

Báo cáo một trường hợp bít ống ngực bằng dụng cụ tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai

Võ Tuấn Anh*, Kiều Minh Sơn

TÓM TẮT:

Mở đầu: Bít tắc ống ngực trong điều trị tràn dịch màng phổi dưỡng chấp là một phương pháp đã được chứng minh an toàn, hiệu quả, ít xâm lấn. Chúng tôi báo cáo một trường hợp can thiệp bít tắc ống ngực bằng dụng cụ thành công tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai.

Báo cáo ca bệnh: Bệnh nhân nữ, 32 tuổi, nhập viện vì khó thở và tràn dịch màng phổi phải lượng nhiều. Sau dẫn lưu màng phổi được chẩn đoán xác định tràn dịch dưỡng chấp. Bệnh nhân không đáp ứng điều trị nội khoa, được can thiệp bít tắc ống ngực sau nhập viện 1 tuần. Sau can thiệp, lưu lượng dịch giảm dần và ngưng hẳn sau 3 ngày. Bệnh nhân được rút ống dẫn lưu và xuất viện ở ngày hậu phẫu thứ 5. Không có tai biến, biến chứng sớm nào được ghi nhận trong quá trình nằm viện.

Kết luận: Can thiệp bít tắc ống ngực là phương pháp ít xâm lấn, an toàn, ít tai biến và biến chứng. Phương pháp đang dần trở thành lựa chọn đầu tay trong điều trị tràn dịch màng phổi dưỡng chấp, thay thế cho phẫu thuật. Triển khai bước đầu kỹ thuật này tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai giúp giảm tải cho bệnh viện tuyến trên, nâng cao năng lực và uy tín của chuyên ngành lồng ngực tim mạch tại địa phương.

Từ khóa: Tràn dịch dưỡng chấp, bít tắc ống ngực, dẫn lưu màng phổi

THORACIC DUCT EMBOLIZATION AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL: A CASE REPORT

ABSTRACTS:

Introduction: Thoracic duct embolization in the treatment of chylothorax has been proven safe, effective, and minimally invasive. We report a case of successful coil occlusion of thoracic duct at Dong Nai General Hospital.

Case report: a 32-year-old female patient was admitted to the hospital because of shortness of breath and massive right pleural effusion. After pleural drainage, the diagnosis of chylous effusion was confirmed. The patient did not respond to medical treatment and received intervention to occlude the thoracic duct 1 week after admission. After intervention, the pleural fluid flow gradually decreased and stopped completely after 3 days. The patient had the drain removed and was discharged from the hospital on the 5th postoperative day. No early complications were recorded during the hospital stay.

Conclusion: Thoracic duct occlusion intervention is a minimally invasive method, safe, with few complications. The method is gradually becoming the first choice in the treatment of chylous pleural effusion. Initial implementation of this technique at Dong Nai General Hospital

Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai

*Tác giả liên hệ: Võ Tuấn Anh,

Email: dranhantuanvo@gmail.com, Tel: 0908520016

Ngày gửi bài: 18/03/2024 Ngày chấp nhận đăng: 15/04/2024

helps reduce the load on central hospitals, improving the capacity and reputation of the local team.

Keywords: *Chylous effusion, thoracic duct obstruction, pleural drainage.*

MỞ ĐẦU

Bít tắc ống ngực bằng vật liệu là một liệu pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị tràn dịch màng phổi dưỡng chấp. Các trường hợp tràn dịch dưỡng chấp có lưu lượng thấp (< 1000 ml/ngày) có thể điều trị nội khoa nhưng các trường hợp tràn dịch lưu lượng cao (> 1000 ml/ngày) thường cần phải can thiệp, có thể là phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch¹.

Bít ống ngực bằng can thiệp nội mạch ban đầu được xem là phương pháp ít xâm lấn, được sử dụng khi bệnh nhân không phù hợp với phẫu thuật. Tuy nhiên, những nghiên cứu gần đây cho thấy hiệu quả của phương pháp nội mạch tốt hơn so với điều trị nội khoa và điều trị phẫu thuật. Vì vậy, bít ống ngực bằng coil đã được đưa lên thành lựa chọn hàng đầu trong điều trị tràn dịch màng phổi dưỡng chấp.²

Đây là một kỹ thuật phức tạp, được thực hiện tại các bệnh viện tuyến trung ương của Việt Nam từ nhiều năm nay. Việc triển khai kỹ thuật bít ống ngực bằng dụng cụ tại bệnh viện tuyến tỉnh giúp đem lại nhiều lợi ích. Bệnh nhân không cần phải di chuyển xa mà vẫn được hưởng các kỹ thuật khó, chi phí thấp hơn. Nhóm bác sĩ can thiệp phát triển được nghề nghiệp và nâng cao năng lực chuyên môn. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân tràn dịch màng phổi dưỡng chấp bên phải, được can thiệp bít tắc ống ngực bằng dụng cụ tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai.

BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân L.N.H.T, 32 tuổi

Địa chỉ: Biên Hòa, Đồng Nai

Ngày nhập viện: 24/01/2024

Lý do nhập viện: Khó thở

Bệnh sử: 03 ngày trước nhập viện, bệnh nhân cảm thấy khó thở tăng dần, khó thở không liên quan tư thế, kèm theo đau nặng ngực phải và sốt nhẹ thành cơn. Sau khi tự mua thuốc điều trị không giảm, bệnh nhân đến bệnh viện đa khoa Đồng Nai, được chụp X quang phát hiện tràn dịch màng phổi phải lượng nhiều và được nhập khoa Ngoại Lồng ngực - tim mạch điều trị. Bệnh nhân không có tiền căn phẫu thuật vùng cổ ngực cũng như tiền căn chấn thương vùng ngực trong thời gian trước khi nhập viện. Các xét nghiệm máu chứng ung thư không tăng, phim chụp cắt lớp vi tính ngực – bụng có cản quang không ghi nhận khối u tân sinh nào.

Ngày 25/01/2024, bệnh nhân được chọc hút dịch màng phổi, dịch có màu trắng đục, không hôi. Sau đó, dẫn lưu màng phổi phải được thực hiện cùng ngày, ghi nhận có 1500 ml dịch trắng đục ra trong bình dẫn lưu. Xét nghiệm dịch phù hợp với dịch dưỡng chấp: Triglyceride dịch màng phổi 14.08 mmol/L, protein 121 g/L, ADA 23 U/L. Bệnh nhân được điều trị nội khoa trong 7 ngày bằng phương pháp nhịn ăn và dinh dưỡng tĩnh mạch, tuy vậy lưu lượng dịch qua ống dẫn lưu vẫn vào khoảng 450 - 500 ml/ngày, dịch trắng đục. Bệnh nhân được đánh giá điều trị nội khoa thất bại và được chỉ định can thiệp bít tắc ống ngực bằng dụng cụ.

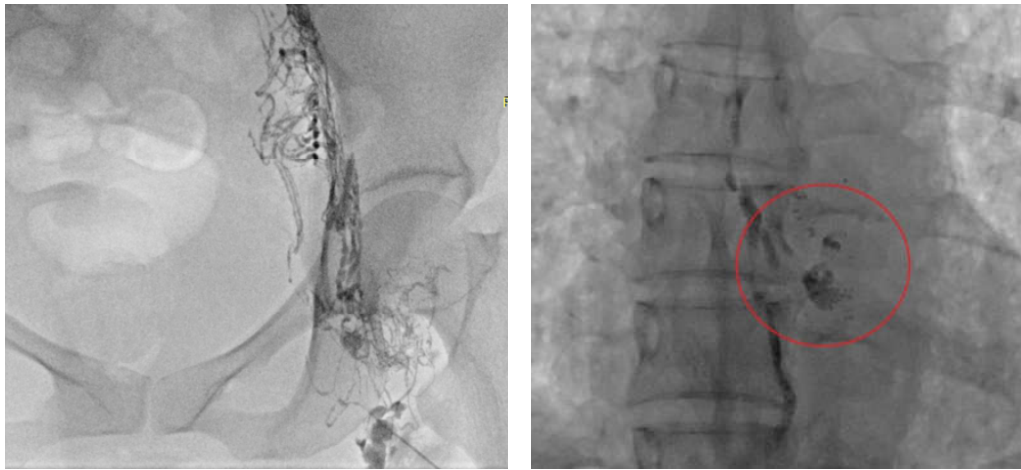
Ngày 2/2/2024, được sự hỗ trợ của ekip điện quang can thiệp Bệnh viện Nhân dân Gia Định, bệnh nhân được bắt tắc ống ngực tại phòng can thiệp nội mạch (DSA) bệnh viện đa khoa Đồng Nai.

QUÁ TRÌNH CAN THIỆP

Đường tiếp cận đầu tiên: Bệnh nhân có rất ít hạch bên phải, kích thước hạch nhỏ hơn 3 mm. Vì thế, chúng tôi quyết định chọn nhóm hạch bên

trái để tiếp cận và bơm cản quang dầu.

Sử dụng kim nhỏ tiếp cận hạch dưới hướng dẫn siêu âm. Bơm cản quang dầu (Lipiodol) vào nhóm hạch bên trái, theo dõi đường đi của cản quang và xác định vị trí của bể dưỡng chấp ở bụng. Xác định vị trí rò của ống ngực ở sau tâm nhĩ trái, ghi nhận hình ảnh rò về phía bên trái và lan dần sang bên phải, phù hợp với tình trạng lâm sàng tràn dịch màng phổi phải.



Hình 1. (A) Tiếp cận hệ bạch huyết qua hạch bên trái (B) Vị trí đường rò nằm sau tâm nhĩ trái

Sử dụng kim chọc (kim Chiba kích thước 22G, 15 cm) để tiếp cận bể dưỡng chấp, tuy nhiên do thành bụng bệnh nhân dày nên tiếp cận khó khăn, không đi vào trong lòng ống ngực được. Ekip thực hiện quyết định tiếp tục bơm cản quang dầu (Lipiodol) để đánh giá chỗ đổ vào của ống ngực nhằm quyết định hướng tiếp cận ngược dòng.



Hình 2. Tiếp cận ống ngực ngược dòng và chụp vị trí đường rò bằng vi ống thông can thiệp

Ống ngực đổ vào chỗ hội lưu của tĩnh mạch dưới đòn và tĩnh mạch cảnh trong bên trái (giải phẫu bình thường). Chúng tôi tiếp cận ống ngực qua tĩnh mạch đầu bên trái, sử dụng vi ống thông chụp xác định vị trí đường rò. Sau khi xác định chính xác vị trí đường rò, chúng tôi bơm keo vào trong đường rò và sử dụng 4 vòng xoắn kim loại (dạng interlock) kích thước 5 x 15 mm thả vào ống ngực trước và sau chỗ xuất phát đường rò.



Hình 3: Kết quả can thiệp với 4 vòng xoắn kim loại ở trước và sau vị trí đường rò



Hình 4. Chuyên gia từ bệnh viện Nhân dân Gia Định hướng dẫn các bác sĩ tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai

Thời gian thủ thuật: 4 giờ 30 phút

Sau can thiệp, lượng dịch qua ống dẫn lưu giảm dần và ngưng hẳn sau 3 ngày.

Bệnh nhân xuất viện ổn định vào ngày hậu phẫu thứ 5

BÀN LUẬN

Tràn dịch màng phổi dưỡng chấp là tình trạng tích tụ dịch dưỡng chấp bất thường trong khoang màng phổi. Nguyên nhân có thể được chia thành 3 nhóm lớn: Tự phát, chấn thương và vô căn³. Tràn dịch dưỡng chấp tự phát có thể do các nguyên nhân sau đây:

- Tràn dịch dưỡng chấp bẩm sinh do bất thường hệ bạch huyết
- Tràn dịch dưỡng chấp do ung thư (lymphoma, bệnh bạch cầu, ung thư phổi, ung thư thực quản...)
- Tràn dịch dưỡng chấp nhiễm trùng (thường do lao)
- Một số trường hợp hiếm gặp khác như bệnh u hạt (sarcoidosis), sarcoma Kaposi, thoái hóa dạng bột ...

Tràn dịch dưỡng chấp vô căn chiếm khoảng 10% các trường hợp, đây là chẩn đoán loại trừ sau khi đã thực hiện tất cả các chẩn đoán mà không tìm được nguyên nhân của bệnh³. Đây là chẩn đoán phù hợp với bệnh nhân của chúng tôi, sau khi thăm khám và loại trừ các nguyên nhân có thể có như chấn thương, can thiệp phẫu thuật trước đó, các dấu chứng ung thư âm tính...

Phương pháp điều trị phù hợp của tràn dịch dưỡng chấp phụ thuộc và nguyên nhân, bao gồm các phương pháp như điều chỉnh chế độ ăn, làm dính màng phổi và can thiệp vào dòng chảy của ống ngực.

Điều chỉnh chế độ ăn đã được chứng minh làm giảm lượng dịch thoát ra màng phổi. Các tác giả khuyến cáo sử dụng chế độ ăn có tối đa 5 kcal mỗi bữa ăn cho bệnh nhân. Phương pháp này có thể làm giảm đáng kể lượng dịch dưỡng chấp qua ống dẫn lưu nhưng nếu áp dụng trong thời gian dài có thể dẫn đến suy dinh dưỡng, và phương pháp chỉ nên áp dụng cho những trường hợp có lưu lượng dịch thấp hơn 1000 ml/24 giờ¹

Làm dính màng phổi có thể sử dụng cho những trường hợp có lưu lượng dịch thấp, chất làm dính có thể là dung dịch Povidone iodine hoặc bột talc tùy theo từng trung tâm. Tuy vậy, phương án này chỉ điều trị triệu chứng và không giải quyết được tận gốc vấn đề là đường rò bạch huyết của bệnh nhân.

Phẫu thuật nội soi cột ống ngực được chỉ định trong trường hợp điều chỉnh chế độ ăn thất bại. Phương pháp này trước đây được sử dụng thường xuyên, tuy nhiên nhược điểm của phương pháp là tính xâm lấn tương đối cao, và khó bộc lộ được vị trí ống ngực bị rò để điều trị triệt để⁴. Phù bạch huyết có thể xảy ra sau khi cột ống ngực và tự hết sau vài tháng nhờ vào tuần hoàn bàng hệ của hệ thống bạch huyết. Phương pháp này ngày nay ít được sử dụng⁵

Can thiệp qua da bít tắc ống ngực là phương pháp được sử dụng ngày càng nhiều trong giai đoạn hiện nay, cả đối với rò bạch huyết do chấn thương và không do chấn thương⁴. Tác giả Schmid báo cáo 3 trường hợp can thiệp bít tắc thành công rò ống ngực do chấn thương, vật liệu được sử dụng là coil hoặc keo N-butyl cyanoacrylate (NCBA), không có biến chứng đáng kể nào được ghi nhận trong nghiên cứu báo cáo loạt ca này². Tác giả Courtney báo cáo một trường hợp bệnh nhân 10 tuổi tràn dịch dưỡng chấp vô căn, điều trị phẫu thuật thất bại và bị tràn dịch màng phổi phải tái phát, sau đó bệnh nhân được can thiệp bít ống ngực thành công⁶. Như vậy, vai trò của can thiệp nội mạch ngày càng quan trọng trong xử trí rò ống ngực, có thể dần thay thế cho phẫu thuật, vì đặc thù ống ngực là cấu trúc giải phẫu khó bộc lộ, khó tìm được điểm rò bạch huyết, từ đó sẽ gây khó khăn cho bác sĩ phẫu thuật trong việc can thiệp đúng vị trí để điều trị triệt để đường rò. Tại Việt Nam, các bệnh viện tuyến trung ương đã thực hiện kỹ thuật này một cách thường quy và báo cáo các trường hợp can thiệp thành công, đặc biệt là những trường hợp rò

dưỡng chấp sau phẫu thuật. Năm 2021, tác giả Nguyễn Ngọc Cương và cộng sự báo cáo kết quả nút tắc ống ngực điều trị rò dưỡng chấp sau mổ ung thư tuyến giáp, tỉ lệ thành công cao, trong đó có 13/15 bệnh nhân được tiếp cận qua bề dưỡng chấp, 1 bệnh nhân tiếp cận ngược dòng và 1 trường hợp đâm kim dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính⁷

Trong các trường hợp rò bạch huyết không chấn thương, tỉ lệ thành công trong lần can thiệp đầu tiên là 73,8%; tỉ lệ thành công này thấp hơn ở các bệnh nhân rò bạch huyết do chấn thương. Đa số các trường hợp thất bại là do không tiếp cận được ống ngực, trong đó có nguyên nhân về giải phẫu học (thành bụng dày, vị trí ống ngực bất thường) và thuốc cản quang không đủ đậm để nhìn thấy rõ cấu trúc ống ngực dưới màn huỳnh quang⁸. Tai biến, biến chứng sớm của bí ống ngực thường có tỉ lệ thấp, thường chỉ cần điều trị nội khoa, chiếm từ 2 đến 6%, biến chứng muộn có thể lên đến 14%, bao gồm phù chân, phù bụng và tiêu chảy mạn tính⁹

Tiên lượng của bệnh chủ yếu phụ thuộc vào nguyên nhân dẫn đến rò bạch huyết. Rò bạch huyết do nguyên nhân lành tính sẽ có tiên lượng tốt hơn, đặc biệt khi vị trí rò rõ ràng và can thiệp thuận lợi. Các dấu chứng cho thấy tiên lượng xấu bao gồm tràn dịch dưỡng chấp 2 bên, tràn dịch dưỡng chấp do nguyên nhân ác tính và tràn dịch dưỡng chấp mạn tính có mất dinh dưỡng liên tục.

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi là tràn dịch dưỡng chấp tự phát, không do chấn thương, không có bệnh lý ác tính, can thiệp lần đầu thành công nên có thể có tiên lượng tương đối tốt. Chúng tôi vẫn tiếp tục theo dõi bệnh nhân để đánh giá hiệu quả lâu dài cũng như theo dõi tái phát của bệnh. Trong trường hợp này, việc tiếp cận thuận dòng qua bề dưỡng chấp khó khăn do thành bụng dày, kim Chiba không với tới cấu trúc của ống ngực. Cản quang ít, không lấp đầy hoàn

toàn lòng của bề dưỡng chấp, thời gian đọng thuốc ngắn cũng góp phần vào các khó khăn trong tiếp cận thuận dòng. Quyết định chờ đợi cho cản quang Lipiodol đi hết ống ngực để đánh giá vị trí lỗ đổ vào đã giúp chúng tôi tiếp cận ống ngực ngược dòng thành công, tuy nhiên, việc này cũng dẫn đến thời gian can thiệp kéo dài.

Việc tiếp cận bề dưỡng chấp khó khăn trong trường hợp này có thể do những nguyên nhân sau: Bề dưỡng chấp của bệnh nhân có kích thước nhỏ, cản quang dầu chảy nhanh ở vị trí này, chỉ tiếp cận được hạch bên 1 bên nên lượng cản quang ít, chuẩn bị dụng cụ chưa đầy đủ (không có kim Chiba dài 20 cm cho bệnh nhân thành bụng dày). Về mặt kỹ thuật, tác giả Eric Chen và cộng sự đã đưa ra cách giải quyết một số vấn đề ở trên như sau:

- Để cải thiện hình ảnh bề dưỡng chấp và rút ngắn thời gian cản quang đi đến vị trí chọc kim, sau mỗi lần bơm cản quang dầu, các tác giả bơm nhanh thêm 20 ml nước muối sinh lý ở mỗi chân.

- Để tránh tình trạng cản quang đi qua bề dưỡng chấp nhanh, các tác giả khuyến cáo nên đâm kim vào vị trí ống ngực dưới tầng L1 – L2, vì đây là vị trí dễ về của bạch huyết ở gan và ruột

- Khi đâm kim Chiba, cần nghiêng kim 5 đến 10 độ để có thể định hướng kim dễ dàng hơn¹⁰

Nhằm giảm thời gian chờ đợi cản quang lên đến chỗ dẫn lưu của ống ngực vào hệ thống tĩnh mạch, việc đánh giá hình thái giải phẫu của ống ngực trước can thiệp là cần thiết. Tác giả Trần Nguyễn Khánh Chi và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu đánh giá giá trị của chụp cộng hưởng từ bạch mạch qua hạch bên trong chẩn đoán rò ống ngực, kết quả cho thấy chụp cộng hưởng từ bạch mạch qua hạch bên 2 bên có nhiều ưu điểm so với chụp số hóa xóa nền, với độ nhạy và độ đặc hiệu cao¹¹. Áp dụng kết quả này, ở những trường hợp sau chúng tôi sẽ kết hợp chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh chụp cộng hưởng từ đánh giá

giải phẫu ống ngực trước khi thực hiện can thiệp cho bệnh nhân nhằm giảm thời gian can thiệp và thời gian chiếu tia X

Việc triển khai bước đầu kỹ thuật can thiệp hệ thống bạch huyết tại bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, dưới sự hỗ trợ của bệnh viện Nhân dân Gia Định sẽ giúp giảm tải các bệnh viện tuyến trên, bệnh nhân không phải di chuyển xa, tránh các bất tiện do khoảng cách địa lý. Bên cạnh đó, phát triển kỹ thuật mới cho bệnh viện tỉnh giúp nâng cao năng lực chuyên môn và uy tín của nhóm bác sĩ can thiệp tại địa phương.

KẾT LUẬN

Can thiệp bít tắc ống ngực là phương pháp ít xâm lấn, an toàn, ít tai biến và biến chứng. Phương pháp đang dần trở thành lựa chọn đầu tay trong điều trị tràn dịch màng phổi dưỡng chấp, thay thế cho phẫu thuật. Triển khai bước đầu kỹ thuật này tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai giúp giảm tải cho bệnh viện tuyến trên, nâng cao năng lực và uy tín của nhóm bác sĩ can thiệp tại địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jun H, Hur S. Interventional Radiology Treatment for Postoperative Chylothorax. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* Aug 5 2020;53(4):200-204. doi:10.5090/kjtcs.2020.53.4.200
2. Schmid BP, Gilberto GM, Cunha MJS, et al. The essential role of thoracic duct embolization in management of traumatic iatrogenic chylothorax. *J Vasc Bras.* 2023;22:e20230101. doi:10.1590/1677-5449.20230101
3. Rudrappa M, Paul M. Chylothorax. *StatPearls.* 2024.
4. Praveen A, Sreekumar KP, Nazar PK, Moorthy S. Technical Note: Thoracic duct embolization for treatment of chylothorax: A novel guidance technique for puncture using combined MRI and fluoroscopy. *Indian J Radiol Imaging.* Apr 2012;22(2):89-92. doi:10.4103/0971-3026.101077
5. Bojanapu S, Khan YS. Thoracic Duct Leak. *StatPearls.* 2024.
6. Courtney M, Ayyagari RR. Idiopathic chylopericardium treated by percutaneous thoracic duct embolization after failed surgical thoracic duct ligation. *Pediatr Radiol.* Jun 2015;45(6):927-30. doi:10.1007/s00247-014-3182-y
7. Nguyễn Ngọc Cương, Phạm Hồng Cảnh, Lê Tuấn Linh. Đánh giá kết quả nút tắc ống ngực điều trị biến chứng rò dưỡng chấp sau mổ ung thư tuyến giáp. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021;137:245 - 251.
8. Ur Rehman K, Sivakumar P. Non-traumatic chylothorax: diagnostic and therapeutic strategies. *Breathe (Sheff).* Jun 2022;18(2):210163. doi:10.1183/20734735.0163-2021
9. Majdalany BS, Murrey DA, Jr., Kapoor BS, et al. ACR Appropriateness Criteria((R)) Chylothorax Treatment Planning. *J Am Coll Radiol.* May 2017;14(5S):S118-S126. doi:10.1016/j.jacr.2017.02.025
10. Chen E, Itkin M. Thoracic duct embolization for chylous leaks. *Semin Intervent Radiol.* Mar 2011;28(1):63-74. doi:10.1055/s-0031-1273941
11. Trần Nguyễn Khánh Chi, Nguyễn Ngọc Cương, Lê Tuấn Linh, Phạm Hồng Cảnh. Giá trị của phương pháp chụp cộng hưởng từ bạch mạch qua hạch bẹn trong chẩn đoán rò ống ngực. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021;507:14 – 18