

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI BẰNG PHƯƠNG PHÁP THẨM PHÂN PHỨC MẠC TẠI KHOA NỘI THẬN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Huỳnh Trinh Trí, Nguyễn Duy Tân, Lữ Công Trung, Mã Lan Thanh,
Trần Ngọc Giải, Nguyễn Chí Hiếu, Nguyễn Thị Tuyết Ngọc, Nguyễn Thị
Trương Nhân, khoa Nội thận Bệnh viện An giang*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề : Thẩm phân phúc mạc là một phương pháp thay thế thận trong điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối.

Mục tiêu : Đánh giá kết quả lâm sàng của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị bằng phương pháp thẩm phân phúc mạc. So sánh các chỉ số sinh hóa của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị bằng phương pháp thẩm phân phúc mạc với phương pháp lọc thận nhân tạo.

Kết quả : 47 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được điều trị bằng phương pháp thẩm phân phúc mạc(TPPM) từ tháng 10 năm 2009 đến tháng 9 năm 2010, bệnh nhân (BN) có tuổi thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất 85 tuổi, tuổi trung bình 40,1. Trong 47 BN có 15 BN được đặt catheter Tenckhoff tại Bệnh viện ĐKTTAG, 32 BN suy thận mạn giai đoạn cuối từ Bệnh viện Chợ Rẫy chuyển về. Huyết áp $\leq 140/80$ mmHg chiếm 89%. Tỷ lệ viêm phúc mạc : 1 đợt/51.6 tháng BN, tổng số bệnh nhân viêm phúc mạc : 12 (25.5%), điều trị khỏi : 11 BN, điều trị không khỏi 01 BN : viêm phúc mạc do lao. Các biến chứng khác : Nhiễm trùng chân ống đơn thuần 6 BN (12,7%), nhiễm trùng đường hầm 1 BN (2,1%), nhiễm trùng chân ống kèm VPM 2 BN(4.2%), tắc catheter 2 BN(4.2%), rút catheter 2 BN chuyển qua lọc máu, thoát vị búi 2 BN(4.2%), catheter sai vị trí 1 BN (2.1%), nứt ống catheter 2 BN(4.2%), Phù phổi cấp 2 BN (4.2%), hội chứng chuyển hóa 1 BN(2.1%), tử vong 1 BN(2.1%). Trị số trung bình ure ở BN TPPM 22.18 ± 10.78 cao hơn so với BN TNT 15.44 ± 6.37 có ý nghĩa thống kê ($P 0.02$). Trị số trung bình creatinine ở BN TPPM 1044.48 ± 363.07 cao hơn so với BN TNT $605.81 \pm$

262.88 có ý nghĩa thống kê ($P < 0.001$). Chỉ số Hemoglobin ở bn TPPM cao hơn bn lọc máu định kỳ có ý nghĩa thống kê (Hb 10.62 ± 2.54 so với 9.01 ± 1.93 , $P : 0.03$).

ABSTRACT

ASSESSMENT OF RESULTS FOR THE MANAGEMENT OF END-STAGE RENAL DISEASE BY CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS AT THE NEPHROLOGY DEPARTMENT OF AN GIANG GENERAL HOSPITAL

Background : Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) is a method of renal replacement therapy in end-stage renal disease (ESRD). Objective : To assess the results for the management of ESRD by CAPD. Comparison biochemical parameters of the patients with ESRD treated by CAPD with hemodialysis (HD). Results : 47 patients with ESRD treated by CAPD from October 2009 to September 2010, the mean age was 40,1, range : 19 to 85. Of 47 patients, 15 had catheter inserted at An Giang General Hospital, 32 patients from Cho Ray Hospital. Hypertension $\leq 140/90$ mmHg (89%). Peritonitis 1 episode /patient/51.6 months, total 12/47 patients had peritonitis (25.5%) with 11 patients were treated well. Other complication : Exit-site infection 6/47 (12.7%), tunnel infection 1/47 (2.1%), exit-site infection and peritonitis 2/47 (4.2%), catheter obstruction 2/47(4.2%) and 02 transferred to HD, hernias 2/47(4.2%), catheter migration 1/47(2.1%), catheter crack 2/47 (4.2%), metabolic syndrome 1/47(2.1%), 01 was died (2.1%). Mean ure of CAPD was 22.18 ± 10.78 more than 15.44 ± 6.37 of HD ($p=0.02$), Mean creatinine of CAPD was 1044.48 ± 363.07 more than 605.81 ± 262.88 of HD ($p=0.001$), Mean hemoglobin of CAPD 10.62 ± 2.54 more than 9.01 ± 1.93 of HD ($p= 0.03$)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thẩm phân phúc mạc liên tục là phương pháp điều trị thay thế thận được sử dụng rộng rãi trong vài thập niên gần đây. Hơn 150.000 bệnh nhân được làm thẩm phân phúc mạc liên tục trên thế giới ^[4] phần lớn ở Mexico, Anh, Canada, Hongkong.... Tỷ lệ người tham gia điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối bằng phương pháp thẩm phân phúc mạc không ngừng tăng cao tại một số nước : 91% tại

Mexico, 50% tại Anh, 38% tại Canada . Tại Mỹ, năm 2003 hơn 25.000 bệnh nhân đang điều trị thay thế thận bằng thẩm phân phúc mạc ⁸.

Năm 1923 ở Guinea, George Ganter sử dụng lọc màng bụng đầu tiên điều trị suy thận cấp bằng thẩm phân phúc mạc ^[4]. Năm 1960 Fred Boen điều trị suy thận mạn bằng thẩm phân phúc mạc ^[5]. Năm 1963 Tenckhoff cải tiến catheter (catheter thẳng, đầu cong, dacron cuffs) nhằm cải thiện hiệu quả thẩm phân phúc mạc ^[6]. Năm 1975: *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) Thẩm phân phúc mạc liên tục được Robert Popovich & cộng sự áp dụng thay dịch 4-6 lần mỗi ngày: điều trị suy thận mạn hiệu quả, đơn giản, dễ thực hiện ^[7]. Năm 1979 FDA, Mỹ công nhận CAPD là biện pháp điều trị thay thế thận hiệu quả cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối.

Ở Việt Nam, Thẩm phân phúc mạc cấp được áp dụng ở BV Bạch Mai năm 1970 và ở BV Chợ Rẫy năm 1980. Thẩm phân phúc mạc liên tục (CAPD) Bắt đầu năm 2000 với hệ thống thẳng (BV 115, BV Nguyễn Tri Phương): tỷ lệ nhiễm trùng cao (Viêm phúc mạc).

Từ 2004: áp dụng hệ thống túi đôi (Twinbags) của Baxter: Thẩm phân phúc mạc liên tục phát triển nhanh: Bắt đầu BV Chợ Rẫy, BV Nhân Dân 115, BV Bạch Mai... Thẩm phân phúc mạc đã được áp dụng rộng rãi hơn trong những năm gần đây và hiện nay ở Việt Nam, cả nước hiện có 30 đơn vị TPPM với 1.305 BN (Baxter) ⁹.

Tại Bệnh viện ĐKTTAG từ tháng 10 năm 2009, chúng tôi bắt đầu áp dụng phương pháp thẩm phân phúc mạc để điều trị bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. Đã có 47 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được điều trị bằng phương pháp thẩm phân phúc mạc liên tục ngoại trú và được theo dõi định kỳ hàng tháng tại khoa nội thận-tiết niệu BVĐKTT An Giang. Chúng tôi tiến hành đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối bằng phương pháp thẩm phân phúc mạc.

MỤC TIÊU

Đánh giá kết quả lâm sàng của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị bằng phương pháp thẩm phân phúc mạc.

So sánh các chỉ số sinh hóa của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị bằng phương pháp thẩm phân phúc mạc với phương pháp lọc thận nhân tạo.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi 47 bệnh nhân

Đối tượng nghiên cứu :

Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối chưa đặt catheter Tenckhoff và những bệnh nhân đã được đặt Catheter Tenckhoff (ở BV Chợ Rẫy), đồng ý điều trị bằng phương pháp thẩm phân phúc mạc tại khoa Nội Thận Tiết Niệu (47 bn).

Các bệnh nhân mới vào lọc máu định kỳ tại khoa nội thận - tiết niệu (52 bn).

Thời gian từ tháng 10 năm 2009 đến tháng 9 năm 2010.

Loại trừ khỏi nghiên cứu những bệnh nhân suy thận cấp, bệnh nhân có sẹo mổ cũ vùng bụng, bệnh viêm ruột đang hoạt động, mù, liệt tứ chi, viêm khớp nặng gây tàn tật, các tật nguyên khác về thể chất, chậm phát triển tâm thần, tâm thần, không hứng thú phương pháp điều trị này.

Xử lý số liệu : sử dụng phần mềm SPSS 13.0, các test thống kê khác nhau có ý nghĩa khi $p < 0.05$

Phương pháp thẩm phân phúc mạc:

Nguyên lý thẩm phân phúc mạc

Phương pháp thẩm phân phúc mạc sử dụng phúc mạc như một màng lọc. Ngăn máu chính là các mạch máu trong ổ bụng còn ngăn dịch lọc chính là ổ bụng. Dịch lọc được cho vào ổ bụng qua một catheter gọi là catheter Tenckhoff. Catheter này được đặt vào ổ bụng qua phẫu thuật. Đầu catheter nằm ở túi cùng Douglas. Do cần có thời gian để hiện tượng khuếch tán xảy ra hoàn toàn, dịch lọc được lưu giữ trong ổ bụng từ 4-6 giờ trước khi được lấy ra ngoài. Trong phương pháp thẩm phân phúc mạc, nước được lấy ra khỏi ngăn máu nhờ nồng độ thẩm thấu cao của dịch lọc. Nước di chuyển từ nơi có nồng độ thấp (ngăn máu) đến nơi có nồng độ thẩm thấu cao hơn (ngăn dịch lọc). Hiện tượng này gọi là siêu lọc.

Các dụng cụ sử dụng trong thẩm phân phúc mạc

Catheter Tenckhoff: được làm bằng chất liệu Silicon, không gây phản ứng với cơ thể. Catheter có 2 cuff bằng Dacron nằm trên thân của catheter. Cuff có vai trò tạo hàng rào ngăn cản sự rò rỉ dịch & vi trùng xâm nhập. Cuff còn có tác dụng

ngăn ngừa sự di lệch của catheter. Khi mổ, cuff trong nằm ngay phía ngoài phúc mạc còn cuff ngoài nằm ngay dưới da. Đầu catheter có nhiều lỗ nhỏ để giảm áp lực dòng chảy trong giai đoạn cho dịch vào trong ổ bụng. Catheter còn có vạch cân quang giúp dễ dàng kiểm tra vị trí của catheter trong ổ bụng qua X quang.

Dịch lọc

Túi dịch lọc có thể tích 2L. Dịch lọc có chứa các chất điện giải và glucose. Nồng độ Glucose trong dịch lọc thay đổi tùy nhu cầu sử dụng. Nồng độ sử dụng trong thực hành là 1, 5%, 2,5% và 4,25%. Tăng nồng độ glucose sử dụng trong dịch lọc sẽ làm tăng lượng nước được rút khỏi cơ thể.

Túi dịch lọc là loại túi đôi. Loại túi đôi có hai túi được nối với nhau bằng một khúc nối hình chữ Y. Đây là loại túi dịch lọc chuẩn được sử dụng rộng rãi ở các nước tiên tiến. Loại túi đôi có một túi đựng dịch lọc sạch chưa sử dụng và một túi đựng dịch lọc đã sử dụng (dịch lọc đã ngâm trong ổ bụng) nên rất thuận lợi cho việc thay dịch. Thêm vào đó, túi có khúc nối hình chữ Y là một ưu điểm giúp giảm thiểu tỉ lệ viêm phúc mạc.

Phương pháp thâm phân phúc mạc được tiến hành theo qui trình 7 bước :

1. Lựa chọn bệnh nhân
2. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ : Bộ dụng cụ trước mổ (01 catheter tenckhoff , 01 đầu nối ống thông vào bộ chuyển tiếp- titanium, 01 bộ chuyển tiếp transfer set, 02 kẹp xanh- clam short , 01 kẹp catheter để thay transfer set), 01 lọ heparin.
3. Phẫu thuật đặt catheter Tenckhoff: đặt tại phòng mổ. Sau mổ, catheter được súc rửa với dịch lọc có pha Heparin cho đến khi không còn máu trong dịch rửa. Sau đó catheter được đậy kín và bệnh nhân được theo dõi tại khoa thận trong thời gian hậu phẫu. Trong thời gian này, bệnh nhân sẽ được chăm sóc catheter và được hướng dẫn cách chăm sóc catheter tại nhà. Nếu hậu phẫu ổn định, bệnh nhân sẽ được xuất viện và theo dõi ngoại trú.
4. Sau hai tuần, có thể sử dụng catheter Tenckhoff để đưa dịch lọc vào ổ bụng. Bệnh nhân sẽ được hướng dẫn cách thay dịch lọc tại bệnh viện, cách chăm sóc catheter và chân catheter. Những bệnh nhân thực hiện tốt được các công việc này sẽ được cho về và tái khám định kỳ mỗi tháng.

5. Tái khám định kỳ: Phát hiện sớm và điều trị các biến chứng liên quan thẩm phân phúc mạc.

6. Trong thời gian thực hiện thẩm phân phúc mạc liên tục tại nhà, bệnh nhân có thể liên lạc y tá phụ trách thẩm phân phúc mạc hoặc bác sĩ phụ trách hoặc đến bệnh viện nếu cần ý kiến chuyên khoa.

7. Đánh giá kết quả thẩm phân phúc mạc

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Trong số 47 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được điều trị bằng phương pháp thẩm phân phúc mạc, bệnh nhân (BN) có tuổi thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất 85 tuổi, tuổi trung bình 40,1. Nam 25 bệnh nhân (53,2%), Nữ 22 bệnh nhân (46,8%).

Trong 47 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối có 15 bệnh nhân được đặt catheter Tenckhoff tại Bệnh viện ĐKTTAG, 32 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối từ Bệnh viện Chợ Rẫy chuyển về (đã đặt catheter). Bệnh nhân từ Thận nhân tạo chuyển qua Thẩm phân phúc mạc 13 bệnh nhân (27%).

Đánh giá đặc điểm lâm sàng bệnh nhân TPPM

Huyết áp : 42 bệnh nhân có huyết áp $\leq 140/80$ mmHg (chiếm 89%). Trong 47 bệnh nhân: 5 bệnh nhân không dùng thuốc huyết áp (10.6%), 5 bệnh nhân dùng 1 loại thuốc huyết áp (10.6%), 30 bệnh nhân dùng 2 loại thuốc hạ áp (63.8%).

Viêm phúc mạc: Tỷ lệ viêm phúc mạc : 1 đợt/51.6 tháng BN (16 đợt-827.43 tháng). Tổng số bệnh nhân viêm phúc mạc : 12 (25.5%), điều trị khỏi : 11 BN, điều trị không khỏi 01 BN : viêm phúc mạc do lao (kết quả cấy ở BV Chợ Rẫy) và phải chuyển qua lọc máu định kỳ. Các biến chứng khác

Biến chứng	Số bệnh nhân	Điều trị khỏi	Điều trị không khỏi
Nhiễm trùng chân ống đơn thuần	6 (12,7%)	6	
Nhiễm trùng đường hầm	1 (2,1%)	1	
Nhiễm trùng chân ống kèm VPM	2 (4,2%)	1	1(rút catheter→ chuyển qua TNT), VPM do lao
Tắc catheter	2 (4,2%)	0	01 rút catheter chuyển qua TNT

Thoát vị bìu	2 (4,2%)	2	
Catheter sai vị trí	1 (2,1%)	1	
Nứt ống catheter	2 (4,2%)	2	
Phù phổi cấp	2 (4,2%)	2	
Hội chứng chuyển hóa	1 (2,1%)		
Tử vong	1 (2,1%)		1BN tắt catheter, suy kiệt sau mổ, không chịu được lọc máu→ tử vong

Đánh giá các chỉ số sinh hóa

	TPPM N= 47	TNT (N=52)	Giá trị p
Ure	22.18 ± 10.78	15.44 ± 6.37	0.02
Creatinine	1044.48 ± 363.07	605.81 ± 262.88	0.001
Hemoglobin	10.62 ± 2.54	9.01 ± 1.93	0.03
Kali	3.92 ± 0.84	3.87 ± 0.74	0.744
Albumin	32.56 ± 5.81	34.47 ± 6.58	0.122

TNT: Thận nhân tạo

BÀN LUẬN

Tình trạng tăng huyết áp rất thường gặp và khó kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi, bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp thẩm phân phúc mạc : huyết áp được kiểm soát rất tốt chiếm 89%.

Tỷ lệ viêm phúc mạc ở BVĐKTT An Giang : 1 /51.6 tháng BN, so với tỷ lệ viêm phúc mạc ở Việt nam : 1/54.6 tháng BN, so với BV Bạch Mai : 1 /55 tháng BN (2007), BV 115 : 1 / 72 tháng BN (2007). So với các nước khác :

Quốc gia	Tỷ lệ VPM(1/tháng BN)	Ghi chú
Nhật	1/74	Imada A ¹⁰
Đài loan	1/62.1	Data from BNHI,Taiwan ¹¹
Mã lai	1/27.7	NRR Malaysia 2007 ¹²
Hồng Kông	1/32.7	HK Registry Report 2005 ¹³
Mỹ	1/32.7	Mujais ¹⁴

Mặc dầu Hiệp hội Thẩm Phân Phúc Mạc Thế Giới (ISPD- International Society for Peritoneal Dialysis) khuyến cáo tỷ lệ nhiễm trùng của các trung tâm TPPM không

nên vượt quá 1/18 tháng BN, nhiều trung tâm trên thế giới đã báo cáo tỷ lệ nhiễm trùng rất thấp (1/41- 1/74 tháng BN). Kết quả của chúng tôi tỷ lệ viêm phúc mạc : 1 đợt/ 51.6 tháng tại BVĐKTT An giang thấp hơn khuyến cáo của Hiệp hội Thảm Phân Phúc Mạc Thế Giới (ISPD) .(Target rate ISPD 2005: ≤ 1 đợt/48 tháng BN).

Tính tỷ lệ VPM : Tỷ lệ VPM chính xác nhất là tỷ lệ cộng dồn trong thời gian 12 tháng. Tỷ lệ VPM thường được báo cáo là 1 lần/số tháng BN ¹⁷

Chẩn đoán viêm phúc mạc : có 2 trong các triệu chứng sau: [*Đau bụng và/hoặc dịch lọc ra đục, Bạch cầu trong dịch lọc :> 100 / mm³(N > 50 %), Có vi khuẩn trong dịch lọc(Nhuộm Gram hoặc cấy)*]. Các trường hợp viêm phúc mạc được chẩn đoán dựa vào dịch thảm phân đục và có nhiều bạch cầu trong dịch thảm phân. Tất cả các mẫu dịch lọc cấy ở phòng vi sinh BVĐKTTAG đều không mọc, cần có sự hỗ trợ từ phòng vi sinh như thay đổi môi trường cấy để giúp định danh được vi trùng, giúp hướng dẫn điều trị viêm phúc mạc tốt hơn. Chúng tôi điều trị kết hợp kháng sinh cephalosporin thế hệ 3(Fortum) và cephalosporin thế hệ 1 (cephazolin)theo khuyến cáo của ISPD bơm vào ổ bụng 4 lần trong ngày theo cửngâm dịch của bệnh nhân, sau 14- 21 ngày hầu hết bệnh nhân đáp ứng tốt với kháng sinh.

Nhiễm trùng chân ống đơn thuần 6 bệnh nhân (12,7%) so với Bv Bạch Mai-2004 (9,4%), nhiễm trùng đường hầm 01 bệnh nhân (2,1%) so với BV Bạch Mai (0,98%) ¹, tỷ lệ của chúng tôi nhiều hơn. Những bệnh nhân này được xử trí thay băng, rửa tại chỗ, dùng kháng sinh đường uống, kết quả điều trị đáp ứng tốt. Theo Ram Gocal nhiễm trùng chân catheter và đường hầm chỉ cần dùng kháng sinh điều trị đường miệng, kháng sinh đường tĩnh mạch chỉ dùng khi không có cải thiện lâm sàng ¹⁵

Nhiễm trùng chân ống kèm viêm phúc mạc 2 bệnh nhân, 01 bệnh nhân đáp ứng tốt với kháng sinh, 01 bệnh nhân không đáp ứng điều trị kháng sinh, cấy dịch lọc không mọc, chuyển lên Bv Chợ Rẫy cấy ra viêm phúc mạc do lao, điều trị không hiệu quả, rút catheter chuyển qua lọc máu định kỳ. Nhiễm trùng chân ống luôn là vấn đề đối với BN thảm phân phúc mạc. BN TPPM có bệnh sử bị nhiễm trùng chân ống dường như dễ bị viêm phúc mạc nhất so với BN không có tiền sử nhiễm trùng chân ống .Trong một nghiên cứu quan sát từ những giai đoạn sớm của

TPPM(1979-1984), 64% BN có nhiễm trùng chân ống dường như dễ bị viêm phúc mạc nhất so với BN không có tiền sử nhiễm trùng chân ống (45%)¹⁸

Tắc catheter 02 bệnh nhân (4,2% - 2BN/47 BN), 01 bệnh nhân rút catheter chuyển qua TNT, tỷ lệ tắc catheter của chúng tôi thấp hơn so với Bv Bạch Mai (10.8%), so với Bv Chợ Rẫy (12.9% - 44/340 BN) (2008) do phương pháp đặt catheter Tenckhoff của chúng tôi có cắt bớt một phần mạc nối trong lúc đặt catheter. Một bệnh nhân tắc catheter sau mổ, chuyển qua lọc máu bệnh nhân không chịu được lọc máu, suy kiệt dần, kèm viêm phổi bệnh viện và tử vong. Như vậy tỷ lệ tử vong của chúng tôi có 01 bệnh nhân/47 bệnh nhân (2,1%), thấp hơn so với Bv Bạch Mai (9.8% - 10 BN/102 BN), so với Bv Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An (11% - 2BN/18BN)²

Thoát vị bìu 02 bệnh nhân, 01 bệnh nhân sau khi vô dịch ngày đầu tiên bị thoát vị, ngưng vô dịch, phẫu thuật sửa thoát vị bẹn, sau 1 tháng tiếp tục lọc màng bụng bình thường. Một bệnh nhân sau 1 năm làm phẩm phân phúc mạc bị thoát vị bìu 2 bên, mổ sửa thoát vị bìu, để bụng trống, chuyển qua lọc máu tạm 1 tháng, sau đó lọc màng bụng tiếp tục. Tỷ lệ thoát vị bìu của chúng tôi 4.2% (2BN/47) cao hơn so với Bv Bạch Mai (1.96% - 2 BN/102 BN) và so với Bv Chợ Rẫy (1.2 % - 4BN/340 BN) (2008)³.

Catheter sai vị trí 01 bệnh nhân, được mổ chỉnh sửa qua nội soi. Nứt ống catheter 2 bệnh nhân, xử trí dùng kẹp clamshort kẹp catheter trên đoạn bị nứt, cắt bỏ đoạn bị nứt, gắn lại đầu Titanium với catheter.

Chúng tôi có 2 bệnh nhân bị phù phổi cấp, một bệnh nhân mới đang đặt Tenckhoff được 2 tuần bị phù phổi cấp: khó thở , phổi nhiều ran ẩm, HA 220/100mmHg, phù toàn thân, chúng tôi dùng túi Dextrose 4.25% 2000mL ngâm ổ bụng mỗi 3h xen kẽ túi Dextrose 2.5% 2000ml, lượng dịch lấy qua siêu lọc của dịch Dextrose 4.25% 600ml → 700ml/một lần lọc (vô 2000ml→ ra 2700ml) , so với dịch Dextrose 2.5% chỉ lấy được 400ml/một lần lọc sau 2 ngày bn hết phù phổi, giảm phù dần. Một bệnh nhân làm TPPM hơn 1 năm, khó thở ở nhà vào khoa cấp cứu trong tình trạng phù toàn thân, khó thở, phổi nhiều ran ẩm, chúng tôi dùng túi Dextrose 4.25% ngâm mỗi 3h sau 3 lần ngâm dịch, dịch ra 2600ml/mỗi túi, bn giảm phù phổi, sau 2 ngày bn ổn, hết khó thở.

Các chỉ số sinh hóa của bệnh nhân : Trị số trung bình ure ở BN TPPM 22.18 ± 10.78 cao hơn so với BN TNT 15.44 ± 6.37 có ý nghĩa thống kê (P 0.02).

Trị số trung bình creatinine ở BN TPPM 1044.48 ± 363.07 cao hơn so với BN TNT 605.81 ± 262.88 có ý nghĩa thống kê (P 0.001), như vậy ở BN Thận nhân tạo lọc máu lấy ure, creatinine nhiều hơn ở bệnh nhân TPPM.

Chỉ số Hemoglobin ở bn TPPM cao hơn bn lọc máu định kỳ có ý nghĩa thống kê (Hb 10.62 so với 9.01, P :0.03), chỉ số Hemoglobin ở bn TPPM gần đạt Hemoglobin mục tiêu (11-12g/dl), do còn bị hạn chế liều Erythropoietin, ở khoa nội thận tiết niệu của chúng tôi chỉ chích thuốc tạo hồng cầu 8000 ui/ tháng, liều tạo máu này là liều duy trì tạo hồng cầu, chưa phải là liều tấn công cho đạt mục tiêu Hemoglobin 11-12g/dl theo khuyến cáo của KDOQI¹⁶ . Thiếu máu được xem là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn, những bệnh nhân bệnh thận mạn có thiếu máu sẽ gia tăng nguy cơ tử vong.¹⁹

KẾT LUẬN

Tổng kết sơ bộ 47 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được điều trị bằng phương pháp thẩm phân phúc mạc liên tục ngoại trú và được theo dõi định kỳ hàng tháng tại khoa nội thận-tiết niệu BVĐKTTAG, chúng tôi có một số kết luận sau

Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối làm TPPM huyết áp được kiểm soát rất tốt chiếm 89% Huyết áp $\leq 140/80$ mmHg

Tỷ lệ viêm phúc mạc tại BVĐKTT An giang : 1 đợt/ 51.6 tháng thấp hơn khuyến cáo của Hiệp hội Thẩm Phân Phúc Mạc Thế Giới (ISPD) và gần tương đương các trung tâm TPPM khác trong nước.

Biến chứng nhiễm trùng chân ống đơn thuần và nhiễm trùng đường hầm thấp, tỷ lệ tắc catheter của chúng tôi thấp hơn so với Bv Bạch Mai và Bv Chợ Rẫy.

Tỷ lệ tử vong của chúng tôi thấp hơn so với Bv Bạch Mai và Bv Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An.

Trị số trung bình ure, creatinine ở BN TPPM cao hơn so với BN TNT có ý nghĩa thống kê (P 0.02- P 0.001).

Chỉ số Hemoglobin ở bn TPPM cao hơn bn lọc máu định kỳ có ý nghĩa thống kê (P 0.03) , trị số trung bình của Hemoglobin gần đạt mục tiêu 11g/dl

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. TS Đinh Thị Kim Dung và cộng sự, “Bước đầu áp dụng và đánh giá hiệu quả của lọc màng bụng liên tục ngoại trú sau 6 tháng điều trị ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối”, 2004 -Bệnh viện Bạch Mai
2. Bs Nguyễn Quang Vinh, Bs Lê Thanh Sơn, Bước đầu áp dụng và đánh giá kết quả điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối bằng phương pháp lọc màng bụng tại khoa nội Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An . Hội nghị khoa học Thận Tiết Niệu Miền Trung & Tây Nguyên mở rộng, *Nội Khoa* 2/2010, p 177-p184
3. Nguyễn Thị Chải “ Thăm phân phúc mạc liên tục ngoại trú : kết quả sau bốn năm thực hiện tại Bệnh viện Chợ Rẫy”, Bệnh viện Chợ Rẫy, 2008
4. Syed Munib, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). *Gomal Journal of Medical Sciences* July–Dec 2006, Vol. 4, No. 2
5. Boen ST. Kinetics of peritoneal dialysis. *Medicine* 1961; 40: 243.
6. Tenckhoff H, Schechter H. A bacteriologically safe peritoneal access device. *Trans Am Soc Artif Intern Organs* 1968; 14: 181-87.
7. Popovich RP, Moncrief JW, Decherd JF, et al. The definition of a novel portable-wearable equilibrium peritoneal technique. *Am Soc Artif Intern Org* 1976; 22: 64.
8. United States Renal Data System. Morbidity and Mortality. *Annual Data Report*, 2005. Available at: <http://www.usrds.org/atlas.htm>. Accessed March 15, 2006.
9. Baxter Healthcare Vietnam, update, September 2010
10. Imada A. A multicenter study on CAPD related infection in Japan. Abstract in *Perit Dial Int* 2006;Suppl 2:S54.
11. Dialysis Global Budget Quality Report 2008 published on Bureau of National Health Insurance Taiwan, website. <http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata>.
12. 15th Report of the Malaysian Dialysis and Transplant Registry 2007.
13. Ho YW et al. Hong Kong Registry Report 2004. *Hong Kong J Nephrol* 2005;7(1):38–46.
14. Mujais S. Microbiology and outcomes of peritonitis in North America. *Kidney Int.* 2006; (70): S55-S62.
15. Ram Gocal, “Techniques, indications and complication of Peritoneal Dialysis”, *Texbook of Nephrology*, 4th Edition, p 1532-1542.
16. KDOQI Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendations for Anemia in Chronic Kidney Disease: 2007 Update of Hemoglobin Target , website. http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_anemia/cpr21.htm
17. Baxter Access Care and Complications Management: Care of the adult on Peritoneal Dialysis 2006
18. Piraino B et al. The influence of peritoneal catheter exit site infections on peritonitis, tunnel infections and catheter loss in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 1986;8(6):436-40
19. Laurie Barclay, MD, Guidelines Issued for Treatment of Anemia in Patients With Chronic Kidney Disease, 2007, website: <http://cme.medscape.com/viewarticle>