

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NÚT TẮC ỐNG NGỰC ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG RÒ DƯỠNG CHẤP SAU MỔ UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Assessing the results of thoracic duct embolization for chyle leakage after thyroidectomy in patients with thyroid cancer

*Nguyễn Ngọc Cương, Phạm Hồng Cảnh, Trần Nguyễn Khánh Chi,
Triệu Quốc Tính, Đoàn Tiến Lưu, Lê Tuấn Linh,*

SUMMARY

Background: chylous leakage after operation of head and neck is rare but well-known complication. Almost patients with this complication can be treated conservatively but in patients with high flow leakage, the following treatments will be very complicated.

Purpose: to report the results of percutaneous thoracic duct embolization (TDE) treatment for chylous leakage of the neck in patients post thyroidectomy and cervical lymph node dissection due to thyroid cancer.

Methods: 15 consecutive patients with high flow chylous leak post thyroidectomy were sent to our hospital after failed conservative treatment. All patient were undergone intra nodal lymphangiography then thoracic duct embolization.

Results: Fifteen patients with cervical chylorrhea through drainage more than 300 ml/day during average 2 weeks (1 to 5 weeks) were included in this study. TDE was archived in 15/15 patients in which 14/15 TD were embolized atgrade and 1/15 TD was embolized retrograde. One patient had recurrent chylous leakage after 1 week due to recanalization of TD. She was then undergone TD sclerosis injection under CT scanner guidance. All patients had clinical successful with no chylorrhea after intervention. No major complication was noted. All patients were discharged in following weeks after intervention.

Conclusion: TDE is minimal invasive and effective treatment for cervical chylous leakage post thyroidectomy.

Keywords: *chylous leak, chylorrhea, thoracic duct embolization*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng rò dưỡng chấp do tổn thương ống ngực sau mổ ung thư tuyến giáp gặp khoảng 0.5 - 1.4% các bệnh nhân [1], [2]. Dưỡng chấp chảy qua dẫn lưu có thể gặp ngay sau mổ hoặc sau mổ vài ngày khi bệnh nhân bắt đầu chế độ ăn bình thường. Trong trường hợp rò dịch dưỡng chấp số lượng nhiều và kéo dài, bệnh nhân có thể suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch có thể nguy hiểm đến tính mạng. Về mặt lâm sàng, số lượng, màu sắc và thể tích dịch chảy ra phụ thuộc vào chế độ ăn và vị trí tổn thương rách ống ngực hay nhánh bên của ống ngực.

Về điều trị, với những bệnh nhân rò dưỡng chấp sau mổ ung thư tuyến giáp ưu tiên là bảo tồn bằng chế độ ăn nuôi dưỡng tĩnh mạch, băng ép, hút áp lực âm... Những trường hợp rò với lưu lượng lớn thì điều trị bảo tồn không có kết quả, khi đó điều trị trước đây là mổ thắt ống ngực là một phương pháp xâm lấn và kỹ thuật rất khó². Phương pháp điều trị nút tắc ống ngực được mô tả gần đây điều trị hiệu quả cho các trường hợp tràn dịch dưỡng chấp ổ bụng và lồng ngực [3], [4]. Nghiên cứu này báo cáo về hiệu quả điều trị rò dưỡng chấp sau mổ ung thư tuyến giáp bằng can thiệp nút tắc ống ngực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Trong thời gian từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2021, tổng số 15 bệnh nhân rò dưỡng chấp sau mổ ung thư tuyến giáp điều trị bảo tồn thất bại được gửi đến bệnh viện chúng tôi điều trị can thiệp. Các chẩn đoán rò dưỡng chấp trước can thiệp bao gồm xét nghiệm sinh hoá dịch dẫn lưu và chụp cộng hưởng từ động học đường bạch huyết qua hạch bẹn.

Kỹ thuật chụp và can thiệp nút ống ngực: bệnh nhân được gây tê tại chỗ, tư thế nằm ngửa. Sử dụng siêu âm để định vị các hạch vùng bẹn. Kim 25 Gauge chọc hạch bẹn dưới hướng dẫn của siêu âm, qua kim này, thuốc cản quang dạng dầu (Lipiodol, Guerbet, Pháp) được bơm bằng tay với tốc độ chậm (1 ml trong 3 phút). Thuốc cản quang đi vào hạch được quan sát dưới màn tăng sáng từ máy chụp mạch số hoá xoá nền (Artis J, Siemens, Đức). Khi thuốc cản quang theo đường bạch huyết hiện hình bể dưỡng chấp và ống ngực, tổn thương ống ngực tại vị trí mổ vùng cổ được khẳng định bằng hình ảnh thuốc cản quang đi vào ổ dịch và ra theo dẫn lưu vùng cổ.

Kỹ thuật luồn ống thông vào ống ngực: khi thuốc cản quang hiện hình bể dưỡng chấp dưới tăng sáng, kim chọc đồng trục 21 Gauge (Chiba 21G, Cook, Mĩ) được sử dụng để chọc xuyên thành bụng vào bể dưỡng chấp. Qua kim dẫn này, một dây dẫn cỡ 18 Inch (guide wire Control V-18, Boston scientific, Mĩ) được luồn vào bể dưỡng chấp đi lên ống ngực. Sau đó, dựa trên dây dẫn, một vi ống thông cỡ 2.7F (progreat, Terumo, Nhật Bản) được luồn vào để đầu vi ống thông đến đầu trên của ống ngực. Qua vi ống thông này ống ngực tại vị trí ngay dưới tổn thương được nút tắc bằng vòng xoắn kim loại và keo sinh học n-butyl cyanoacrylate (NBCA) (pha cùng lipiodol với tỷ lệ 1 keo: 3 lipiodol).

Trong trường hợp thất bại luồn ống thông vào bể dưỡng chấp, lựa chọn chọc kim trực tiếp vào đầu trên của ống ngực dưới hướng dẫn tăng sáng được đặt ra nếu vị trí này thấy rõ trên phim chụp. Kỹ thuật chọc và luồn dây dẫn tương tự chọc kim qua bể dưỡng chấp xuyên thành bụng. 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 cắt lớp vi tính. Bệnh nhân được chuyển sang phòng chụp cắt lớp vi tính, tư thế nằm sấp, gây tê tại chỗ. Chụp cắt lớp vi tính ngực không tiêm để định vị vị trí của ống ngực lúc này đã được hiện hình trên phim chụp bởi thuốc cản quang. Sử dụng kim chọc 25 Gauge (Chiba, 25G, Cook, Mĩ) để chọc vào ống ngực dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính. Đầu kim trong ống ngực được khẳng định nhờ cắt lớp vi tính, dưỡng chấp có thể được hút ra qua kim chọc hoặc không do đầu kim chạm thành. Qua kim chọc, sử dụng chất gây xơ bột polidocanol (Aetoxisclerol 2%, Kreussler Pharma, Pháp). Tổng số 8 ml hỗn dịch gồm 2ml polidocanol và 6ml khí được bơm vào ống ngực qua kim dẫn đường.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 15 bệnh nhân được can thiệp nút ống ngực với các thông số như trong bảng 1. Về lâm sàng trước can thiệp, có 04 bệnh nhân đến trong tình trạng tụ dịch thành khối vùng cổ, 11 bệnh nhân chảy dịch dưỡng chấp qua sonde dẫn lưu được đặt trong mổ. Thể tích dịch ra nhiều nhất theo ngày là 2000 ml, thể tích dịch ra ít nhất trên một bệnh nhân là 300 ml.

Thành công về kỹ thuật luồn ống thông qua đường bụng ở 13/15 bệnh nhân nút tắc ống ngực xuôi dòng.

Trong số 02 bệnh nhân không thể luôn được vi ống thông vào ống ngực qua đường bụng thì có 01 bệnh nhân chọc kim dẫn và luôn được vi ống thông vào ống ngực ngược dòng qua đoạn cổ để nút ống ngực. Một bệnh nhân được gây xơ tắc ống ngực bằng chất gây xơ hoá qua kim chọc vào ống ngực đoạn 1/3 giữa dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính.

Thành công về lâm sàng đạt được 15/15 bệnh nhân với lượng dịch rò hết hoàn toàn sau can thiệp 24 giờ ở 14 bệnh nhân. Có 01 bệnh nhân gây xơ tắc ống

ngực lượng dịch giảm dần và hết hoàn toàn ngày thứ 10.

Thời gian nằm viện của các bệnh nhân trong vòng 01 tuần sau khi can thiệp, có 01 bệnh nhân nằm viện 2 tuần là bệnh nhân gây tắc ống ngực bằng gây xơ. Không có tai biến trong và sau can thiệp. Các bệnh nhân được khám lại sau 1 tháng đến 12 tháng gồm siêu âm phần mềm vùng cổ, khám các tác dụng phụ của nút tắc ống ngực như tiêu chảy, phù bạch huyết hai chi dưới... với kết quả: không có biến chứng liên quan đến tắc ống ngực.

Bảng 1. Bảng tổng kết các bệnh nhân trong nghiên cứu

Số TT	Họ tên/tuổi	Rò sau mổ ngày thứ (Ngày)	V nhiều nhất (ml)	Hình ảnh tổn thương	Phương pháp nút	Nằm viện (ngày)
1	Nông Thuý N/42	1	2000	Rách ống ngực	Xuôi dòng	7
2	Lê Thị T/38	20	400	Rách nhánh bên	Xuôi dòng	5
3	Nguyễn Thị L/42	2	1000	Rách ống ngực	Xuôi dòng	5
4	Đỗ Thị C/65	7	500	Rách nhánh bên	Xuôi dòng	5
5	Nguyễn Thị H/40	14	400	Rách nhánh bên	Xuôi dòng	5
6	Hoàng Thị Hồng H/39	10 (Khối tụ dịch)	500	Rách ống ngực	Xuôi dòng	5
7	Đàm Thị H/51	13 (Khối tụ dịch)	500	Rách ống ngực	Xuôi dòng	5
8	Lưu Thị H/59	60 (Khối tụ dịch)	700	Rách ống ngực	Nút ngược dòng	6
9	Nguyễn Thu T/45	30 (Khối tụ dịch)	700	Rách ống ngực	Xuôi dòng	5
10	Đoàn Thị H/41	7	600	Rách ống ngực	Xuôi dòng	5
11	Phạm Ngọc H/51	1	500	Rách nhánh bên	Xuôi dòng	6
12	Đào Thị H/64	1	1500	Rách ống ngực	Xuôi dòng	7
13	Hoàng Thị H/42	2	300	Rách nhánh bên	Gây xơ cắt lớp	14
14	Nguyễn Thị H/64	7	1000	Rách ống ngực	Xuôi dòng	3
15	Phùng Thị D/54	11	300	Rách ống ngực	Xuôi dòng	3

IV. BÀN LUẬN

Ống ngực bắt nguồn từ bể dưỡng chấp là ống chứa bạch huyết lớn nhất trong cơ thể đi ở sát mặt trước thân đốt sống thắt lưng và đốt sống ngực. Khi đi lên trên, ống ngực lệch dần sang bên trái thân đốt sống rồi vòng lên vùng cổ trái để đổ vào ngã ba nơi hợp lưu của tĩnh mạch dưới đòn và tĩnh mạch cảnh trong trái. Đáng chú ý, đường đi của ống ngực cũng như đoạn đi

ở cổ của ống ngực có nhiều biến thể giải phẫu. Vì vậy nên những biến chứng rách ống ngực có thể xảy ra khi mổ các u vùng cổ nói chung và u tuyến giáp nói riêng, đặc biệt là những phẫu thuật có phối hợp với nạo vét hạch rộng rãi vùng cổ bên trái [2].

Rò dưỡng chấp có thể dẫn đến mất dịch, chàm liên vết thương, nhiễm trùng. Nếu rò lưu lượng lớn có thể rối loạn điện giải, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn

dịch, suy kiệt. Đặc biệt việc điều trị bảo tồn thường kéo dài ngày dẫn đến những ảnh hưởng nặng nề về tâm lý người bệnh [5].

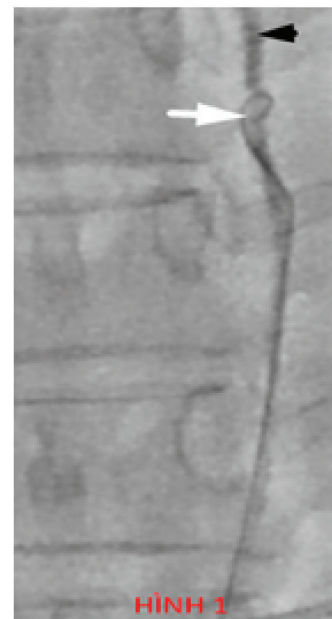
Điều trị rò dưỡng chấp sau mổ thường ưu tiên bảo tồn nội khoa nếu rò lưu lượng thấp < 500 ml/ngày [1]. Các liệu pháp phối hợp bao gồm chế ăn kiêng mỡ hoặc nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, băng ép vết mổ, đặt dẫn lưu hút áp lực âm, dùng thuốc giảm tiết dịch somatostatin [1], [2]. Điều trị bảo tồn thường phải theo dõi dài ngày ở bệnh viện. Đối với rò lưu lượng lớn > 500 ml/ ngày hoặc rò lưu lượng thấp nhưng không đáp ứng điều trị bảo tồn, điều trị can thiệp gồm phẫu thuật thăm dò vùng cổ khâu ép phần mềm quanh vị trí rò hoặc thậm chí phẫu thuật tạo phản ứng viêm dính quanh vị trí rò.

So với phẫu thuật thì can thiệp chụp bạch huyết cho phép thấy được chính xác vị trí rò trên đường đi của ống ngực, từ đó điều trị can thiệp nút tắc đường rò một cách hiệu quả mà ít xâm lấn hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 01 bệnh nhân (số 13) rò 300ml/ngày sau mổ ngày thứ hai, tuy nhiên vẫn được điều trị can thiệp do bệnh nhân không hợp tác với phương pháp điều trị bảo tồn.

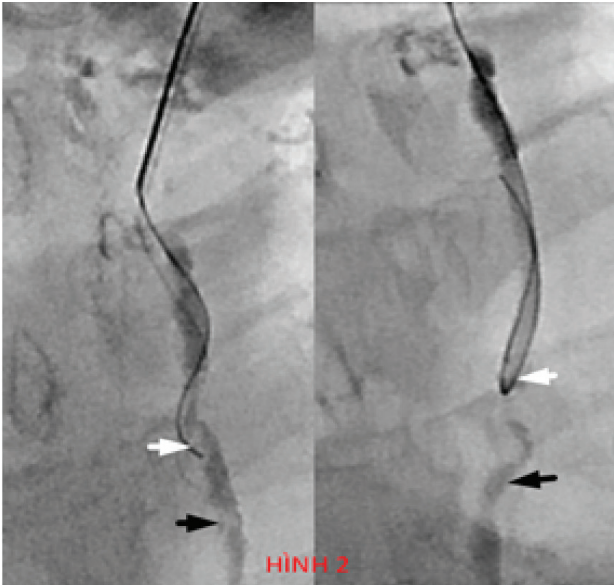
Dr. Constantin Cope là người đầu tiên mô tả kỹ thuật nút ống ngực bằng chụp bạch mạch và chọc kim trực tiếp qua da vào bể dưỡng chấp điều trị tràn dịch dưỡng chấp ổ bụng và màng phổi [6.] Gần đây, kết quả nút tắc ống ngực đã được báo cáo với số lượng lớn hơn nhưng chủ yếu là điều trị các loại hình rò dưỡng chấp sau mổ tạng ổ bụng và lồng ngực [7], [8]. Trong các báo cáo trên, tỷ lệ luôn được vi ống thông vào ống ngực đạt 67% và 82%. Trong số các ca không thể luôn được vi ống thông vào ống ngực thì một phương án được đưa ra là phá hủy ống ngực ở phía dưới cơ hoành bằng cách chọc kim nhiều lần vào ống ngực đoạn này với mục đích làm tổn thương ống ngực và làm gián đoạn dòng chảy của ống ngực [8]. Tỷ lệ tắc ống ngực thành công bằng phương pháp này đạt 72% (13/18 bệnh nhân) [8].

Về các đường tiếp cận vào ống ngực, đường vào kinh điển là xuyên thành bụng vào bể dưỡng chấp xuôi chiều dòng chảy của ống ngực (hình 1). Hầu hết các báo cáo về nút tắc ống ngực đều theo đường tiếp cận này. Một đường tiếp cận khác là từ đầu trên ống ngực dưới hướng dẫn của siêu âm [9]. Tuy nhiên đây là một

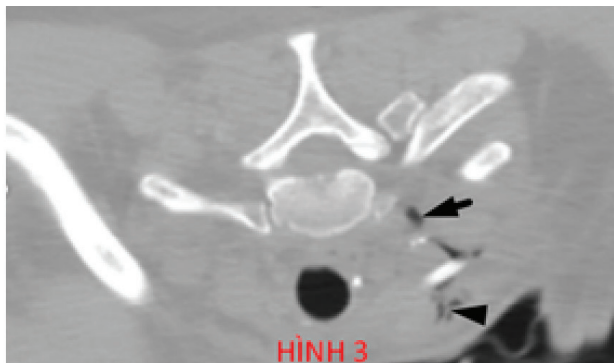
đường tiếp cận rất khó bởi vì không phải lúc nào cũng thấy được đầu tận của ống ngực đổ vào tĩnh mạch ở vùng cổ trên siêu âm và thường có biến thể giải phẫu của ống ngực. Trong nghiên cứu của chúng tôi có một bệnh nhân được tiếp cận luôn vi ống thông ngược dòng vào đầu trên của ống ngực qua chọc trực tiếp dưới hướng dẫn của tăng sáng (hình 2). Đường tiếp cận ngược dòng ống ngực vùng cổ đã được mô tả bởi J. J. Bundy và cộng sự trong trường hợp chọc kim vào bể dưỡng chấp thất bại [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có một bệnh nhân sau khi được nút tắc ống ngực xuôi dòng lần 1 thì có hiện tượng tái thông ống ngực sau 1 tuần, sau đó chúng tôi không thể luôn được dây dẫn vào ống ngực từ bể dưỡng chấp sau nhiều lần chọc kim để nút tắc ống ngực xuôi dòng lần 2 (bệnh nhân số 13). Bệnh nhân này cũng không thể chọc kim được vào ống ngực đoạn cổ vì không thấy rõ đầu trên của ống ngực trên tăng sáng. Bệnh nhân này sau đó được gây xơ tắc ống ngực dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính (hình 3). Kỹ thuật chọc kim vào ống ngực đoạn 1/3 giữa dưới hướng dẫn của CLVT cũng đã được báo cáo trong y văn với tổn thương nhánh nhỏ của ống ngực gây rò dưỡng chấp lưu lượng thấp [11]. Việc sử dụng chất gây xơ để tắc ống ngực cũng đã được mô tả trong y văn nhưng không phải là cách dùng thường quy [12].



Đặt ống thông xuôi chiều dòng chảy của ống ngực. Mũi tên trắng: đầu dây dẫn, mũi tên đen: ống ngực (bệnh nhân số 7).



Đặt ống thông ngực chiều dòng chảy ống ngực. Mũi tên trắng: đầu dây dẫn, mũi tên đen: ống ngực (bệnh nhân số 8).



Gây xơ nền cổ bằng chất gây xơ. Mũi tên đen: hỗn dịch gồm chất gây xơ và khí nằm trong nền cổ trái (bệnh nhân số 13).

Vai trò của chế độ ăn giảm mỡ đối với những bệnh nhân rò dưỡng chấp chỉ định điều trị bảo tồn là khá rõ

ràng¹³. Tuy nhiên chế độ dinh dưỡng ngay sau can thiệp nút ống ngực và dài hạn cho đến nay còn chưa thống nhất và chưa được khuyến cáo rõ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nếu các bệnh nhân được cho là thành công về kỹ thuật gồm luồn chọn lọc vi ống thông vào ống ngực, nút tắc bằng vòng xoắn kim loại và keo sinh học thì chế độ ăn được nuôi dưỡng tĩnh mạch 2 ngày. Sau đó bệnh nhân được khuyến nên ăn kiêng mỡ 1 tháng trước khi trở lại chế độ ăn bình thường. Đối với bệnh nhân được gây tắc ống ngực bằng xơ hoá, chúng tôi thực hiện chế độ nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn trong vòng 7 ngày. Mục đích của chế độ ăn là để giảm lưu lượng dòng chảy vào ống ngực, tránh tình trạng tái thông.

Về nguy cơ biến chứng liên quan đến can thiệp, do đặc điểm của quá trình chọc kim và luồn ống thông qua thành bụng, mạch máu và ruột nên về lý thuyết có thể gây nên viêm phúc mạc, chảy máu... tuy nhiên các nghiên cứu số lượng lớn về nút ống ngực không có báo cáo nào về những biến chứng này^{4,14}. Tuần hoàn bạch huyết sau nút tắc ống ngực cũng không gặp ảnh hưởng nhiều được cho là do sự xuất hiện các vòng nối và nhánh bàng hệ mà trước kia không “hoạt động”¹⁵. Vì vậy cũng không có các biến chứng nặng dài hạn nào được mô tả liên quan đến thủ thuật nút tắc ống ngực.

V. KẾT LUẬN

Điều trị biến chứng rò dưỡng chấp sau mổ ung thư tuyến giáp bằng nút tắc ống ngực là một phương pháp ít xâm lấn, không có biến chứng liên quan đến can thiệp cũng như biến chứng ngắn hạn của việc tắc ống ngực. Phương pháp này đạt hiệu quả lâm sàng cao với 100% bệnh nhân được điều trị thành công tình trạng rò dưỡng chấp, giúp rút ngắn thời gian nằm viện cho bệnh nhân có rò dưỡng chấp sau mổ ung thư tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Park I, Her N, Choe J-H, Kim JS, Kim J-H. Management of chyle leakage after thyroidectomy, cervical lymph node dissection, in patients with thyroid cancer. *Head & Neck*. 2018;40(1):7-15. doi:10.1002/hed.24852
2. Delaney SW, Shi H, Shokrani A, Sinha UK. Management of Chyle Leak after Head and Neck Surgery: Review of Current Treatment Strategies. *International Journal of Otolaryngology*. doi:https://doi.org/10.1155/2017/8362874
3. Itkin M, Chen E. Thoracic Duct Embolization. *Semin Intervent Radiol*. 2011;28(02):261-266. doi:10.1055/s-0031-1280676

4. Chen E, Itkin M. Thoracic Duct Embolization for Chylous Leaks. *Semin Intervent Radiol*. 2011;28(1):63-74. doi:10.1055/s-0031-1273941
5. Lv S, Wang Q, Zhao W, et al. A review of the postoperative lymphatic leakage. *Oncotarget*. 2017;8(40):69062-69075. doi:10.18632/oncotarget.17297
6. Cope C. Diagnosis and Treatment of Postoperative Chyle Leakage via Percutaneous Transabdominal Catheterization of the Cisterna Chyli: A Preliminary Study. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 1998;9(5):727-734. doi:10.1016/S1051-0443(98)70382-3
7. Cope C, Kaiser LR. Management of Unremitting Chylothorax by Percutaneous Embolization and Blockage of Retroperitoneal Lymphatic Vessels in 42 Patients. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2002;13(11):1139-1148. doi:10.1016/S1051-0443(07)61956-3
8. Itkin M, Kucharczuk JC, Kwak A, Trerotola SO, Kaiser LR. Nonoperative thoracic duct embolization for traumatic thoracic duct leak: Experience in 109 patients. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2010;139(3):584-590. doi:10.1016/j.jtcvs.2009.11.025
9. Guevara CJ, Rialon KL, Ramaswamy RS, Kim SK, Darcy MD. US-Guided, Direct Puncture Retrograde Thoracic Duct Access, Lymphangiography, and Embolization: Feasibility and Efficacy. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2016;27(12):1890-1896. doi:10.1016/j.jvir.2016.06.030
10. Bundy JJ, Chick JF, Jiao A, et al. Percutaneous fluoroscopically-guided transcervical retrograde access facilitates successful thoracic duct embolization after failed antegrade transabdominal access. *Lymphology*. 2019;52(2):52-60.
11. Tuan LL, Ngoc CN, Viet HT, Le H, Pons F, Natali D. An uncommon therapeutic option for a challenging cause of pleural effusion. *Breathe*. 2019;15(2):e69-e76. doi:10.1183/20734735.0014-2019
12. Bhatia SS, Karas TZ, Pereira K, King MJ, Yrizarry J. Treatment of Chyle Leak by Percutaneous Alcohol Sclerosis of the Cisterna Chyli: A Case Report. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2015;38(3):773-775. doi:10.1007/s00270-014-0839-8
13. Steven BR, Carey S. Nutritional management in patients with chyle leakage: a systematic review. *Eur J Clin Nutr*. 2015;69(7):776-780. doi:10.1038/ejcn.2015.48
14. Pamarthi V, Stecker MS, Schenker MP, et al. Thoracic Duct Embolization and Disruption for Treatment of Chylous Effusions: Experience with 105 Patients. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2014;25(9):1398-1404. doi:10.1016/j.jvir.2014.03.027
15. Laslett D, Trerotola SO, Itkin M. Delayed Complications following Technically Successful Thoracic Duct Embolization. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2012;23(1):76-79. doi:10.1016/j.jvir.2011.10.008

TÓM TẮT

Biến chứng rò hệ bạch huyết sau mổ ung thư tuyến giáp là rất hiếm gặp nhưng điều trị thường phức tạp, nhất là những trường hợp rò với lưu lượng lớn. Các phương pháp điều trị can thiệp trước kia là phẫu thuật lại vùng cổ để thắt các nhánh bạch huyết, tuy nhiên đây là phương pháp xâm lấn lớn và kỹ thuật mổ phức tạp. Nghiên cứu này mô tả chuỗi ca lâm sàng với số lượng bệnh nhân lớn nhất được báo cáo trong y văn liên quan đến rò đường chấp sau mổ ung thư tuyến giáp.

Mục tiêu: báo cáo kết quả điều trị gây tắc ống ngực cho những bệnh nhân rò đường chấp sau mổ ung thư tuyến giáp điều trị bảo tồn thất bại.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu các bệnh nhân rò đường chấp sau mổ ung thư tuyến giáp được điều trị can thiệp nút tắc ống ngực tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 6/2019 đến tháng 6/2021.

Kết quả: 15 bệnh nhân sau mổ cắt tuyến giáp toàn bộ do ung thư có nạo vét hạch vùng cổ bị rò dịch đường chấp với thể tích 300 ml-2000 ml/ ngày. 3/15 bệnh nhân tổn thương nhánh bên của ống ngực, 12/15 bệnh nhân tổn thương rách ống ngực. Về kỹ thuật, có 15/15 bệnh nhân được nút tắc ống ngực bằng keo, trong đó có 14 bệnh nhân nút ống ngực xuôi dòng, 01 bệnh nhân nút tắc ống ngực ngược dòng. Có 01 bệnh nhân tái phát sau điều trị 01 tuần do tái thông ống ngực. Bệnh nhân này sau đó được tiêm chất gây xơ vào ống ngực dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính. Về hiệu quả lâm sàng: 100% bệnh nhân được điều trị thành công tình trạng rò đường chấp. Không có biến chứng liên quan đến can thiệp cũng như biến chứng ngắn hạn của việc nút tắc ống ngực.

Kết luận: gây tắc ống ngực bằng can thiệp qua da là phương pháp điều trị hiệu quả những bệnh nhân rò đường chấp ngoài da sau mổ ung thư tuyến giáp

Từ khoá: *rò đường chấp, nút tắc ống ngực, chụp bạch mạch, gây xơ hoá ống ngực, chọc ống ngực dưới cắt lớp vi tính*

Người liên hệ: Nguyễn Ngọc Cương. Email: cuongcdha@hmu.vn

Ngày nhận bài: 03/09/2021. Ngày gửi phản biện: 18/09/2021. Ngày nhận phản biện: 30/09/2021

Ngày chấp nhận đăng: 03/10/2021