

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hubbell, Earl, et al.** "Modeled reductions in late-stage cancer with a multi-cancer early detection test." *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 30.3 (2021): 460-468.
2. **Cristiano, Stephen, et al.** "Genome-wide cell-free DNA fragmentation in patients with cancer." *Nature* 570.7761 (2019): 385-389.
3. **Liu, Minetta C.** "Transforming the landscape of early cancer detection using blood tests—Commentary on current methodologies and future prospects." *British journal of cancer* 124.9 (2021): 1475-1477.
4. **Nguyen, Thi Hue Hanh, et al.** "Clinical validation of a ctDNA-based assay for multi-cancer detection: An interim report from a Vietnamese Longitudinal Prospective Cohort Study of 2795 participants." *Cancer Investigation* 41.3 (2023): 232-248.
5. **National Cancer Institute.** <https://www.cancer.gov/>
6. **Shtumpf, Mariya, et al.** "NucPosDB: a database of nucleosome positioning in vivo and nucleosomics of cell-free DNA." *Chromosoma* 131.1-2 (2022): 19-28.
7. **Bettgowda, Chetan, et al.** "Detection of circulating tumor DNA in early-and late-stage human malignancies." *Science translational medicine* 6.224 (2014): 224ra24-224ra24.
8. **Hao, Xiaoke, et al.** "DNA methylation markers for diagnosis and prognosis of common cancers." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 114.28 (2017): 7414-7419.
9. **Tran, Le Son, et al.** "Multimodal analysis of methylomics and fragmentomics in plasma cell-free DNA for multi-cancer early detection and localization." *eLife* (2023): 62-62.

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU PHƯƠNG PHÁP LỌC MÀNG BỤNG SỚM DÀNH CHO BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Huỳnh Ngọc Phương Thảo^{1,2}, Hoàng Ngọc Lan Hương³,
Trần Minh Hoàng^{1,2}, Dương Đức Viễn², Trần Thị Trang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát phương pháp lọc màng bụng (LMB) sớm dành cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối (STMGĐC) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu, mô tả các bệnh nhân (BN) STMGĐC chưa có kế hoạch lọc máu trước đó, LMB sớm được định nghĩa trong vòng 2 tuần sau khi đặt catheter, thực hiện từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 05 năm 2023. Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nhận vào và tiêu chuẩn loại trừ sẽ được ghi nhận các thông số kê toa LMB, tỉ lệ biến chứng trong tháng đầu và hai tháng kế tiếp, kết cục ngắn hạn sau 3 tháng. **Kết quả:** 68 BN LMB sớm được đưa vào nghiên cứu (tuổi trung bình 59,63±12,9; nữ:nam là 3:2). Trung vị số ngày chờ (khoảng thời gian từ lúc đặt catheter đến lúc bắt đầu thay dịch) là 4 ngày (tứ phân vị 4-5). Bệnh nhân được LMB bằng máy tự động ở tư thế nằm với đặc điểm kê toa ngày đầu tiên như sau: thể tích dịch chậm ban đầu là 600 mL, thời gian 6 giờ, thể tích trao đổi là 5000 mL/ngày. Trong tháng đầu, có 19,1 % BN có biến chứng (10,3% liên quan nhiễm khuẩn và 14,7% liên quan cơ học). Trong 3 tháng đầu, có 8 BN bị suy chức năng catheter phải mổ lại (5 trường hợp do vòi trứng

chui vào catheter và 3 trường hợp do mạc nối bám). Kết cục ngắn hạn 3 tháng có 100% BN tiếp tục LMB với các chỉ số sinh hoá cải thiện (ure, hemoglobin, albumin máu). **Kết luận:** Lọc màng bụng sớm là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả và dễ tiếp cận đối với BN STMGĐC chưa có kế hoạch lọc máu.

Từ khoá: Suy thận mạn giai đoạn cuối, lọc máu chưa có kế hoạch, lọc màng bụng sớm

SUMMARY

PRELIMINARY EVALUATION OF URGENT-START PERITONEAL DIALYSIS FOR END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

Objective: To investigate urgent-start peritoneal dialysis (PD) for unplanned dialysis end-stage renal disease (ESRD) patients at the University Medical Center, Ho Chi Minh City. **Method:** We conducted a prospective observational cohort study from November 2020 to May 2023 to examine the use of urgent-start PD for unplanned ESRD patients. Urgent-start PD was defined as the initiation of PD therapy within 14 days after catheter insertion. We recorded data on dialysis prescription, dialysis-related complications and short-term (3 months) outcomes for patients who met the inclusion criteria and did not have any exclusion criteria. **Results:** Our study enrolled 68 patients with a mean age of 59.63±12.9 years, with a female-to-male ratio of 3:2. The median break-in period (the time between catheter insertion and the start of PD therapy) was 4 days (interquartile range 4 – 5 days). The patients were treated with automated peritoneal

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Đại học Rochester, Hoa Kỳ

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Phương Thảo

Email: thao.hnp@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2023

Ngày duyệt bài: 15.11.2023

dialysis (APD) in a supine position on the first day, with a dialysis prescription set at a low fill volume of 600 mL, dwell time of 6 hours, and a total exchange volume of 5 L/day. The prevalence of dialysis-related complications was 19.1% with infection related complications at 10.3% and mechanical complications at 14.7% during the first month. In the first three months, eight cases required catheter repositioning with surgery (five cases due to a fallopian tube inserted into the catheter and three cases due to omental wrap). We observed positive short-term (3 months) outcomes with 100% of patients continuing with PD and experiencing improvements in biochemistry results including serum urea, hemoglobin, albumin levels. **Conclusion:** Our findings suggest that urgent-start PD is a safe, effective and practical approach for the treatment of unplanned dialysis ESRD patients.

Keywords: End-stage renal disease, Urgent-start peritoneal dialysis, unplanned dialysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) là vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng trên toàn cầu với tỉ lệ mắc bệnh ngày càng gia tăng, đặc biệt ở châu Á [2]. Khi BN bước vào STMGD, cần phải điều trị thay thế thận bằng một trong ba phương pháp: chạy thận nhân tạo (CTNT), LMB, ghép thận với chi phí vô cùng tốn kém, cũng như có nhiều biến chứng và tỉ lệ tử vong cao. 60% các BN này đến chuyên khoa thận ở giai đoạn trễ, với nhiều biến chứng, chưa có kế hoạch chuẩn bị lọc máu [3, 6]. Đa số BN sẽ được CTNT cấp cứu qua catheter tạm thời ở tĩnh mạch trung tâm với rất nhiều biến chứng làm cho tỉ lệ tử vong tăng lên rất nhiều. Ngoài ra, chi phí chi trả cho việc CTNT cấp cứu và nằm viện kéo dài vì các biến chứng này rất cao. LMB là một trong những biện pháp điều trị thay thế thận có chi phí thấp, thuận tiện cho BN, mang lại chất lượng cuộc sống cao, nhưng tỉ lệ tiếp cận phương pháp này rất thấp, dưới 10% [3, 6]. Trở ngại lớn nhất là theo cách truyền thống BN sau khi đặt catheter vào khoang phúc mạc phải chờ 14 ngày mới bắt đầu thực hiện việc lọc máu, nên không thể thực hiện cho những người bệnh đến trễ, lọc máu không có kế hoạch. Trên thế giới đã có những nghiên cứu về LMB sớm (nghĩa là bắt đầu lọc máu sau khi đặt catheter trong vòng 14 ngày) giúp giải quyết được vấn đề hội chứng ure huyết cao, dư dịch của những BN đến trễ mang lại hiệu quả tương tự CTNT, tránh được biến chứng của việc CTNT cấp cứu [1,4,5,7, 8]. Tuy nhiên, với phương pháp này cũng có thể mang lại những bất lợi như các biến chứng cơ học như rò rỉ dịch, di lệch catheter, tắc catheter,... cao hơn phương pháp LMB truyền thống trong khi các biến chứng viêm

phúc mạc, sống còn phương pháp, sống còn của BN lại không khác biệt [3, 4, 6]. Tại Việt Nam, chưa thấy báo cáo tổng kết về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đánh giá bước đầu phương pháp LMB sớm cho BN STMGD tại bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM với những mục tiêu như sau: (1) Khảo sát đặc điểm kê toa LMB sớm; (2) Khảo sát tỉ lệ biến chứng sau LMB sớm trong tháng đầu và hai tháng kế tiếp; (3) Khảo sát kết cục ngắn hạn của BN LMB sớm sau 3 tháng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, đoàn hệ, tiến cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân STMGD nhập khoa Nội Thận – Thận nhân tạo, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ 11/2020 đến 05/2023, có chỉ định điều trị thay thế thận nhưng chưa có kế hoạch trước đó.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1) BN trên 18 tuổi, (2) BN mắc STMGD chưa có kế hoạch lọc máu trước đó, (3) BN cần lọc máu sớm (trong vòng 2 tuần sau khi đặt catheter), (4) BN đồng ý chọn phương pháp LMB.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) BN có chống chỉ định LMB, (2) BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Các bước tiến hành và phân tích số liệu:

Tất cả thông tin được điền vào mẫu thống nhất (bảng thu thập số liệu) cho từng BN. Tất cả đối tượng nghiên cứu được lựa chọn theo tiêu chuẩn chọn mẫu (thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ).

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0. Các phép kiểm được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Vấn đề y đức: Nghiên cứu đã thông qua hội đồng y đức Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu, từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 05 năm 2023, nhóm nghiên cứu thu thập được 68 BN LMB sớm đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Các đặc điểm về dân số học, lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu được mô tả chi tiết trong các bảng dưới đây.

Bảng 1. Đặc điểm dân số học của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Tần suất Trung bình; Trung vị	Tỉ lệ (\pm SD)
Tuổi	59,63 (28 – 85)	\pm 12,9
Giới:		
Nữ	40/68	58,8%
Nam	28/68	41,2%

Địa chỉ: Tỉnh TPHCM	32/68 36/68	47,1% 52,9%	Không làm việc	47/68	70,2%
Nghề nghiệp					
Trí thức	12/68	17,9%			
Lao động Chân tay	8/68	11,9%			

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Tần suất		Tỉ lệ (±SD) (25% - 75%)
	Trung bình	Trung vị	
BMI (kg/m²)	22 (16,5-32,89)		20 - 24
Nguyên nhân			
Tăng huyết áp	29/68		42,6%
Đái tháo đường	26/68		38,2%
Bệnh cầu thận	7/68		10,3%
Bệnh ống thận mô kẽ	2/68		2,9%
Không rõ	4/68		6 %
Bệnh đồng mắc			
Tăng huyết áp	68/68		100%
Đái tháo đường	28/68		41,2%
Bệnh mạch vành	26/68		38,2%
Suy tim	20/68		29,4%
Bệnh mạch máu não	7/68		10,3%
Bệnh gan	6/68		8,8%
Số bệnh đồng mắc	2 (1 - 6)		1 - 3
Tiền căn phẫu thuật			
Không phẫu thuật	63/68		92,6%
Phẫu thuật bụng	3/68		4,4%
Phẫu thuật khác	2/68		2,9%
Triệu chứng lâm sàng			
Quá tải	30/68		44,1%
Tăng kali máu	8/68		11,8%
Toan máu	12/68		17,6%
Nôn ói	11/68		16,2%
Thiếu máu	62/68		91,2%
Ngứa	2/68		2,9%
Rối loạn tri giác	1/68		1,5%
Số triệu chứng lâm sàng	2,86 (1 - 6)		±1,4
Thể tích nước tiểu (ml/ngày)	1170 (0 - 2500)		± 498

Bảng 3. Giá trị xét nghiệm ban đầu của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Tần suất		Tỉ lệ (±SD) (25% - 75%)
	Trung bình	Trung vị	
Ure (mg/dL)	184,35 (41 - 424,3)		±76,7
Creatinine (mg/dL)	7,95 (3,07 - 21,07)		6,64 - 10,33
eGFR (mL/phút/1,73 m ²)	6		4 - 7,75
Kali (mmol/L)	4,2 (3,06 - 6,41)		3,8 - 4,72
Hemoglobin (g/L)	89,7 (53 - 129)		±15,08
Albumin (g/L)	32,1 (22,7 - 41,8)		±4,42

Khảo sát kê toa lọc màng bụng sớm. Có 29 BN (44,6%) được mổ mở dưới gây tê tại chỗ và 36 BN (55,4%) được mổ nội soi dưới gây mê toàn thân để đặt catheter Tenckhoff. Sau mổ, BN bắt đầu thay dịch với số ngày chờ trung vị là 4 (khoảng tứ phân vị 4 - 5). Có 37 BN (55,4%) cần phải CTNT cấp cứu trước mổ và 31 BN (45,6%) không CTNT. Các BN LMB sớm được thực hiện thay dịch bằng máy tự động (APD), ở tư thế nằm

theo chế độ tăng tiến. Vào ngày đầu tiên, thể tích dịch châm trung vị là 600 mL (khoảng tứ phân vị 600- 800 mL), thời gian trao đổi dịch trung vị là 6 giờ/ngày, tổng thể tích dịch trao đổi là 5000 mL/ngày. Sau đó, BN được tăng dần thể tích dịch châm 100-200 mL mỗi 2 ngày, thời gian trao đổi dịch tăng lên 8-10 giờ/ngày, tổng thể tích dịch trao đổi lên dần 10000 mL/ngày. Sau 14 ngày, có 60 BN (88,2%) chọn phương pháp APD

và 8 BN (11,8%) chọn LMB bằng tay (CAPD).

Tỉ lệ biến chứng trong tháng đầu và trong hai tháng kể. Trong tháng đầu, có 13 BN (19,1%) gặp biến chứng, trong đó có 7 biến cố (10,3%) liên quan nhiễm khuẩn, và 10 biến cố (14,7%) liên quan cơ học. Trong 2 tháng tiếp theo, số biến chứng có giảm đi với 9 BN (13,2%), trong đó có 4 biến cố nhiễm khuẩn (5,9%) và 6 biến cố cơ học (8,8%). Trong 3 tháng, có tất cả 11 (16,2%) trường hợp bị suy chức năng catheter Tenckhoff. Có 5 BN (7,4%) được xử trí nội khoa bằng thuốc nhuận trường, vận động nhẹ nhàng; 7 BN (10,3%) được bơm

heparin vào khoang phúc mạc. Có 8 BN (11,8%) phải phẫu thuật sửa catheter Tenckhoff. Kết quả sau mổ cho thấy 5 trường hợp tắc catheter là do vòi trứng chui vào catheter (7,4%); 3 trường hợp bị mạc nối bám catheter (4,4%).

Kết cục ngắn hạn của bệnh nhân lọc màng bụng sớm sau 3 tháng. Kết quả bước đầu cho thấy sau 3 tháng, tất cả BN đều tiếp tục làm LMB. Kết quả điều trị thay thế thận cho thấy: ure cải thiện với chỉ số giảm dần, hemoglobin và albumin máu tăng dần. Các thay đổi này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 4. Tỉ lệ biến chứng trong tháng đầu và trong 2 tháng kể

Đặc điểm	Trong tháng đầu Tần suất, tỉ lệ %	Hai tháng kể Tần suất, tỉ lệ %
Biến chứng	13/68 (19,1%)	9/68 (13,2%)
Viêm phúc mạc	1/68 (1,5%)	3/68 (4,4%)
Nhiễm khuẩn lộ thoát	6/68 (8,8%)	1/68 (1,5%)
Rỉ dịch	0	0
Tắc catheter Tenckhoff	5/68 (7,4%)	3/68 (4,4%)
Di lệch catheter	3/68 (4,4%)	2/68 (2,9%)
Mạc nối bám	2/68 (2,9%)	1/68 (1,5%)

Bảng 5. So sánh các chỉ số sinh hóa trong 3 tháng đầu

Các chỉ số	Ban đầu	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	p
Ure (mg/dL)	184,35 ± 76,7	115,79 ± 36,54	108,88 ± 39,77	< 0,001
Hb (g/L)	89,7 ± 15,08	101,46 ± 14,55	101,72 ± 18,74	< 0,001
Albumin (g/L)	32,1 ± 4,42	33,77 ± 4,28	33,55 ± 4,92	< 0,001

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 68 BN LMB sớm trong khoảng thời gian nghiên cứu với đặc điểm dân số học tương đồng với các nghiên cứu khác [1, 4, 5, 7, 8]. Các BN có BMI trung vị là 22 trong mức bình thường, điều này góp phần thuận lợi cho việc LMB. Nguyên nhân bệnh thận mạn trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với y văn với 3 nhóm bệnh lý phổ biến tăng huyết áp, đái tháo đường và bệnh cầu thận [1, 5, 7, 8]. Các BN có nhiều bệnh đồng mắc, đặc biệt là các bệnh lý tim mạch như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, suy tim. BN có các bệnh này nếu điều trị thay thế thận bằng CTNT sẽ có nhiều nguy cơ đột tử, cũng như nguy cơ mắc các biến cố tim mạch nặng như hội chứng mạch vành cấp, rối loạn nhịp, làm tăng tỉ lệ tử vong. Vì vậy, các BN này thường được khuyến khích LMB hơn là CTNT [1, 3, 6]. Trong nhóm nghiên cứu trên 90% BN chưa từng phẫu thuật bụng trước đây, là một trong những điều kiện làm nên thành công của phương pháp LMB [3, 6]. Các BN thường nhập viện vì các biến chứng của hội chứng ure huyết cao như quá tải tuần hoàn, tăng kali máu, nôn ói, ăn uống kém, toan chuyển hoá.

Tuy nhiên, các BN này phần lớn vẫn còn lượng nước tiểu khá tốt > 1000 mL/ngày, cũng là một tiền đề tốt cho kết quả thành công của LMB. Tất cả BN của chúng tôi được Phẫu thuật viên tiết niệu hoặc ngoại tổng quát đặt catheter Tenckhoff. Trong thời gian đầu triển khai LMB, các BN được đặt catheter theo phương pháp mổ mở, dưới gây tê tại chỗ. Điều này, dễ dàng thực hiện cho những trường hợp hội chứng ure huyết cao mà không cần CTNT trước hoặc những BN có bệnh lý tim mạch nặng. Trong quá trình phát triển phương pháp LMB, chúng tôi nhận thấy những trường hợp đặt catheter không có sự hỗ trợ của nội soi ổ bụng thường có đời sống catheter không dài lâu do hiện tượng di lệch catheter, catheter không đúng vị trí ở tiểu khung làm suy chức năng catheter. Vì vậy, thời gian sau này, chúng tôi phát triển đặt catheter bằng phương pháp nội soi ổ bụng dưới gây mê nội khí quản, để nhìn rõ đường đi của catheter, đồng thời khâu dính catheter vào phúc mạc, giúp cố định catheter được tốt hơn. Do đó, nếu BN có hội chứng ure huyết cao, chúng tôi buộc phải chạy thận cấp cứu cho BN trước mổ. Sau mổ, thay vì phải chờ 14 ngày mới bắt đầu LMB thì chúng tôi

tiến hành sớm hơn, giúp giảm các biến chứng do lưu catheter tĩnh mạch tạm thời quá lâu.

Về chế độ kê toa LMB sớm, chúng tôi bắt đầu thay dịch sau 48 giờ đặt catheter để giảm thiểu các biến chứng cơ học, giảm thiểu sự rò rỉ dịch lọc giúp sự lành vết thương và đường hầm được tốt hơn. Số ngày chờ cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới [8]. Ngoài ra, chúng tôi cho thể tích dịch chườm thấp 600 ml trong ngày đầu tiên, thay dịch ở tư thế nằm, dùng máy LMB tự động, và áp dụng phương pháp kê toa tăng tiến để tạo sự thích nghi cho người bệnh và giảm áp lực ổ bụng.

Trong tháng đầu, biến chứng cơ học là loại đáng lo ngại nhất khi LMB sớm theo y văn [3, 6]. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 10 biến cố cơ học (14,7%), tương tự nghiên cứu của Xu D trên 922 BN LMB sớm tại Trung Quốc với tỉ lệ biến chứng là 14,2%; nhưng ít hơn so với nghiên cứu của Povlsen JV [4] thực hiện năm 2006 tại Đan Mạch có tỉ lệ 28,9%. Tỉ lệ biến chứng của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu của Jin H [1] là 5,2%, của Ye H [7] là 4,1%. Nghiên cứu của Zang X [8] trên 542 BN trên 65 tuổi tại 2 bệnh viện lớn tại Trung Quốc cho thấy LMB sớm có biến chứng trong 30 ngày là 4,5% ít hơn có ý nghĩa so với CTNT cấp cứu là 10,7%. Như vậy, với BN lớn tuổi, LMB sớm là một biện pháp khá an toàn. Biến chứng trong hai tháng kể ít hơn, chứng minh biến chứng cơ học càng giảm trong những tháng về sau. Đặc biệt, trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào bị rỉ dịch, chảy máu. Điều này có lẽ do chúng tôi đã chọn lựa BN kỹ, bắt đầu thay dịch không quá sớm (từ ngày thứ tư sau đặt catheter trở đi), ở tư thế nằm, chế độ tăng tiến. Tất cả những điều này làm cho áp lực ổ bụng không quá tăng cao, làm giảm biến chứng cơ học và giúp BN thích nghi dễ dàng với phương pháp LMB. Trong 3 tháng đầu, các trường hợp bị suy chức năng catheter, chúng tôi cũng theo các phác đồ xử trí chung [3, 6] như chụp X-quang bụng đứng không sửa soạn để xác định vị trí catheter trong ổ bụng, uống thuốc nhuận trường để chống táo bón và vận động nhẹ nhàng làm tăng nhu động ruột, bơm rửa heparin nếu tắc catheter do fibrin. Có 8 trường hợp (11,8%) chúng tôi phải mổ sửa lại catheter, trong đó có 5 trường hợp bị tắc do vôi trứng chui vào catheter. Đây là biến cố hiếm gặp mà chúng tôi chưa ghi nhận được trên y văn.

Kết cục ngắn hạn sau 3 tháng của nhóm BN của chúng tôi khá tốt với 100% BN tiếp tục LMB với catheter hoạt động tốt. Các chỉ số về sinh

hoá như ure, albumin máu, hemoglobin đều cải thiện theo chiều hướng tốt dần. Đặc biệt, chúng tôi nhận thấy LMB sớm có thể là một biện pháp thay thế CTNT trong 14 ngày đầu, dù cho BN chọn phương pháp APD hay CAPD sau này.

Hạn chế của nghiên cứu này là thực hiện tại một trung tâm, và chỉ là nghiên cứu quan sát, không có phân nhóm ngẫu nhiên có đối chứng, và chỉ quan sát trong thời gian ngắn sau 3 tháng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy phương pháp LMB sớm áp dụng cho bệnh nhân STMGD chưa có kế hoạch lọc máu từ trước tỏ ra khá an toàn và hiệu quả. Phương pháp này có thể ứng dụng tại các bệnh viện có đơn vị LMB, tránh được biến chứng của CTNT cấp cứu liên quan đến đặt catheter tĩnh mạch trung tâm như nhiễm khuẩn huyết, thuyên tắc huyết khối, chảy máu, cũng như các biến chứng liên quan tim mạch trong quá trình CTNT, cũng như góp phần giảm áp lực quá tải cho các đơn vị thận nhân tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jin H, Fang W, Zhu M, et al.** Urgent-Start Peritoneal Dialysis and Hemodialysis in ESRD Patients: Complications and Outcomes. *PLoS ONE* 2016; 11(11): e0166181. doi:10.1371/journal.pone.0166181.
2. **Liyanage T, Toyama T, Hockham C, et al.** Prevalence of chronic kidney disease in Asia: a systematic review and analysis. *BMJ Global Health* 2022; 7: e007525. doi: 10.1136/bmjgh-2021-007525.
3. **Phongphithakchai A, Dandecha P, Raksasuk S and Srithongkul T.** Urgent-start peritoneal dialysis for end-stage renal diseases: literature review and worldwide evidence-based practice. *Renal Replacement Therapy* 2021, 7: 65. <https://doi.org/10.1186/s41100-021-00384-2>.
4. **Povlsen J, JV, Ivarsen P.** How to start the late referred ESRD patient urgently on chronic APD. *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21(Suppl 2): ii56-ii59. doi:10.1093/ndt/gfl192.
5. **Xu D, Liu T, Dong J.** Urgent-start peritoneal dialysis complications: Prevalence and Risk factors. *Am J Kidney Dis.* 2017; 70 (1): 102-110.
6. **Yaxley J, Scott T.** Urgent-start peritoneal dialysis. *Nephrologia* 2023; 43(3): 293-301.
7. **Ye H, Yang X, Yi C, et al.** Urgent-start peritoneal dialysis for patients with end-stage renal disease: a 10-year retrospective study. *BMC Nephrology* 2019; 20: 238. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1408-9>.
8. **Zang X, Du X, Li L, et al.** Complications and outcomes of urgent-start peritoneal dialysis in elderly patients with end-stage renal disease in China: a retrospective cohort study. *BMJ Open* 2020; 10: e032849. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032849.