

NHỮNG THÁCH THỨC TRONG TRIỂN KHAI LỌC MÀNG BỤNG CHO NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI MẮC BỆNH THẬN ĐA NANG DI TRUYỀN TRỘI QUA NHIỄM SẮC THỂ THƯỜNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

*Hoàng Thị Điểm¹, Nguyễn Thế Cường¹, Nguyễn Thị Thủy¹
Đỗ Tất Thành^{1,2}, Hà Phan Hải An^{1,2*}*

Tóm tắt

Chỉ định lọc màng bụng (peritoneal dialysis - PD) đã có nhiều thay đổi. Các rào cản y khoa trước đây đã được xem xét lại và dữ liệu gần đây cho thấy kỹ thuật này khả thi ở những người bệnh (NB) mắc nhiều bệnh lý khác nhau. Chúng tôi trình bày 1 trường hợp NB nữ cao tuổi đã thực hiện PD trong 30 tháng mặc dù gặp nhiều biến cố và PD ban đầu có vẻ không khả thi. Mục đích của báo cáo là chứng minh tầm quan trọng của PD như một liệu pháp thay thế thận và nhấn mạnh vai trò của sự hợp tác liên chuyên khoa trong quản lý NB.

Từ khóa: Lọc màng bụng; Lọc màng bụng bằng máy; Bệnh thận đa nang di truyền trội qua nhiễm sắc thể thường; Người bệnh cao tuổi.

CHALLENGES IN IMPLEMENTING PERITONEAL DIALYSIS FOR ELDERLY PATIENTS WITH AUTOSOMAL DOMINANT POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE: A CLINICAL CASE REPORT

Abstract

Indications for peritoneal dialysis (PD) have undergone many changes. Previous medical barriers have been reconsidered, and recent data showed that this technique is feasible in patients with a variety of conditions. We presented a case of an elderly female patient who has been performing PD for 30 months despite having multiple complications and an initial assessment that PD might be unfeasible. The aim of the report is to demonstrate the importance of PD as a kidney replacement therapy and underline the role of interprofessional collaboration in patient management.

Keywords: Peritoneal dialysis; Automated peritoneal dialysis; Autosomal dominant polycystic kidney disease; Elderly patient.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Hà Phan Hải An (haphanhaian@hmu.edu.vn)

Ngày nhận bài: 18/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si2.1598>

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chỉ định lọc màng bụng có sự thay đổi đáng kể trong những năm gần đây. Các rào cản y khoa trước đây được coi là chống chỉ định cho PD như vô niệu, bệnh thận đa nang (polycystic kidney disease - PKD) di truyền trội qua nhiễm sắc thể thường, bệnh tim mạch hoặc cao tuổi đang được xem xét lại [1]. Phân tích tổng hợp từ 9 nghiên cứu được công bố từ năm 1998 - 2016 với tổng số 7.197 NB bao gồm 882 NB mắc PKD cho thấy PD có liên quan đến tỷ lệ sống sót toàn diện tốt hơn, mặc dù tăng nguy cơ thoát vị bụng nhưng không thấy sự khác biệt về tỷ lệ viêm phúc mạc hoặc tỷ lệ sống sót về mặt kỹ thuật. Do đó, PD là phương thức điều trị an toàn cho NB PKD [2]. Tương tự, phân tích tổng hợp kết quả điều trị PD ở NB mắc PKD di truyền trội qua nhiễm sắc thể thường (autosomal dominant polycystic kidney disease - ADPKD) từ 12 nghiên cứu đoàn hệ với tổng số 14.673 NB suy thận (931 NB mắc ADPKD và 13.742 NB không mắc ADPKD) cho thấy NB ADPKD có nguy cơ tử vong giảm 0,68 lần so với người không mắc ADPKD, không có mối liên hệ nào giữa tình trạng ADPKD với nguy cơ thất bại kỹ thuật hoặc viêm phúc mạc [3]. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng nhằm: *Chứng minh tầm quan trọng của PD như một liệu pháp*

thay thế thận, và nhấn mạnh vai trò của sự hợp tác liên chuyên khoa trong quản lý NB.

GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

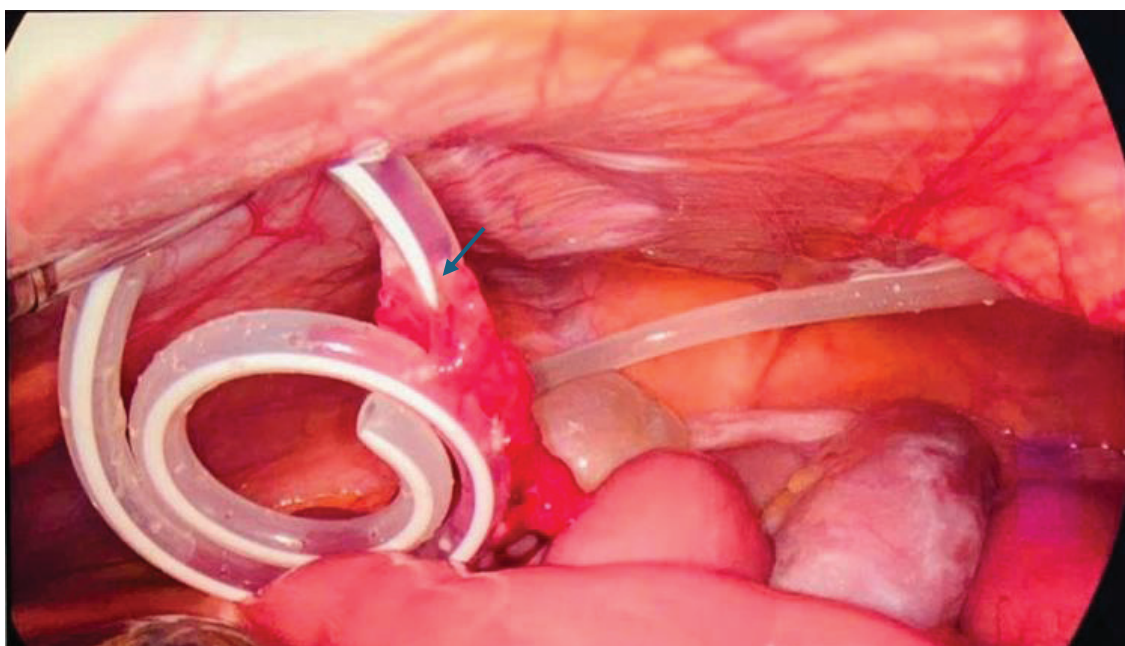
Người bệnh Ngô T.N., nữ 70 tuổi, (cân nặng 46kg, cao 156cm, BMI 18,9) mắc ADPKD với tiền sử gia đình rõ, có tiền sử cắt tuyến giáp toàn bộ vào năm 2020 do ung thư tuyến giáp thể nhú và đang điều trị hormone thay thế. Về mặt lâm sàng, NB gầy nhỏ, hai thận rất to và gan to với nhiều nang, làm giảm đáng kể khoang bụng. Đến tháng 10/2022, mức lọc cầu thận của NB giảm nặng, chỉ còn 9 mL/phút/1,73m² và NB cần điều trị thay thế thận suy. NB có các mạch máu ngoại vi rất nhỏ, tĩnh mạch dễ vỡ ở cả 2 tay, khả năng phẫu thuật và trưởng thành của thông động - tĩnh mạch ngoại vi rất khó khăn. Tạo cầu nối động - tĩnh mạch bằng đoạn mạch nhân tạo có thể cũng thất bại do nguy cơ huyết khối. NB có số lượng nước tiểu tồn lưu còn tốt, khoảng 1 L/ngày. Sau khi thảo luận kỹ lưỡng với NB và người nhà, cân nhắc các lựa chọn điều trị, theo nguyện vọng của NB và gia đình, PD đã được chọn. NB được đặt catheter PD thành công vào tháng 11/2022 bằng kỹ thuật phẫu thuật nội soi. Đầu ống thông được đưa vào túi cùng Douglas và ống thông được cố định vào phúc mạc tiểu khung. Giai đoạn hậu phẫu diễn ra suôn sẻ, NB được ra viện để thực hiện PD tự động có

máy hỗ trợ (automated peritoneal dialysis - APD) tại nhà. Do đại dịch COVID-19 và các quy định về cách ly, nghiệm pháp đánh giá chức năng màng bụng (PET) đã không thể thực hiện được. Liều và lịch trình PD được xác định chỉ dựa trên đánh giá và kinh nghiệm lâm sàng.

Tháng 6/2023, NB nhập viện vì dịch ra chậm, thể tích siêu lọc bị âm (thể tích dịch vào 1100mL và thể tích dịch xả ra chỉ được 220mL, -880mL), không có biểu hiện nhiễm trùng toàn thân, chân catheter và trong ổ bụng. Phẫu thuật nội soi ổ bụng phát hiện đầu ống thông nằm đúng vị trí, catheter bị một đám dính

quấn vào vòi trứng và mạc treo ruột non. NB được gỡ dính, loại bỏ các mảnh vụn tổ chức và bơm rửa catheter để khôi phục sự lưu thông. Sau khi ổ bụng được nghỉ ngơi và vết thương liền, NB được ra viện và tiếp tục APD.

Lần nhập viện thứ hai vào tháng 01/2024, do dòng dịch vào chậm. Khi tiến hành phẫu thuật nội soi thăm dò, phẫu thuật viên nhận thấy đầu ống thông bị tắc hoàn toàn do một phần loa vòi trứng chui vào bên trong các lỗ bên của catheter, phần catheter còn lại bị bọc trong đám dính. Sau khi gỡ dính và khôi phục sự lưu thông của catheter, NB đã được ra viện và lại tiếp tục APD.



Hình 1. Hình ảnh catheter PD bị quấn trong đám dính, lỗ bên bị một phần vòi trứng chui vào (mũi tên), quan sát qua nội soi trường hợp NB Ngô T.N.

CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ KHOA HỌC LẦN THỨ XI CỦA VUNA-NORTH VIỆT NAM

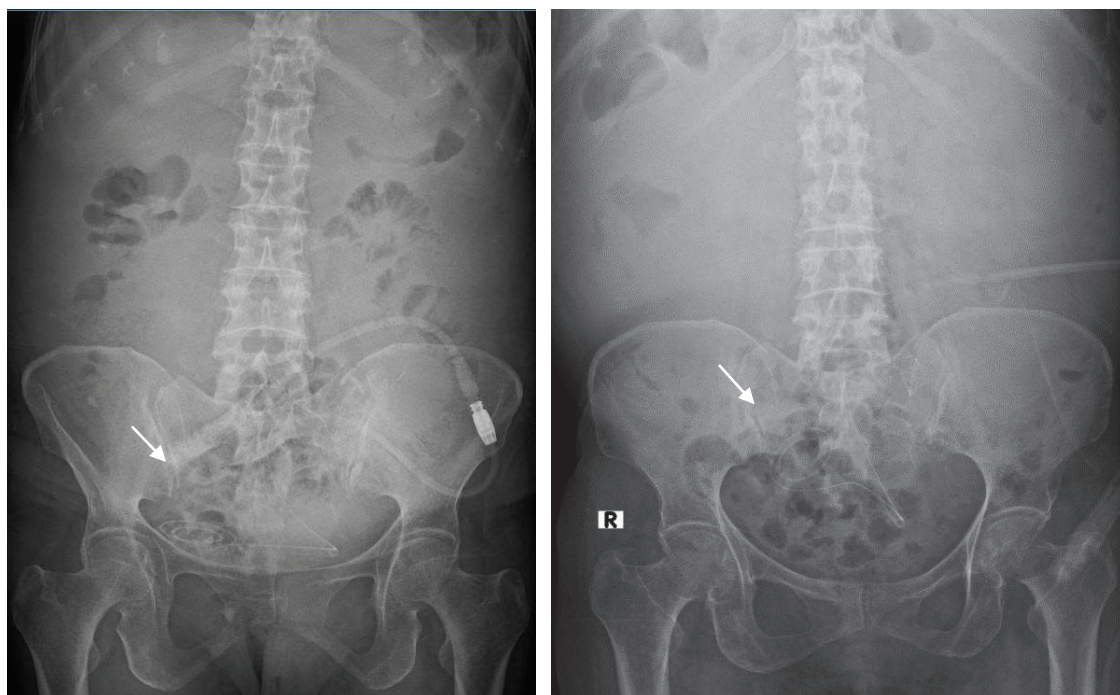
Lần nhập viện gần nhất vào tháng 5/2025, NB có biểu hiện mệt mỏi, chán ăn và sụt cân. Khám lâm sàng cho thấy NB tỉnh táo nhưng nhợt nhạt, teo cơ và phù nhẹ 2 chân, mạch 89 lần/phút, huyết áp 120/75mmHg, tiểu 900 mL/ngày, thể tích siêu lọc dư + 200 mL/ngày với liều 5L dịch lọc Dextrose 1,5%/ngày, thăm trực tràng phân vàng. Tổng phân tích tế bào máu cho thấy tình trạng thiếu máu hồng cầu kích thước bình thường nhược sắc với huyết sắc tố (Hb) 71 g/L, (hồng cầu 2,68 T/L, MCV 84,1fl, MCH 26,7pg, MCHC 316 g/L) và tủy xương còn đáp ứng, với số lượng hồng cầu lưới tăng - 0,07 T/L tương ứng tỷ lệ 2,6%, thiếu sắt vừa phải với TSAT 11,9%, (sắt huyết thanh 4,7 μ mol/L, transferrin 156,6 mg/dL, ferritin 686,94 ng/mL) và albumin máu thấp (24,8 g/L). NB được truyền 1 khối hồng cầu 350mL. Các

thăm dò tìm nguyên nhân thiếu máu thực hiện sau đó không phát hiện thêm bất thường. Liều lọc máu được tăng lên (từ 5L lên 10L dịch lọc chứa Dextrose 1,5% mỗi ngày, từ 6 lên 12 chu kỳ mỗi ngày) kết hợp với tăng cường dinh dưỡng, bổ sung sắt tĩnh mạch, điều chỉnh liều hormone tuyến giáp thay thế. Tình trạng chung của NB được cải thiện đáng kể, có thể ăn uống trở lại ngon miệng hơn, lượng nước tiểu tồn lưu hàng ngày vẫn duy trì được ổn định và thể tích siêu lọc tăng thêm, dư tới 700 - 800mL mỗi ngày, Hb tăng lên 98 g/L. NB được ra viện sau một tuần để tiếp tục APD với đơn PD được điều chỉnh lại.

Không có đợt nhiễm trùng chân catheter, viêm phúc mạc hay đau bụng nào được ghi nhận kể từ khi đặt catheter PD đến thời điểm hiện tại. NB không bị rò rỉ dịch hay thoát vị thành bụng.

Bảng 1. Một số kết quả xét nghiệm khi nhập viện và ra viện.

Chỉ số xét nghiệm	Khi nhập viện (20/5/2025)	Trước khi ra viện (26/5/2025)
Số lượng hồng cầu (T/L)	2,68	3,56
Hemoglobin (g/L)	71	98
Hematocrit	0,225	0,309
Urê huyết thanh (mmol/L)	28,26	26,05
Creatinine huyết thanh (μ mol/L)	959,46	509,35
Albumin (g/L)	24,8	25,31
Phosphor (mmol/L)	2,06	1,56



Hình 2. Hình ảnh đầu catheter PD (mũi tên trắng) trên phim X-quang của NB Ngô T.N. chụp tháng 11/2022 (trái) và tháng 5/2025 (phải).

BÀN LUẬN

Ở những NB cao tuổi, việc thực hiện kỹ thuật PD thường gặp khó khăn do hạn chế về khả năng tự chủ, thị lực kém, khả năng vận động và nhận thức suy giảm. Việc áp dụng APD cùng với sự hỗ trợ của người chăm sóc có thể khắc phục vấn đề này [4]. NB của chúng tôi được sử dụng APD, có hỗ trợ của chồng, và trong suốt thời gian thực hiện kỹ thuật không có đợt nhiễm trùng catheter hay viêm phúc mạc nào được ghi nhận. PD cho phép NB được điều trị tại nhà, đây là lợi ích đáng kể cho NB, đặc biệt về tinh thần, và cho xã hội. PD

là lựa chọn phù hợp cho những người có đường vào mạch máu khó khăn hoặc có nguy cơ cao khi đặt catheter tĩnh mạch trung tâm. Kết quả điều trị cũng tương đương so với lọc máu tại trung tâm [5, 6]. Thận đa nang có kích thước lớn kèm gan to có nhiều nang cũng thường được cho là tình trạng bệnh lý rất khó và là rào cản đối với việc triển khai PD, đặc biệt ở những NB có vóc dáng nhỏ, do mối lo ngại về khả năng giãn nở của màng bụng, nguy cơ tăng áp lực trong ổ bụng ảnh hưởng đến siêu lọc, nguy cơ thoát vị thành bụng và rò rỉ dịch. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây đã cho

thấy việc đặt catheter qua phẫu thuật nội soi dưới sự quan sát trực tiếp, kết hợp với lựa chọn thể tích dịch đưa vào khoang bụng phù hợp, có thể được thực hiện an toàn mà không làm tăng biến chứng cơ học. Trong những trường hợp như vậy, việc đo áp lực trong phúc mạc có thể cần thiết để hướng dẫn lựa chọn thể tích dịch và tối ưu hóa phác đồ điều trị. Ngoài ra, ở những NB có catheter bị đâm dính quần vào hoặc có các tình trạng bệnh lý trong ổ bụng khác, sự tham gia của phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm và được đào tạo đầy đủ là yếu tố then chốt giúp can thiệp kịp thời, thích hợp, giúp NB vẫn tiếp tục thực hiện được kỹ thuật PD [7, 8]. NB trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều biến cố và nhiều lần cần đến can thiệp ngoại khoa để giải quyết bên cạnh các điều chỉnh về mặt nội khoa và vẫn tiếp tục thực hiện được kỹ thuật PD. Kết quả này cũng phù hợp với các báo cáo trước đây, nhấn mạnh những thách thức kỹ thuật có thể được vượt qua nhờ các chiến lược can thiệp hợp lý và sự phối hợp đa chuyên khoa.

KẾT LUẬN

Cần cân nhắc và thảo luận về PD như một phương pháp điều trị thay thế thận suy với tất cả NB mắc bệnh thận giai

đoạn cuối, NB mắc ADPKD và người cao tuổi dựa trên các đặc điểm của từng cá thể. Khi quyết định lựa chọn PD, có thể tìm được giải pháp giúp PD trở nên khả thi cho nhiều NB, mở rộng thêm cơ hội tiếp cận với liệu pháp cứu sống.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Bộ Y tế và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lehmann K, Reubke B, Wanninger R, Lindgren M, Glowka TR, Kielstein JT, Eden G. Mission P(D)possible: Peritoneal dialysis in difficult cases. *Clinical Kidney Journal*. February 2025; 18(2):sf403.
2. Dupont V, Kanagaratnam L, Sigogne M, Bechade C, Lobbedez L, Portoles J, Rieu P, Drame M, Touré F. Outcome of polycystic kidney disease patients on peritoneal dialysis: Systematic review of literature and meta-analysis. *PLoS One*. 2018 May 22; 13(5):e0196769. DOI: 10.1371/journal.pone.0196769.
3. Boonpheng B, Thongprayoon C, Wijarnpreecha K, Medaura J, Chebib FT, Cheungpasitporn W. Outcomes of patients with autosomal-dominant polycystic kidney disease on peritoneal dialysis: A meta-analysis. *Nephrology*. 2018.

4. Wu HHL, Dhaygude AP, Mitra S, Tennankore KK. Home dialysis in older adults: Challenges and solutions. *Clinical Kidney Journal*. March 2023; 16(3):422-431.
5. Jian, et al. Outcomes of PD in elderly vs non-elderly: Meta-analysis. *Front Med*. 2022.
6. Wu H, Wang AY. How I treat elderly patients with kidney failure with PD. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2023.
7. Jha V, Abrahams AC, Al-Hwiesh A, EA, Cullis B, Frank JMF, Mendu M, Ponce D, Divino-Filho JC. Peritoneal catheter insertion: Combating barriers through policy change. *Clin Kidney J*. 2022 May 12; 15(12):2177-2185.
8. Yilmazlar T, Kirdak T, Bilgin S, Yavuz M, Yurtkuran M. Laparoscopic findings of peritoneal dialysis catheter malfunction and management outcomes. *Perit Dial Int*. 2006; 26(3):374-379.