

y tế trong điều trị bệnh cho người bệnh có BHYT tại BVLVT đã cung cấp những thông tin tổng quan về cơ cấu chi phí theo loại bệnh và theo thành phần, từ đó, giúp ban giám đốc bệnh viện đánh giá được hoạt động chuyên môn của bệnh viện trong giai đoạn liên quan. Đây là những thông tin cần thiết hỗ trợ cho việc điều chỉnh ngân sách trong mua sắm và sử dụng các dịch vụ y tế, đồng thời cũng là căn cứ xây dựng và hoàn thiện kế hoạch đào tạo nhân sự chuyên môn phù hợp với nhu cầu điều trị thực tế tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fautrel, B., Boonen, A., de Wit, M., Grimm, S., Joore, M., & Guillemin, F (2020). "Cost assessment of health interventions and diseases", RMD Open, 6(3), e001287.
2. Hoàng Thy Nhac Vũ, Nguyễn Đỗ Hồng Nhung, Lê Phước Thành Nhân, Trần Văn Khanh (2022). "Phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị đái tháo đường típ 2 cho người bệnh có bảo hiểm y tế tại bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2021", Tạp chí Y học Việt Nam, số 1, tập 519, trang 175-179.
3. Nguyễn Trọng Duy Thức, Lê Thọ, Đồng Sỹ Quang, Trần Thị Ngọc Vân, Hoàng Thy Nhac Vũ (2021). "Phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú bệnh viêm phổi do vi khuẩn cho trẻ em có Bảo hiểm Y tế tại Bệnh viện nhi Lâm Đồng giai đoạn 2019-2020". Tạp chí Y học Việt Nam, tập 501 số 1, trang 99-103.
4. Đào Đức Tài, Hoàng Thy Nhac Vũ, Đỗ Thị Thu Hà, Trần Thị Ngọc Vân, Nguyễn Thị Phương Thảo (2019). "Dự báo chi phí trực tiếp y tế trong năm đầu điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm y tế Quận 1 Thành phố Hồ Chí Minh theo quan điểm người chi trả", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, phụ bản tập 23, số 6, trang 68-74.
5. Nguyễn Thị Thùy Trang, Phạm Ngọc Thủy Tiên, Hoàng Thy Nhac Vũ (2022). "Phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Quận 8 thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2019-2021", Tạp Chí Y học Việt Nam, tập 514, số 1, trang 123-127.
6. Wang S, Petzold M, Cao J, et al. (2015). "Direct medical costs of hospitalizations for cardiovascular diseases in Shanghai, China: trends and projections", Medicine (Baltimore); 94(20):e837.
7. Fox KM, Wang L, Gandra SR, et al. (2016). "Clinical and economic burden associated with cardiovascular events among patients with hyperlipidemia: a retrospective cohort study", BMC Cardiovasc Disord; 16:13.
8. World Health Organization (2022). Cardiovascular diseases. Available from: <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG: RÒ DƯỠNG CHẤP SAU PHẪU THUẬT CẮT THẬN RỘNG RÃI

Trần Quốc Hòa^{1,2}, Trần Trung Thành^{1,2},
Phạm Duy Đức², Nguyễn Ngọc Ánh²

TÓM TẮT

Rò dưỡng chấp (RDC) sau phẫu thuật là một biến chứng hiếm gặp của phẫu thuật sau phúc mạc. RDC có thể xảy ra sau phẫu thuật động mạch chủ bụng hoặc phẫu thuật nạo hạch bạch huyết sau phúc mạc. Tỷ lệ này cao hơn ở những người đã trải qua phẫu thuật cắt bỏ hạch bạch huyết ở những bệnh nhân cắt bỏ thận triệt để và thường xuyên hơn ở bên trái so bên phải. Hiện chưa có một điều trị tiêu chuẩn nào cho RDC. Can thiệp chẩn đoán hình ảnh hoặc phẫu thuật thường được đưa ra nếu điều trị bảo tồn thất bại. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân được can thiệp chẩn đoán hình ảnh đặt ống thông ống ngực do hẹp chỗ đổ của ống ngực vào tĩnh mạch dưới đòn trái trong điều trị rò dưỡng chấp. Đây là một bệnh

nhân sau mổ cắt thận trái rộng rãi do ung thư biểu mô tế bào thận tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả: Hẹp chỗ đổ ống ngực vào tĩnh mạch dưới đòn làm tăng áp lực hệ thống bạch huyết, liên quan đến các hạch bụng to bất thường và là yếu tố làm tăng nguy cơ rò bạch mạch sau mổ. Can thiệp chẩn đoán hình ảnh hoặc phẫu thuật là cần thiết nếu điều trị bảo tồn thất bại. Đặt ống thông trong điều trị hẹp ống ngực làm giảm áp lực hệ bạch mạch một cách an toàn và hiệu quả. **Từ khóa:** rò dưỡng chấp, cắt thận rộng rãi, ống ngực, tĩnh mạch dưới đòn.

SUMMARY

CHYLOUS ASCITES FOLLOWING RADICAL NEPHRECTOMY: A CASE REPORT

Postoperative chyloous fistula. (CF) is a rare complication of retroperitoneal surgery. CF can occur after abdominal aortic surgery or retroperitoneal lymph node dissection. This rate is higher in those who have undergone lymphadenectomy in patients with a radical nephrectomy, and more often on the left side than on the right. There is currently no standard treatment for CF. Imaging or surgical intervention is usually given if conservative treatment fails. We report

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hòa

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

a case of a patient undergoing radiographic intervention for thoracic catheterization due to narrowing of the thoracic outlet into the left subclavian vein in the treatment of chylous fistula. This is a patient after extensive left nephrectomy for renal cell carcinoma at Hanoi Medical University Hospital. Result: Narrowing of the thoracic outlet into the subclavian vein increases lymphatic pressure, is associated with abnormally enlarged abdominal lymph nodes, and is a risk factor for postoperative lymphatic fistula. Imaging or surgical intervention is necessary if conservative treatment fails. Catheterization in the treatment of thoracic duct stenosis safely and effectively reduces lymphatic. **Keywords:** chylous ascites, radical nephrectomy, thoracic duct, subclavian vein.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò dưỡng chấp (RDC) sau phẫu thuật là một biến chứng hiếm gặp của phẫu thuật sau phúc mạc. RDC có thể xảy ra sau phẫu thuật động mạch chủ bụng hoặc phẫu thuật nạo hạch bạch huyết sau phúc mạc. Tỷ lệ này cao hơn ở những người đã trải qua phẫu thuật cắt bỏ hạch bạch huyết ở những bệnh nhân cắt bỏ thận triệt để và thường xuyên hơn ở bên trái so bên phải.¹ Chẩn đoán RDC khi nồng độ triglyceride dịch rò trên 110 mg/dL hoặc lớn gấp trên 2 lần so với triglyceride huyết thanh.²⁻⁴ Hiện chưa có một điều trị tiêu chuẩn nào cho RDC. Can thiệp chẩn đoán hình ảnh hoặc phẫu thuật thường được đưa ra nếu điều trị bảo tồn thất bại. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân được can thiệp chẩn đoán hình ảnh trong điều trị rò dưỡng chấp sau mổ cắt thận trái rộng rãi do ung thư biểu mô tế bào thận tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Đây là một bệnh nhân nữ 27 tuổi có tiền sử gia đình có anh trai ruột đã qua đời do ung thư biểu mô tế bào thận (UTBMTBT) khi còn trẻ. Bệnh nhân sau đẻ thường con so cách 1 tháng. Trước đó, bệnh nhân không có tiền sử mắc các bệnh lý nội khoa đặc biệt hay ngoại khoa nào. Bệnh nhân có kiểm tra thai định kỳ nhưng không bất thường nào được phát hiện. Bệnh nhân vào viện khám vì xuất hiện đau nhiều thắt lưng trái sau đẻ. Trên siêu âm phát hiện một khối cản âm hỗn hợp kích thước khoảng 110mm. Bệnh nhân được chụp phim cắt lớp vi tính hệ tiết niệu. Kết quả cho thấy hình ảnh theo dõi UTBMTBT trái kích thước 45x62 mm có biến chứng chảy máu. Kích thước khối máu tụ là 55x105 mm. Khối máu tụ vỡ ra ngoài bao thận tuy nhiên khối u chưa xâm lấn ra bao thận.

Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là UTBMTBT trái cT1bN0M0 có biến chứng chảy máu. Theo thang điểm RENAL, đây là trường hợp

có khối u chảy máu kích thước lớn, khối u nằm sâu trong nhu mô, gần bể thận và rốn thận. Đây là một phẫu thuật tiên lượng rất phức tạp với nguy cơ biến chứng của phẫu thuật ước tính 21,9%. Bệnh nhân được dự kiến phẫu thuật nội soi sau phúc cắt thận trái toàn bộ.

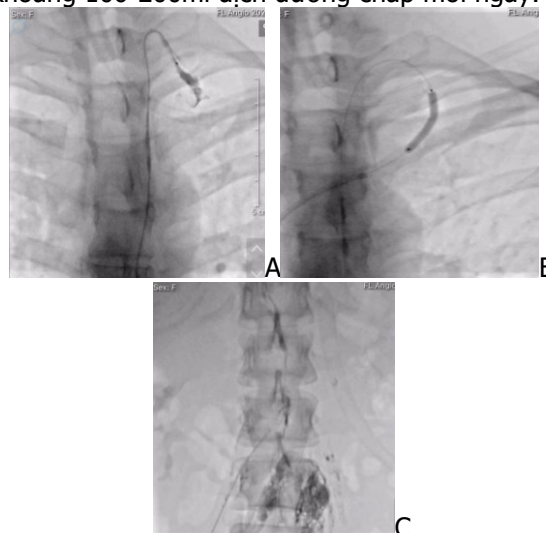


Hình 1. Khối u thận trái vỡ trên phim chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu

Trong mổ, khối u thận chảy máu nhiều và mỡ quanh thận viêm dính. Chúng tôi ghi nhận nhiều hạch bạch huyết rốn thận và cạnh động mạch chủ bụng.

Hạch kích thước lớn nhất lên đến 20 mm. Chẩn đoán trong mổ theo dõi ung thư di căn hạch. Bệnh nhân được tiến hành nội soi sau phúc mạc cắt thận trái rộng rãi, vét hạch rốn thận và hạch dọc động mạch chủ bụng.

Sau mổ ở giờ thứ 20, dẫn lưu thận ra 100ml dịch trắng sữa. Xét nghiệm sinh hoá dịch dẫn lưu cho kết quả nồng độ triglyceride 41,5 g/L. Bệnh nhân được theo dõi và điều trị bơm betadin 10% qua dẫn lưu vào khoang sau phúc mạc kết hợp với thay dẫn lưu không áp lực âm và chế độ ăn không chất béo. Tuy nhiên kết quả điều trị nội thất bại sau 1 tháng điều trị bảo tồn. Dẫn lưu ra khoảng 100-200ml dịch dưỡng chấp mỗi ngày.



Hình 2. Can thiệp bạch mạch dưới chân đoán hình ảnh

A. Hẹp vị trí ống ngực đổ vào tĩnh mạch dưới đòn trái. B. Đặt ống thông vào đoạn hẹp ống ngực. C. Sau can thiệp, thuốc cản quang không thoát ra vị trí rò.

Bệnh nhân được chụp hệ bạch mạch dưới phim cộng hưởng từ. Kết quả cho thấy hình ảnh rò bạch huyết qua nhánh ngang mức cột sống thắt lưng 2. Bệnh nhân được chỉ định can thiệp bạch mạch xét nút mạch bạch huyết bị rò. Trong quá trình can thiệp, chúng tôi nhận thấy chỗ đổ của ống ngực vào tĩnh mạch dưới đòn trái của bệnh nhân bị hẹp. Biểu hiện là thuốc cản quang đi vào tĩnh mạch dưới đòn trái rất khó khăn. Chúng tôi tiến hành đặt một ống thông đường kính 3mm, dài 26mm qua chỗ hẹp. Sau khi đặt ống thông, kiểm tra không thấy thoát quốc cản quang qua vị trí rò. Thủ thuật can thiệp kết thúc mà không cần nút vị trí rò.

Lâm sàng của bệnh nhân cải thiện ngay sau can thiệp. Dẫn lưu không ra thêm dưỡng chấp. Bệnh nhân được dinh dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch trong 2 ngày đầu sau can thiệp. Ngày thứ 3 sau can thiệp bệnh nhân được xuất viện.

Sau 1 tháng khi khám lại, bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng rất tốt và siêu âm không thấy có dịch khoang sau phúc mạc. Giải phẫu bệnh sau mổ cho kết quả là ung thư biểu mô tế bào thận tít nhú cT1bN0M0.

III. BÀN LUẬN

Rò dưỡng chấp (RDC) sau phẫu thuật là một biến chứng hiếm gặp của phẫu thuật sau phúc mạc. RDC có thể xảy ra sau phẫu thuật động mạch chủ bụng hoặc phẫu thuật nạo hạch bạch huyết sau phúc mạc. Tỷ lệ này cao hơn ở những người đã trải qua phẫu thuật cắt bỏ thận triệt để và thường xuyên hơn ở bên trái so bên phải.¹ Các thân bạch huyết dọc thắt lưng là các kênh bạch huyết chính sau phúc mạc, được hình thành bởi sự hợp nhất của các mạch bạch huyết chậu chung, xuất phát từ các tuyến bạch huyết của chi dưới, cơ quan sinh dục và các cơ quan vùng chậu. Các tuyến bạch huyết sau phúc mạc là cơ chế dẫn lưu hạch bạch huyết khu vực cho thận và tinh hoàn và là vị trí dẫn lưu thứ cấp cho cơ quan sinh dục ngoài, đáy chậu và các cơ quan vùng chậu. Phẫu thuật tiết niệu sau phúc mạc, chủ yếu là nạo hạch được thực hiện đối với ung thư tinh hoàn và thận, liên quan đến việc bóc tách rộng rãi có thể dẫn đến phá vỡ các kênh bạch huyết chính sau phúc mạc và dẫn đến rò dưỡng chấp.⁵ Cơ chế bệnh sinh RDC sau phẫu

thuật bao gồm sự gián đoạn của bề dưỡng chấp hoặc các kênh bạch huyết sau phúc mạc dẫn đến hình thành lỗ rò và tích tụ dịch dưỡng chấp.¹ Một nghiên cứu đoàn hệ gồm 1103 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ RDC sau phẫu thuật bụng là 1,1%.³ Tỷ lệ RDC cao hơn ở những bệnh nhân có phẫu thuật vét hạch phổi hợp với cắt bỏ thận triệt để và thường xuyên hơn ở bên trái so bên phải.^{1,5} Bề dưỡng chấp là sự giãn nở dạng túi của các tuyến bạch huyết dọc thắt lưng, nằm xung quanh động mạch chủ và phía trước đốt sống thắt lưng thứ nhất và thứ hai. Quá trình này có thể bị gián đoạn khi phẫu thuật rộng rãi sau phúc mạc và/hoặc nạo vét hạch được thực hiện trong quá trình cắt bỏ thận trái. Quá trình cầm máu bằng dao điện đơn cực, lưỡng cực hoặc siêu âm được sử dụng trong phẫu thuật nội soi có thể dẫn đến sự gián đoạn kênh bạch huyết.⁶ Ngày nay tỷ lệ RDC sau phẫu thuật ngày càng tăng do xu thế phẫu thuật nội soi ngày càng phổ biến.¹ Bệnh nhân của chúng tôi là một trường hợp đặc biệt. RDC của bệnh nhân với số lượng không nhiều nhưng liên tục và không đáp ứng với điều trị bảo tồn. Có hai nguyên nhân có thể giải thích cho trường hợp này. Một là bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận rộng rãi. Theo thang điểm RENAL, đây là trường hợp có khối u chảy máu kích thước lớn, khối u nằm sâu trong nhu mô, gần bể thận và rốn thận. Đây là một phẫu thuật tiên lượng rất phức tạp với nguy cơ biến chứng của phẫu thuật ước tính 21,9%. Hai là, bệnh nhân có tăng áp lực hệ thống bạch huyết do hẹp chỗ đổ của ống ngực vào tĩnh mạch dưới đòn trái. Thời gian xuất hiện RDC sau phẫu thuật có thể từ vài ngày đến vài tháng nhưng hay gặp nhất là từ 5 đến 12 ngày khi bệnh nhân bắt đầu ăn nhiều trở lại.⁷ Sự xuất hiện của dịch dưỡng chấp thường được mô tả là màu trắng sữa. Biểu hiện lâm sàng của RDC thường là bụng chướng không đau. Tuy nhiên, RDC có thể dẫn đến tình trạng rối loạn điện giải, suy dinh dưỡng, mất nước hoặc thậm chí tử vong do nhiễm trùng huyết.⁶ Việc quản lý RDC nên dựa trên cách tiếp cận từ điều trị bảo tồn đến can thiệp chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật. Khoảng 77% trường hợp có thể được quản lý bảo tồn thành công.⁸ Điều chỉnh chế độ dinh dưỡng đơn thuần hoặc kết hợp với thuốc lợi tiểu và chọc dò dịch dưỡng chấp có thể có hiệu quả đối với các trường hợp RDC nhẹ đến trung bình, dẫn đến kết quả thành công lên đến 50% trường hợp.⁵ Với trường hợp thất bại điều trị bảo tồn, ứng dụng can thiệp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn và can thiệp mạch bạch huyết đã được

biết đến gần đây và hiệu quả của nó đã được chứng minh.⁹ Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi xuất hiện dịch dưỡng chấp ngay ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Tính chất dịch dưỡng chấp tương tự như các mô tả trước đó với nồng độ triglyceride rất cao. Bệnh nhân được theo dõi trong 1 tháng, không có biến chứng suy dinh dưỡng, rối loạn điện giải hay nhiễm trùng nào. Mặc dù đã được tư vấn chế độ ăn nghèo chất béo và thay dẫn lưu không có áp lực âm, kết quả vẫn cho thấy điều trị bảo tồn không đáp ứng.

Bệnh nhân trong mổ được đánh giá giai đoạn lâm sàng là cT1bN1M0 theo dõi di căn hạch vì các hạch bạch huyết tăng kích thước bất thường. Hạch lớn nhất được ghi nhận có đường kính lên đến 20mm. Kết quả giải phẫu bệnh khẳng định toàn bộ 24 hạch đã vét đều không có tế bào ung thư. Giải thích cho hiện tượng này, vị trí đổ của ống ngực vào tĩnh mạch dưới đòn trái bị hẹp làm tăng áp lực hệ thống bạch huyết, gây ứ trệ bạch huyết khiến hạch bạch huyết tăng kích thước. Điều đó cũng làm nguy cơ của RDC sau phẫu thuật tăng lên.

IV. KẾT LUẬN

Rò dưỡng chấp sau phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận rộng rãi là biến chứng hiếm gặp. Hẹp chỗ đổ ống ngực vào tĩnh mạch dưới đòn làm tăng áp lực hệ thống bạch huyết, liên quan đến các hạch bụng to bất thường và là yếu tố làm tăng nguy cơ rò bạch mạch sau mổ. Can thiệp bạch mạch dưới chẩn đoán hình ảnh là một lựa chọn tốt nếu điều trị bảo tồn thất bại. Đặt ống thông trong điều trị hẹp ống ngực làm giảm áp lực hệ bạch mạch một cách an toàn và hiệu

quả. Sau can thiệp đặt ống thông ở ống ngực, áp lực hệ bạch huyết giảm dẫn đến việc lỏng rò có thể tự đóng mà không cần nút lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim BS, Yoo ES, Kim TH, Kwon TG. Chylous ascites as a complication of laparoscopic nephrectomy. J Urol. 2010; 184:570-574.
2. Collard JM, Laterre PF, Boemer F, Reynaert M, Ponlot R. Conservative treatment of postsurgical lymphatic leaks with somatostatin-14. Chest. 2000; 117:902-905.
3. Steinemann DC, Dindo D, Clavien PA, Nocito A. Atraumatic chylous ascites: systematic review on symptoms and causes. J Am Coll Surg. 2011; 212:899-905.
4. Pan W, Cai SY, Luo HL, Ouyang SR, Zhang WD, Wei ZR, et al. The application of nutrition support in conservative treatment of chylous ascites after abdominal surgery. Therapeutics and Clinical Risk Management. 2016; 12:607-612.
5. Leibovitch I, Mor Y, Golomb J, Ramon J. The diagnosis and management of postoperative chylous ascites. J Urol. 2002; 167:449-457.
6. Hsiao CH, Yu CC, Hsieh TY, Kao YL, Wang SC, Chen WJ, et al. Chylous ascites as a complication of nephroureterectomy. Urological Science. 2015; 26(2):139-141.
7. Kaas R, Rustman LD, Zoetmulder FA. Chylous ascites after oncological abdominal surgery: incidence and treatment. Eur J Surg Oncol. 2001; 27(187-189).
8. Seth A, Sharma A, Kenwar DB, Singh S. Chylous ascites: complication of laparoscopic donor nephrectomy. Case report and review of literature. Transplantation. 2019; 103(4):e74-e78.
9. Hoa TQ, Cuong NN, My TTT, Linh LT, Hoan L, Canh PH, et al. Chylous ascites after donor nephrectomy: MR lymphangiography and lymphatic embolization treatment. Radiology Case Reports. 2023; 18(3):1029-1032.

NGUY CƠ TIM MẠCH CỦA CÁN BỘ THUỘC BAN THƯỜNG VỤ TỈNH ỦY THÁI BÌNH QUẢN LÝ SAU MẮC COVID-19

Trần Thị Nương¹, Nguyễn Thị Lý¹, Lê Thị Thanh Phương²,
Trần Xuân Thủy¹, Vũ Phi Hùng¹, Lê Minh Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở đối tượng cán bộ sau mắc COVID-19.
Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt

ngang thực hiện trên 408 cán bộ thuộc ban thường vụ tỉnh ủy Thái Bình quản lý đã mắc COVID-19. **Kết quả nghiên cứu:** Nam chiếm 84,5%, độ tuổi trung bình chung là 63,5± 12,9. Yếu tố nguy cơ tim mạch chính là tăng cholesterol máu (61,1%), thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ 60,5%. Tỷ lệ có và đang hút thuốc lá ở cán bộ đương chức nhiều hơn ở cán bộ hưu trí (26,4% so với 10,8%). Tỷ lệ cán bộ có YTNCTM rất cao chiếm 40,9%, cao chiếm 30,7%, trung bình chiếm 26,3%, thấp chiếm 2,5%. Tỷ lệ cán bộ có 2 YTNCTM mắc phải chiếm tỷ lệ cao nhất 35,5%, có 3 YTNCTM mắc phải chiếm 27,6%. Nam giới có nhiều YTNCTM hơn nữ giới. **Kết luận:** Tăng cholesterol máu là YTNCTM chiếm tỷ

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lý

Email: lythaibinh81@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023