

Kết quả bước đầu nút tắc ống ngực điều trị rò dưỡng chấp khoang màng phổi sau phẫu thuật các tạng trong lồng ngực

Initial results of thoracic duct embolization treatment for chylothorax after general thoracic surgery

Nguyễn Ngọc Cương*, Triệu Quốc Tính*,
Lê Tuấn Linh*,**, Nguyễn Văn Quế*

*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội,
**Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị nút tắc ống ngực qua da điều trị tràn dịch màng phổi dưỡng chấp ở các bệnh nhân sau phẫu thuật các cơ quan trong lồng ngực. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 21 bệnh nhân sau các phẫu thuật tạng trong lồng ngực có biến chứng rò dưỡng chấp được điều trị nút tắc ống ngực tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 4/2018 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** 21 bệnh nhân sau phẫu thuật các tạng trong lồng ngực có biến chứng rò dưỡng chấp khoang màng phổi, thể tích dịch rò qua dẫn lưu dao động từ 70-3000ml/ngày kéo dài trung bình 5 tuần (1 tuần - 9 tháng). Đặt vi ống thông và nút tắc ống ngực thành công ở 19/21 bệnh nhân (90,5%), 1 bệnh nhân chỉ được thực hiện kỹ thuật gián đoạn dòng chảy ống ngực, 1 bệnh nhân kết hợp giữa gián đoạn dòng chảy và gây xơ ống ngực dưới cắt lớp vi tính (CLVT). Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị thành công tình trạng rò dưỡng chấp (100%). Không có biến chứng liên quan đến can thiệp, 2 bệnh nhân (9,5%) xuất hiện tiêu chảy mạn tính sau khi nút ống ngực. **Kết luận:** Nút tắc ống ngực qua da là phương pháp xâm lấn tối thiểu, có hiệu quả cao trong điều trị rò dưỡng chấp khoang màng phổi sau phẫu thuật các tạng của lồng ngực.

Từ khóa: Rò dưỡng chấp, tràn dịch màng phổi dưỡng chấp, nút tắc ống ngực.

Summary

Objective: To report the results of percutaneous thoracic duct embolization (TDE) treatment for chylothorax in patients post operation of organs in thoracic cavity. **Subject and method:** A retrospective review of 21 patients with chylous leak post operation in thoracic cavity after failed conservative treatment. All patient were undergone intranodal lymphangiography then TDE at Hanoi Medical University Hospital from 4/2018 to 12/2022. **Result:** Twenty-one patients with chylothorax through drainage from 70 to 3000ml/day during average 5 weeks (1 week to 9 months). Catheterization of the TD and TDE was successful in 19/21 patients (90.5%), 1 patient undergone TDD only, 1 patient undergone TDD and TD sclerosis injection under CT scanner guidance. All patients had clinical successful with no chylorrhea after intervention. No major complication was noted, two patients (9.5%) experienced chronic diarrhea post TDE. All patients were discharged in following weeks after intervention. **Conclusion:** TDE is minimal invasive and effective treatment for chylothorax post operation of thoracic cavity.

Keywords: Chylous leak, chylothorax, thoracic duct embolization.

Ngày nhận bài: 04/01/2023, ngày chấp nhận đăng: 19/7/2023

Người phản hồi: Nguyễn Ngọc Cương, Email: quangtrungxray@gmail.com - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

1. Đặt vấn đề

Rò dưỡng chấp là một biến chứng đặc trưng hiếm gặp sau các phẫu thuật lớn như cắt u thực quản, cắt thủy phổi, thay đoạn động mạch chủ ngực,... với tỉ lệ chung khoảng 0,4% [1]. Đa số rò dưỡng chấp sau mổ có thể tự khỏi nhờ điều trị bảo tồn bằng chế độ ăn, thuốc giảm tiết dịch. Những bệnh nhân rò dịch dưỡng chấp với lưu lượng trên 1000ml/ngày điều trị bảo tồn không hiệu quả, cần được điều trị can thiệp ngoại khoa bóc lộ ống ngực thất hoặc nối ống ngực. Phẫu thuật là can thiệp lớn, nguy cơ rủi ro cao. Phương pháp chụp hiện hình đường bạch huyết mới ra đời vài năm gần đây cho phép bóc lộ rõ vị trí tổn thương của ống ngực, các biến thể giải phẫu ở từng bệnh nhân, qua đó can thiệp nút tắc vị trí tổn thương có thể là một cứu cánh cho những bệnh nhân gặp biến chứng này. Hiệu quả của can thiệp nút tắc ống ngực điều trị tổn thương ống ngực sau mổ đã được chứng minh ở các báo cáo ca lâm sàng nhưng cho đến nay đây vẫn là một kỹ thuật can thiệp phức tạp, mất nhiều thời gian và chưa được triển khai rộng rãi ở các trung tâm can thiệp điện quang. Đề tài này được thực hiện với mục tiêu: *Tổng kết hiệu quả, biến chứng của kỹ thuật can thiệp nút tắc ống ngực điều trị các hình thái tổn thương ống ngực sau mổ tạng thuộc lồng ngực.*

2. Đối tượng và phương pháp

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, các bệnh nhân đã điều trị nút tắc ống ngực với chẩn đoán rò dưỡng chấp màng phổi sau mổ các tạng vùng ngực từ tháng 4/2018 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Được chẩn đoán rò dưỡng chấp màng phổi sau mổ mở hoặc nội soi các tạng trong lồng ngực.

Chỉ định can thiệp nút tắc ống ngực: Khi rò lưu lượng > 500ml/ngày hoặc rò dưỡng chấp lưu lượng ≤ 500ml/ngày với điều trị bảo tồn thất bại (theo tác giả Yannes, 2017 [2]).

Tiêu chuẩn chẩn đoán rò dưỡng chấp: Dịch dẫn lưu có màu trắng sữa, xét nghiệm định lượng triglycerid > 110mg/dl. Dịch tăng số lượng và chuyển màu trắng sữa sau khi ăn, dịch giảm số

lượng và màu sắc trong hơn khi nuôi dưỡng tĩnh mạch hoặc chế độ ăn không mỡ.

Toàn bộ các bệnh nhân được chụp đường bạch huyết và can thiệp nút tắc ống ngực tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Hồ sơ bệnh án đầy đủ trên bệnh án điện tử, phim chụp lưu giữ trên hệ thống Pacs. Có thể liên lạc được với bệnh nhân hoặc người nhà để hỏi tình trạng lâm sàng.

Tiêu chuẩn loại trừ

Rò tiêu hoá.

Rò dưỡng chấp lưu lượng thấp đáp ứng với điều trị bảo tồn: Thể tích giảm 50% sau mỗi 24 giờ theo dõi.

Không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Quy trình chụp bạch mạch: Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chụp DSA. Kết nối kim 25 Gauge với xilanh 1ml có chứa thuốc cản quang dạng dầu (lipiodol, Guerbet, Pháp) qua dây nối bơm tiêm điện. Sau đó, chọc kim 25 Gauge vào hạch bẹn hai bên dưới hướng dẫn siêu âm, đầu kim nằm tại vị trí ranh giới giữa vỏ và tủy hạch. Khi đầu kim nằm đúng vị trí, lipiodol được bơm tốc độ chậm (0,3ml/phút). Lipiodol đi vào hạch được quan sát dưới màn tăng sáng của máy chụp mạch số hoá xoá nền (Artis Q, Siemens, Đức). Lipiodol đi theo đường bạch huyết lên đến bể dưỡng chấp và ống ngực, tổn thương ống ngực được khẳng định bằng hình ảnh lipiodol thoát ra khỏi ống ngực vào trung thất hay vào khoang màng phổi.

Quy trình nút ống ngực qua da: Gây tê dưới da vùng thượng vị bằng lidocain 2%. Khi quan sát thấy bể dưỡng chấp dưới tăng sáng, tiến hành chọc kim chọc 21 Gauge (Chiba 21G, Cook, Mỹ) xuyên thành bụng vào bể dưỡng chấp. Luồn vi dây dẫn cỡ 0.018 inch (guide wire Control V-18, Boston scientific, Mỹ) vào bể dưỡng chấp đi lên ống ngực. Sau đó, nong đường chọc bằng que nong 4Fr của bộ (Neff, Cook, Mỹ), rồi đưa vi ống thông 2,7F (progreat, Terumo, Nhật Bản) vào ống ngực để đầu vi ống thông đến sát vị trí đổ vào tĩnh mạch. Qua vi ống thông này đoạn tận ống ngực được nút tắc bằng coils và keo sinh học n-butyl cyanoacrylate (NBCA) (pha cùng lipiodol với tỉ lệ 1 keo: 3 lipiodol).

Trong trường hợp thất bại luồn ống thông vào bể dưỡng chấp, một số phương pháp có thể đặt ra: Chọc kim trực tiếp vào đầu trên của ống ngực dưới hướng dẫn tăng sáng, nếu vị trí này thấy rõ trên phim chụp. Kỹ thuật chọc và luồn dây dẫn ngược dòng chảy tương tự chọc kim qua bể dưỡng chấp xuyên thành bụng. Cũng có thể tiếp cận đầu trên của ống ngực từ vị trí lỗ đổ vào tĩnh mạch qua đường tĩnh mạch cánh tay nếu lỗ đổ vào đủ lớn, tuy nhiên rất khó khăn vì các vị trí này có van đóng mở một chiều [3].

Một kỹ thuật khác khi không tiếp cận được ống ngực đó là gián đoạn dòng chảy ống ngực bằng cách chọc kim Chiba nhiều lần vào bể dưỡng chấp hoặc nhánh bạch huyết lớn sau phúc mạc và bơm keo NBCA.

Trường hợp không thấy rõ đầu tận của ống ngực do thuốc cản quang bị rửa trôi nhanh thì có thể chọc vào ống ngực ở 1/3 giữa với hướng dẫn của CLVT. Bệnh nhân được chuyển sang phòng chụp CLVT, tư thế nằm sấp, gây tê tại chỗ. Chụp CLVT ngực không tiêm để định vị vị trí của ống ngực lúc này đã được hiện hình trên phim chụp bởi thuốc cản quang. Chọc kim 25 Gauge (Chiba, 25G, Cook, Mĩ) vào ống ngực dưới hướng dẫn của CLVT. Đầu kim trong ống ngực được khẳng định nhờ CLVT, dưỡng chấp có thể được hút ra qua kim chọc hoặc không do đầu kim chạm thành. Chất gây xơ bột polidocanol (Aetoxisclerol 2%, Kreussler Pharma, Pháp) được pha với khí sau đó bơm qua kim chọc.

3. Kết quả

Từ tháng 4/2018 đến tháng 12/2022, tổng số 21 bệnh nhân (17 nam, 4 nữ), độ tuổi trung bình 50 tuổi, dao động từ 3 tuổi đến 68 tuổi, được can thiệp với mục đích nút tắc ống ngực điều trị rò dưỡng

chấp màng phổi là biến chứng sau mổ các tạng trong lồng ngực. 20/21 bệnh nhân (95,2%) được điều trị thành công sau 1 lần can thiệp, 1 bệnh nhân can thiệp 2 lần. 1 bệnh nhân đã được phẫu thuật thắt ống ngực trước đó nhưng thất bại.

Bảng 1. Nguyên nhân rò dưỡng chấp

Phẫu thuật	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ %
Mổ tạo hình thực quản	10	47,6
Cắt thùy phổi	5	23,8
Mổ u trung thất	4	19,0
Mổ áp xe trung thất	1	4,8
Mổ tim bẩm sinh	1	4,8

Về lâm sàng: Dịch dẫn lưu màng phổi trung bình 1060ml/ngày (70-3000) ml/ngày. Thời gian từ khi xuất hiện rò dưỡng chấp đến khi được can thiệp trung bình 35 ngày, dao động từ 6-270 ngày.

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh và can thiệp

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ %
Rách thân ống ngực	12	57,1
Rách nhánh bên ống ngực	9	42,9
Biến thể giải phẫu	3	14,3
Đặt vi ống thông thành công	19	90,5
Nút ống ngực thành công	19	90,5
Gián đoạn ống ngực	1	4,8
Gián đoạn + Gây xơ dưới CLVT	1	4,7

Thành công về lâm sàng đạt được ở tất cả bệnh nhân (100%), hết rò dưỡng chấp màng phổi ngay sau khi can thiệp 24 giờ. Số ngày nằm viện trung bình 9,5 ngày, dao động từ 4-33 ngày.

Bảng 3. Đặc điểm về các bệnh nhân và hình thái tổn thương

STT	Tuổi/giới	Sau mổ	Số ngày rò	V rò/24 giờ (ml)	Hình ảnh tổn thương
1	64/M	Cắt thực quản	30	2500	Rách ống ngực
2	63/M	Cắt thực quản	16	1000	Rách ống ngực
3	45/M	Cắt thực quản	15	500	Rách ống ngực

STT	Tuổi/giới	Sau mổ	Số ngày rò	V rò/24 giờ (ml)	Hình ảnh tổn thương
4	49/F	Cắt thùy phổi	18	300	Rách nhánh bên
5	32/F	Cắt thùy phổi	20	500	Rách nhánh bên/ biến thể đám rối
6	55/M	Cắt thùy phổi	48	500	Rách ống ngực
7	41/M	Cắt thực quản	7	3000	Rách ống ngực
8	56/M	Cắt thực quản	30	2000	Rách ống ngực
9	3/M	Mổ TBS	60	600	Rách nhánh bên
10	58/F	U trung thất	60	500	Rách nhánh bên
11	57/M	U trung thất	270	70	Rách nhánh bên
12	60/M	U trung thất	6	1000	Rách ống ngực
13	36/F	Cắt thùy phổi	12	500	Rách nhánh bên
14	68/M	Cắt thực quản	10	1500	Rách nhánh bên /không thấy ống ngực
15	47/M	Cắt thực quản	30	2000	Rách ống ngực
16	47/M	Cắt thực quản	30	2000	Rách ống ngực/ ống ngực đôi
17	38/M	Cắt thực quản	7	1800	Rách ống ngực
18	68/M	U trung thất	13	300	Rách nhánh bên/ không có bề dưỡng chấp
19	35/M	Áp xe trung thất	30	200	Rách ống ngực
20	63/M	Cắt thực quản	7	1000	Rách ống ngực
21	64/M	Cắt thùy phổi	2/20	500	Rách nhánh bên

Bảng 4. Đặc điểm về phương pháp can thiệp

STT	Tuổi/Giới	Phương pháp can thiệp	Vật liệu can thiệp	Nằm viện
1	64/M	Xuôi dòng	NBCA	33
2	63/M			
3	45/M	Xuôi dòng	NBCA + Cồn	13
4	49/F	Xuôi dòng	NBCA	9
5	32/F	Xuôi dòng	NBCA	8
6	55/M	Gián đoạn	NBCA	7
7	41/M	Xuôi dòng	NBCA	30
8	56/M	Xuôi dòng	C+NBCA	7
9	3/M	Xuôi dòng	C+NBCA	5
10	58/F	Xuôi dòng	C+NBCA	7
11	57/M	Xuôi dòng	C+NBCA	7
12	60/M	Xuôi dòng	C+ NBCA	4
13	36/F	Xuôi dòng	C+NBCA	5
14	68/M	Xuôi dòng	C+NBCA	7
15	47/M	Xuôi dòng	NBCA	4
16	47/M	Xuôi dòng	C+NBCA	11

STT	Tuổi/Giới	Phương pháp can thiệp	Vật liệu can thiệp	Nằm viện
17	38/M	Xuôi dòng	C+NBCA	7
18	68/M	Xuôi dòng	C+NBCA	7
19	35/M	Gián đoạn + Gây xơ CLVT	NBCA Chất gây xơ	5
20	63/M	1. Gián đoạn 2. Xuôi dòng	NBCA C+NBCA	7 10
21	64/M	Xuôi dòng	C+NBCA	10

C+NBCA: Coils + Keo sinh học. NBCA+côn: Keo sinh học + côn tuyệt đối. TBS: Tim bẩm sinh.

Nhận xét: Các phương pháp sử dụng trong can thiệp nút ống ngực bao gồm nút tắc ống ngực bằng vòng xoắn kim loại (coil) kết hợp với bơm keo sinh học hoặc bơm keo sinh học đơn thuần tùy thuộc hình thái của tổn thương.

Bảng 5. Tổng kết các biến chứng liên quan đến can thiệp nút tắc ống ngực

Biến chứng	n	Tỉ lệ %
Tiêu chảy mạn tính	2	9
Phù chi dưới	0	
Chướng bụng	0	

Nhận xét: Không có biến chứng nặng liên quan đến can thiệp. Chỉ có hai trường hợp có tiêu chảy kéo dài sau can thiệp nút tắc ống ngực 9%.

4. Bàn luận

Rò dưỡng chấp là biến chứng đặc trưng, hiếm gặp sau các phẫu thuật các tạng trong lồng ngực, với tỉ lệ 0,42% theo báo cáo của tác giả Cerfolio năm 1996, từ 4,7-8,6% sau mổ thực quản, 1,4-2,3% sau mổ ung thư phổi [1, 4, 6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi gần 50% các bệnh nhân là biến chứng sau mổ tạo hình thực quản, các bệnh nhân còn lại sau mổ u phổi, u trung thất, áp xe trung thất và mổ tim bẩm sinh. Tràn dịch dưỡng chấp khoang màng phổi lưu lượng thấp $\leq 500\text{ml/ngày}$ (theo tác giả Yannes, 2017) được điều trị bảo tồn bằng cách nhịn ăn hoàn toàn, nuôi dưỡng tĩnh mạch hoặc chế độ ăn chuỗi triglyceride trung bình, dùng các thuốc giảm tiết dịch. Trong nghiên cứu này có 11 bệnh nhân rò dưỡng chấp lưu lượng trên 500ml/ngày , các bệnh nhân còn lại rò lưu lượng thấp từ $70\text{-}500\text{ml/ngày}$, những bệnh nhân này đã được điều trị bảo tồn từ 12-270 ngày nhưng không hết rò và đã được can thiệp. Đáng chú ý, những bệnh nhân điều trị bảo tồn

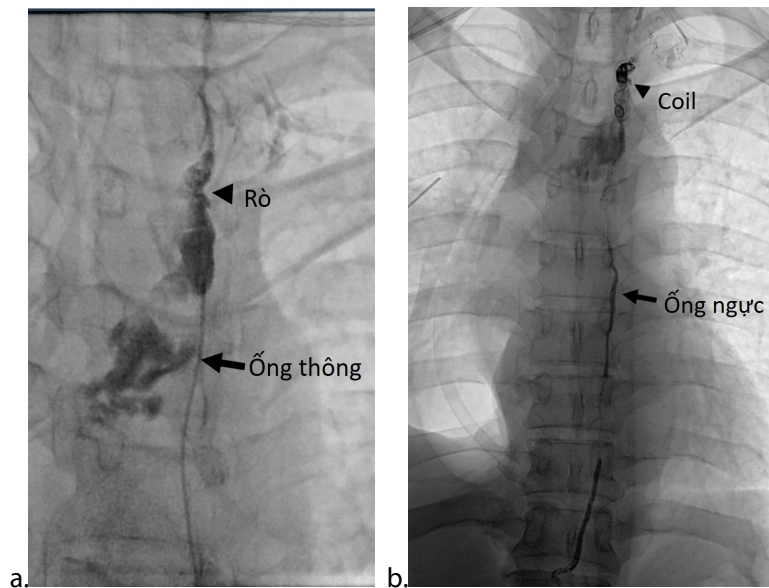
kéo dài là bệnh nhân được điều trị ở viện khác, sau một thời gian dài điều trị bảo tồn thất bại được chuyển đến Bệnh viện Đại học Y để can thiệp.

Những trường hợp rò dưỡng chấp lưu lượng lớn, điều trị bảo tồn thường không hiệu quả, phẫu thuật thắt ống ngực là một lựa chọn. Tuy nhiên đây là phẫu thuật xâm lấn, đặc biệt trên nền bệnh nhân vừa trải qua cuộc mổ trước và suy kiệt do mất dinh dưỡng, cùng với đó là cuộc mổ trước đã làm biến đổi các cấu trúc đồng thời ống ngực có rất nhiều biến thể giải phẫu nên cuộc phẫu thuật được tiên lượng rất khó khăn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp đã được phẫu thuật thắt ống ngực nhưng không hết rò.

Năm 1998, Constantin Cope là người đầu tiên thực hiện kỹ thuật nút ống ngực qua da điều trị rò dưỡng chấp khoang màng phổi và ổ bụng [7]. Gần đây các nghiên cứu về nút tắc ống ngực qua da được thực hiện với số lượng lớn hơn tỉ lệ đặt vi ống thông thành công vào ống ngực dao động từ 67%-81% [8], [9], trong nghiên cứu của chúng tôi đặt vi ống thông vào ống ngực thành công ở 19/22 lần can thiệp chiếm 86,4% cao hơn các tác giả báo cáo trước đây. 19 trường hợp đặt được vi ống thông vào ống ngực, tất cả đã được nút tắc ống ngực thành công đạt 100%. Về vật liệu nút mạch: 13 trường hợp dùng vòng xoắn kim loại (coils) kết hợp với keo sinh học (Histoacryl, Braun, Pháp), 5 trường hợp dùng keo sinh học đơn thuần và 1 trường hợp kết hợp keo sinh học và côn tuyệt đối. Tất cả đều cho chung một

kết quả nút tắc hoàn toàn ống ngực và lâm sàng tốt đạt 100%. Với kinh nghiệm của chúng tôi và hầu hết

các tác giả nên sử dụng kết hợp giữa vòng xoắn kim loại và keo sinh học sẽ cho kết quả tốt nhất.

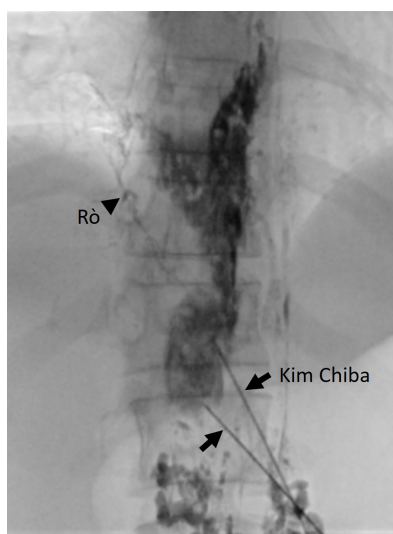


Hình 1. Nút ống ngực xuôi dòng.

a. Chụp qua vi ống thông progreat 2.7F thấy thoát thuốc cản quang đoạn 1/3 giữa ống ngực (đầu mũi tên đen), ống thông (mũi tên đen). B. Nút ống ngực bằng 1 coil (đầu mũi tên đen) và keo sinh học (mũi tên đen). (Bệnh nhân số 7)

Ở những bệnh nhân thất bại với việc luồn được vi ống thông vào ống ngực thì phương pháp gián đoạn dòng chảy ống ngực thường được thực hiện như một biện pháp cứu cánh. Kỹ thuật này được thực hiện bằng cách dùng kim Chiba chọc nhiều lần vào bể dưỡng chấp hoặc các nhánh bạch huyết sau phúc mạc rồi bơm keo NBCA, có thể làm giảm lưu lượng bạch huyết, do đó cho phép rò rỉ tự lành. Phương pháp này được các tác giả báo cáo với tỉ lệ thành công về lâm sàng dao động từ 55,6%-70,6% [9-11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân đã được thực hiện phương pháp gián đoạn dòng chảy ống ngực: Trong đó, có 1 bệnh nhân chỉ được thực hiện kỹ thuật gián đoạn dòng chảy ống ngực (bệnh nhân số 5), 1 bệnh nhân kết hợp giữa gián đoạn dòng chảy và gây xơ dưới CLVT (bệnh nhân số 18), hai bệnh nhân này cho kết quả thành công về lâm sàng. Bệnh nhân còn lại là bệnh nhân nam 35 tuổi, tràn dịch dưỡng chấp khoang màng phổi và rò dịch qua vết mổ nền cổ trái sau mổ đặt

dẫn lưu ổ áp xe trong trung thất cách 1 tháng, mổ lại lần 2 vùng cổ trái. Sau mổ mỗi ngày rò dưỡng chấp 100-200ml qua dẫn lưu và thấy dịch rò qua vết mổ. Bệnh nhân được chuyển đến Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với thể trạng suy kiệt. Bệnh nhân được chụp bạch mạch và quan sát thấy rò thuốc cản quang vị trí đoạn tận ống ngực vào ổ dịch nền cổ trái. Chúng tôi đã cố gắng tiếp cận vào bể dưỡng chấp nhưng thất bại do bể dưỡng chấp và ống ngực khá nhỏ và có đường đi ngoằn ngoèo, quyết định bơm keo NBCA pha với lipiodol (1 keo NBCA: 4 lipiodol) vào cạnh bể dưỡng chấp (kỹ thuật gián đoạn dòng chảy ống ngực). Sau can thiệp rò dịch giảm dần, bệnh nhân được ra viện. Tuy nhiên, sau 1 tháng bệnh nhân lại xuất hiện rò dưỡng chấp, bệnh nhân được can thiệp lần 2 sau lần đầu 2 tháng, lần này chúng tôi tiếp cận ống ngực thành công và nút tắc ống ngực bằng coils và keo NBCA. Bệnh nhân sau nút ống ngực hết rò dịch, đã được xuất viện sau 10 ngày nằm viện (Bệnh nhân số 19).



Hình 2. Phương pháp gián đoạn dòng chảy ống ngực
Chọc 2 kim Chiba 21G (mũi tên đen) vào phần thấp ống ngực bơm keo sinh học gây gián đoạn dòng chảy. Keo lan đến vị trí rò (Đầu mũi tên đen) (Bệnh nhân số 5)



Hình 3. Gây xơ đoạn 1/3 giữa ống ngực dưới CLVT
Kim chọc vào ống ngực (Đầu mũi tên đen), hỗn hợp chất gây xơ và khí được bơm vào ống ngực và xung quanh ống ngực (mũi tên trắng)
(Bệnh nhân số 18).

Các bệnh nhân sau nút tắc ống ngực sẽ nhịn ăn hoàn toàn và nuôi dưỡng tĩnh mạch sau 2-3 ngày, sau đó sẽ được ăn trở lại. Trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình mỗi bệnh nhân sẽ phải nằm viện sau can thiệp 9,5 ngày. 2 bệnh nhân phải nằm viện kéo dài 1 tháng, một trường hợp sau mổ u thực quản xuất hiện rò dịch lưu lượng lớn 2500ml/ngày liên tục trong vòng 1 tháng khiến bệnh nhân suy kiệt nặng do đó bệnh nhân phải nằm viện điều trị phục hồi với chế độ dinh dưỡng đặc biệt (bệnh nhân số 1), trường hợp còn lại sau mổ cắt thùy trên phổi

trái, tràn dịch màng phổi khu trú vùng đỉnh phổi tạo thành ổ áp xe khoang màng phổi nên phải nằm viện điều trị kéo dài.

Về biến chứng, trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp biến chứng nào trong và sau can thiệp. Tuy nhiên trong quá trình làm can thiệp chúng tôi cũng gặp những trường hợp viêm tụy cấp, viêm túi mật cấp do kim chọc vô tình xuyên qua gây tổn thương nhưng các bệnh nhân đó không nằm trong nghiên cứu này. Tác giả Itkin báo cáo gặp 3 biến chứng nhỏ trong nghiên cứu trên 109 bệnh nhân, Boffa cũng báo cáo có 1 trường hợp rò mật sau can thiệp [9, 10]. Về biến chứng xa sau can thiệp chúng tôi gặp 2 trường hợp tiêu chảy mạn tính sau khi nút ống ngực chiếm 9,5%. Theo tác giả Laslett sau nút ống ngực gặp một số biến chứng như: Chướng bụng (6%), tiêu chảy kéo dài (12%), phù chi dưới (4%) [12].

5. Kết luận

Điều trị biến chứng rò dưỡng chấp sau phẫu thuật các tạng lồng ngực bằng nút ống ngực qua da là phương pháp xâm lấn tối thiểu, thành công 19/21 bệnh nhân (90,5%). Không gặp biến chứng nào trong và sau can thiệp, tiêu chảy mạn tính gặp ở 2 trường hợp sau nút tắc ống ngực.

Tài liệu tham khảo

1. Cerfolio RJ, Allen MS, Deschamps C, Trastek VF, Pairolero PC (1996) *Postoperative chylothorax*. J Thorac Cardiovasc Surg 112(5): 1361-1365; discussion 1365-1366.
2. Yannes M, Shin D, McCluskey K, Varma R, Santos E (2017) *Comparative analysis of intranodal lymphangiography with percutaneous intervention for postsurgical chylous effusions*. J Vasc Interv Radiol 28(5): 704-711.
3. Lee EW, Shin JH, Ko HK, Park J, Kim SH, Sung KB (2014) *Lymphangiography to treat postoperative lymphatic leakage: A technical review*. Korean J Radiol 15(6): 724-732.
4. Reynolds JV, Donlon N, Elliott JA et al (2021) *Comparison of Esophagectomy outcomes between a National Center, a National Audit Collaborative, and*

- an International database using the Esophageal Complications Consensus Group (ECCG) standardized definitions. Dis Esophagus 34(1).*
5. Takuwa T, Yoshida J, Ono S et al (2013) *Low-fat diet management strategy for chylothorax after pulmonary resection and lymph node dissection for primary lung cancer. J Thorac Cardiovasc Surg 146(3): 571-574.*
 6. Bryant AS, Minnich DJ, Wei B, Cerfolio RJ (2014) *The incidence and management of postoperative chylothorax after pulmonary resection and thoracic mediastinal lymph node dissection. Ann Thorac Surg 98(1): 232-235; discussion 235-237.*
 7. Cope C (1998) *Diagnosis and treatment of postoperative chyle leakage via percutaneous transabdominal catheterization of the cisterna chyli: A preliminary study. J Vasc Interv Radiol 9(5): 727-734.*
 8. Schild HH, Naehle CP, Wilhelm KE et al (2015) *Lymphatic interventions for treatment of chylothorax. Rofo 187(7): 584-588.*
 9. Itkin M, Kucharczuk JC, Kwak A, Trerotola SO, Kaiser LR (2010) *Nonoperative thoracic duct embolization for traumatic thoracic duct leak: experience in 109 patients. J Thorac Cardiovasc Surg 139(3): 584-589; discussion 589-590.*
 10. Boffa DJ, Sands MJ, Rice TW et al (2008) *A critical evaluation of a percutaneous diagnostic and treatment strategy for chylothorax after thoracic surgery. Eur J Cardiothorac Surg 33(3): 435-439.*
 11. Kim PH, Tsauo J, Shin JH (2018) *Lymphatic Interventions for Chylothorax: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Vasc Interv Radiol 29(2): 194-202.*
 12. Laslett D, Trerotola SO, Itkin M (2012) *Delayed complications following technically successful thoracic duct embolization. J Vasc Interv Radiol 23(1): 76-79.*