về ERAS cho NB ghép thận bao gồm các tiêu chí của ERAS và ứng dụng chương trình chăm sóc hiện nay.

NỘI DUNG TỔNG QUAN

1. Chăm sóc giai đoạn trước phẫu thuật

Các yếu tố trong giai đoạn trước phẫu thuật được xem là những yếu tố quan trọng trong việc chuẩn bị cho người nhận thận ghép. Điều dưỡng cần phải nắm rõ những nguyên tắc chính trong giai đoạn trước phẫu thuật để áp dụng cho người nhận thận ghép.

** Tối ưu hoá trước phẫu thuật:*

Cai thuốc lá: Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ gây biến chứng phổi. Trong quá trình gây mê phẫu thuật, việc cải thiện hệ hô hấp có thể mất 6 tuần để trở lại trạng thái trước phẫu thuật sau khi gây mê toàn thân để phẫu thuật lớn. Những người hút thuốc trong dân số nói chung có tỷ lệ tử vong tăng nhẹ ba ngày sau phẫu thuật, đường thở khó chịu hơn và tỷ lệ mắc bệnh ho, co thắt thanh quản và vết thương chậm lành cao hơn. Thời điểm bỏ thuốc lá tối ưu cho NB trước phẫu thuật hiện vẫn chưa rõ. Hướng dẫn KDIGO khuyến cáo NB kiêng sử dụng thuốc lá ít nhất 1 tháng trước khi vào danh sách chờ hoặc ghép tạng từ người hiến tặng sống. Hiện không đủ bằng chứng ủng hộ việc sử dụng thuốc lá điện tử như một biện pháp hỗ trợ cai thuốc lá.

Cai rượu: Đánh giá hệ thống cơ sở dữ liệu Cochrane cho thấy tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở NB phẫu thuật tăng khoảng 50% khi tiêu thụ hơn hai đến ba đơn vị mỗi ngày và tỷ lệ biến chứng tăng 300% nếu tiêu thụ hơn năm đơn vị mỗi ngày; bao gồm các biến cố tim mạch bất lợi, chảy máu và nhiễm trùng. Y văn trên thế giới ghi nhận việc NB có thói quen uống rượu có nguy cơ ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe và đặc biệt những NB ghép thận nghiện rượu có nguy cơ ghép thất bại và tử vong cao hơn những NB ghép thận không nghiện rượu. Vì vậy, để tối ưu hoá việc thực hiện giao thức ERAS khuyến cáo nên ngừng uống rượu trong bốn đến tám tuần trước khi phẫu thuật [1].

Dinh dưỡng: Dinh dưỡng kém sẽ gây bất lợi cho kết quả sau phẫu thuật, làm tăng tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật, bệnh tật, nguy cơ nhiễm trùng và thời gian nằm viện, chi phí điều trị cao hơn. Tỷ lệ nhập viện trở lại trong vòng 30 ngày tăng gấp đôi. Đây là vấn đề thường gặp ở NB suy thận mạn giai đoạn cuối do quá trình viêm, chán ăn, ure huyết, nhịn ăn trước khi làm thủ thuật và sự hiện diện của các bệnh đi kèm góp phần gây ra tình trạng dinh dưỡng kém. Theo định nghĩa của Hiệp hội Dinh dưỡng và Chuyển hóa Lâm sàng châu Âu (ESPEN), suy dinh dưỡng được định nghĩa là chỉ số khối cơ thể (BMI) < 18,5 kg/m² hoặc kết

hợp: Giảm cân > 10% hoặc > 5% trong 3 tháng và BMI giảm hoặc chỉ số khối không có mỡ (FFMI - lượng khối không có mỡ liên quan đến chiều cao và cân nặng). Béo phì, được định nghĩa là BMI ≥ 30 kg/m², có liên quan đến nguy cơ tử vong và biến chứng tim mạch tăng cao ở những người nhận thận ghép. Chính vì thế, theo khuyến cáo của Hiệp hội ERAS [2] cần sàng lọc và đánh giá dinh dưỡng trước phẫu thuật thường xuyên khi cần thiết và đánh giá dinh dưỡng và hỗ trợ trước phẫu thuật cho NB suy dinh dưỡng được khuyến cáo.

** Tư vấn và giáo dục:*

Tư vấn, giáo dục trước phẫu thuật ghép thận là một phần cơ bản của quá trình, nhằm đạt được sự đồng ý và đánh giá sự hiểu biết, đồng thời giải quyết các nhu cầu về thể chất, tâm lý và xã hội. Việc giáo dục NB có thể sẽ tác động tích cực đến tình trạng lo lắng trước phẫu thuật. Ở các nước phát triển việc đánh giá tâm lý cho NB nhận thận ghép trước phẫu thuật rất quan trọng khi đã ghi nhận khoảng 25 - 30% NB thận giai đoạn cuối có các triệu chứng trầm cảm, cao gấp bốn lần so với tỷ lệ chung [3]. Nghiên cứu của Romano TM và CS (2022) đánh giá tâm lý cho NB ghép thận trước và sau phẫu thuật cấy ghép sử dụng các giao thức đánh giá tâm lý bao gồm thang đo Beck Depression Inventory (BDI) và thang

đo Beck Anxiety Inventory (BAI) [3]. Ngoài ra, để hỗ trợ tốt cho điều dưỡng trong công tác chăm sóc NB ghép thận, thang đo The Kidney Transplant Understanding Tool (K-TUT) đánh giá kiến thức cho NB ghép thận được Rosaasen N và CS (2017) sử dụng [4]. Tư vấn trước phẫu thuật là một phần quan trọng của ERAS, NB và người thân hoặc người chăm sóc sẽ được giáo dục trước phẫu thuật.

** Tiền phục hồi chức năng:*

Tiền phục hồi chức năng là quá trình tăng cường khả năng, chức năng cho tất cả NB trước khi phẫu thuật. Đây được xem là một phần quan trọng của quá trình quản lý phục hồi chức năng phẫu thuật đa phương thức, việc kết hợp khái niệm phục hồi chức năng trước và tăng cường hoạt động thể chất và chức năng trước khi phẫu thuật đã được công nhận trên toàn thế giới. Vậy tiền phục hồi chức năng thường bao gồm tập thể dục với rèn luyện thể lực, thể dục nhịp điệu và kéo giãn sẽ hỗ trợ tốt cho NB nhận thận ghép vì có liên quan đặc biệt đến chức năng chi dưới, khi tình trạng chức năng kém sẽ ảnh hưởng đến các kết quả bất lợi trong và sau phẫu thuật ghép thận. Điều dưỡng sẽ là người nhắc nhở, hỗ trợ NB trong quá trình luyện tập các bài tập đã được kỹ thuật viên vật lý trị liệu hướng dẫn như “tập thở, tập ho, tư thế ngủ, tư thế xoay trở, tư thế ngủ - ngồi dậy và các

tư thế vận động tại giường” dựa trên hướng dẫn phục hồi chức năng phẫu thuật vùng bụng cho NB từ Tổ chức Hợp tác Chất lượng Sức khỏe vùng bụng (The Abdominal Core Health Quality Collaborative). Theo Jaszczuk S và CS (2022), người nhận thận ghép nên được cung cấp liệu pháp tập thể dục kéo dài hơn 30 phút, hai đến ba lần một tuần [1].

** Nhịn ăn - nạp carbohydrate trước phẫu thuật:*

Nhịn ăn trước phẫu thuật: Trên thực tế đã có nhiều bằng chứng y văn chứng minh không có chứng cứ cho rằng việc hướng dẫn NB nhịn ăn trước phẫu thuật từ nửa đêm nhằm mục đích phòng tránh nguy cơ hít sặc vào phổi trong quá trình NB phẫu thuật. Hướng dẫn nhịn ăn của Hiệp hội Gây mê châu Âu (The European Society of Anaesthesiology) khuyến khích NB uống chất lỏng trong tối đa 2 giờ trước khi phẫu thuật; với mức độ bằng chứng cao nhất, họ khuyến nghị cấm ăn thức ăn đặc 6 giờ trước khi phẫu thuật. Từ những bằng chứng cho thấy vai trò của điều dưỡng rất quan trọng trong công tác chuẩn bị, hướng dẫn bằng lời nói và văn bản để chắc chắn rằng NB nhận thận ghép tuân thủ nhịn ăn, uống trước phẫu thuật theo khuyến nghị của Hiệp hội ERAS nhiều phân tích tổng hợp đã chứng minh rằng người lớn khỏe mạnh trải qua phẫu thuật theo yêu cầu, uống

chất lỏng trong vòng 2 giờ và nhịn ăn trong vòng 6 giờ trước khi gây mê không làm tăng nguy cơ hít phải nhưng nếu NB ăn bữa ăn đầy đủ (bao gồm thịt, thức ăn béo và chiên) có thể cần ≥ 8 giờ [2]. Nên uống chất lỏng trong vòng 2 giờ và nhịn ăn 6 giờ trước khi gây mê trừ khi có chống chỉ định cụ thể.

Nạp carbohydrate trước phẫu thuật: Dung nạp carbohydrate trước phẫu thuật đã được chứng minh là làm giảm cơn khát, giúp duy trì khối lượng cơ, sức mạnh cơ bắp và đồng thời giúp phục hồi chức năng đường ruột sớm, giảm buồn nôn và nôn sau phẫu thuật, kèm theo đó giúp cải thiện tình trạng kháng insulin bằng cách tăng độ nhạy lên 50% và rút ngắn thời gian nằm viện [5]. Một số báo cáo trong những năm gần đây từ Tan JHS và CS (2023) [6] và Kim H và CS (2024) [7] cũng đưa ra tóm tắt và khuyến nghị tất cả NB nhận thận ghép nên uống đồ uống có chứa ít nhất 45g carbohydrate một cách an toàn trước khi phẫu thuật, ngoại trừ những người bị tiểu đường hoặc có nguy cơ chậm làm rỗng dạ dày. Theo khuyến cáo của Hiệp hội ERAS trong một số đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp đã chứng minh rằng đồ uống CHO thương mại được pha chế riêng, dùng trước phẫu thuật, được dùng hai giờ trước khi phẫu thuật giúp giảm tình trạng kháng

insulin sau phẫu thuật với lượng đồ uống carbohydrate [1].

Tất cả NB nhận thận ghép nên uống đồ uống có chứa ít nhất 45g carbohydrate, ngoại trừ những người bị đái tháo đường và dự đoán dạ dày sẽ chậm làm rỗng. Việc sử dụng đồ uống có carbohydrate như sau: Uống 800mL trước khi đi ngủ vào đêm trước phẫu thuật và uống 400mL tối đa 2 giờ trước giờ phẫu thuật theo chương trình đã đề ra trước đó [8].

** Dự phòng huyết khối:*

Huyết khối tĩnh mạch vẫn là một trở ngại trong quá trình phục hồi của NB sau nhiều bệnh khác nhau, với tỷ lệ tử vong được báo cáo là 23% trong năm đầu tiên sau khi chẩn đoán. Các biến chứng gây nguy hiểm cho ghép thận chủ yếu là do nguyên nhân mạch máu chiếm 3 - 15% trong số tất cả các trường hợp. Tất cả NB trải qua phẫu thuật kéo dài hơn 120 phút từ ERAS trong phẫu thuật tiết niệu được coi là có nguy cơ cao mắc bệnh huyết khối tĩnh mạch. Theo khuyến cáo của Hiệp hội ERAS [2] và khuyến nghị của EAU trong ghép thận áp dụng vớ/chống tắc mạch trong phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch. Nên sử dụng các biện pháp cơ học như mang vớ chống tắc mạch để giảm huyết khối tĩnh mạch sâu khi không có chống chỉ định do bệnh mạch máu ngoại vi.

2. Chăm sóc giai đoạn sau phẫu thuật

Đối với bất kỳ phẫu thuật nào thì giai đoạn sau mổ luôn là giai đoạn quan trọng, đặc biệt ở NB ghép thận khi họ phải chịu tác động bởi rất nhiều yếu tố, kèm theo đó hệ thống miễn dịch suy giảm dẫn đến NB không thể nào tránh khỏi các tác nhân gây bệnh từ bên ngoài. Để tối ưu hoá các vấn đề thường gặp trên NB ghép thận, điều dưỡng phải lưu ý một số yếu tố trong giai đoạn hậu phẫu vì có thể góp phần gây ra biến chứng sau phẫu thuật.

** Kiểm soát huyết động:*

Bất kỳ sự kiện bất lợi nào trong khi phẫu thuật đều phải được báo cáo bởi bác sĩ phẫu thuật ghép thận và NB thường có thể dự đoán chức năng ghép sớm dựa trên các yếu tố chẳng hạn như đặc điểm tưới máu thận sau khi thả kẹp mạch máu, mật độ của thận ghép sau khi tưới máu và lượng nước tiểu trong khi phẫu thuật. Khi NB trở lại phòng ghép, việc chăm sóc và đánh giá huyết động của NB ghép thận cần được điều dưỡng theo dõi thường xuyên bao gồm mạch và huyết áp sau 15 - 30 phút trong vài giờ đầu tiên, sau đó theo dõi hàng giờ khi NB ổn định. Cần phải thông báo khi huyết áp tâm thu > 180mmHg hoặc < 110mmHg, cùng với việc theo dõi điện tâm đồ (ECG) trong thời gian lên đến 24 giờ khi có chỉ định. Ngoài ra, lỗ rò động tĩnh

mạch (AVF) được sử dụng chạy thận nhân tạo trước khi ghép, phải được theo dõi để phát hiện tiếng thổi và rung, và phải được bảo vệ để đảm bảo rằng không được đo huyết áp, lấy máu tĩnh mạch (IV) hoặc đặt đường truyền tĩnh mạch ở cánh tay AVF của NB vì đây là đường vào mạch máu rất quan trọng trong trường hợp ghép thận thất bại.

** Điều chỉnh nước và điện giải:*

Cân bằng dịch và điện giải rất quan trọng trong việc chăm sóc NB sau ghép thận vì nó quyết định chức năng thận. Mục tiêu của việc chăm sóc là đạt được trạng thái thể tích máu bình thường và bảo toàn thân ghép được tưới máu. Vì thế, nếu bù dịch không đủ có thể dẫn đến thiếu niệu và suy giảm chức năng thận ghép hoặc bù dịch quá mức có thể dẫn đến suy tim sung huyết, phù phổi, thúc đẩy rối loạn điện giải và góp phần gây tăng huyết áp. Theo khuyến cáo của Hiệp hội ERAS, nên cân bằng chất lỏng gần bằng 0 [2] và trong hướng dẫn của Hiệp hội Tiết niệu châu Âu (The European Association of Urology) về ghép thận đã ghi nhận việc truyền dịch theo áp lực tĩnh mạch trung tâm tạo ra huyết động ổn định hơn, lợi tiểu tốt hơn và cải thiện chức năng thận ghép sớm [9]. Duy trì CVP được ghi lại hàng giờ và nên giữ ở mức từ 8 - 12mmHg và rút sau 48 giờ sau phẫu thuật. Cần thử công thức máu, chức năng thận, ion đồ

máu mỗi 6 giờ, thường xuyên khi có chỉ định và theo dõi nước tiểu mỗi giờ. Truyền dịch theo mục tiêu được thực hiện bằng cách truyền dịch tinh thể với tốc độ 3 - 5 mL/kg/giờ [10] và nguyên tắc bù dịch đuôi khi nước tiểu/giờ từ 200 - 300mL bù đủ dịch theo nước tiểu. Nếu nước tiểu > 300 mL/giờ thì dịch truyền sẽ bù là 200mL + 50% nước tiểu còn lại.

** Phòng ngừa buồn nôn và nôn sau phẫu thuật:*

Buồn nôn và nôn sau phẫu thuật là những vấn đề thường gặp ở tất cả NB tại đơn vị chăm sóc sau gây mê hoặc trong 24 - 48 giờ đầu sau phẫu thuật. Tỷ lệ mắc các tác dụng phụ này thay đổi từ 30 - 80% sau phẫu thuật chọn lọc tùy thuộc vào loại gây mê và phẫu thuật cũng như các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng. Vì thế, theo khuyến cáo của Hiệp hội ERAS [2] nên phòng ngừa buồn nôn và nôn sau phẫu thuật, điều này rất cần thiết trong tất cả các con đường ERAS. Thang đo tác động buồn nôn và nôn sau phẫu thuật “The simplified Postoperative nausea and vomiting impact scale” được phát triển và xác định bởi Myles PS, đây là thang đo quan trọng về mặt lâm sàng, góp phần hỗ trợ điều dưỡng trong chương trình ERAS về ghép thận khi xác định NB buồn nôn và nôn sau phẫu thuật.

** Giảm đau sau phẫu thuật:*

Các giao thức giảm thiểu thuốc opioid đã công bố cho người nhận ghép thận bao gồm tê thẩm vết mổ sau phẫu thuật, tiếp theo là acetaminophen và gabapentin theo lịch trình, và hệ thống cung cấp opioid thường được sử dụng là bơm giảm đau do NB kiểm soát (PCA), do PCA có liên quan đến việc cải thiện sự hài lòng của NB [2]. Ngoài ra, theo khuyến nghị của Hội Điều dưỡng Tiết niệu châu Âu (The European Association of Urology Nurses) việc kiểm soát cơn đau sau phẫu thuật của NB là đạt mức kiểm soát cơn đau ở mức 3 hoặc 4, trên 10 hoặc mức mà NB có thể chịu đựng được và cho phép NB có thể tích cực tham gia vào quá trình hồi phục của mình. Sử dụng thang đánh giá cơn đau tự báo cáo để đánh giá cơn đau và xử trí khẩn cấp cơn đau vừa và nặng. Không dùng NSAID và giảm đau ở NB ghép thận sau phẫu thuật bằng paracetamol, morphin/fentanyl PCA (cai thuốc sớm trước POD2) và khi dung nạp được dịch nên chuyển thuốc giảm đau từ đường tĩnh mạch sang đường uống [10].

** Vận động sớm:*

Vận động sớm sau phẫu thuật ở NB nhận thận ghép luôn được xem là một khía cạnh thiết yếu của con đường phục hồi sau phẫu thuật ERAS. Bằng chứng trước đây đã chỉ ra tập thể dục

mang lại lợi ích cho quá trình chuyển hóa, thừa cân và tăng huyết áp, đây là những yếu tố có liên quan chặt chẽ đến các khía cạnh lâm sàng, chức năng và chất lượng cuộc sống ở NB được ghép thận. Vậy câu hỏi đặt ra: “Làm thế nào để NB vận động sớm sau phẫu thuật?”. Theo khuyến cáo của Hiệp hội ERAS, thời gian vận động bao nhiêu giờ trong ngày (giờ/ngày) vẫn chưa chắc chắn nhưng khuyến cáo hiện tại là 30 phút vào ngày 0 và 6 giờ/ngày sau đó [2]. Chính vì thế, các nghiên cứu gần đây cho rằng nên bắt đầu cho NB ghép thận vận động sớm vào ngày hậu phẫu 0, cùng với các bài tập hô hấp và vận động tăng dần ở những ngày sau đó [10].

NB hậu phẫu sau ghép thận vận động sớm. Cụ thể, NB ghép thận được khuyến khích ngồi dậy trên giường sau 4 giờ phẫu thuật vào ngày hậu phẫu 0. Hậu phẫu ngày thứ 1 phải tập ho hàng giờ và thở sâu kết hợp đi bộ lần đầu 20m, lần đi bộ thứ hai là 40m và ngồi trên ghế ít nhất 4 giờ; hậu phẫu ngày thứ 2 phải bài tập thở sâu hàng giờ, đi bộ 60m mỗi 2 lần và ít nhất 6 giờ ngồi trên ghế; hậu phẫu ngày thứ 3 phải bài tập thở sâu hàng giờ, đi bộ 60m mỗi 4 lần và ít nhất 6 giờ ngồi trên ghế; hậu phẫu ngày thứ 4 phải bài tập thở sâu hàng giờ, đi bộ 100m mỗi 4 lần. Các bài tập vận động sau phẫu thuật chúng tôi đã nêu ở phần tiền phục hồi chức năng trước phẫu thuật.

CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC GHÉP TẠNG TOÀN QUỐC LẦN THỨ IX

** Chế độ ăn uống sớm:*

Các khuyến nghị dành cho người hiến tạng và người nhận còn sống không khác so với những khuyến nghị dành cho NB trải qua cuộc phẫu thuật lớn ở bụng. Các báo cáo đã chứng minh việc cho ăn sớm được dung nạp tốt, an toàn và không ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả chung sau phẫu thuật, đem lại lợi trong việc kích thích đường tiêu hóa, làm giảm thời gian trung tiện, thời gian đi tiêu lần đầu và giảm thời gian nằm viện mà không làm tăng tỷ lệ biến chứng. Theo khuyến cáo của Hiệp hội ERAS [2] và hướng dẫn của ESPEN về dinh dưỡng qua đường tiêu hóa cho phẫu thuật bao gồm cấy ghép nội tạng nên bắt đầu cho ăn bình thường sớm hoặc ăn theo chế độ bằng đường miệng và việc theo dõi và tư vấn dinh dưỡng lâu dài được khuyến nghị cho tất cả các ca ghép tạng.

Nên cho NB ăn sớm bằng đường miệng các chất lỏng và thức ăn rắn ngay 4 giờ sau phẫu thuật.

** Chăm sóc vết thương - các ống dẫn lưu:*

Chăm sóc vết thương: Trong hướng dẫn của Hiệp hội Tiết niệu châu Âu về ghép thận đã ghi nhận nhiễm trùng vết thương xảy ra ở khoảng 4% các trường hợp. Tuy nhiên, các báo cáo gần đây đã cho thấy nhiễm trùng vết thương sau ghép thận là phổ biến, với tỷ lệ mắc

bệnh được báo cáo là 5 - 19% và tỷ lệ chậm lành vết thương chiếm khoảng 7,7 - 21%. Chính vì thế, theo khuyến nghị của Hội điều dưỡng Tiết niệu châu Âu cần phải bảo vệ vết mổ bằng băng vô trùng trong 24 - 48 giờ đầu sau phẫu thuật; luôn rửa tay trước và sau khi thay băng và bất kỳ tiếp xúc nào với chỗ phẫu thuật; khi thay băng vết mổ điều dưỡng nên sử dụng kỹ thuật vô trùng và chỉ sử dụng nước muối vô trùng để làm sạch vết thương trong thời gian này nếu cần thiết; kiểm soát lượng đường trong máu của NB. Nên đánh giá và quản lý vết thương phẫu thuật trong thực hành lâm sàng dựa trên các tiêu chí đánh giá vết thương.

Chăm sóc các ống dẫn lưu: Đa phần các loại ống thông thường theo dõi mỗi ngày và không phải các ống thông sẽ được rút bỏ hết mà còn tùy thuộc vào mục đích điều trị của bác sĩ phẫu thuật trong giai đoạn hậu phẫu của NB ghép thận nằm viện theo dõi. Cần phải đảm bảo rằng các ống thông được cố định chắc chắn, không bị căng, luôn theo dõi số lượng dịch dẫn lưu từ các ống thông của NB để ghi nhận và thông báo cho bác sĩ phẫu thuật mỗi ngày.

Việc theo dõi và rút ống dẫn lưu cũng được đề cập khi ghi nhận việc “rút ống dẫn lưu nếu dẫn lưu < 50mL trong 24 giờ” hoặc nồng độ creatinine huyết thanh trong dịch từ ống dẫn lưu xác nhận rằng không có nước tiểu

(nghĩa là nồng độ creatinine huyết thanh trong dịch dẫn lưu tương đương creatinine huyết thanh trong máu).

Rút ống thông niệu đạo sớm nhằm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu, tạo điều kiện cho NB đi lại sớm sau phẫu thuật và giảm thời gian nằm viện của NB. Rút ống thông niệu đạo trung bình vào khoảng ngày hậu phẫu thứ 8 sau khi ghép thận có liên quan đến 73,7% tỷ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu trong tháng đầu tiên sau ghép. Thời gian trung bình để lưu ống thông niệu đạo là 5 - 7 ngày và thời gian rút ống thông JJ giữa hậu phẫu ngày 7 - hậu phẫu ngày 21 để tránh nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

KẾT LUẬN

Chương trình ERAS tác động, cải thiện kết quả phẫu thuật và có tác dụng điều trị rõ ràng đối với quá trình hồi phục sức khỏe NB. Đây có thể xem là quy trình chăm sóc cho NB ghép thận. Để thực hiện được ERAS đòi hỏi cần phải phối hợp liên ngành và đội ngũ điều dưỡng giữ vai trò then chốt trong các giai đoạn. Chính vì thế, đội ngũ điều dưỡng cũng đang phải đối mặt với những thách thức và khó khăn mới. Cần đào tạo đội ngũ điều dưỡng chuyên nghiệp là những người đánh giá, thực hiện, quan sát và điều phối viên không thể thiếu ở tất cả các giai đoạn của chương trình ERAS. Ngoài

ra, những dữ liệu này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng và sẽ cung cấp thêm bằng chứng cho việc thực hiện các quy trình chu phẫu được tiêu chuẩn hóa mà hiện nay ở các trung tâm hiện vẫn không sử dụng.

Cam kết: Nhóm nghiên cứu cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jaszczuk S, Natarajan S, Papalois V. Anaesthetic approach to enhanced recovery after surgery for kidney transplantation: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine*. 2022; 11(12):3435.
2. Oodit R, Biccand BM, Panieri E, et al. Guidelines for perioperative care in elective abdominal and pelvic surgery at primary and secondary hospitals in low-middle-income countries (LMIC's): Enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendation. *World Journal of Surgery*. 2022/08/01 2022; 46(8):1826-1843. DOI: 10.1007/s00268-022-06587-w.
3. Romano TM, Linhares MM, Posegger KR, et al. Evaluation of psychological symptoms in patients before and after simultaneous pancreas-kidney transplantation: A single-center cross-sectional study. *Acta Cir Bras*. 2022; 37(2):e370202. DOI: 10.1590/acb370202.

CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC GHÉP TẶNG TOÀN QUỐC LẦN THỨ IX

4. Rosaasen N, Taylor J, Blackburn D, Mainra R, Shoker A, Mansell H. Development and validation of the kidney transplant understanding tool (K-TUT). *Transplantation Direct*. Mar 2017; 3(3):e132. DOI: 10.1097/txd.0000000000000647.
5. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr*. Jun 2017; 36(3):623-650. DOI: 10.1016/j.clnu.2017.02.013.
6. Tan JHS, Bhatia K, Sharma V, et al. Enhanced recovery after surgery recommendations for renal transplantation: Guidelines. *British Journal of Surgery*. 2023; 110(1):57-59. DOI: 10.1093/bjs/znac325.
7. Kim H, Jung H. Considerations regarding anesthesia for renal transplantation. *Anesth Pain Med (Seoul)*. Jan 2024; 19(1):5-11. DOI: 10.17085/apm.23153.
8. Bộ Y tế. Quyết định 181/QĐ-BYT 2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn nhìn ăn uống và cung cấp carbohydrate trước phẫu thuật chương trình”. 2024.
9. Breda A, Budde K, Figueiredo A, et al. EAU Guidelines on renal transplantation. 2023.
10. Elsabbagh AM, Ghoneim I, Moiz A, Welch K, Brown JS. Enhanced recovery after surgery pathway in kidney transplantation: The road less traveled. *Transplantation Direct*. Jul 2022; 8(7):e1333. DOI: 10.1097/txd.0000000000001333.