

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU KỸ THUẬT NÚT TẮC ỚNG NGỰC ĐIỀU TRỊ RÒ DƯỠNG CHẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Ngọc Cường✉, Lê Tuấn Linh, Phạm Hồng Cảnh, Đoàn Tiến Lưu

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp can thiệp nút tắc ống ngực điều trị rò dưỡng chấp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 04/2018 đến tháng 06/2020. Nghiên cứu được thực hiện ở 16 bệnh nhân (6 bệnh nhân nam, 10 bệnh nhân nữ), tuổi trung bình là $46,8 \pm 11,2$. Các bệnh nhân bị rò dưỡng chấp do tổn thương ống ngực được nút tắc ống ngực bằng can thiệp qua da. Tất cả 16 bệnh nhân rò dưỡng chấp đã được điều trị thành công bằng phương pháp can thiệp nút tắc ống ngực. Hai bệnh nhân có biến chứng can thiệp: 1 bệnh nhân có biến chứng tắc nhánh nhỏ của động mạch phổi thùy trên hai bên nhưng không có tổn thương nhu mô phổi và không gây triệu chứng lâm sàng, 1 bệnh nhân có biến chứng rối loạn tiêu hóa trong quá trình theo dõi sau can thiệp. Phương pháp can thiệp nút tắc ống ngực trong điều trị rò dưỡng chấp là phương pháp can thiệp ít xâm lấn điều trị hiệu quả những bệnh nhân rò ống ngực.

Từ khóa: Ống ngực, nút tắc ống ngực, rò dưỡng chấp, chụp bạch mạch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò dưỡng chấp là bệnh lý có thể do nguyên nhân chấn thương hoặc không chấn thương, trong đó rò dưỡng chấp do tổn thương ống ngực hoặc nhánh bên ống ngực sau mổ là loại hình hay gặp hơn. Bệnh nhân có thể có biểu hiện rò dưỡng chấp vào khoang màng phổi, khoang màng ngoài tim, trung thất, có thể tạo các ổ tụ dịch dưỡng chấp khu trú hoặc rò tại vị trí vết mổ sau phẫu thuật. Hậu quả của rò dưỡng chấp gây mất protein, vitamin và globulin miễn dịch, từ đó có thể dẫn tới suy kiệt, tổn thương hệ thống miễn dịch và nhiễm trùng.¹ Thông thường phương pháp điều trị bảo tồn bao gồm đặt dẫn lưu, điều chỉnh chế độ ăn (chế độ ăn giảm mỡ hoặc nhịn ăn hoàn toàn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch) và truyền tĩnh mạch octreotide được áp dụng đối với các bệnh nhân có lượng dịch dẫn

lưu < 1000ml/ngày, tỷ lệ điều trị bảo tồn có thể hiệu quả trong 50 - 70% các trường hợp.¹⁻³ Nếu điều trị bảo tồn thất bại hoặc lượng dịch dẫn lưu > 1000ml/ngày có thể yêu cầu phải điều trị phẫu thuật thắt ống ngực, mở màng phổi, tạo luồng thông màng phổi – ổ bụng hoặc điều trị can thiệp. Phương pháp điều trị can thiệp nút tắc ống ngực là một phương pháp mới, xâm lấn tối thiểu và đang là phương pháp được khuyến cáo sử dụng sớm.^{4,5}

Phương pháp nút tắc ống ngực được mô tả chính thức lần đầu tiên bởi bác sĩ Constantine Cope và cộng sự.⁴ Gần đây kỹ thuật đã được phát triển và được áp dụng trong nhiều trường hợp bệnh lý có tổn thương ống ngực, đặc biệt là các trường hợp tổn thương sau phẫu thuật vùng cổ và lồng ngực. Khoa Chẩn đoán hình ảnh – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là cơ sở y tế đầu tiên ở Việt Nam nghiên cứu và triển khai phương pháp điều trị này từ năm 2017. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm nhận xét về đặc điểm tổn thương và đánh giá hiệu quả của phương pháp can thiệp nút tắc ống ngực điều

Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Cường,

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: cuongcdha@hmu.vn

Ngày nhận: 10/10/2020

Ngày được chấp nhận: 03/12/2020

trị rò dưỡng chấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh được chẩn đoán xác định rò dưỡng chấp do tổn thương ống ngực bằng các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm hóa sinh dịch rò, có thể có hoặc không có phim chụp cộng hưởng từ hệ thống bạch mạch.

Số lượng dịch rò > 1000ml/ngày hoặc > 500ml/ngày nhưng không đáp ứng với điều trị bảo tồn.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh chưa được chẩn đoán xác định là rò dưỡng chấp bằng xét nghiệm hoặc bằng cộng hưởng từ.

Bệnh nhân có rối loạn đông máu nặng (Tiểu cầu < 50000/mm³, PT < 50%)

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, can thiệp không đối chứng, tiến hành tiến cứu.

Thời gian: từ tháng 04/2018 - tháng 06/2020.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Chẩn đoán hình ảnh – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Phương tiện nghiên cứu: Các máy chụp mạch số hóa xóa nền và máy chụp cắt lớp vi tính 16 dãy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích.

Quy trình tiến hành nghiên cứu:

Chuẩn bị trước can thiệp

Siêu âm đánh giá vị trí, kích thước và số lượng dịch rò.

Đặt dẫn lưu Pigtal vào vị trí dịch rò (khoang màng phổi, trung thất, ổ tụ dịch vùng cổ) nhằm mục đích giảm áp lực trong quá trình chụp bạch mạch và theo dõi sau can thiệp.

Chụp cộng hưởng từ hệ thống bạch mạch nhằm chẩn đoán xác định vị trí rò, đánh giá giải phẫu và biến thể giải phẫu của hệ thống bạch

mạch nhằm tiên lượng và tạo thuận lợi trong quá trình can thiệp.

Trước can thiệp bệnh nhân cần nhịn ăn uống ít nhất 6 - 8h.

Quy trình can thiệp

Chụp bạch mạch qua hạch bẹn hai bên dưới hướng dẫn hệ thống chụp mạch số hóa xóa nền

Sau khi thuốc cản quang hiện hình được đường bạch huyết chính, bể dưỡng chấp, ống ngực, tổn thương ống ngực được bộc lộ trên phim chụp.

Các phương pháp tiếp cận ống ngực:

- Qua thành bụng đi vào bể dưỡng chấp
- Qua nền cổ
- Đường ngược dòng (qua tĩnh mạch cánh tay)

- Trong trường hợp không tiếp cận được dưới hệ thống chụp mạch số hóa xóa nền: tiến hành tiếp cận dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính sau khi đã chụp bạch mạch dưới hệ thống chụp mạch số hóa xóa nền với thuốc cản quang là Lipiodol.

Nút tắc ống ngực bằng vật liệu gây tắc: vòng xoắn kim loại (coils), hỗn dịch keo sinh học histoacryl và lipiodol.

Điều trị sau can thiệp

Sau can thiệp bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch 5 ngày và theo dõi lượng dịch dẫn lưu hàng ngày.

Sau 5 ngày bệnh nhân được ăn theo chế độ ăn thông thường.

Rút dẫn lưu ổ dịch khi dịch dẫn lưu hết hoàn toàn (theo dõi sau khi bệnh nhân ăn 1 - 2 ngày).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện vì mục đích khoa học. Người bệnh được giải thích mục đích, cách thức thực hiện nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin của người bệnh được mã hóa và bảo mật, chỉ sử dụng trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu đã có tất cả 16 bệnh nhân chẩn đoán rò dưỡng chấp do tổn thương ống ngực được điều trị bằng phương pháp can thiệp nút tắc ống ngực.

- Tỷ lệ nam/nữ: 6/10
- Tuổi trung bình: $46,8 \pm 11,2$.

2. Nguyên nhân rò dưỡng chấp:

Bảng 1. Các nguyên nhân rò dưỡng chấp

Nguyên nhân	N	%
Mổ ung thư giáp	6	37,5
Mổ ung thư thực quản	3	18,75
Mổ cắt thùy phổi	3	18,75
Chấn thương	1	6,25
Viêm tụy cấp	1	6,25
Nguyên phát	2	12,5
Tổng	16	100

3. Hình thái rò dưỡng chấp

Bảng 2. Các hình thái rò dưỡng chấp

Các hình thái lâm sàng rò dưỡng chấp	N	%
Rò dưỡng chấp vùng cổ	4	25
Tràn dưỡng chấp màng phổi	9	56,25
Rò cổ và màng phổi	2	12,5
Dò màng phổi và bụng	1	6,25
Tổng	16	100

4. Đặc điểm hình ảnh và can thiệp bạch mạch

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương bạch mạch

Đặc điểm	n	%
Vị trí tổn thương ống ngực		
1/3 trên	7	43,75
1/3 giữa	5	31,25
1/3 dưới	3	6,25
Nhánh bên ống ngực	1	18,75
Loại hình tổn thương		
Thoát thuốc cản quang	12	75

Đặc điểm	n	%
Giả phình	3	18,75
Giả phình + thoát thuốc cản quang	1	6,25
Biến thể giải phẫu ống ngực		
Có biến thể giải phẫu	9	56.25
Không	7	43.75

5. Phương pháp can thiệp

Đường vào tiếp cận ống ngực

+ Qua thành bụng: 13 bệnh nhân (chiếm 81,25%)

+ Qua nền cổ: 2 bệnh nhân (chiếm 12,5%)

+ Đường ngược dòng (qua tĩnh mạch cánh tay): 0 bệnh nhân

+ Không tiếp cận được dưới hệ thống chụp mạch số hóa xóa nền (tiếp cận dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính): 1 bệnh nhân (chiếm 6,25%)

Vật liệu gây tắc:

+ Vòng xoắn kim loại đơn thuần (coils): 0 bệnh nhân

+ Keo sinh học Histoacryl + Lipiodol đơn thuần: 10 bệnh nhân (chiếm 62,5%)

+ Kết hợp keo sinh học Histoacryl + Lipiodol và vòng xoắn kim loại (coils): 5 bệnh nhân (chiếm 31,25%).

+ Vật liệu khác: Gây xơ bằng cồn tuyệt đối, lauromacroglol (aetoxisclerol): 1 bệnh nhân (chiếm 6,25%)

Hiệu quả điều trị sau can thiệp

- Lượng dịch dẫn lưu giảm dần sau can thiệp và tất cả 16 bệnh nhân đều được rút dẫn lưu ổ dịch 6 - 7 ngày sau can thiệp (dịch dẫn lưu không ra thêm sau khi bệnh nhân ăn theo chế độ ăn thông thường).

- Triệu chứng lâm sàng: Các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt: không tức ngực, không khó thở, không đau tức vùng cổ.

- Thời gian ra viện trung bình sau can thiệp: $10,2 \pm 7$ (ngày)

Biến chứng can thiệp:

- Biến chứng cấp tính: Chảy máu ổ bụng,

tràn máu – tràn khí màng phổi, thủng tạng rỗng: 0 bệnh nhân

- Biến chứng tắc mạch phổi do keo sinh học: 1 bệnh nhân (chiếm 6,25%). Chụp cắt lớp vi tính kiểm tra thấy keo sinh học gây tắc 02 nhánh nhỏ động mạch phổi nhánh phân thùy đỉnh và sau của động mạch thùy trên hai phổi. Không thấy tổn thương nhu mô phổi và bệnh nhân không có các triệu chứng lâm sàng như đau ngực hay khó thở. Không có chỉ định can thiệp điều trị biến chứng. Theo dõi lâm sàng bệnh nhân hoàn toàn ổn định.

- Biến chứng rối loạn tiêu hóa: 1 bệnh nhân (chiếm 6,25%). Bệnh nhân được điều trị bằng cách thay đổi chế độ ăn giảm mỡ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rò dưỡng chấp sau phẫu thuật nạo vét hạch cổ ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại và thường gây tổn thương ống ngực đoạn 1/3 trên. Các phẫu thuật có nguy cơ biến chứng rò bạch mạch thường là những phẫu thuật lớn liên quan đến nạo vét hạch rộng rãi trong ung bướu như cắt thực quản, u phổi, u trung thất... Rò dưỡng chấp sau mổ nạo vét hạch ung thư tuyến giáp cũng được mô tả nhiều trong y văn nhưng các báo cáo về điều trị chủ yếu là bảo tồn và phẫu thuật lại, trong đó hiệu quả điều trị của phẫu thuật thắt ống ngực với tỷ lệ thành công cũng khác nhau.

Trong các phương pháp tiếp cận ống ngực, phương pháp tiếp cận qua thành bụng là phương pháp chính. Tuy nhiên có 1 trường

hợp không thể tiếp cận được ống ngực dưới hệ thống chụp mạch số hóa xóa nền do kích thước bề dương chấp và ống ngực nhỏ; bệnh nhân này đã được can thiệp gây xơ các nhánh bên tổn thương của ống ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính và đem lại hiệu quả điều trị thành công.

Phương pháp can thiệp nút tắc ống ngực đã điều trị thành công bệnh lý rò dương chấp ở tất cả 16 bệnh nhân. Tất cả các bệnh nhân đều hết triệu chứng rò dương chấp trong đó có 1 bệnh nhân có biến chứng tắc nhánh nhỏ động mạch phổi do keo sinh học nhưng không có triệu chứng lâm sàng cũng như tổn thương phổi và 1 bệnh nhân có biểu hiện rối loạn tiêu hóa được điều trị bằng cách thay đổi chế độ ăn giảm mỡ. Không ghi nhận các biến chứng cấp tính khác như: Chảy máu ổ bụng, tràn máu – tràn khí khoang màng phổi, thủng tạng rỗng,..

Hạn chế: Do đây là phương pháp điều trị mới, lần đầu tiên được nghiên cứu và triển khai tại Việt Nam nên số lượng bệnh nhân nghiên cứu nhỏ, thời gian nghiên cứu chưa dài. Cần tiến hành nghiên cứu thêm với số lượng bệnh nhân nhiều hơn, thời gian lâu hơn để đánh giá đầy đủ hiệu quả cũng như các biến chứng muộn của phương pháp.

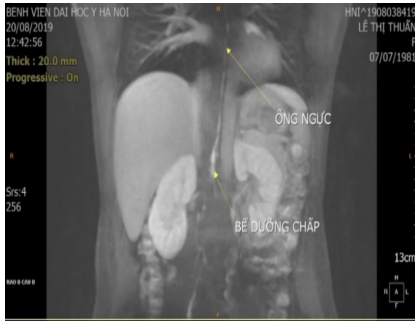
CA LÂM SÀNG MINH HOẠ

Bệnh nhân nữ 38 tuổi, tiền sử mổ cắt toàn bộ tuyến giáp do ung thư cách 5 năm và điều trị iod phóng xạ 4 lần. Bệnh nhân tái khám phát hiện hạch di căn vùng cổ và được mổ nạo vét

hạch cổ. Ngay tuần đầu tiên sau mổ, dẫn lưu vùng cổ ra khoảng 600 - 1000ml dịch/ ngày tùy vào chế độ ăn, dịch trắng đục như sữa (hình 1). Xét nghiệm sinh hóa dịch dẫn lưu vùng cổ cho thấy tăng rất cao các thành phần của mỡ trong dịch, đặc biệt là hàm lượng triglyceride. Bệnh nhân được chẩn đoán rò dương chấp sau mổ nạo vét hạch. Các phương pháp điều trị bảo tồn gồm nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, bang ép và điều trị nội khoa không kết quả, sau 1 tuần số lượng dịch chảy ra vẫn trên 500ml/ngày. Bệnh nhân được chỉ định chụp cộng hưởng từ bạch mạch với phương pháp tiêm thuốc đối quang qua hạch bên hai bên. Kết quả hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy bệnh nhân có ổ tụ dịch vùng hố thượng đòn trái và có thoát thuốc đối quang từ từ đoạn tận của ống ngực vào trong ổ tụ dịch này (hình 2).



Hình 1. Dịch dẫn lưu vùng cổ của bệnh nhân
Dịch dẫn lưu màu trắng như sữa.

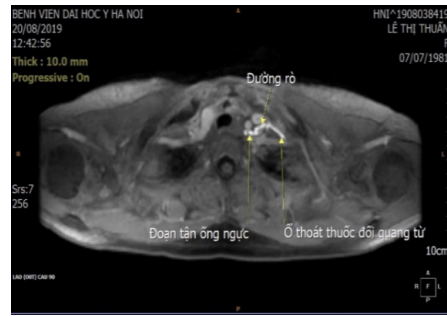


A

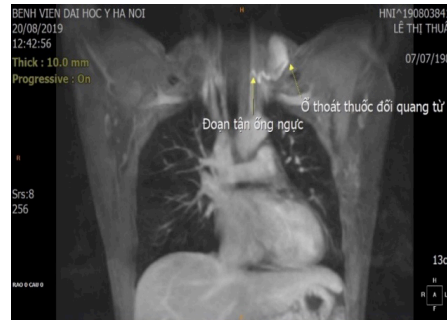
Hình 2. Hình ảnh chụp cộng hưởng từ bạch mạch

A. Hình ảnh bể dưỡng chấp và ống ngực trên hướng coronal bụng

B. C. Hình ảnh đường rò thuốc đối quang từ từ đoạn tận ống ngực vào ổ tụ dịch vùng cổ trên hướng axial và coronal lồng ngực

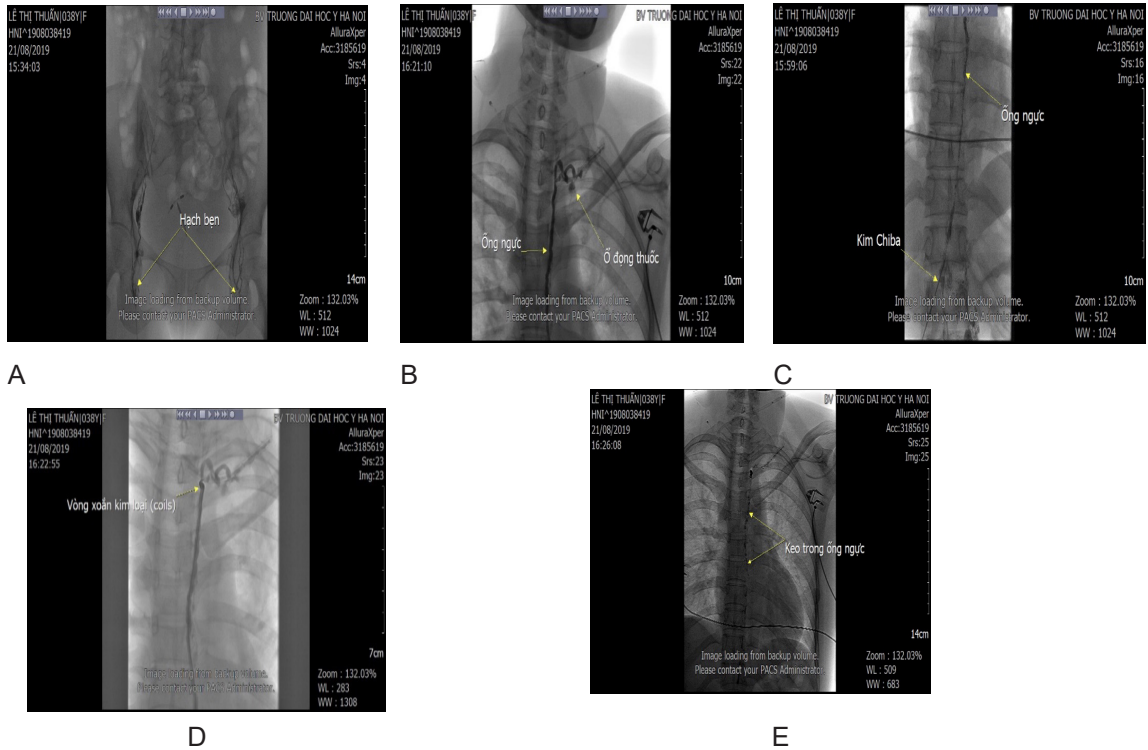


B



C

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định: Rò dưỡng chấp do tổn thương đoạn tận ống ngực sau mổ nạo vét hạch cổ/ ung thư tuyến giáp. Bệnh nhân được tiến hành chụp và can thiệp bạch mạch trên hệ thống chụp mạch số hóa xóa nền. Tương tự như chụp cộng hưởng từ, kim chọc vào hạch bên hai bên nhờ hướng dẫn siêu âm và tiến hành bơm lipiodol trên hệ thống chụp mạch số hóa xóa nền. Trên hệ thống chụp các nhánh bạch mạch vùng chậu, thất lưng, bể dưỡng chấp và ống ngực hiện hình và quan sát thấy rõ ổ đọng thuốc cản quang phần mềm vùng cổ do tổn thương đoạn tận ống ngực. Chúng tôi tiến hành chọc kim Chiba 21G vào bể dưỡng chấp sau đó luồn dây dẫn và đưa vi ống thông đến đoạn tận ống ngực. Sử dụng 01 vòng xoắn kim loại (coil) đặt vào đoạn cuối ống ngực nhằm giảm lưu lượng dòng chảy của ống ngực và sau đó tiến hành gây tắc hoàn toàn toàn bộ chiều dài ống ngực bằng hỗn dịch keo sinh học histoacryl và lipiodol tỷ lệ 1:4.



Hình 3. Hình ảnh chụp và can thiệp bạch mạch trên hệ thống chụp mạch số hóa xóa nền.
 A. Các nhánh bạch huyết vùng chậu sau khi bơm Lipiodol vào hạch bẹn hai bên.
 B. Hình ảnh ống ngực và ổ động thuốc cản quang vùng thượng đòn trái do tổn thương đoạn tận ống ngực.
 C. Chọc kim Chiba 21G vào bề dưỡng chấp, tiến hành luồn dây dẫn và đưa vi ống thông đến đoạn tận ống ngực.
 D. Hình ảnh vòng xoắn kim loại (coils) nằm ở đoạn tận ống ngực ngay trước vị trí tổn thương
 E. Hình ảnh keo sinh học gây tắc ống ngực từ đoạn đầu đến đoạn tận

Sau can thiệp bệnh nhân được lưu dẫn lưu vùng cổ để tiếp tục theo dõi và được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong 5 ngày. Ngày thứ 7 sau can thiệp, dẫn lưu vùng cổ không còn ra dịch, siêu âm vùng cổ kiểm tra thấy dịch hết gần hoàn toàn. Bệnh nhân được ra viện và ăn uống với chế độ ăn thông thường dành cho bệnh nhân sau mổ ung thư tuyến giáp.

V. KẾT LUẬN

Qua những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi và tham khảo trong y văn chúng tôi đi đến kết luận điều trị rò dưỡng chấp sau mổ bằng can thiệp nút tắc ống ngực là một phương

pháp an toàn và hiệu quả. Cần có thêm nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá những biến chứng gần và cần theo dõi những bệnh nhân sau nút ống ngực dài hạn để đánh giá những hậu quả dài hạn của việc nút tắc ống ngực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Majdalany, B.S. and G. El - Haddad. Contemporary lymphatic interventions for post - operative lymphatic leaks. *Transl Androl Urol.* 2020;9(Suppl 1):S104 - S113. doi:10.21037/tau.2019.08.15
 2. Inoue M, Nakatsuka S, Yashiro H, et

al. Lymphatic Intervention for Various Types of Lymphorrhea: Access and Treatment. *Radiographics*. 2016;36(7):2199 - 2211. doi:10.1148/rg.2016160053

3. Cuong NN, Binh NT, Hien PN, et al. Interventional Treatment of Lymphatic Leakage Post Appendectomy: Case Report. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(9):1512 - 1515. doi:10.3889/oamjms.2019.288

4. Cope C, Kaiser LR. Management of unremitting chylothorax by percutaneous

embolization and blockage of retroperitoneal lymphatic vessels in 42 patients. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(11):1139 - 1148. doi:10.1016/s1051-0443(07)61956-3

5. Yoshimatsu R, Yamagami T, Miura H, Matsumoto T. Prediction of therapeutic effectiveness according to CT findings after therapeutic lymphangiography for lymphatic leakage. *Jpn J Radiol*. 2013;31(12):797 - 802. doi:10.1007/s11604-013-0252-2

Summary

THE EFFICACY OF THORACIC DUCT EMBOLIZATION FOR CHYLOUS LEAKAGE AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

The study was carried out to evaluate the safety and efficacy of thoracic duct embolization for chylous leakage at Ha Noi Medical University Hospital from April 2018 to June 2020. The study included 16 patients (6 males, 10 females), mean age was 46.8 ± 11.2 . All patients had chylous leakage due to rupture of the thoracic duct. The thoracic ducts were embolized percutaneously. All 16 patients with chylous leaks were successfully treated by thoracic duct embolization. Minor complication happened in two patients: one had pulmonary embolism in the upper lobes without clinical symptoms, the other had digestive dysfunction causing prolonged diarrhea at follow up post intervention. Thoracic duct embolization for chylous leaks was a new method which is minimally invasive, safe and effective.

Keywords: Thoracic duct, thoracic duct embolization, chylous leakage, lymphangiography.