

teo cơ và giảm nguy cơ mất thể tích vật theo thời gian. Từ góc độ ứng dụng lâm sàng, việc bảo tồn ít nhất một nhánh thần kinh vận động khi bóc vật có thể giữ được sức cơ và độ dày mô, đặc biệt quan trọng với các vùng chịu tải trọng như gót chân.

V. KẾT LUẬN

Ở người Việt Nam trưởng thành, cơ dạng ngón chân cái có hình dạng thon dài, cấu trúc nguyên uỷ và bám tận đa dạng, được nuôi chủ yếu bởi các nhánh của động mạch gan chân trong và chi phối bởi thần kinh gan chân trong. Những dữ liệu giải phẫu chi tiết này góp phần cung cấp cơ sở khoa học nền tảng cho việc ứng dụng cơ dạng ngón chân cái trong tái tạo mô mềm vùng cổ – bàn chân và vật tự do, hướng tới hiệu quả che phủ cao và bảo tồn chức năng vùng cho.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Attinger CE, Ducic I, Cooper P, et al.** The role of intrinsic muscle flaps of the foot for bone coverage in foot and ankle defects in diabetic and nondiabetic patients. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(4):1047-54; discussion 1055-7.
2. **Lý NT.** Nghiên cứu giải phẫu vật gan chân trong

- và ứng dụng điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cổ chân và gót chân: Luận án Phó tiến sĩ; 1996.
3. **Bùi Văn Hoàn HT, Nguyễn QT.** Nghiên cứu xây dựng hệ cố bàn chân nam đái tháo đường làm cơ sở thiết kế giày cho bệnh nhân. *ap chí Khoa học và Công nghệ – Trường Đại học Công nghiệp Hà Nội.* 2024;60(4):110-117.
 4. **Pandey N, Chaudhary D, Yadav SK.** Anthropometric Measurements of Foot in Undergraduate Medical Students of a Medical College: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2024;62(276):507-510.
 5. **Chittoria RK, Pratap H, Yekappa SH.** Abductor Hallucis: Anatomical Variation and Its Clinical Implications in the Reconstruction of Chronic Nonhealing Ulcers and Defects of Foot. *Adv Wound Care (New Rochelle).* 2015; 4(12): 719-723.
 6. **Agawany AE, Meguid EA.** Mode of insertion of the abductor hallucis muscle in human feet and its arterial supply. *Folia Morphol (Warsz).* 2010;69(1):54-61.
 7. **Masquelet AC, Romana MC, Wolf G.** Skin island flaps supplied by the vascular axis of the sensitive superficial nerves: anatomic study and clinical experience in the leg. *Plast Reconstr Surg.* 1992;89(6):1115-21.
 8. **Attinger CE, Evans KK, Bulan E, et al.** Angiosomes of the foot and ankle and clinical implications for limb salvage: reconstruction, incisions, and revascularization. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(7 Suppl):261s-293s.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA RỐI LOẠN CHỨC NĂNG GAN SỚM VÀ TÌNH TRẠNG TỔN THƯƠNG THẬN CẤP SAU GHÉP GAN

Ngô Đình Trung¹, Nguyễn Tài Thu¹, Đỗ Văn Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa rối loạn chức năng gan sớm (EAD) và nguy cơ tổn thương thận cấp (AKI) sau ghép gan. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu kết hợp hồi cứu mô tả trên 205 bệnh nhân ghép gan tại Bệnh viện TƯQĐ 108 giai đoạn 2020–2024. AKI được chẩn đoán theo KDIGO 2012, EAD xác định theo tiêu chuẩn Olthoff. **Kết quả:** Có 81 bệnh nhân (40%) xuất hiện AKI. Nhóm AKI ghi nhận điểm MELD cao hơn ($17,0 \pm 8,5$ so với $10,6 \pm 7,1$; $p < 0,05$), thời gian thiếu máu nóng dài hơn ($37,9 \pm 7,4$ so với $34,3 \pm 8,5$ phút; $p < 0,05$), lactate 6 giờ sau mổ cao hơn ($6,1 \pm 2,2$ so với $5,3 \pm 2,0$ mmol/L; $p < 0,05$) và tỷ lệ EAD cao hơn ($45,7\%$ so với $29,8\%$; $p < 0,05$). Hồi quy đa biến cho thấy điểm MELD (OR 1,160; KTC 95%: 1,088–1,236; $p < 0,05$) và EAD (OR 1,186; KTC 95%: 1,027–1,370; $p < 0,05$) là các yếu tố

tiên lượng độc lập AKI sau ghép gan. **Kết luận:** AKI là biến chứng thường gặp sau ghép gan. Điểm MELD cao và EAD là các yếu tố tiên lượng độc lập AKI.

Từ khóa: ghép gan; rối loạn chức năng gan sớm (EAD); tổn thương thận cấp (AKI)

SUMMARY

A STUDY ON THE ASSOCIATION BETWEEN EARLY ALLOGRAFT DYSFUNCTION AND ACUTE KIDNEY INJURY AFTER LIVER TRANSPLANTATION

Objective: To evaluate the association between early allograft dysfunction (EAD) after liver transplantation and the risk of acute kidney injury (AKI).

Methods: A prospective-retrospective descriptive study was conducted on 205 liver transplant recipients at 108 Military Central Hospital during 2020–2024. AKI was diagnosed according to KDIGO 2012 criteria, and EAD was defined based on Olthoff's criteria. Clinical characteristics, laboratory results, perioperative factors, and post-transplant outcomes were analyzed. **Results:** A total of 81 patients (40%) developed AKI after transplantation. The AKI group showed higher MELD scores (17.0 ± 8.5 vs. 10.6 ± 7.1 ; $p < 0.05$), longer warm ischemia

¹Bệnh viện Trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đình Trung

Email: bsngotrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

time (37.9 ± 7.4 vs. 34.3 ± 8.5 minutes; $p < 0.05$), higher lactate levels at 6 hours postoperatively (6.1 ± 2.2 vs. 5.3 ± 2.0 mmol/L; $p < 0.05$), and a higher incidence of EAD (45.7% vs. 29.8%; $p < 0.05$). Multivariate logistic regression revealed that MELD score (OR 1.160; 95% CI: 1.088–1.236; $p < 0.05$) and EAD (OR 1.186; 95% CI: 1.027–1.370; $p < 0.05$) were independent predictors of post-transplant AKI.

Conclusion: AKI is a frequent complication after liver transplantation. High MELD score and early allograft dysfunction are independent predictors of AKI.

Keywords: liver transplantation; early allograft dysfunction (EAD); acute kidney injury (AKI)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan là phương pháp điều trị tối ưu cho người bệnh xơ gan giai đoạn cuối, giúp cải thiện rõ rệt thời gian sống cũng như chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, mặc dù có nhiều tiến bộ trong phẫu thuật và điều trị, các biến chứng sau ghép vẫn còn phổ biến và là thách thức lớn. Trong số đó, tổn thương thận cấp (acute kidney injury – AKI) là một trong những biến chứng thường gặp, với tỷ lệ gặp lên tới trên 50% theo một số báo cáo [8]. Sự xuất hiện AKI sau ghép gan không chỉ kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị mà còn liên quan đến nguy cơ cao mắc bệnh thận mạn, giảm tỷ lệ sống của bệnh nhân và mảnh ghép.

Rối loạn chức năng mảnh ghép sớm (early allograft dysfunction – EAD) phản ánh tình trạng gan ghép hoạt động kém trong những ngày đầu sau ghép, thường liên quan tới các cơ chế tổn thương do thiếu máu – tái tưới máu, phản ứng viêm hệ thống, rối loạn vi tuần hoàn và tích tụ các chất chuyển hóa độc hại. Hiện nay, tiêu chuẩn của Olthoff (2010) được sử dụng rộng rãi nhất trong lĩnh vực ghép gan để chẩn đoán rối loạn chức năng mảnh ghép sớm [5]. Nhiều nghiên cứu cho thấy EAD không những làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, biến chứng đường mật, thải ghép và mất chức năng mảnh ghép mà còn có thể đóng vai trò quan trọng trong tiến triển của AKI sau ghép gan thông qua mối liên quan chặt chẽ giữa chức năng gan và thận [1].

Các yếu tố nguy cơ của AKI như điểm MELD (Model for End-Stage Liver Disease) cao, mất máu nhiều, thời gian thiếu máu kéo dài hay tình trạng huyết động bất ổn đã được khẳng định [4]. Tuy nhiên mối liên hệ độc lập giữa rối loạn chức năng gan sớm và nguy cơ AKI sau ghép gan vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Đặc biệt trong bối cảnh số lượng ca ghép gan hàng năm đang gia tăng nhanh chóng tại Việt Nam thì vấn đề này càng trở nên quan trọng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu được thực hiện trên 205 bệnh nhân ghép gan tại Bệnh viện TƯQĐ 108 trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 12 năm 2024. Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh ghép gan ≥ 18 tuổi. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân cần lọc máu trước ghép, tử vong trong vòng 30 ngày sau ghép.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu kết hợp hồi cứu, mô tả – phân tích

BN nghiên cứu được ghi nhận các thông số thời điểm vào viện bao gồm: tuổi, giới, nguyên nhân bệnh. Các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm chức năng gan, thận. Từ đó tính ra được các thang điểm đánh giá độ nặng MELD.

Đặc điểm trong phẫu thuật được ghi nhận thông qua biên bản phẫu thuật bao gồm thời gian thiếu máu nóng, thời gian thiếu máu lạnh, thời gian phẫu thuật, lượng máu truyền. Thời gian thiếu máu nóng được tính từ lúc lấy gan ra khỏi môi trường bảo quản lạnh đến khi bắt đầu tưới máu gan ghép trong cơ thể người nhận. Thời gian thiếu máu lạnh là khoảng thời gian mà gan được bảo quản trong môi trường lạnh (thường ở 4°C) sau khi lấy ra khỏi cơ thể người cho. Thời gian phẫu thuật được tính từ khi rạch da tới khi đóng hoàn toàn vết mổ.

Sau mổ các xét nghiệm cận lâm sàng chức năng gan, thận được ghi nhận để đánh giá tình trạng rối loạn chức năng mảnh ghép sớm và xác định thời điểm có tổn thương thận cấp trong vòng 30 ngày.

Điểm MELD [2] = $3,78 \times \ln[\text{bilirubin máu (mg/dL)}] + 11,2 \times \ln[\text{INR}] + 9,57 \times \ln[\text{creatinin máu (mg/dL)}] + 6,43$

Rối loạn chức năng mảnh ghép sớm (EAD) [5]: được xác định theo định nghĩa của Olthoff và cộng sự, bao gồm một trong các tiêu chuẩn: bilirubin toàn phần ≥ 10 mg/dL (171 mmol/L) vào ngày thứ 7 sau ghép, INR $\geq 1,6$ vào ngày thứ 7 hoặc AST hoặc ALT > 2000 IU/L trong tuần đầu sau ghép.

Tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương thận cấp theo KDIGO 2012 khi có một trong 3 tiêu chuẩn sau xuất hiện trong vòng 30 ngày sau mổ [3]:

- Creatinin tăng trên 1,5 lần so với mức nền hoặc tăng trên 26,5 mmol/l
- Số lượng nước tiểu nhỏ hơn 0,5ml/kg/giờ trong liên tục 6 giờ
- Mức lọc cầu thận giảm trên 25%

Phân tích thống kê. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, kiểm tra phân phối chuẩn bằng kiểm định Kolmogorov-Smirnov. Các biến liên tục phân phối chuẩn biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, so sánh bằng

kiểm định independent sample T-test. Các biến liên tục phân phối không chuẩn biểu diễn dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị, so sánh sử dụng kiểm định Mann-Whitney U test. Các biến định tính biểu diễn dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%), so sánh sử dụng kiểm định χ^2 (nếu $< 20\%$ số ô có giá trị mong đợi < 5) và Fisher exact test

cho trường hợp còn lại. Đánh giá mối liên quan của các biến liên tục hoặc biến định tính với tình trạng tổn thương thận cấp sau ghép gan bằng hồi quy logistic đơn biến và đa biến. Giá trị OR, khoảng tin cậy 95% (KTC 95%) và giá trị p được sử dụng để đánh giá nguy cơ. Chọn mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. So sánh đặc điểm bệnh nhân nhóm có và không có rối loạn chức năng mảnh ghép sớm sau ghép gan

	Tổng	EAD	Không EAD	P
N (%)	205 (100%)	72 (35%)	133 (65%)	
Tuổi	52 ± 11	49 ± 12	54 ± 10	<0,01
Nam giới	171 (83,4)	61 (84,7%)	110 (82,7%)	>0,05
Nguyên nhân xơ gan	Rượu	30 (14,6)	10 (13,9%)	>0,05
	Virus	139 (67,8)	51 (70,8%)	
	Khác	36 (17,6)	11 (15,3%)	
MELD	13 ± 8	20 ± 7	9 ± 6	<0,001
Thời gian thiếu máu nóng (phút)	36 ± 8	35 ± 8	36 ± 8	>0,05
Thời gian thiếu máu lạnh (phút)	78,0(68,0-91,0)	76,5(68,5-90,0)	79,0(68,0-95,0)	>0,05
Lượng máu truyền (mL)	2900(1700-3500)	2800(1500-3500)	2900(1850-3550)	>0,05
Thời gian phẫu thuật (phút)	395 ± 60	400 ± 62	385 ± 55	>0,05
Lactate 6 giờ (mmol/L)	5,7 ± 2,1	5,7 ± 2,0	5,6 ± 2,2	>0,05

Sau ghép gan có 72 bệnh nhân EAD chiếm 35%. Nhóm bệnh nhân có EAD có điểm MELD cao hơn và tuổi trẻ hơn nhóm không có EAD.

Bảng 2. So sánh đặc điểm bệnh nhân nhóm có và không có tổn thương thận cấp sau ghép gan

	AKI	Không AKI	P	
Tổng, 205 (100%)	81 (40%)	124 (60%)		
Tuổi	51,7 ± 10,2	51,8 ± 11,6	>0,05	
Nam giới	68 (84%)	103 (83%)	>0,05	
Nguyên nhân xơ gan	Rượu	16 (20%)	14 (11%)	>0,05
	Virus	50 (62%)	89 (72%)	
	Khác	15 (18%)	21 (17%)	
MELD	17,0 ± 8,5	10,6 ± 7,1	<0,05	
Thời gian thiếu máu nóng (phút)	37,9 ± 7,4	34,3 ± 8,5	<0,05	
Thời gian thiếu máu lạnh (phút)	76 (68-90)	79 (70-94)	>0,05	
Lượng máu truyền (mL)	2600 (1350-3150)	3025 (2100-3850)	>0,05	
Thời gian phẫu thuật (phút)	391 ± 54	397 ± 64	>0,05	
Lactate 6 giờ (mmol/L)	6,1 ± 2,2	5,3 ± 2,0	<0,05	
EAD	35 (45,7%)	37 (29,8%)	<0,05	

Sau ghép có 81 bệnh nhân có AKI (chiếm 40%). Nhóm bệnh nhân có AKI có điểm MELD cao hơn, thời gian thiếu máu nóng dài hơn, lactate huyết thanh trong 6 giờ đầu cao hơn và tỷ lệ EAD cao hơn nhóm bệnh nhân không có tổn thương thận cấp có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Phân tích hồi quy đơn biến một số yếu tố tiên lượng tổn thương thận cấp sau phẫu thuật ghép gan

	OR	KTC 95%	P
MELD	1,109	1,067-1,157	<0,05
Thời gian thiếu máu nóng	1,057	1,020-1,096	<0,05

Lactate 6 giờ	1,200	1,046-1,378	<0,05
EAD	1,789	1,002-3,209	<0,05

Bảng 4. Phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố tiên lượng tổn thương thận cấp sau phẫu thuật ghép gan

	OR	KTC 95%	P
MELD	1,160	1,088-1,236	<0,05
Thời gian thiếu máu nóng	1,036	0,995-1,078	>0,05
Lactate 6 giờ	1,156	0,993-1,346	>0,05
EAD	1,186	1,027-1,370	<0,05

Các yếu tố tiên lượng độc lập tổn thương thận cấp bao gồm MELD (OR 1,160; KTC 95%:

1,088-1,236; $p < 0,05$) và EAD (OR 1,186; KTC 95%: 1,027-1,370; $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã đánh giá tổng cộng 205 bệnh nhân được ghép gan tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong khoảng thời gian từ 2020 đến 2024. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tổn thương thận cấp (AKI) sau ghép gan chiếm tỷ lệ khá lớn, lên tới 40% tổng số bệnh nhân. Kết quả này cũng tương tự như số liệu được báo cáo trong các nghiên cứu quốc tế với tỷ lệ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sau ghép gan dao động từ 30–60% [4]. Điều này càng củng cố thêm luận điểm AKI là biến chứng thường gặp, làm gia tăng gánh nặng điều trị cũng như ảnh hưởng bất lợi tới thời gian sống và chất lượng sống của bệnh nhân.

Rối loạn chức năng mảnh ghép gan sớm được định nghĩa là tình trạng gan ghép hoạt động kém trong 7 ngày đầu sau ghép, được Olthoff đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán và được chấp nhận rộng rãi. Các báo cáo cho thấy EAD khá thường gặp, tần suất gặp có thể lên tới trên 50% bệnh nhân sau phẫu thuật ghép gan và có liên quan tới tăng tỷ lệ các biến chứng, tử vong sớm sau ghép cũng như nguy cơ mất mảnh ghép [7]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy có 35% bệnh nhân sau ghép có EAD, thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi đặc điểm các ca ghép trong nghiên cứu chủ yếu thực hiện từ người cho sống, vốn có nguy cơ EAD thấp hơn so với ghép từ người cho chết não hoặc chết tim. Ở các ca ghép từ người cho chết não/chết tim, nguy cơ EAD tăng chủ yếu do: (i) thời gian thiếu máu nóng và thiếu máu lạnh thường kéo dài hơn; (ii) chất lượng mảnh ghép kém thuận lợi hơn khi sử dụng tiêu chuẩn người cho mở rộng; và (iii) tình trạng người nhận kém ổn định, phụ thuộc vào thời điểm có nguồn tạng nên quá trình chuẩn bị thường không tối ưu hóa. Những yếu tố này phối hợp làm tăng mức độ tổn thương thiếu máu-tái tưới máu, từ đó thúc đẩy xuất hiện EAD.

Kết quả so sánh trong bảng 1 chỉ ra nhóm bệnh nhân EAD có điểm MELD cao hơn và tuổi trẻ hơn nhóm còn lại. Kết quả này phù hợp với y văn, trong đó điểm MELD cao đã được xác nhận là một yếu tố nguy cơ độc lập của EAD [7]. Về cơ chế, bệnh nhân có điểm MELD cao thường biểu hiện mức độ bệnh gan nền nặng hơn kèm rối loạn huyết động và chuyển hóa rõ rệt, làm tăng tính dễ tổn thương trước thiếu máu-tái tưới máu của mảnh ghép và qua đó gia tăng nguy cơ biến chứng, bao gồm cả tổn thương thận sau ghép.

Một phát hiện quan trọng của nghiên cứu là mối liên quan mang tính nhân quả giữa EAD và nguy cơ AKI. Theo đó EAD là một yếu tố tiên lượng độc lập tình trạng AKI sau ghép. Kết quả này càng củng cố giả thuyết rằng chức năng gan ghép giai đoạn sớm có tác động trực tiếp đến thận thông qua cơ chế "gan-thận" phức tạp. Rối loạn huyết động kết hợp với tình trạng liệt mạch, giảm huyết áp, chậm thanh thải lactate làm giảm tưới máu thận. Bên cạnh đó bù dịch quá mức gây tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm và áp lực ổ bụng, hậu quả là sung huyết thận và giảm áp lực tưới máu thận. Tổn thương viêm và hội chứng thiếu máu-tái tưới máu làm tổn thương nội mô mạch máu cũng như các tế bào ống thận. Đồng thời, ứ mật tăng bilirubin cũng gây tổn thương trực tiếp ống thận. Chức năng gan phục hồi kém dẫn tới giảm sản xuất albumin, tăng dịch ổ chướng gây hiệu ứng tương tự hội chứng gan thận. Tất cả các yếu tố đó góp phần làm tăng nguy cơ tổn thương thận cấp ở những bệnh nhân có rối loạn chức năng mảnh ghép sớm sau ghép gan. Kết quả tương tự cũng được quan sát thấy trong nghiên cứu của tác giả Wadei và cộng sự (2016) [6].

Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy thời gian thiếu máu nóng và nồng độ lactate huyết thanh trong 6 giờ đầu sau ghép có liên quan tới tổn thương thận cấp sau ghép. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trước đây về AKI sau ghép gan [4]. Tuy nhiên, khi đưa vào mô hình đa biến, các biến số này không còn giữ được ý nghĩa tiên lượng độc lập, gợi ý vai trò trung gian của chúng chủ yếu thông qua tác động lên EAD hơn là các yếu tố nguy cơ trực tiếp của AKI.

Nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu tại một trung tâm đơn lẻ nên có thể tồn tại sai số chọn mẫu và hạn chế khả năng khái quát. Thứ hai, chúng tôi chưa phân tích được các yếu tố về điều trị sau ghép (như phác đồ ức chế miễn dịch, sử dụng thuốc vận mạch, chiến lược bù dịch) vốn có thể ảnh hưởng đến nguy cơ AKI. Thứ ba, thời gian theo dõi mới dừng lại ở 30 ngày, chưa đánh giá được ảnh hưởng lâu dài của EAD và AKI đến tỷ lệ sống còn của bệnh nhân và mảnh ghép. Do vậy, cần thiết phải tiến hành các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế tiến cứu và thời gian theo dõi dài hạn đồng thời đánh giá hiệu quả của các chiến lược can thiệp nhằm giảm thiểu nguy cơ này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tổn thương thận cấp là biến chứng thường gặp trong 30 ngày đầu sau

ghép gan. Rối loạn chức năng mảnh ghép sớm (EAD) và điểm MELD cao trước ghép được xác định là những yếu tố tiên lượng độc lập nguy cơ AKI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Berkowitz R. J., Engoren M. C., Mentz G., et al. (2022), "Intraoperative risk factors of acute kidney injury after liver transplantation", *Liver Transpl*, 28(7), 1207-1223.
2. Kamath P. S., Wiesner R. H., Malinchoc M., et al. (2001), "A model to predict survival in patients with end-stage liver disease", *Hepatology*, 33(2), 464-70.
3. Khwaja A. (2012), "KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury", *Nephron Clin Pract*, 120(4), c179-84.
4. Moura A. F., Moura-Neto J. A., Ribeiro B. M., et al. (2025), "Post-Liver Transplant Kidney Dysfunction: Incidence of Acute Kidney Injury and Chronic Kidney Disease and Risk Factors Related to Chronic Kidney Disease Development", *Diseases*, 13(5).
5. Olthoff K. M., Kulik L., Samstein B., et al. (2010), "Validation of a current definition of early allograft dysfunction in liver transplant recipients and analysis of risk factors", *Liver Transpl*, 16(8), 943-9.
6. Wadei H. M., Lee D. D., Croome K. P., et al. (2016), "Early Allograft Dysfunction After Liver Transplantation Is Associated With Short- and Long-Term Kidney Function Impairment", *Am J Transplant*, 16(3), 850-9.
7. Wiemann B. A., Beetz O., Weigle C. A., et al. (2025), "Early Allograft Dysfunction after liver transplantation- definition, incidence and relevance in a single-centre analysis", *Langenbecks Arch Surg*, 410(1), 76.
8. Oliveira Paula Ribeiro, Moura Ana Flavia, de Melo Ribeiro Beatriz, et al. (2024), "Frequency and predictive factors of acute kidney injury in the post- liver transplantation", *Kidney International Reports*, 9(4), S491.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KHẢ NĂNG TÁI HÒA NHẬP CỘNG ĐỒNG Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT VAN TIM VÀ BẮC CẦU MẠCH VÀNH

Nguyễn Hoài Nam¹, Nguyễn Trung Kiên²,
Tô Gia Kiên³, Nguyễn Hồng Hà², Lê Thị Hạ Quyên⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sau phẫu thuật tim, khả năng tái hòa nhập cộng đồng là một chỉ số quan trọng phản ánh hiệu quả phục hồi toàn diện của người bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định các yếu tố liên quan đến khả năng tái hòa nhập cộng đồng ở bệnh nhân sau phẫu thuật van tim và bắc cầu mạch vành. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 216 bệnh nhân sau phẫu thuật van tim và bắc cầu mạch vành tại Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp Thành phố Hồ Chí Minh, sử dụng các thang đo chất lượng cuộc sống và tái hòa nhập cộng đồng (EQ-5D-5L, EQ-VAS). **Kết quả nghiên cứu:** So với nhóm chứng, nhóm can thiệp có kết quả tốt hơn có ý nghĩa thống kê ở tất cả các lĩnh vực của thang đo EQ-5D-5L, bao gồm khả năng đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường lệ, mức độ đau/khó chịu và lo lắng/u sầu ($p < 0,001$). Nhóm can thiệp ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân không hoặc chỉ gặp khó khăn nhẹ trong các hoạt động chức năng cao hơn, trong khi tỷ lệ khó khăn mức trung bình và nặng

thấp hơn so với nhóm chứng. Điểm EQ-5D-5L trung vị ở nhóm can thiệp đạt 0,7 (0,6–0,7), cao hơn nhóm chứng là 0,6 (0,5–0,7). Tương tự, điểm EQ-VAS trung vị ở nhóm can thiệp là 71 (69–72), cao hơn đáng kể so với nhóm chứng là 62 (61–63) ($p < 0,001$). **Kết luận:** Phục hồi chức năng tim mạch mang lại lợi ích toàn diện, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và nâng cao khả năng tái hòa nhập cộng đồng ở bệnh nhân sau phẫu thuật tim. **Từ khóa:** Sau phẫu thuật tim, hòa nhập cộng đồng, chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH COMMUNITY REINTEGRATION IN PATIENTS FOLLOWING HEART VALVE SURGERY AND CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING

Background: After cardiac surgery, community reintegration is an important indicator reflecting the overall effectiveness of patient rehabilitation. However, evidence regarding factors associated with community reintegration after heart valve surgery and coronary artery bypass grafting remains limited. **Objective:** To identify factors associated with community reintegration in patients after heart valve surgery and coronary artery bypass grafting. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 216 patients after heart valve surgery and coronary artery bypass grafting at the Ho Chi Minh City Hospital For Rehabilitation - Professional Diseases, using validated instruments to assess health-related quality of life and community reintegration (EQ-5D-5L and EQ-VAS). **Results:** Compared with the control group, the intervention group demonstrated significantly better

¹Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Nam

Email: bsnam2009@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2025

Ngày duyệt bài: 2.12.2025