

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐẶT CATHETER LỌC MÀNG BỤNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2014-2016

Trần Hiếu Học^{1,2}, Nguyễn Anh Dũng³, Trần Quế Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật đặt catheter lọc màng bụng điều trị cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân suy thận được phẫu thuật (nội soi và mổ) đặt catheter lọc màng bụng tại Bệnh viện Bạch mai từ 6/2014 đến 5/2016. **Kết quả:** 72 bệnh nhân phẫu thuật gồm nội soi 41 (56,9%) và mổ 31 (43,1%); 12 bệnh nhân có tiền sử mổ bụng (16,7%); cắt mạc nối lớn ở 7 bệnh nhân (9,7%); cố định mạc nối lớn 100% ở nhóm mổ nội soi; thời gian phẫu thuật nội soi 52,2 (15-105) và mổ 35,08 (20-62); xét nghiệm sinh hóa huyết học sau 3 tháng có sự cải thiện rõ rệt; biến chứng sớm của nhóm nội soi ít hơn mổ mổ (14,6% so với 48,4%) nhưng biến chứng muộn không có sự khác biệt giữa 2 nhóm; kết quả chung sau 1 năm và 2 năm thì phẫu thuật nội soi tốt hơn phẫu thuật mổ. **Kết luận:** Đặt catheter lọc màng bụng là biện pháp an toàn và hiệu quả, phẫu thuật nội soi có kết quả chung tốt hơn phẫu thuật mổ.

Từ khóa: Suy thận mạn, lọc màng bụng, phẫu thuật, catheter.

SUMMARY

RESULTS OF CATHETERIZATION FOR CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS FROM 2014 TO 2016 AT BACH MAI HOSPITAL

Purpose: To evaluate laparoscopic and open surgical procedures for the insertion of peritoneal dialysis catheters in patients with end-stage renal disease. **Material and methods:** A retrospective study on the patients of end-stage renal disease undergoing catheterization at Bach Mai hospital from June 2014 to May 2016. Patients were divided into two groups: the open technique (OT) group and the laparoscopic preperitoneal tunneling approach (LA) group. **Results:** Seventy-two patients were enrolled in the study. Peritoneal dialysis catheters were placed into 41 patients via the LA and 31 via the OT. Twelve patients (16.7%) had previous abdominal surgery. Major omentectomy was performed in seven patients (9.7%). One hundred percent of patients in the LA group had the great omentum fixed. The mean operational time in the LA and OT groups was 52.2 minutes (range, 15-105) and 35.08 minutes (range,

20-62), respectively. Blood biochemical and hematological parameters were significantly different after 3 months in both groups compared to before surgery. Although the LA group showed fewer short-term complications than the OT group (14.6% vs 48.4%), the two groups had similar long-term complications. After one and two years, the overall outcomes of the LA group outperformed those of the OT group. **Conclusion:** Catheterization for continuous ambulatory peritoneal dialysis is a viable, safe, and successful approach. The laparoscopic approach to preperitoneal tunneling is better than the open procedure in terms of the overall outcome.

Keywords: Peritoneal dialysis, end-stage renal disease, surgery, catheter.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn (STM) là bệnh lý có tỷ lệ mắc ngày càng cao trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Có nhiều phương pháp điều trị thay thế trong trường hợp suy thận mạn giai đoạn cuối như thận nhân tạo, lọc màng bụng, ghép thận. Thận nhân tạo chỉ được áp dụng ở các thành phố lớn, các cơ sở y tế được cho phép, trong khi đó ghép thận triển khai rất hạn chế vì thiếu nguồn thận ghép, chi phí cao. Do vậy tại Việt nam, lọc màng bụng là giải pháp hữu hiệu có thể khắc phục được những hạn chế của các phương pháp trên trong giai đoạn hiện nay [1],[2]. Kể từ khi Popovich và Moncrief đề xướng vào năm 1976 thì lọc màng bụng (LMB) đã trở thành một trong số các phương pháp điều trị thay thế thận hiệu quả đối với suy thận mạn giai đoạn cuối. Phương pháp này có nhiều ưu điểm như: không phải dùng thuốc chống đông máu và tiếp cận với hệ tuần hoàn như trong thận nhân tạo; chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (BN) tốt hơn, chi phí thấp hơn và có thể thực hiện tại nhà. Tuy vậy, phương pháp này cũng có những hạn chế nhất định cần được quan tâm như tắc nghẽn catheter, nhiễm trùng liên quan đến ống thông, rò rỉ dịch lọc...[3],[4],[5]. Cho đến nay phương pháp này đã ngày càng được hoàn thiện do sự phát triển, cải tiến về kỹ thuật mổ đặt catheter, dịch lọc, catheter.... Ở Việt Nam, phương pháp đặt ống thông để LMB cũng đã được thực hiện nhiều bệnh viện trong đó có Bệnh viện Bạch mai. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật đặt catheter lọc màng bụng điều trị cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối". Kết quả của nghiên cứu có ý nghĩa trong giảng dạy cũng như chia sẻ kinh

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch mai

³Bệnh viện Bảo thắng, Lào cai

Chủ trách nhiệm chính: Trần Quế Sơn

Email: tranqueson@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17/2/2022

Ngày phản biện khoa học: 8/3/2022

Ngày duyệt bài: 19/3/2022

nghiệm với các đồng nghiệp trong thực hành chăm sóc và điều trị bệnh nhân suy thận mạn tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các BN không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán STM giai đoạn cuối và được phẫu thuật đặt catheter LMB tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai, bao gồm cả mổ mở và mổ nội soi từ tháng 6/2014 đến tháng 5/2016. Sau mổ BN được theo dõi phối hợp giữa khoa Thận tiết niệu và khoa Ngoại, lưu trữ đầy đủ thông tin để có thể theo dõi sau khi ra viện. Loại trừ khỏi nghiên cứu những BN không theo dõi được tại bệnh viện Bạch Mai và hồ sơ bệnh án không đầy đủ, không phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu và chọn mẫu: cỡ mẫu toàn bộ với cách chọn mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả các trường hợp đủ điều kiện trong thời gian nghiên cứu.

Các nội dung nghiên cứu

- Các biến số gồm: đặc điểm chung (tuổi, giới), tiền sử phẫu thuật ổ bụng, phẫu thuật mở hay nội soi, có cắt mạc nối lớn (MNL) hay không, có hay không cố định MNL, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ, các biến chứng sớm sau mổ (tắc catheter, di lệch đầu catheter, nhiễm trùng đường ra catheter, viêm phúc mạc), các biến chứng muộn (tắc catheter, nhiễm trùng, viêm phúc mạc, thoát vị, rò dịch).

- Đánh giá kết quả đặt catheter lọc màng bụng sau 1 năm, 2 năm.

- Các biến số được tính trên 2 nhóm: phẫu thuật nội soi (PTNS) và phẫu thuật mở (PTM).

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được thu thập, xử lý và phân tích trên máy vi tính bằng chương trình SPSS 20.0. Các biến định tính được biểu thị bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm,

các biến số định lượng có phân phối chuẩn được biểu thị bằng giá trị trung bình. So sánh sự khác nhau giữa 2 số trung bình bằng kiểm định t-Student không ghép cặp, so sánh tỷ lệ giữa 2 nhóm bằng kiểm định khi bình phương (χ^2), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của khoa Ngoại và khoa Thận tiết niệu, thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án được sự cho phép của phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu với mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe người bệnh. Các thông tin nghiên cứu được giữ bí mật, đảm bảo quyền lợi cho bệnh nhân, số liệu chỉ dùng với mục đích nghiên cứu không dùng cho bất cứ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu trên 72 bệnh nhân gồm 41 nam và 31 nữ (tỷ lệ nam/nữ=1,3/1), tuổi trung bình $45,4 \pm 13,51$ (18-78), trong đó có 41 ca phẫu thuật nội soi và 31 ca phẫu thuật mở.

- **Tiền sử:** Mổ đẻ 5 (nhóm mổ nội soi 3, mổ mở 2), các phẫu thuật vùng ổ bụng 7 (nhóm nội soi 3, mổ mở 4) và can thiệp về thận 2 (mỗi nhóm 1 BN).

Bảng 1. Các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp		Số lượng	Tỷ lệ %	
PTNS (n=41)	Đơn thuần	23	56,1	
	Có kết hợp	Cắt MNL	4	9,8
		Cố định MNL	15	36,6
		Gỡ dính	5	12,2
	Cố định catheter	41	100	
PTM (n=31)	Cắt MNL	3	9,7	
	Không cắt MNL	28	90,3	

Các bệnh nhân PTNS đều được cố định catheter. Cắt mạc nối lớn trong cả hai phương pháp đều có tỷ lệ thấp.

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật

Phương pháp	Thời gian phẫu thuật (phút)			p
	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình	
PTM đơn thuần	20	50	$33,97 \pm 6,39$	<0,001 ^a
PTNS đơn thuần	15	67	$42,62 \pm 10,18$	
PTM cắt MNL	57	62	$59,75 \pm 2,06$	>0,05 ^a
PTNS cắt MNL	34	105	$65,43 \pm 14,28$	
Nhóm PTM	20	62	$35,08 \pm 8,18$	<0,001 ^a
Nhóm PTNS	15	105	$52,2 \pm 16,97$	

Các giá trị biểu diễn dưới dạng $X \pm SD$, ^akiểm định t-test

Thời gian PTM ngắn hơn so với PTNS có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. Xét nghiệm huyết học và sinh hóa trước mổ và sau lọc 3 tháng

Thông số	PTNS (n=41)		p	PTM (n=31)		p*
	Trước mổ	Sau mổ		Trước mổ	Sau mổ	
Số lượng hồng	$3,06 \pm 0,51$	$3,46 \pm 0,66$	< 0,001	$3,14 \pm 0,61$	$3,61 \pm 0,67$	< 0,001

cầu ($10^{12}/l$)						
Hemoglobin(g/l)	88,22 ± 14,3	99,76 ± 16,91	< 0,001	89,26 ± 15,64	103,31 ± 16,26	< 0,001
Hematocrit(%)	26,29 ± 4,61	29,8 ± 5,15	< 0,001	26,83 ± 4,78	30,81 ± 4,84	< 0,001
Ure (mmol/l)	30,12 ± 11,19	15,98 ± 5,32	< 0,001	26,83 ± 8,99	16,26 ± 5,01	< 0,001
Creatinin (μ mol/l)	825,81 ± 313,23	686,58 ± 217,93	< 0,001	718,89 ± 264,37	680,43 ± 240,51	< 0,001
Axit uric (mmol/l)	517,59 ± 161,73	409,66 ± 97,25	< 0,001	496,76 ± 181,82	414,47 ± 77,03	< 0,001
Kali máu(mmol/l)	4,18 ± 0,71	3,43 ± 0,62	< 0,001	4,09 ± 0,64	3,36 ± 0,72	< 0,001

*Các giá trị biểu diễn dưới dạng X ± SD, ^akiểm định T-test

Sau lọc 3 tháng, sự thay đổi chỉ số huyết học cao hơn, chỉ số sinh hoá thấp hơn trước mổ ở cả hai nhóm PTM và PTNS có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 4. Biến chứng sau mổ

Biến chứng		PTNS n (%)	PTM n (%)	P*
Sớm [NS 5/41 (14,6%) Mở 15/31 (48,3%)]	Tắc catheter	3 (7,3)	5 (16,1)	>0,05
	Di chuyển đầu catheter	0	3 (9,7)	>0,05
	Chảy máu vết mổ đường hầm	2 (4,9)	2 (6,5)	>0,05
Muộn [NS 25/41 (60,9%) Mở 20/31 (64,5%)]	Nhiễm trùng đường ra catheter	0	3 (9,7)	>0,05
	Nhiễm trùng đường hầm	0	1 (3,2)	>0,05
	Viêm phúc mạc (VPM)	1 (2,4)	1 (3,2)	>0,05
Muộn [NS 25/41 (60,9%) Mở 20/31 (64,5%)]	Tắc catheter	2 (4,9)	3 (9,7)	>0,05
	Di chuyển đầu catheter	1 (2,4)	1 (3,2)	>0,05
	Nhiễm trùng đường ra catheter	8 (19,5)	6 (19,4)	>0,05
	Nhiễm trùng đường hầm	1 (2,4)	1 (3,2)	>0,05
	Viêm phúc mạc	9 (21,9)	7 (22,6)	>0,05
	Rò dịch	1 (2,4)	0	>0,05
Thoát vị	3 (7,3)	2 (6,5)	>0,05	

*Kiểm định khi bình phương (χ^2)

Có khác nhau về biến chứng sớm và không có sự khác biệt về biến chứng muộn giữa PTM và PTNS (p>0,05).

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật sau thời gian 1 năm và 2 năm

Kết quả	Tất cả (n=72)	PTM (n=31)	PTNS (n=41)	P*	
Kết quả tốt	Sau 1 năm	44(61,1%)	15(48,4%)	29(70,7%)	< 0,05
	Sau 2 năm	27(37,5%)	9(29%)	18(43,9%)	<0,05
Kết quả trung bình	Sau 1 năm	12(16,7%)	6(19,4%)	6(14,6%)	>0,05
	Sau 2 năm	25(34,7%)	10(32,2%)	16(39%)	>0,05
Kết quả xấu	Sau 1 năm	16(22,2%)	10(32,2%)	6(14,6%)	< 0,05
	Sau 2 năm	20(27,8%)	12(38,8%)	7(17,07%)	< 0,05

*Kiểm định khi bình phương (χ^2)

Sau 1 năm và 2 năm, nhóm PTNS có tỉ lệ kết quả tốt cao hơn và kết quả xấu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm PTM (p< 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Cả hai nhóm PTNS và PTM đều có tiền sử phẫu thuật bụng (14,6% và 19,4%) khác biệt không có ý nghĩa (p>0,05). Tiền sử phẫu thuật ổ bụng không phải là chống chỉ định đặt catheter mà là yếu tố tiên lượng những khó khăn khi mổ cũng như cho việc lọc màng bụng sau này do tình trạng viêm dính ổ phúc mạc. Các tác giả Carbtree JH [1], Tiong [3], khuyến cáo nên sử dụng PTNS cho những BN có tiền sử phẫu thuật ổ bụng để tránh gây tổn thương tạng dính, kết hợp gỡ dính giúp tăng thời gian hoạt động của

catheter. Ở nhóm PTNS chúng tôi thấy các trường hợp mổ để ít dính và thường dễ đặt catheter, còn mổ do nguyên nhân ngoại khoa hoặc phụ khoa như viêm ruột thừa, tắc ruột, u buồng trứng đều có dính tại vùng tiểu khung và phải gỡ dính khi đưa catheter xuống Douglas.

Chỉ khi có dính vùng hạ vị gây cản trở việc đưa catheter xuống túi cùng Douglas thì lúc này gỡ dính mới nên được thực hiện. Chúng tôi đã gỡ dính cho 05 BN và không có trường hợp nào thất bại, catheter được đưa dễ dàng vào Douglas. Crabtree [1] cho rằng kết hợp gỡ dính, cố định

MNL hoặc cắt MNL khi đặt catheter sẽ làm giảm các biến chứng gây tắc catheter. Tjong [3] cũng nhận xét dính làm tăng nguy cơ sai vị trí ống thông, di chuyển hoặc gấp khúc, tắc nghẽn ống thông.

Catheter hoạt động tốt nhất khi đầu catheter nằm ở cùng túi Douglas, nếu di chuyển khỏi vị trí này thì dịch vào ra sẽ bị ảnh hưởng và để ngăn ngừa cần phải cố định đầu catheter. Ưu điểm của PTNS so với PTM là dễ dàng quan sát ổ bụng và đưa đầu catheter xuống douglas, cố định và giữ cho catheter luôn ở vị trí này trong suốt thời gian lọc sau này. Brican (2015) cũng nhận thấy PTNS định vị ống thông tốt hơn vào Douglas [4]. Có thể cố định vào thành bụng vùng hạ vị, vào phúc mạc vùng đáy bàng quang hay thành sau tử cung. Với 41 bệnh nhân phẫu thuật nội soi đều cố định vào thành bụng trước, đây là kỹ thuật dễ dàng và hiệu quả.

Cố định mạc nối lớn (MNL) khi PTNS không phải là kỹ thuật dễ. Có nhiều báo cáo về PTNS để đặt catheter ổ bụng nhưng có rất ít các nơi tiến hành cố định MNL mặc dù thấy rằng nó là nguyên nhân chủ yếu gây tắc catheter sau mổ [3],[6]. Crabtree [1] cho rằng chỉ nên cố định MNL khi có nguy cơ bọc lấy catheter, nghĩa là MNL dài và mỏng, trùm kín Douglas. Nên cố định MNL thường quy khi đặt catheter bằng phẫu thuật nội soi trừ khi có sự dính của MNL trước đó do bệnh lý hoặc do tiền sử phẫu thuật ổ bụng. Với 56,9% được cố định trong nghiên cứu này chúng tôi có cùng quan điểm với Crabtree nhằm tránh MNL bám vào những lỗ nhỏ ở đầu catheter gây tắc.

Vì là phẫu thuật không quá phức tạp nên thời gian thực hiện ca mổ khá nhanh. Thời gian 1 ca phẫu thuật trung bình với mổ nội soi là 52,2 phút, mổ mở là 35,1 phút, khác nhau với $p < 0,05$, cũng tương tự nhận xét và kết quả của Jwo [6] mổ nội soi lâu hơn mổ mở $68,32 \pm 31,90$ so với $46,68 \pm 15,99$ phút, còn thời gian mổ trung bình của Brican [4] nhóm nội soi là 16 phút (12-26) và nhóm mổ mở 9 phút (7-12). Tuy nhiên so sánh giữa 2 cách thức mổ có sự khác biệt, điều này còn phụ thuộc vào từng cá thể bệnh nhân, kíp phẫu thuật và điều kiện dụng cụ.

Crabtree [1] cho thấy kết quả tốt về sau của PTNS cao hơn có ý nghĩa so với nhóm PTM (sau 1 năm là 87,4% so với 74,1%, sau 2 năm là 81,2% với 57,4%). Các tác giả Brican [4], Ferreira [5] và Jwo [6] cũng đưa ra nhận xét tương tự. Kết quả của chúng tôi cũng giống như các nghiên cứu trên khi có tỉ lệ tốt của PTNS so với PTM có ý nghĩa (bảng 5). PTNS đặt catheter đã có ảnh hưởng đến kết quả LMB, nhất là tránh được biến chứng cơ học và nhiễm trùng sớm sau

mổ. Tuy nhiên, tỉ lệ kết quả tốt sau mổ của chúng tôi ở cả 2 nhóm đều thấp hơn các nghiên cứu trên, nguyên nhân do các biến chứng nhiễm trùng muộn làm ảnh hưởng. Lúc này kiến thức về vệ sinh, sự tuân thủ quy trình vô trùng khi thay dịch lọc của BN đóng vai trò quan trọng trong kết quả lâu dài của LMB ngoại trú.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ chảy máu và tụ máu vết mổ (5,56%) của nhóm PTM cao hơn nhóm PTNS nhưng khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Kết quả cũng tương tự kết quả của Jwo [6] và Brican [4]. Tụ máu và chảy qua vết mổ ở nhóm PTM thường lớn hơn rất nhiều so với chỗ đặt trocar và xử lý cũng phức tạp hơn. Với nhóm PTNS khi có chảy máu qua chỗ đặt trocar 10mm chỉ cần khâu lại 1- 2 mũi là được, còn nhóm PTM phải tách rộng vết mổ lấy máu cục, có khi phải cắt chỉ lớp cân cơ thẳng to để kiểm tra và xử trí.

Tắc catheter là một biến chứng hay gặp. Nghiên cứu của chúng tôi tắc catheter sớm ở nhóm PTM cao hơn ở nhóm PTNS, tương tự nhận xét của Jwo SC [6], mặc dù không có ý nghĩa thống kê. Ưu điểm của PTNS là quan sát được ổ bụng và đặt catheter vào đúng túi cùng Douglas. Sự quan sát rõ ràng ổ bụng và đưa catheter đúng vị trí trong PTNS sẽ chắc chắn hơn về sự hoạt động tốt của catheter sau này. Hơn nữa PTNS có thể cho phép thực hiện các can thiệp khác trong ổ bụng. Crabtree và cs [1] đã chia ra PTNS đơn thuần (basic laparoscopy: BL) và PTNS có kết hợp (advanced laparoscopy: AL) tức là có gỡ dính, cố định MNL, cắt MNL, phục hồi thành bụng, tạo đường hầm dài trước phúc mạc tùy vào tình trạng ổ bụng trong lúc mổ.

Nguyên nhân tắc catheter sớm trong nghiên cứu này chủ yếu do MNL, trong đó ở nhóm PTM cao hơn nhóm PTNS (16,1% và 7,3%). MNL không chỉ gây tắc bằng cách bọc quanh đầu catheter mà các tua nhỏ còn chui qua các lỗ ở đầu catheter gây bí tắc. Việc bơm thông, tạo áp lực lớn hoặc thay đổi tư thế người bệnh ít mang lại hiệu quả mà thường là phẫu thuật lại. Tjong HY [3] có xu hướng thực hiện mổ mở đặt lại còn Crabtree [1] thấy rằng PTNS đặt lại có ưu điểm dù trước đó catheter được đặt bằng PTM hay PTNS. Để phòng ngừa, Crabtree chủ trương chủ động cắt một phần MNL khi PTNS [1]. Ở Việt Nam Phạm Văn Bùi [7] khi nghiên cứu 173 trường hợp đã khuyến cáo nên cắt MNL thường quy. Dương Quang Vũ [2] cũng cắt MNL khi mổ phúc mạc thấy MNL lộ ra qua vết mổ. Tuy vậy, Crabtree [1] lại cho rằng MNL dù sao cũng tham gia vào quá trình lọc và sau khi mổ cắt MNL tỉ lệ

tắc vẫn còn cao tới 10%.

Trong nghiên cứu tỉ lệ tắc catheter do fibrin và cục máu đông ở nhóm PTM cao hơn so với nhóm PTNS nhưng không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi không gặp trường hợp nào phải mổ lại do fibrin gây tắc catheter. Bơm thông và sử dụng heparin bơm vào catheter vừa để chẩn đoán phân biệt với tắc do nguyên nhân khác vừa để điều trị hiệu quả.

Vấn đề di chuyển đầu catheter, Crabtree [2] không gặp trường hợp nào ở nhóm PTNS, còn Jwo [6] không thấy có khác biệt giữa PTNS và PTM. Trong nghiên cứu này di chuyển đầu catheter ở nhóm PTM là 4 (12,9%), trong đó 3 là di chuyển sớm (9,7%), cao hơn so với nhóm PTNS chỉ gặp 01 trường hợp. Tỉ lệ di chuyển đầu catheter của nhóm PTM trong nghiên cứu này thấp hơn so với các nghiên cứu khác, tuy nhiên khi so sánh nhóm PTNS thì kết quả cũng tương tự.

Nhiễm trùng đường ra sớm có liên quan đến đến phẫu thuật, của nghiên cứu này ở nhóm PTM có tỉ lệ 8,6% và không gặp ở nhóm PTNS, tương tự Tjong [3] có tỉ lệ 8,5%. PTNS nói chung và đặt catheter nội soi ổ bụng nói riêng vẫn có ưu điểm về vết mổ so với PTM. Nhiễm trùng đường ra muộn của Tjong [3] là 38% trong đó có 2 BN phải rút bỏ catheter. Tỷ lệ này của chúng tôi là 19,4% và không khác biệt giữa hai nhóm PTM và PTNS. Nhiễm trùng đường ra muộn thường có liên quan đến chăm sóc sau này mà ít liên quan đến cách thức phẫu thuật. Kết quả này cũng tương tự với đa số các nghiên cứu khác như Brican HY [4], Jwo SC [6].

Viêm phúc mạc là một biến chứng nặng nề của LMB và làm cho BN phải chuyển sang các phương pháp điều trị thay thế khác. VPM sớm là biến chứng liên quan trực tiếp đến phẫu thuật, ở nghiên cứu này là 3,2% ở nhóm PTM và 2,4% ở nhóm PTNS ($p = 0,29$). Tjong HY [3] thấy có 6% bị VPM sớm ở những BN mổ mở và về sau đều phải rút bỏ catheter, chiếm 22% số catheter bị rút bỏ. VPM muộn liên quan đến nhiễm khuẩn trong quá trình thực hiện kỹ thuật lọc màng bụng. Chúng tôi gặp VPM muộn 22,2% và không khác nhau giữa PTNS và PTM (21,9% và 22,6%, $p > 0,05$). Brican [4], Jwo S [6], cũng không thấy sự khác biệt của VPM muộn giữa 2 nhóm này. Chúng tôi có 03 trường hợp VPM phải mổ lại và đều phải rút bỏ catheter.

Dịch LMB có thể rò sớm qua vết mổ, những chỗ khâu, những chỗ khuyết của thành bụng, thường không liên nếu không có biện pháp điều trị và sẽ ảnh hưởng đến quá trình LMB. Miftah khuyên nếu rò xảy ra sớm thì nên dùng

lọc khoảng 5 ngày [8]. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương các nghiên cứu khác, trừ kết quả của Brican HY [4] cho thấy tỉ lệ rò dịch của nhóm PTM cao hơn có ý nghĩa thống kê.

Tỉ lệ rò dịch sau PTNS trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với rò dịch sau PTNS tối thiểu của Dương Quang Vũ (2,4%) [2] nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Jwo SC và CS [6]. Tác giả cho rằng đặt catheter qua đường rạch cạnh đường giữa, tạo đường hầm dưới da đủ dài là có thể làm giảm biến chứng này.

V. KẾT LUẬN

Qua 72 bệnh nhân nghiên cứu, có thể thấy phẫu thuật đặt catheter để lọc màng bụng là phương pháp an toàn, thích hợp với các bệnh nhân suy thận mãn giai đoạn cuối chưa có đủ điều kiện ghép thận và khó khăn khi lọc máu thường xuyên ở các trung tâm lớn. Cắt và cố định mạc nối lớn có ý nghĩa nhất định trong phòng tắc catheter sau mổ. Phẫu thuật nội soi tỏ ra có ưu điểm cơ với phẫu thuật mở trong việc gỡ dính nếu có và cố định catheter tránh di lệch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Crabtree JH, B Shrestha BM, Chow K.M et al.** Creating and Maintaining Optimal Peritoneal Dialysis Access in the Adult Patient: 2019 Update. *Perit. Dial. Int. Sep-Oct 2019;39(5):414-436*. DOI: 10.3747/pdi.2018.00232.Epub 2019 Apr 26.
2. **Dương Quang Vũ, Thái Minh Sâm, Châu Quý Thuận và cs.** Nghiên cứu hiệu quả của phẫu thuật nội soi tối thiểu đặt ống thông Tenckhoff, *Y Học TP. Hồ Chí Minh. Tập 18, Phụ bản của Số 4, 2014, 202-208*.
3. **Tjong HY, Poh J., Sunderaraj K. et al.** Surgical complications of Tenckhoff catheters used in continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Singapore Medical Journal 47(8):707-11*.
4. **Brican HY et Kulah E.** Effects of a Novel Peritoneal Dialysis: The Open Versus Laparoscopic Preperitoneal Tunneling Technique. *Therapeutic Apheresis and Dialysis 2016; 20(1):66-72*. DOI: 10.1111/1744-9987.12377
5. **Ferreira AC, Santos J, Amoedo M. et al.** Current guidelines in peritoneal dialysis – Part I. *Port J Nephrol Hypert 2019; 33(1): 28-35*.
6. **Jwo SC, Chen KS, Lee CC. Et al.** Prospective Randomized Study for Comparison of Open Surgery with Laparoscopic-Assisted Placement of Tenckhoff Peritoneal Dialysis Catheter—A Single-Center Experience and Literature Review. *Journal of Surgical Research 2010, 159, 489-496*. doi:10.1016/j.jss.2008.09.008.
7. **Phạm Văn Bui.** Cắt mạc nối lớn thường quy nhằm phòng ngừa tắc catheter làm thủng phúc mạc. *Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2010, 14(3), 20-27*.
8. **Miftah M, Asseban M, Bezzaz A. et al.** Mechanical Complications of Peritoneal Dialysis. *Open Journal of Nephrology, 2014, 4, 103-109*. doi.org/10.4236/ojneph.2014.43015.