

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ter Meulen BC, Maas ET, Vyas A, van der Vegt M, de Priester K, de Boer MR, van Tulder MW, Weinstein HC, Ostelo RWJG (2017). Treatment of acute sciatica with transforaminal epidural corticosteroids and local anesthetic: design of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017 May 25.
2. Bộ Y tế (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại, tr 72 – 78.
3. Bộ Y tế (2020). “Quy trình y học cổ truyền, chườm ngải cứu”; Quy trình số 7.
4. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2005), Bài giảng Y học cổ truyền tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 157-163, tr 358-363.
5. Nguyễn Nhược Kim (2009). Phương tế học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 66 -71.
6. Bộ môn Phục hồi Chức năng, Đại học Y Hà Nội (2019). Phục hồi chức năng (Sách dùng cho bác sĩ định hướng chuyên khoa), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 49-50.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP: TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI SAU MỔ CẮT GAN DO TỔN THƯƠNG TĨNH MẠCH TRUNG TÂM SAU ĐẶT CATHETER

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn Văn Linh¹

TÓM TẮT

Catheter tĩnh mạch trung tâm là công cụ rất hữu ích trong y học lâm sàng. Điều này quan trọng không chỉ với việc truyền dịch và sử dụng thuốc mà còn rất quan trọng trong việc đo lường các biến số huyết động, đặc biệt ở những bệnh nhân được chăm sóc đặc biệt hoặc phẫu thuật nặng. Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm là một thủ thuật tương đối an toàn nhưng đôi khi có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm, chẳng hạn như tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi, tràn dịch màng ngoài tim, chèn ép tim, nhiễm trùng huyết. Chúng tôi xin thông báo nhân một trường hợp tràn dịch màng phổi bên phải sau mổ cắt gan do biến chứng đặt catheter tĩnh mạch trung tâm. **Từ khóa:** tràn dịch màng phổi, tĩnh mạch trung tâm.

SUMMARY

PLEURAL EFFUSION AFTER HEPATECTOMY DUE TO CENTRAL VENOUS CATHETER COMPLICATIONS: A CASE REPORT AND LITERATURE

Central venous catheters are very useful tools in clinical medicine. This is important not only for infusions and history drug use but is also important in measuring hemodynamic variables, especially in patients receiving special care or complicate surgery. Central venous catheterization is a relatively safe procedure but can sometimes cause dangerous complications, such as pneumothorax, hemothorax, pericardial effusion, cardiac tamponade, sepsis. We report a case of right-sided pleural effusion after hepatectomy due to central venous catheter complications. **Keywords:** pleural effusion, central venous catheter

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Catheter tĩnh mạch trung tâm (central venous catheter-CVC) là một thủ thuật được thực hiện thường quy trong những phẫu thuật lớn tại phòng mổ, trong các đơn vị hồi sức với mục đích truyền dịch, theo dõi huyết động và truyền hóa chất. Siêu âm, chụp dưới màn huỳnh quang có thể hỗ trợ cho việc đặt Catheter được chính xác. Tuy nhiên việc đặt sai vị trí của Catheter vẫn có thể xảy ra.¹ Việc đặt sai vị trí của Catheter có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng như tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi hoặc chèn ép tim.^{2,3} Các biến chứng được báo cáo nhiều nhất là đặt sai vị trí, tràn khí màng phổi với tỷ lệ xảy ra những biến chứng này khoảng 5-19%.³ Tràn dịch màng phổi do đặt catheter tĩnh mạch trung tâm là một biến chứng hiếm gặp, nó có thể xảy ra cùng bên hoặc cả hai bên và nó có thể đe dọa tính mạng người bệnh nếu không được xử lý kịp thời. Chúng tôi xin báo cáo một trường hợp tràn dịch màng phổi bên phải sau mổ cắt gan do đặt catheter tĩnh mạch trung tâm bên phải đã được điều trị thành công.

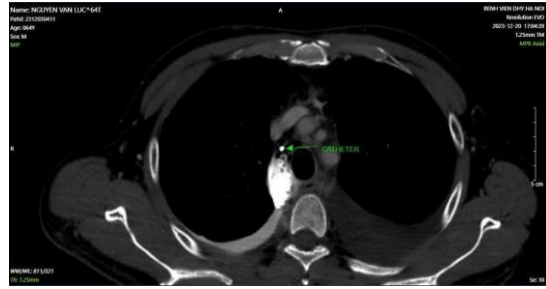
II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 64 tuổi, tiền sử viêm gan B 20 năm chưa điều trị, cắt bán phần cực dưới dạ dày do loét 32 năm. Vào bệnh viện Bãi Cháy – Quảng Ninh do đau bụng âm ỉ hạ sườn phải 2 tuần kèm gầy sút 3kg/tháng với chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan phân thùy sau – viêm gan B/ Tiền sử phẫu thuật cắt bán phần cực dưới dạ dày và được phẫu thuật cắt gan phân thùy sau. Trước khi phẫu thuật bệnh nhân được đặt catheter tĩnh mạch cảnh trong bên phải và gây mê toàn thân. Đánh giá trong mổ: Ổ bụng khô, phúc mạc nhẵn, gan xơ hóa nhẹ, phân thùy sau

có khối u kích thước 5x6 cm nằm sát vòm hoành và tĩnh mạch chủ dưới, chưa xâm lấn xung quanh, túi mật không viêm, hạch rốn gan không to. Dạ dày đã phẫu thuật cắt bán phần cực dưới, miệng nối Finsterer trước mạc treo đại tràng ngang, lưu thông tốt, ruột non, đại tràng không phát hiện bất thường. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan phân thùy sau, đặt 02 dẫn lưu dưới vòm hoành phải và diện cắt gan. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tế bào gan. Sau mổ bệnh nhân nhịn ăn đường miệng, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch qua catheter. Sau phẫu thuật 1 ngày bệnh nhân xuất hiện khó thở, trên xquang ngực thẳng và siêu âm có hình ảnh tràn dịch màng phổi phải, được chọc hút dịch màng phổi phải vào ngày thứ 2 và ngày thứ 3 lần lượt ra 800ml và 1300ml dịch trắng đục như sữa. Xét nghiệm dịch chọc dò kết quả: Triglycerid dịch là 4.38mmol/L, Cholesterol toàn phần dịch là 0.14 mmol/L, được chẩn đoán tràn dịch dưỡng chấp màng phổi phải (theo tuyên bố đồng thuận của nhóm Nghiên cứu quốc tế phẫu thuật Tụy về rò đường chấp).⁷ Vào ngày thứ 3 sau phẫu thuật: Sau khi được chẩn đoán rò đường chấp khoang màng phổi phải, bệnh nhân được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hoàn toàn qua catheter và dẫn lưu khoang màng phổi phải ra 200ml dịch đục sữa/24 giờ, 2 dẫn lưu ổ bụng ra 25ml dịch hồng nhạt/ 24 giờ. Bệnh nhân chuyển đến bệnh viện của chúng tôi điều trị vào ngày thứ 4 sau phẫu thuật trong tình trạng: Bệnh nhân tỉnh, không sốt. Da, niêm mạc bình thường. Huyết động ổn. Tim đều, rì rào phế nang phổi phải giảm, phổi không rale. Bụng mềm. Dẫn lưu màng phổi phải ra 500 ml dịch trắng đục/24 giờ, dẫn lưu ổ bụng ra 50 ml dịch hồng nhạt/ 24 giờ. Hình ảnh cắt lớp vi tính: đầu catheter nằm trong trung thất, sau tiêm thuốc cản quang qua catheter, thuốc đi vào trong trung thất và khoang màng phổi phải. Dịch có thuốc cản quang trong khoang màng phổi phải dày 24mm.



A. Hình ảnh catheter nằm trong tĩnh mạch cảnh trong phải



B. Hình ảnh rò thuốc cản quang qua catheter vào trung thất

Hình 1. Hình ảnh vị trí catheter trong trung thất của bệnh nhân (mũi tên xanh)

Bệnh nhân được chẩn đoán: Vết thương xuyên tĩnh mạch cảnh trong phải sau thủ thuật đặt catheter tĩnh mạch trung tâm/ Còn catheter tĩnh mạch trung tâm sau mổ cắt gan phân thùy sau. Sau khi có chẩn đoán xác định nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi, chúng tôi ngừng sử dụng thuốc và nuôi dưỡng qua catheter, tiến hành sử dụng thuốc và nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch ngoại vi. Vào ngày thứ 6 sau phẫu thuật, sau khi ngừng sử dụng catheter trong tiêm truyền và nuôi dưỡng tĩnh mạch, dẫn lưu khoang màng phổi ra ít, dẫn lưu ổ bụng ra 400ml dịch hồng nhạt/ 24 giờ. Bệnh nhân được phẫu thuật rút catheter tĩnh mạch trung tâm với tổn thương trong mổ là Catheter xuyên qua tĩnh mạch cảnh trong phải, chạy dọc xuống trung thất theo đường đi của bó mạch cảnh. Trong mổ, chúng tôi tiến hành rút catheter, khâu vết thương tĩnh mạch cảnh trong phải bằng chỉ Prolene 6.0, sau đó chúng tôi khâu vết mổ hai lớp cân cơ và da. Sau phẫu thuật bệnh nhân ổn định và ra viện.



Hình 2. Hình ảnh xquang ngực chụp lại sau điều trị phẫu thuật rút catheter 1 tuần

III. BÀN LUẬN

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm là một thủ thuật thiết yếu, đặc biệt trong chăm sóc bệnh nhân nguy kịch. Đây là một thủ thuật phổ biến và tương đối an toàn nhưng đôi khi có thể xuất hiện các biến chứng nguy hiểm như tràn dịch

màng phổi, tràn khí màng phổi, chèn ép tim. Tràn dịch màng phổi là một biến chứng hiếm gặp của đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.³ Nó có thể do nguyên nhân đặt catheter sai vị trí giải phẫu hoặc di chuyển catheter trong quá trình đặt và tiếp tục truyền dịch qua catheter. Dù sao thì đây là một biến chứng rất hiếm gặp và không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu để chẩn đoán biến chứng này. Có nhiều biện pháp chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán vị trí đặt của CVC, tuy nhiên mỗi một biện pháp chẩn đoán đều có hạn chế nhất định, Xq cho chúng ta hình ảnh 2 chiều, siêu âm cho phép xác định đường vào tĩnh mạch của kim chọc. Chụp cắt lớp vi tính được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán sai vị trí của CVC. Vị trí của Catherter có thể di chuyển do nhịp thở, động học của lồng ngực, tư thế soay và chuyển động của cổ điều này có thể dẫn đến làm vỡ mạch máu. Điều này hay xảy ra với Catherter đặt ở bên trái do Catherter thích tựa vào thành phải, phía trên của tĩnh mạch cảnh ngoại tại vị trí tam giác cảnh.¹ Phụ nữ thường gặp biến chứng ăn mòn mạch máu của Catherter do kích thước của tĩnh mạch cảnh nhỏ hơn nam giới.⁴ Viêm tĩnh mạch dẫn đến thành mạch yếu và là hậu quả là vỡ thành tĩnh mạch.⁵ Đã có những thông báo về việc di chuyển của Catherter vào trong hệ thống tĩnh mạch phổi gây tràn dịch màng phổi do tăng áp lực tĩnh.⁶ Bờ phải tĩnh mạch chủ trên, tĩnh mạch Azygous, tĩnh mạch bán đơn và các tĩnh mạch trong lồng ngực liên tiếp ngay sát với màng phổi, chính vì vậy trong trường hợp tổn thương các tĩnh mạch này ở vị trí sát màng phổi có thể gây tràn máu màng phổi do áp lực âm trong khoang màng phổi. Nếu trường hợp Catherter nằm trong khoang màng phổi có thể gây ra tình trạng chảy máu hoặc tràn dịch màng phổi qua Catherter khi truyền dịch hoặc máu qua đây.

Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân xuất hiện chức năng hô hấp ngày càng xấu đi, được phát hiện tràn dịch màng phổi thông qua xquang ngực, siêu âm đánh giá dịch màng phổi và được chẩn đoán xác định qua chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có bơm thuốc cản quang qua catheter thấy thuốc cản quang tràn vào trong khoang màng phổi do đó gây tràn dịch màng phổi và cả dịch nuôi dưỡng vào trong khoang màng phổi khi chúng tôi sử dụng các loại dịch truyền này để truyền qua Catherter. Sau khi có chẩn đoán xác định nguyên nhân tràn dịch màng phổi là thuốc và dịch nuôi dưỡng truyền qua catheter, chúng tôi tiến hành sử dụng đường tĩnh mạch ngoại vi thay cho catheter tĩnh mạch trung tâm, và số lượng dịch màng phổi ngay

ngày sau đó đã giảm rất nhiều. Và trong trường hợp này, chúng tôi nghĩ cơ chế chính của tràn dịch màng phổi là thủng màng phổi trung thất. Để đề phòng biến chứng này cần xem xét các vấn đề sau khi đặt Catherter để hạn chế biến chứng có thể xảy ra đó là: (1) hút máu qua tất cả các cổng; (2) màu sắc của máu hút ra; (3) sử dụng các đầu dò siêu âm phù hợp khi đặt Catherter; (4) chụp Xq ngực khi sử dụng catheter lần đầu hoặc khi nghi ngờ có sự di chuyển của catheter. Khi xác định được có việc đặt catheter sai vị trí thì không nên rút ngay ra vì có thể gây chảy máu ồ ạt do đó cần tham khảo ý kiến của các phẫu thuật viên mạch máu hoặc các nhà điện quang can thiệp.⁷

IV. KẾT LUẬN

Mặc dù có nhiều biện pháp khác nhau để hạn chế việc đặt Catherter sai vị trí. Tuy nhiên biến chứng này vẫn hoàn toàn có thể xảy ra và gây ra các hậu quả nghiêm trọng nếu chúng ta không phát hiện được. Tất cả các nhân viên y tế cần biết về các biện pháp phòng ngừa tai biến trước khi sử dụng CVC, nếu chẩn đoán biến chứng do catheter tĩnh mạch trung tâm thì nên phẫu thuật rút catheter bởi các phẫu thuật mạch máu hoặc các nhà điện quang can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Karnik PP, Shah HB, Dave NM, Garasia M.** Massive pleural effusion following central venous catheter migration: tips to remember. *Pediatr Anesth Crit Care J.* 2016;4(2):83-85. doi:10.14587/paccj.2016.16
- McGee DC, Gould MK.** Preventing complications of central venous catheterization. *N Engl J Med.* 2003; 348 (12): 1123-1133. doi:10.1056/NEJMra011883
- Merrer J, De Jonghe B, Golliot F, et al.** Complications of femoral and subclavian venous catheterization in critically ill patients: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2001;286(6): 700-707. doi:10.1001/jama. 286.6.700
- Jabeen S, Murtaza G, Hanif MZ, Morabito A, Khalil B.** Migration of Indwelling Central Venous Catheter and Fatal Hydrothorax. *Eur J Pediatr Surg Rep.* 2014;2(1):32-34. doi:10.1055/s-0033-1347130
- Sridhar S, Thomas N, Kumar ST, Jana AK.** Neonatal hydrothorax following migration of a central venous catheter. *Indian J Pediatr.* 2005;72(9):795-796. doi:10.1007/BF02734155
- Madhavi P, Jameson R, Robinson MJ.** Unilateral pleural effusion complicating central venous catheterisation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2000;82(3): F248-249. doi:10.1136/fn.82.3.f248
- Gibson F, Bodenham A.** Misplaced central venous catheters: applied anatomy and practical management. *Br J Anaesth.* 2013;110(3):333-346. doi:10.1093/bja/aes497

TÌNH HÌNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC CHỦNG STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA PHÂN LẬP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH 2019-2023

Nguyễn Văn An¹, Nguyễn Thị Hải²,
Nguyễn Hoàng Việt³, Lê Hạ Long Hải^{3,4}

TÓM TẮT

Stenotrophomonas maltophilia là một trong những tác nhân gây bệnh quan trọng. Hơn nữa, các chủng vi khuẩn *S. maltophilia* đang gia tăng sự đề kháng với các kháng sinh. **Đối tượng và phương pháp:** Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm xác định một số đặc điểm dịch tễ học và tính kháng kháng sinh của các chủng *S. maltophilia* phân lập được tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh từ 2019 đến 2023. **Kết quả:** Trong 42 chủng *S. maltophilia* phân lập được, có 59,5% phân lập từ người bệnh ≥ 60 tuổi, 54,8% từ nam giới, 76,2% từ các khoa hệ Nội và 73,8% từ máu. Tỷ lệ các chủng *S. maltophilia* đề kháng với Levofloxacin (LVX) và Trimethoprim-Sulfamethoxazole (SXT) lần lượt là 5,7% và 11,9%. Các khoa ICU có tỷ lệ phân lập được *S. maltophilia* đề kháng với kháng sinh cao nhất. Các chủng đề kháng với LVX đều đề kháng với SXT. **Kết luận:** Cần đặc biệt lưu ý khi sử dụng LVX để điều trị các nhiễm khuẩn do *S. maltophilia*. Cộng tác giám sát kháng kháng sinh và kiểm soát nhiễm khuẩn cần được quan tâm đặc biệt để nâng cao hiệu quả điều trị và giảm thiểu sự lan truyền các chủng vi khuẩn đề kháng.

SUMMARY

ANTIMICROBIAL SUSCEPTIBILITY PATTERNS OF STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA ISOLATED AT BAC NINH GENERAL HOSPITAL FROM 2019 TO 2023

Stenotrophomonas maltophilia represents a significant pathogenic threat, with increasing instances of antibiotic resistance among its strains. Method: This cross-sectional descriptive study endeavours to elucidate the epidemiological characteristics and antibiotic resistance profiles of *S. maltophilia* strains isolated at a provincial general hospital in Bac Ninh during the period from 2019 to 2023. **Results:** Of the 42 isolated strains, 59.5% were obtained from patients aged ≥ 60 years, 54.8% from males, 76.2% from Internal Medicine departments, and 73.8% from blood specimens. The resistance rates of *S. maltophilia* strains to Levofloxacin (LVX) and Trimethoprim-Sulfamethoxazole (SXT) were 5.7% and

11.9%, respectively. Notably, Intensive Care Units (ICUs) exhibited the highest rate of isolation of *S. maltophilia* strains resistant to antibiotics. Furthermore, strains resistant to LVX demonstrated universal resistance to SXT. **Conclusions:** the findings underscore the importance of exercising caution when utilizing LVX for treating infections caused by *S. maltophilia*. The study underscores the importance of prioritizing ongoing monitoring of antibiotic resistance and implementing robust infection control measures, not only to enhance treatment efficacy but also to mitigate the dissemination of resistant bacterial strains.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Stenotrophomonas maltophilia là một trong những tác nhân gây bệnh quan trọng do có khả năng gây ra nhiều loại bệnh nhiễm trùng như viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, viêm nội tâm mạc, nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm màng não, viêm đường mật, nhiễm trùng mô mềm và nhiễm trùng vết thương...với các biểu hiện lâm sàng khác nhau [6]. Việc sử dụng kháng sinh tùy tiện, sự gia tăng số lượng các thủ thuật xâm lấn cũng như sự suy giảm miễn dịch ở người bệnh càng khiến vi khuẩn này nổi lên như một tác nhân lây nhiễm trong bệnh viện, đặc biệt là ở các đơn vị chăm sóc đặc biệt (Intensive care unit - ICU) [6]. Tỷ lệ tử vong do nhiễm *S. maltophilia* có thể lên tới 37,5% [4]. Thêm vào đó, *S. maltophilia* có khả năng đề kháng với các kháng sinh thuộc nhóm β -lactam, aminoglycoside và carbapenem, làm giảm đáng kể các lựa chọn điều trị bằng kháng sinh. Trước đây, Trimethoprim-Sulfamethoxazole (SXT) được coi là kháng sinh đầu tay để điều trị các nhiễm trùng do *S. maltophilia* gây ra [8]. Các nghiên cứu gần đây cũng chỉ ra rằng: với những chủng *S. maltophilia* đề kháng SXT, Levofloxacin (LVX) có thể sử dụng để thay thế [2]. Tuy vậy, các nghiên cứu gần đây lại chỉ ra rằng vi khuẩn này đang gia tăng sự đề kháng với LVX [5, 7]. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về sự kháng kháng sinh của *S. maltophilia* còn hạn chế. Hơn nữa, chưa có một công trình nghiên cứu nào được công bố về sự đề kháng với kháng sinh của vi khuẩn này tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Chính vì các lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Tình hình kháng kháng sinh của các chủng

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh

³Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024