TẠP CHÍ Y DƯỢC LÂM SÀNG 108 Tập 18 - Số 4/2023 DOI: https://doi.org/10.52389/ydls.v18i4.1858

Kết quả theo dõi và chăm sóc người bệnh sau ghép gan tại Khoa Hồi sức ngoại khoa và Ghép tạng

The outcome of nursing care of patients after liver transplantation at the Department of Surgical Resuscitation and Organ Transplantation

**Chế Minh Tuấn*, Lê Thị Thơm*, Thân Thị Phượng*
Dương Thị Nga*, Dương Thị Huyền*, Lưu Xuân Huân*,
Nguyễn Hồng Tốt*, Nguyễn Thái Cường*,
Trần Hữu Vinh**, Ngô Đình Trung***

**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,*
***Trường Đại học Thăng Long*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả theo dõi và chăm sóc người bệnh sau ghép gan từ người hiến sống tại Khoa Hồi sức Ngoại khoa và Ghép tạng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, 64 bệnh nhân sau ghép gan từ người hiến sống điều trị tại Khoa Hồi sức ngoại khoa và Ghép tạng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2022 đến tháng 02/2023. *Kết quả:* Trong 5 ngày đầu sau ghép, tình trạng huyết động ổn định, 61 bệnh nhân (96%) vết mổ liền kỳ đầu. 48 bệnh nhân (75%) được rút dẫn lưu vết mổ ở ngày thứ 3 sau ghép. VAS (Visual Analog Scale) ngày 1 sau ghép là 2,3 ± 1,4; 9,8% bệnh nhân đã ăn bình thường ở ngày thứ 5 sau ghép. *Kết luận:* Theo dõi và chăm sóc bệnh nhân ghép gan tại khoa Hồi sức ngoại khoa và ghép tạng có kết quả tốt.

Từ khóa: Ghép gan, chăm sóc sau ghép.

Summary

Objective: To evaluate the outcome of nursing care of patients after liver transplantation at the Department of Surgical resuscitation and Organ transplantation, 108 Military Central Hospital. *Subject and method*: A descriptive, prospective study, 64 patients after liver transplantation treated at the Department of surgical resuscitation and organ transplantation, 108 Military Central Hospital from January 2022 to February 2023. *Result:* In the first 5 days after transplantation, the hemodynamic status was stable, 61 patients (96%) had dry incisions. 48 patients (75%) had surgical drainage removed at day 3 post-transplant. VAS (Visual Analog Scale) of day 1 after transplantation was 2.3 ± 1.4, 9.8% of patients were eating normally on day 5 post-transplant. *Conclusion:* The postoperative care outcome of liver transplant patients at the Department of surgical resuscitation and organ transplantation was good.

Keywords: Liver transplantation, postoperative care.

1. Đặt vấn đề

Ngày nhận bài: 25/3/2023, ngày chấp nhận đăng: 15/5/2023

Người phản hồi: Ngô Đình Trung, Email: bsngotrung@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

DOI: https://doi.org/10.52389/ydls.v18i4.1858

Ghép gan là phương pháp thay thế toàn bộ gan của người bệnh bằng một phần gan từ người hiến sống hay toàn bộ gan lành từ người hiến chết não. Ghép gan được coi là biện pháp điều trị hiệu quả nhất đối với một số bệnh lý gan giai đoạn cuối [10]. Ghép gan là một kỹ thuật phức tạp, bên cạnh các vấn đề về ngoại khoa, tình trạng người bệnh trước mổ ảnh hưởng lớn đến quá trình hồi sức và chăm sóc sau mổ. Cùng với các biện pháp hồi sức tích cực, việc theo dõi và chăm sóc sau mổ ghép gan đóng vai trò hết sức quan trọng. Quá trình chăm sóc, tập vận động phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật với vai trò chính của người điều dưỡng sẽ góp phần không nhỏ vào sự thành công của trường hợp phẫu thuật, nâng cao hiệu quả điều trị, giảm các biến chứng sau phẫu thuật, rút ngắn thời gian nằm hồi sức và nằm viện, giảm chi phí điều trị, đem lại sự hài lòng của người bệnh [6].

Tại Việt Nam, do số trung tâm thực hiện được kỹ thuật ghép gan cũng như số bệnh nhân được ghép gan còn ít nên chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề theo dõi và chăm sóc của người điều dưỡng cho đối tượng bệnh nhân này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu "*Đánh giá kết quả theo dõi và chăm sóc người bệnh sau ghép gan tại Khoa Hồi sức ngoại khoa và ghép tạng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*".

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân sau ghép gan từ người hiến sống điều trị tại Khoa Hồi sức Ngoại khoa và ghép tạng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2022 đến tháng 02/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Thời gian nằm hồi sức sau ghép > 24 giờ.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân tử vong trong vòng 24 giờ sau ghép.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Khai thác tiền sử, bệnh sử thông qua bệnh án.

Khám lâm sàng sau mổ.

Thu thập các dấu hiệu sinh tồn trên monitor đa thông số và kết quả theo dõi và chăm sóc bệnh nhân theo quy trình chăm sóc điều dưỡng tại khoa.

Thời điểm đánh giá: Trong 5 ngày đầu sau ghép.

Các phương tiện nghiên cứu:

Bệnh án nghiên cứu.

Monitor đa thông số.

Thang điểm đánh giá đau VAS: Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 điểm.

Các biến số nghiên cứu và cách đánh giá

Đặc điểm chung:

Tuổi, giới.

Bệnh lý gan trước ghép, tính chất phẫu thuật (cấp cứu/có chuẩn bị).

Đánh giá kết quả theo dõi và chăm sóc của điều dưỡng:

Huyết động: Mạch, huyết áp, tỷ lệ dùng vận mạch.

Hô hấp: Thời điểm rút ống nội khí quản, thở máy tại ICU, tần số thở.

Tình trạng vết mổ: Vết mổ liền kỳ đầu, nề đỏ, đọng dịch, chảy máu.

Tình trạng dẫn lưu: Số lượng dịch dẫn lưu/24 giờ (nhiều dịch > 300ml/24 giờ, hết dịch), màu sắc dịch dẫn lưu, thời điểm rút dẫn lưu.

Tình trạng đau sau phẫu thuật: Sử dụng thang điểm VAS (từ 0-10 điểm). Mức độ đau: Không đau (0 điểm), đau nhẹ (1-3 điểm), đau trung bình (4-5 điểm), đau nhiều (6-8 điểm), đau dữ dội (9-10 điểm).

Tình trạng vận động: Tự ngồi dậy, đứng có đỡ (điều dưỡng hỗ trợ), tự đứng, tự đi lại tại buồng bệnh.

Tình trạng dinh dưỡng: Phải nhịn ăn, dinh dưỡng tiêu hóa kết hợp tĩnh mạch bổ sung, ăn bình thường.

2.3. Thu thập và xử lý số liệu

Các thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê với phần mềm SPSS 20.0 (IBM, USA). Các số liệu được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn ($\overline{X}$± SD) và tỷ lệ phần trăm (%).

2.4. Vấn đề đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này tuân thủ các quy định về y đức trong nghiên cứu y sinh học của Bộ Y tế và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả (n = 64)
Tuổi ($\overline{X}$± SD) (tuổi) Min-Max		51,47 ± 14,69 (5-80)
Giới	Nam (n, %)	48 (75)
	Nữ (n, %)	16 (25)
	Tỷ lệ Nam/Nữ	3/1
Bệnh lý gan trước ghép	Ung thư gan (n, %)	20 (31,25)
	Xơ gan (n, %)	13 (20,32)
	Suy gan cấp trên nền xơ gan (n, %)	15 (23,44)
	Suy gan cấp tính (n, %)	16 (25)
Tính chất phẫu thuật	Ghép cấp cứu (n, %)	23 (35,94)
	Ghép có chuẩn bị (n, %)	41 (64,06)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 51,47 ± 14,69 tuổi, thấp nhất 5 tuổi, cao nhất là 80 tuổi. Nam giới chiếm ưu thế, tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Ghép gan do suy gan cấp chiếm tỷ lệ cao nhất 31 bệnh nhân (48,44%). Có 35,94% bệnh nhân phải ghép cấp cứu.

Bảng 2. Đặc điểm huyết động, hô hấp của bệnh nhân sau ghép gan

Chỉ số	Thời điểm		
	Ngày 1 (n = 64)	Ngày 3 (n = 63)	Ngày 5 (n = 41)

DOI: https://doi.org/10.52389/ydls.v18i4.1858

Mạch ($\overline{X}$ ± SD) (lần/phút)	113,9 ± 20,9	91,1 ± 15,1	87,9 ± 14,9
Huyết áp tâm thu ($\overline{X}$ ± SD) (mmHg)	130,8 ± 18,2	132,4 ± 13,4	126,8 ± 13,7
Huyết áp tâm trương ($\overline{X}$ ± SD) (mmHg)	72,8 ± 11	72,1 ± 7,3	73,3 ± 9,9
Dùng vận mạch (n, %)	1 (1,6)	0	0
Rút nội khí quản tại phòng mổ (n, %)	48 (75)		
Tần số thở ($\overline{X}$ ± SD) (lần/phút)	17,3 ± 2,3	16,9 ± 2,5	16,7 ± 2,3
Thở máy (n, %)	16 (25)	4 (6,4)	2 (4,9)

Nhận xét: Trong thời gian ở hồi sức, huyết động bệnh cơ bản ổn định, 1 bệnh nhân dùng vận mạch trong ngày đầu sau ghép gan. Sau ghép gan, 48 bệnh nhân (75%) được rút ống nội khí quản tại phòng mổ, có 16 bệnh nhân phải tiếp tục thở máy tại đơn vị hồi sức. Sau 5 ngày ở hồi sức, còn 2 bệnh nhân vẫn tiếp tục phải thở máy.

Bảng 3. Tình trạng vết mổ của bệnh nhân sau ghép gan

Tình trạng vết mổ		**Thời điểm**		
		Ngày 1 (n = 64)	**Ngày 3 (n = 63)**	**Ngày 5 (n = 41)**
Liền kỳ đầu (n, %)		60 (93,75)	61 (96,8)	41 (100)
Nề đỏ (n, %)		1 (1,6)	0	0
Đọng dịch ((n, %)		4 (6,24)	1 (1,6)	0
Chảy máu (n, %)		2 (3,1)	2 (3,2)	0
Thay băng	1 lần/ngày (n, %)	61 (95,3)	63 (100)	41 (100)
	2 lần/ngày (n, %)	3 (4,7)	0	0

Nhận xét: Ngày đầu sau ghép, 60 bệnh nhân (93,75%) có vết mổ liền kỳ đầu. Trong ngày đầu, 1 bệnh nhân nề đỏ vết mổ, 4 bệnh nhân có đọng dịch vết mổ 2 bệnh nhân còn chảy máu tại vết mổ nhưng tình trạng này cải thiện sau 5 ngày điều trị.

Bảng 4. Tình trạng dẫn lưu của bệnh nhân sau ghép gan

Đặc điểm		**Thời điểm**		
		Ngày 1 (n = 64)	**Ngày 3 (n = 63)**	**Ngày 5 (n = 41)**
Số lượng dịch dẫn lưu (ml)	($\overline{X}$ ± SD)	170 ± 151	214 ± 205	309 ± 300
	Min-Max	10-750	10-1300	0-1100
	Nhiều dịch (n, %)	9 (14,1)	8 (12,7)	12 (29,3)
	Hết dịch (n, %)	0	1 (1,6)	15 (36,6)
Màu sắc dịch dẫn lưu	Đỏ tươi (n, %)	1 (1,6)	0	0
	Đỏ sẫm (n, %)	45 (70,3)	4 (6,3)	0

	Hồng loãng (n, %)	18 (28,1)	58 (92,1)	26 (63,4)
Rút dẫn lưu (n, %)		0	48 (75)	15 (23,4)

Nhận xét: Trong ngày đầu sau ghép gan có 1 bệnh nhân dẫn lưu ra dịch đỏ tươi, các trường hợp còn lại dịch dẫn lưu mà đỏ sẫm và hồng loãng. 48 bệnh nhân (75%) được rút dẫn lưu ở ngày thứ 3 sau ghép.

Bảng 5. Tình trạng đau và vận động của bệnh nhân sau ghép gan

Chỉ số		**Thời điểm**		
		Ngày 1 (n = 64)	**Ngày 3 (n = 63)**	**Ngày 5 (n = 41)**
Điểm VAS	$\overline{X} \pm SD$	2,3 ± 1,4	0,8 ± 1,1	0,2 ± 0,6
	Min-Max	0-7	0-5	0-2
	Đau nhiều (6-8 điểm) (n, %)	1 (1,6)	0	0
	Đau vừa (4-5 điểm) (n, %)	15 (23,4)	1 (1,6)	0
	Đau nhẹ (1-3 điểm) (n, %)	43 (67,2)	28 (44,4)	6 (13,6)
	Không đau (0 điểm) (n, %)	5 (7,8)	34 (54)	38 (86,4)
Vận động	Ngồi dậy (n, %)	21 (32,8)	12 (19,2)	4 (9,8)
	Đứng có đỡ (n, %)	0	21 (33,3)	3 (7,3)
	Tự đứng (n, %)	0	19 (30,2)	12 (29,3)
	Tự đi lại (n, %)	0	0	10 (15,9)

Nhận xét: Trong giai đoạn hồi sức, hầu hết các bệnh nhân đau nhẹ sau ghép gan. Điểm VAS giảm dần theo thời gian và duy trì ở mức 0-2 điểm khi ra khỏi hồi sức. 32,8% bệnh nhân sau ghép gan ngày 1 đã có thể ngồi dậy. Khả năng vận động sau mổ của bệnh nhân phục hồi tốt sau ghép.

Bảng 6. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân sau ghép gan

Đặc điểm	**Thời điểm**		
	Ngày 1 (n = 64)	**Ngày 3 (n = 63)**	**Ngày 5 (n = 41)**
Nhịn ăn (n, %)	64 (100)	21 (33,3)	3 (7,3)
Dinh dưỡng tiêu hóa kết hợp tĩnh mạch bổ sung (n, %)	0	42 (66,7)	34 (82,9)
Ăn bình thường (n, %)	0	0	4 (9,8)

Nhận xét: Trong ngày đầu sau ghép gan, 100% bênh nhân được nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, tỷ lệ bệnh nhân phải nhịn ăn giảm dần còn 7,3% ở ngày thứ 5. 9,8% bệnh nhân đã ăn bình thường ở ngày thứ 5 sau ghép gan.

4. Bàn luận

Trong thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 02/2023 có 64 bệnh nhân ghép gan từ người hiến sống điều trị tại Khoa Hồi sức Ngoại khoa và ghép tạng, Bệnh viện Trung

DOI: https://doi.org/10.52389/ydls.v18i4.1858

ương Quân đội 108 được lựa chọn vào nghiên cứu.

Tuổi trung bình là 51,47 ± 14,69 tuổi, thấp nhất 5 tuổi, cao nhất là 80 tuổi. Nam giới chiếm ưu thế, tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Lê Quang Thắng trên 71 bệnh nhân được ghép gan tại Bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn 2016 - 2021, tuổi trung bình là 50 ± 15,6 tuổi (từ 11 đến 74 tuổi), nam giới chiếm 87,3% [2]. Tại Việt Nam, ghép gan được tiến hành cho 2 nhóm đối tượng người lớn (chiếm 80%), tuổi trung bình là 52 tuổi (38-74 tuổi) và 20% ở trẻ em (7 tháng-16 tuổi) [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp ghép gan cho trẻ em gồm 1 bé trai 5 tuổi bị u gan đa ổ và 1 bé trai 11 tuổi bị bệnh rối loạn chuyển hóa đồng (bệnh Willson).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 lý do chính để ghép gan là ung thư gan, xơ gan và suy gan cấp tính trong đó suy gan cấp chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,44% đặc biệt có 25% bệnh nhân suy gan cấp tính/không có bệnh gan trước đó. Và các trường hợp suy gan cấp này hầu hết phải ghép gan cấp cứu (35,94%). Trên thế giới và Việt Nam hiện nay, chỉ định ghép gan bao gồm suy gan cấp tính, bệnh gan mạn tính giai đoạn cuối, ung thư gan và ung thư ngoài gan di căn vào gan. Các chỉ định này được vận dụng một cách linh hoạt cho các trường hợp cụ thể nhưng các chỉ định chính vẫn là suy gan cấp tính, ung thư gan, xơ gan [8], [9], [10].

Trong thời gian ở hồi sức, huyết động bệnh cơ bản ổn định, 1 bệnh nhân dùng vận mạch ở ngày đầu tiên sau mổ và đã cắt được thuốc vận mạch trong ngày sau đó. Tất cả các bệnh nhân được theo dõi liên tục các chỉ số hô hấp và huyết động trong đó vai trò quan trọng và thường xuyên là của điều dưỡng chăm sóc. Ashok Thirat và cộng sự cho rằng theo dõi chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp) những ngày đầu sau mổ rất quan trọng nhằm phát hiện kịp thời các biến chứng sau mổ [3].

Sau ghép gan có 75% bệnh nhân được rút ống nội khí quản tại phòng mổ. Sau khi về phòng hồi sức, còn 16 bệnh nhân phải thở máy (bao gồm 6 bệnh nhân đã thở máy từ trước khi ghép và 10 bệnh nhân còn phải thở máy sau ghép). Avolio thấy rằng, suy hô hấp sau mổ ghép gan gặp 36% các trường hợp [4]. Ghép gan là một phẫu thuật xâm lấn lớn phải gây mê nội khí quản. Suy chức năng gan không chỉ ảnh hưởng đến chức năng các cơ quan khác đồng thời còn ảnh hưởng đến chuyển hóa thuốc mê theo xu hướng kéo dài thời gian tác dụng của thuốc dẫn đến việc phải thở máy kéo dài sau mổ. Mặt khác việc phải ghép gan cấp cứu từ người hiến sống, tỷ lệ suy gan cấp nhiều cũng làm tăng nguy cơ phải thở máy cho bệnh nhân. Với 75% bệnh nhân được rút ống nội khí quản tại phòng mổ đã cho thấy tiến bộ lớn trong kỹ thuật gây mê ghép gan. Có 2 bệnh nhân còn thở máy tới ngày thứ 5 sau ghép. Đây là 2 trường hợp suy gan cấp nặng phải thở máy từ trước mổ.

Khi đánh giá tình trạng vết mổ sau phẫu thuật chúng tôi thấy rằng, sau phẫu thuật ghép gan, tình trạng vết mổ ổn định với 93,75% các bệnh nhân có vết mổ liền kỳ đầu, không ghi nhận trường hợp nào nhiễm khuẩn vết mổ. Trong ngày đầu còn 1 bệnh nhân sưng nề vết mổ, 4 bệnh nhân có đọng dịch, 2 bệnh nhân còn chảy máu tại vết mổ nhưng tình trạng này cải thiện sau 5 ngày. Hầu hết các bệnh nhân chỉ thay băng vết mổ 1 lần/ngày. Ngày thứ 1 có 3 bệnh nhân phải thay băng 2 lần do dịch thấm băng nhiều và 2 bệnh nhân có chảy máu vết mổ. Ashok Thirat nhấn mạnh một số yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn vết mổ: Đường mổ lớn, nhiều dẫn lưu. Tác giả cũng nêu một số biện pháp phòng chống nhiễm khuẩn vết mổ như: Vận động

sớm, áp dụng các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt [3]. Song song với việc chăm sóc vết mổ là chăm sóc các dẫn lưu vết mổ. Thông qua việc theo dõi số lượng và màu sắc dịch qua dẫn lưu giúp cho việc phát hiện biến chứng chảy máu sau mổ. Chăm sóc tốt các dẫn lưu cũng hạn chế được nhiễm khuẩn sau mổ. Dẫn lưu ổ bụng được thay băng thường xuyên và cần được rút sớm khi đạt mục đích dẫn lưu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 75% bệnh nhân được rút dẫn lưu ở ngày thứ 3. Trong ngày đầu sau ghép có 1 bệnh nhân dẫn lưu là dịch đỏ tươi, các trường hợp còn lại dịch dẫn lưu mà đỏ sẫm và hồng loãng. Các trường hợp ghép gan trên nền ung thư gan thì dịch dẫn lưu ít sau mổ, hết nhanh trong những ngày đầu sau mổ. Các trường hợp bệnh nhân ghép gan trên nền xơ gan, dịch dẫn lưu vẫn còn nhiều (trên 300ml/24 giờ) nhưng có xu hướng giảm dần theo thời gian. Khi chức năng gan ghép hoạt động ổn định tình trạng dịch cổ trướng do xơ gan trước đó mới được cải thiện.

Khi đánh giá mức độ đau của bệnh nhân sau ghép, chúng tôi sử dụng thang điểm VAS. Các bệnh nhân ghép gan được giảm đau đa mô thức với việc phối hợp catheter thấm vết chỗ để giảm đau kết hợp giảm đau tĩnh mạch bằng fentanyl và nefopam. Trong giai đoạn hồi sức, hầu hết các bệnh nhân đau nhẹ sau phẫu thuật. Điểm VAS giảm dần theo thời gian và duy trì ở mức 0-2 điểm khi ra khỏi hồi sức. Forsberg và cộng sự nghiên cứu tình trạng đau sau ghép ở các bệnh nhân ghép gan, tim, thận thấy rằng đau là một vấn đề quan trọng sau ghép tạng, ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày ngay cả ở những bệnh nhân có chức năng ghép tạng tốt. Đau làm hạn chế chức năng thể chất, tinh thần và vận động ở bệnh nhân sau ghép [5]. Khi tình trạng đau cải thiện, khả năng vận động của bệnh nhân cũng khá lên. Vận động sớm sau ghép gan có vai trò quan trọng giúp bệnh nhân nhanh chóng hồi phục toàn diện chức năng tiêu hóa, giảm nhanh dịch dẫn lưu. Ra khỏi giường sớm giúp bệnh nhân sớm ra khỏi đơn vị hồi sức tích cực. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 32,8% bệnh nhân sau ghép gan ngày 1 đã có thể ngồi dậy. Tỷ lệ bệnh nhân có thể tự đi lại nhẹ nhàng, tự đứng dậy, đứng dậy có đỡ hoặc ngồi dậy tại giường tăng dần lên theo thời gian sau ghép. Hướng dẫn tập vận động sớm được tiến hành thường xuyên bởi điều dưỡng chăm sóc. Điều dưỡng chăm sóc sẽ vừa giúp đỡ bệnh nhân vận động cả chủ động và thụ động vừa dự phòng té ngã cho bệnh nhân.

Trong ngày đầu sau ghép gan, 100% bệnh nhân được nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn. Trong những ngày tiếp theo tại hồi sức, tỷ lệ bệnh nhân ăn cháo/OT tăng dần, tỷ lệ bệnh nhân phải nhịn ăn giảm dần còn 7,3% ở ngày thứ 5. Có 9,8% bệnh nhân sau ghép gan giai đoạn hồi sức đã ăn được bình thường ở ngày thứ 5 sau ghép gan. Hammad nhấn mạnh cần quan tâm dinh dưỡng cho người bệnh ghép gan ở tất cả các giai đoạn trước, trong và sau ghép gan. Dinh dưỡng qua đường miệng được ưu tiên hơn, nhưng dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch có thể được yêu cầu để cung cấp lượng năng lượng cần thiết cho bệnh nhân [7].

5. Kết luận

Nghiên cứu 64 bệnh nhân ghép gan từ người hiến sống điều trị tại Khoa Hồi sức Ngoại khoa và ghép tạng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 02/2023, chúng tôi rút ra một số kết quả sau:

Trong 5 ngày đầu sau ghép, tình trạng huyết động ổn định, 61 bệnh nhân (96%) vết mổ liền kỳ đầu. 48 bệnh nhân (75%) được rút dẫn lưu vết mổ ở ngày thứ 3 sau ghép.

DOI: https://doi.org/10.52389/ydls.v18i4.1858

VAS ngày đầu tiên sau ghép là 2,3 ± 1,4; 9,8% bệnh nhân đã ăn bình thường ở ngày thứ 5 sau ghép.

Tài liệu tham khảo

1. Hội gan mật Việt Nam, Phân hội Phẫu thuật gan, mật, tụy Việt Nam (2022) *Cập nhật kết quả và tiến bộ trong ghép gan và ghép tạng.*
2. Lê Quang Thắng, Nguyễn Quang Nghĩa và cộng sự (2023) *Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật ghép gan tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2016-2021.* Tạp chí Y học Việt Nam, số 1, tháng 2 năm 2023, tr. 16-20.
3. Ashok T, Wei-Chen L (2013) C*ritical Care Issues After Major Hepatic Surgery*. Chapter 4 in Hepatic Surgery, Edited by Hesham Abdeldayem.
4. Avolio AW, Gaspari R, Teofili L, Bianco G, Spinazzola G, Soave PM, Paiano G, Francesconi AG, Arcangeli A, Nicolotti N, Antonelli M (2019) *Postoperative respiratory failure in liver transplantation: Risk factors and effect on prognosis*. PLoS One 14(2): 0211678.
5. Forsberg A, Lorenzon U, Nilsson F et al (1999) *Pain and health related quality of life after heart, kidney, and liver transplantation.* Clinical Transplantation, 13(6): 453-460.
6. Grogan TA (2011) *Liver transplantation: issues and nursing care requirements*. Crit Care Nurs Clin North Am 23(3): 443–456.
7. Hammad A, Kaido T, Ogawa K, Fujimoto Y, Uemura T, Mori A, Hatano E, Okajima H, Uemoto S (2016) Liver transplantation for advanced hepatocellular carcinoma in patients with Child-Pugh A and B. Surg Today 46(2): 248–254.
8. Hughes CB, Humar A (2021) *Liver transplantation: current and future*. Abdom Radiol (NY) 46(1): 2–8.
9. Jadlowiec CC, Taner T et al (2016) *Liver transplantation: Current status and challenges*. World J Gastroenterol 22(18): 4438–4445.
10. Trotter JF, Cárdenas A (2016) *Liver transplantation around the world.* Liver Transplantation 22(8): 1059–1061.