

DOI: 10.58490/ctump.2024i77.2782

LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN  
VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI  
ĐẶT THÔNG TENCKHOFF TRONG THÂM PHÂN PHỨC MẠC

Phạm An Khang\*, Lữ Văn Trang, Đặng Hoàng Minh,  
Đỗ Công Đoàn, Đặng Thế Oánh  
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: 22810411667@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/5/2024

Ngày phản biện: 13/6/2024

Ngày duyệt đăng: 02/8/2024

TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Suy thận mạn là bệnh lý nghiêm trọng, nguyên nhân gây tử vong không lây nhiễm trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam. Lọc màng bụng là giải pháp hữu hiệu có thể khắc phục được những hạn chế của các phương pháp khác để điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối trong giai đoạn hiện nay. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả phẫu thuật đặt thông Tenckhoff trong thâm phân phúc mạc ở bệnh nhân suy thận mạn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả đoàn hệ, tiến cứu trên 38 bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối có chỉ định đặt thông Tenckhoff tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân mổ bên trái là 100%. Tỷ lệ bệnh nhân mổ có cắt mạc nối là 2,6%. Thời gian mổ trung bình là 61,5 phút, số ngày nằm viện sau mổ trung bình là 7 ngày, số ngày bắt đầu lọc sau mổ trung bình là 13,9 ngày. Sau lọc, sự thay đổi chỉ số huyết học cao hơn trước lọc, chỉ số sinh hóa thấp hơn trước mổ có tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê. Biến chứng sớm lần lượt là chảy máu trong ổ bụng (2,6%), tụt catheter (2,6%), dò dịch catheter (2,6%). Biến chứng muộn nhiều nhất là thông kém chức năng (10,4%) kể đến là tắc thông do vôi trắng (5,2%). **Kết luận:** Phẫu thuật đặt catheter để lọc màng bụng là phương pháp an toàn, thích hợp với các bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. Chú ý các biến chứng cơ học sau phẫu thuật. Ở nữ giới, cần nhắc nguyên nhân tắc do vôi trắng chui vào catheter khi nghi ngờ tình trạng tắc catheter.

**Từ khóa:** Catheter Tenckhoff, suy thận giai đoạn cuối, lọc màng bụng.

ABSTRACT

CHARACTERISTICS OF CLINICAL, SUBCLINICAL OF PATIENTS  
WITH CHRONIC RENAL FAILURE AND EVALUATION OF THE  
EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC SURGERY INSTALLATION  
OF TENCKHOFF CATHETER IN PERITONIC DIALYSIS

Phạm An Khang\*, Lu Van Trang, Dang Hoang Minh,  
Do Cong Doan, Dang The Oanh  
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Chronic kidney disease (CKD) is a serious non-communicable disease that is a leading cause of death worldwide, including in Vietnam. Peritoneal dialysis is an effective solution that can overcome the limitations of other methods to treat end-stage chronic kidney failure in the current period. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of Tenckhoff catheter surgery in peritoneal dialysis in patients with chronic renal failure. **Materials and methods:** A prospective observational cohort study was conducted on 38 patients diagnosed with end-stage chronic renal failure with indications for Tenckhoff catheter placement at Can Tho Central General Hospital. **Results:** The

rate of patients having surgery on the left side was 100%. The proportion of surgical patients with omentectomy was 2.6%. The average surgery time was 61.5 minutes, the average number of days in the hospital after surgery was 7 days, the average number of days starting dialysis after surgery was 13.9 days. After filtration, the change in hematological index was higher than before filtration, and the biochemical index was lower than before surgery, but it was not statistically significant. Early complications were intra-abdominal bleeding (2.6%), catheter drop (2.6%), and catheter leakage (2.6%). The most common late complication was the poor function catheter (10.4%), a fallopian tube inserted into the catheter (5.2%). **Conclusion:** Surgical placement of catheters for peritoneal dialysis is a safe method, suitable for patients with end-stage chronic kidney failure. The doctors need to pay attention to mechanical complications after surgery. In women, consider the cause of obstruction due to the fallopian tube entering the catheter when suspecting catheter obstruction.

**Keywords:** Tenckhoff catheter, end-stage renal failure, peritoneal dialysis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn là bệnh lý nghiêm trọng, nguyên nhân gây tử vong không lây nhiễm cao trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam [1]. Có nhiều phương pháp điều trị thay thế trong trường hợp suy thận mạn giai đoạn cuối như thận nhân tạo, lọc màng bụng và 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 là phương pháp hiệu quả nhưng việc triển khai rất hạn chế vì thiếu nguồn thận ghép và chi phí cao. Do vậy ở nước ta, 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 [2]. Tại Việt Nam, đến đầu những năm 2000, phương pháp thẩm phân phúc mạc (TPPM) đã được triển khai áp dụng để điều trị thay thế thận suy tại một số bệnh viện lớn trên cả nước [3]. Tại Cần Thơ, kỹ thuật đặt thông Tenckhoff trên bệnh nhân suy thận mạn để thẩm phân phúc mạc mới được đưa vào ứng dụng trên lâm sàng từ năm 2015. Đã có một số nghiên cứu về kỹ thuật đặt đặt thông Tenckhoff ở bệnh nhân suy thận mạn nhưng còn ít nghiên cứu đánh giá hiệu quả phương pháp đặt thông Tenckhoff trong thẩm phân phúc mạc, tạo điều kiện cho công tác điều trị ngày càng có hiệu quả. Xuất phát từ vấn đề trên, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phẫu thuật đặt thông Tenckhoff trong thẩm phân phúc mạc ở bệnh nhân suy thận mạn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối có chỉ định đặt thông Tenckhoff tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ 3/2023 đến tháng 3/2024.

#### - Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn 5 (giai đoạn cuối) của bệnh thận mạn tính.

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn V dựa vào [4]:

Tiền sử bệnh thận tiết niệu mạn tính.

Suy thận mạn độ V: GFR <15 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup> da

+ Các bệnh nhân được giải thích phương pháp TPPM, cách thức phẫu thuật nội soi đặt catheter ổ bụng và đã đồng ý thực hiện phương pháp.

+ Bệnh nhân suy thận mạn có chỉ định đặt ống thông Tenckhoff đồng ý tham gia nghiên cứu.

**- Tiêu chuẩn loại trừ:**

Các bệnh nhân có chống chỉ định với thẩm phân phúc mạc:

+ Viêm phúc mạc tiên phát hoặc thứ phát gây dính trong ổ bụng.

+ Bệnh thận đa nang, thận giãn quá to.

+ Tình trạng tinh thần không tỉnh táo, rối loạn tâm thần, thị lực kém.

+ Các bệnh lý trong ổ bụng như: viêm tụy cấp, dịch cổ trướng do xơ gan lách to, khối u vùng tiêu khung, viêm đại tràng, viêm ruột.

+ Các bệnh nhân có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi ổ bụng:

Bệnh nhân có biểu hiện về bệnh tim mạch nặng, suy tim nặng độ IV theo NYHA (bệnh nhân không thể có bất kỳ một hoạt động thể lực nào, các triệu chứng suy tim ngay cả khi nghỉ và sẽ nặng lên rõ khi gắng sức).

Các bệnh nhân có sốc chân thương, sốc mất máu.

Bệnh nhân bệnh lý tại phổi: bệnh phổi mạn tính, khí phế thũng, hen phế quản, kén khí phổi.

Bệnh lý thần kinh: tăng áp lực nội sọ, tăng nhãn áp, di chứng của chấn thương sọ não hoặc đang theo dõi chấn thương sọ não.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả đoàn hệ, tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** Bệnh nhân suy thận mạn nhập viện Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, 3/2023 đến tháng 3/2024 có chỉ định lọc màng bụng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Lâm sàng: tuổi, giới, BMI, khu vực địa dư, nguyên nhân suy thận, bệnh kèm theo, vấn đề lọc máu, triệu chứng lâm sàng,

+ Cận lâm sàng: các chỉ số cận lâm sàng trước và sau TPPM một tháng: Số lượng hồng cầu (T/l), Hb (g/l), Hematocrit (l/l), Creatinine huyết thanh ( $\mu\text{mol/L}$ ), Urê máu (mmol/L). Độ thanh thải creatinin CrCL (ml/phút): tính theo công thức Cockcroft-Gault.

+ Đặc điểm của kỹ thuật đặt thông Tenckhoff: phương pháp vô cảm, đường mổ đặt thông, phương pháp tạo khoang, cắt mạc nối trong lúc mổ, thời gian mổ, số ngày bắt đầu lọc sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ

+ Các biến chứng sau mổ (sớm và muộn): chảy máu và tụ máu vết mổ, chảy máu trong ổ bụng sau phẫu thuật, tắc catheter, rò dịch, thoát vị, nhiễm trùng đường ra, nhiễm trùng đường hầm, viêm phúc mạc sau mổ.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập số liệu dựa vào phỏng vấn, khám lâm sàng, đánh giá kết quả cận lâm sàng rồi điền vào phiếu thu thập số liệu. Ghi nhận và theo dõi tình trạng bệnh nhân trong quá trình điều trị để đánh giá kết quả điều trị sau đó điền vào phiếu thu thập số liệu.

- **Xử lý số liệu:** Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích mô tả tần số và tỷ lệ; kiểm định sự khác biệt giữa 2 trung bình có phân phối bình thường bằng phép kiểm T Test không bắt cặp hoặc Paired-Samples T Test.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, số 22.365.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 12/04/2023. Thông tin bệnh nhân được mã hóa và giữ bảo mật. Thu thập số liệu được tiến hành một cách trung thực, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ 3/2023 đến 3/2024, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 38 bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối có chỉ định đặt thông Tenckhoff với các kết quả như sau:

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Tuổi trung bình  $49,58 \pm 13,23$ .

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=38)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	20	52,6
	Nữ	18	47,4
Địa dư	Nông thôn	27	71,1
	Thành thị	11	28,9

Nhận xét: Về giới tính nam chiếm 52,6%. Về địa dư nông thôn chiếm 71,1%.

**3.2. Đặc điểm và kỹ thuật đặt thông Tenckhoff**

Tỷ lệ bệnh nhân vô cảm bằng mê nội khí quản là 100%.

Tỷ lệ bệnh nhân mổ bên trái là 100%.

Tỷ lệ bệnh nhân mổ được tạo khoang bằng khí CO<sub>2</sub> là 100%.

Tỷ lệ bệnh nhân mổ có cắt mạc nối là 2,6%.

Bảng 2. Thời gian mổ, nằm viện sau mổ và thời gian bắt đầu lọc (n=38)

Đặc điểm	TB-ĐLC/TV-GTLN-GTNN
Thời gian mổ (phút)	$61,5 \pm 13,1$
Số ngày nằm viện sau mổ (ngày)	7 (2-25)
Số ngày bắt đầu lọc (ngày)	$13,9 \pm 2,0$

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình, số ngày bắt đầu lọc sau mổ trung bình lần lượt là 61,6 phút, 13,1 ngày. Số ngày nằm viện sau mổ trung vị là 7 ngày.

**3.3. Cận lâm sàng huyết học, sinh hóa trước và sau lọc máu**

Bảng 3. Kết quả cận lâm sàng huyết học, sinh hóa trước và sau lọc máu (n=38)

Chỉ số	Thời điểm		p
	Trước mổ	Sau lọc	
Số lượng HC (T/L)	$3,30 \pm 0,46$	$3,24 \pm 0,43$	0,501
Nồng độ Hb (g/L)	$9,10 \pm 0,93$	$9,25 \pm 1,35$	0,611
Hematocrit (L/L)	$27,76 \pm 2,80$	$28,02 \pm 3,83$	0,752
Urê (mmol/L)	$19,02 \pm 10,09$	$15,01 \pm 7,05$	0,048
Creatinin ( $\mu\text{mol/L}$ )	$703,16 \pm 363,39$	$719,13 \pm 329,15$	0,793

Nhận xét: Sau lọc, sự thay đổi chỉ số huyết học cao hơn trước lọc trừ số lượng hồng cầu, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê. Chỉ số urê giảm hơn trước mổ và kết quả có ý nghĩa thống kê với  $p=0,048$ .

**3.4. Biến chứng sau mổ**

Bảng 4. Biến chứng sau mổ (n=38)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng sớm	Chảy máu trong ổ bụng	1	2,6
	Tụt Catheter	1	2,6
	Dò dịch catheter	1	2,6

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng muộn	Viêm phúc mạc	1	2,6
	Tắc thông do tai vòi trứng	2	5,2
	Thông kém chức năng	4	10,4

Nhận xét: Biến chứng sớm thường gặp là chảy máu trong ổ bụng, tụt catheter, dò dịch catheter. Biến chứng muộn nhiều nhất là thông kém chức năng kể đến là tắc thông do vòi trứng.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Về độ tuổi nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình  $49,58 \pm 13,23$  khá tương đồng với nghiên cứu của Trần Hiếu Học, Huỳnh Ngọc Phương Thảo và thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Bách sự khác biệt này do nghiên cứu của Nguyễn Bách thực hiện tại viện dưỡng lão nên độ tuổi trung bình  $62,4 \pm 13,0$  và 82,1% bệnh nhân trên 60 tuổi [6], [7], [8]. Về giới tính, nam chiếm 52,6% và nữ 47,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Phương Thảo với nam chiếm 58,8% [7]. Nghiên cứu của tác giả Gultekin F. A. và tác giả McCartan D. ghi nhận tỉ lệ nam cao hơn nữ [9], [10].

Về địa dư đa phần là nông thôn chiếm 71,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Bách cũng ghi nhận sống tại nông thôn chiếm tỉ lệ cao [8]. Tuy nhiên khác biệt so với nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Phương Thảo tỉ lệ thành thị chiếm đa số [7].

### 4.2. Đặc điểm và kỹ thuật đặt thông Tenckhoff

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân mổ bên trái là 100%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu Huỳnh Ngọc Phương Thảo [7]. Điều này có thể giải thích vì ưu điểm của phẫu thuật đặt catheter Tenckhoff bên trái song song với đường trắng giữa làm giảm nguy cơ rò rỉ dịch lọc sau mổ, do vị trí này nằm trong hoặc dưới lớp cơ thẳng bụng, nó giúp mô tế bào dễ mọc quanh nút chặn trong và vị trí bên của thông giúp cố định thông tốt hơn. Tỷ lệ bệnh nhân mổ được tạo khoang bằng khí CO<sub>2</sub> là 100%. Tỷ lệ bệnh nhân mổ có cắt mạc nối là 2,6%. Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ cắt mạc nối lớn thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Hiếu Học điều này có thể do chưa đủ chỉ định và là một kỹ thuật khá phức tạp [6].

### 4.3. Cận lâm sàng huyết học, sinh hóa trước và sau lọc máu

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự thay đổi chỉ số huyết học sau lọc cao hơn trước lọc trừ số lượng hồng cầu tuy nhiên sự chênh lệch không có ý nghĩa. Điều này khá tương đồng với nhiều nghiên cứu Trần Hiếu Học, Huỳnh Ngọc Phương Thảo đều cho kết quả tương tự. Qua đó cho thấy sau khi can thiệp bằng ống dẫn lưu Tenckhoff các chỉ số cận lâm sàng cải thiện rõ rệt [6], [7]. Về các số sinh hóa nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có kết quả thấp hơn trước mổ (trừ creatinin) tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với các nghiên cứu của tác giả Trần Hiếu Học, Huỳnh Ngọc Phương Thảo họ ghi nhận các chỉ số sinh hóa thấp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi trên những đối tượng suy thận mạn đã điều trị ổn các chỉ số huyết học và sinh hóa sau đó mới tiến hành phẫu thuật nên giá trị đó là ổn trước khi tiến hành phẫu thuật.

#### 4.4. Biến chứng sau mổ

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận biến chứng sớm đa phần là biến chứng do cơ học là loại biến chứng đáng lo ngại và hay gặp nhất của đặt thông Tenckhoff. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp chiếm tỉ lệ 7,7%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Phương Thảo ghi nhận 14,7% biến cố [7]. Nghiên cứu của Trần Hiếu Học cũng ghi nhận 14,6% biến chứng sớm đặt thông Tenckhoff [6]. Tỉ lệ này cũng khá cao với nghiên cứu của McCartan D. [10]. Điều này có thể giải thích do cỡ mẫu của chúng tôi thấp hơn do các nghiên cứu trên. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận biến chứng sớm là do chảy máu trong ổ bụng, tụt catheter, dò dịch catheter. Không ghi nhận biến chứng chảy máu, nhiễm trùng điều này khá tương đồng với nghiên cứu Huỳnh Ngọc Phương Thảo cũng không ghi nhận một trường hợp chảy máu, nhiễm trùng nào điều này có lẽ do chúng tôi đã chọn lựa bệnh nhân 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 [7]. Điều này có thể giải thích vì khi thực hiện như trên sẽ làm cho áp lực ổ bụng không quá tăng cao, làm giảm biến chứng cơ học và giúp bệnh nhân thích nghi dễ dàng với phương pháp lọc màng bụng.

Về kết quả biến chứng muộn chúng tôi ghi nhận thông kém chức năng là vấn đề chính yếu gây nên tình trạng này. Điều này khá tương đồng với Huỳnh Ngọc Phương Thảo catheter kém chức năng và tắc là một biến chứng hay gặp [7]. Tuy nhiên tỉ lệ này thấp hơn với nghiên cứu của Trần Hiếu Học đặt thông Tenckhoff bằng phẫu thuật mở so với nghiên cứu của tôi và nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Phương Thảo là phẫu thuật nội soi [8]. Sự khác biệt này có thể giải thích là nghiên cứu của chúng tôi 100% là phẫu thuật nội soi và phẫu thuật nội soi có thể quan sát được ổ bụng. Sự quan sát rõ ràng ổ bụng và đưa catheter đúng vị trí trong phẫu thuật nội soi sẽ chắc chắn hơn về sự hoạt động tốt của catheter sau này. Hơn nữa phẫu thuật nội soi có thể cho phép thực hiện các can thiệp khác trong ổ bụng. Điều này được nhắc đến bởi tác giả Crabtree đã chia ra phẫu thuật nội soi đơn thuần và phẫu thuật nội soi có kết hợp tức là có gỡ dính, cố định mạc nối lớn, cắt mạc nối lớn, tạo đường hầm dài trước phúc mạc tùy vào tình trạng ổ bụng trong lúc mổ [2]. Nguyên nhân làm giảm chức năng catheter và gây tắc đa số do nguyên nhân fibrin chui catheter. Tjong H. Y. có xu hướng thực hiện mổ mở đặt lại còn Crabtree thấy rằng phẫu thuật nội soi đặt lại có ưu điểm dù trước đó catheter được đặt bằng phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật mở [2], [11].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 2 trường hợp (5,2%) tắc do vôi trứng chui vào catheter. Đây là biến cố hiếm gặp mà chúng tôi ghi nhận được. Nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Phương Thảo cũng ghi nhận 5 trường hợp (7,4%) [7]. Điều này cho thấy tuy biến chứng tắc catheter do vôi trứng chui vào catheter hiếm gặp theo y văn ở nữ giới nhưng chiếm một tỉ lệ đáng cân nhắc để đưa vào chẩn đoán phân biệt khi có tình trạng nghi ngờ tắc catheter.

#### V. KẾT LUẬN

Qua 38 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 mạn giai đoạn cuối chưa có đủ điều kiện ghép thận và khó khăn khi lọc máu thường xuyên ở các trung tâm lớn. Chú ý các biến chứng cơ học sau phẫu thuật. Ở nữ giới, cần nhắc nguyên nhân tắc do vôi trứng chui vào catheter khi nghi ngờ tình trạng tắc catheter.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Wilk A.S., Cummings J.R., Plantinga L.C., Franch H.A., Lea J.P., et al. Racial and Ethnic Disparities in Kidney Replacement Therapies Among Adults With Kidney Failure: An Observational Study of Variation by Patient Age. *American Journal of Kidney Diseases*. 2022. 80(1), 9-19, doi: 10.1053/j.ajkd.2021.12.012.
2. Crabtree J.H., Shrestha B.M., Chow K.M., Figueiredo A.E., Povlsen J.V., et al. Creating and Maintaining Optimal Peritoneal Dialysis Access in the Adult Patient: 2019 Update. *Peritoneal Dialysis International*. 2019. 39(5), 414-436, doi: 10.3747/pdi.2018.00232.
3. Đinh Thị Kim Dung. Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp lọc màng bụng liên tục ngoài trú ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. *Y học lâm sàng*. 2008. 28, 48-52.
4. Eknoyan G., Lameire N., Eckardt K. U., Kasiske B. L., Wheeler. D. C., et al. DKDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*. 2013. 3(1), 5-14.
5. Dương Quang Vũ. Kết quả phẫu thuật nội soi tối thiểu đặt thông Tenckhoff trong điều trị thẩm phân phúc mạc liên tục lưu động tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2010. 2, 528-533.
6. Trần Hiếu Học, Nguyễn Anh Dũng, Trần Quốc Sơn. Kết quả phẫu thuật đặt catheter lọc màng bụng tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2014-2016. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 513(2), 2-5, doi:10.51298/vmj.v513i2.2423.
7. Huỳnh Ngọc Phương Thảo, Hoàng Ngọc Lan Hương, Trần Thị Trang. 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. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 532(2), 375-379, doi: 10.51298/vmj.v532i2.7653.
8. Nguyễn Bách, Lê Chí Công. Đánh giá kết quả thực hiện chương trình khuyến khích chọn phương pháp lọc màng bụng tại nhà tại bệnh viện thống nhất. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 527(1), 203-206, doi: 10.51298/vmj.v527i1.5665.
9. Gultekin F.A., Cakmak G.K., Karakaya K, Emre A.U., Oner M.O., et al. Our long-term results of Tenckhoff peritoneal dialysis catheters placement via laparoscopic preperitoneal tunneling technique. *Seminars in Dialysis*. 2013. 26(3), 349-54, doi: 10.1111/sdi.12003.
10. McCartan D., Gray R., Harty J., Blake G. Tenckhoff Peritoneal Dialysis Catheter Insertion in a Northern Ireland District General Hospital. *Ulster Medical Journal*. 2015. 84(3), 166-70.
11. Tiong H.Y., Poh J., Sunderaraj K., Wu Y.J, Consigliere D.T.. Surgical complications of Tenckhoff catheters used in continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Singapore Medical Journal*. 2006. 47(8), 707-11.