

tương đối tốt, tuy nhiên còn thấp hơn so với dân số chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liang Y, Chen K hua, Yang J, et al.** Acute Toxicities and Prognosis of Elderly Patients with Nasopharyngeal Carcinoma After Intensity-Modulated Radiotherapy: Prediction with Nomogram. *CMAR*. 2020;Volume 12:8821-8832. doi:10.2147/CMAR.S261717
2. **Lyu Y, Ni M, Zhai R, et al.** Clinical characteristics and prognosis of elderly nasopharyngeal carcinoma patients receiving intensity-modulated radiotherapy. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2021;278(7):2549-2557. doi:10.1007/s00405-020-06399-5
3. **Yeh SA, Hwang TZ, Wang CC, et al.** Outcomes of patients with nasopharyngeal carcinoma treated with intensity-modulated radiotherapy. *Journal of Radiation Research*. 2021;62(3):438-447. doi:10.1093/jrr/rrab008
4. **Bùi Vinh Q.** Nghiên cứu điều trị ung thư vòm họng giai đoạn III, IV(MO) bằng phối hợp hoá - xạ trị gia tốc 3 chiều theo hình dạng khối u. Luận án tiến sĩ y học-Ung thư học. Trường đại học Y Hà Nội
5. **Huang Y, Chen W, Haque W, et al.** The impact of comorbidity on overall survival in elderly nasopharyngeal carcinoma patients: a National Cancer Data Base analysis. *Cancer Med*. 2018;7(4):1093-1101. doi:10.1002/cam4.1377
6. **Sommat K, Yit NLF, Wang F, Lim JHC.** Impact of comorbidity on tolerability and survival following curative intent intensity modulated radiotherapy in older patients with nasopharyngeal cancer. *Journal of Geriatric Oncology*. 2018;9(4):352-358. doi:10.1016/j.jgo.2018.01.006
7. **Lu T, Xiong X, Zhong F, Gong X, Li J.** Intensity modulated radiation therapy in elderly patients with nasopharyngeal carcinoma. *Holist Integ Oncol*. 2023;2(1):20. doi:10.1007/s44178-023-00047-8
8. **Au KH, Ngan RKC, Ng AWY, et al.** Treatment outcomes of nasopharyngeal carcinoma in modern era after intensity modulated radiotherapy (IMRT) in Hong Kong: A report of 3328 patients (HKNPCSG 1301 study). *Oral Oncology*. 2018;77:16-21. doi:10.1016/j.oraloncology.2017.12.004

DẪN LƯU THẬN LẠC CHỖ VÀO TĨNH MẠCH CHỦ - MỘT BIẾN CHỨNG NẶNG VÀ HIẾM GẶP SAU TÁN SỎI THẬN QUA DA: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Trần Quốc Hòa^{1,2}, Nguyễn Đình Bắc¹

TÓM TẮT

Dẫn lưu thận lạc chỗ vào tĩnh mạch chủ dưới là một biến chứng nặng và rất hiếm gặp sau tán sỏi thận qua da (TSQD) vì vậy có rất ít tài liệu trong nước và trên thế giới về biến chứng này, với biến chứng này nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời thì sẽ để lại nhiều hậu quả nghiêm trọng thậm chí dẫn đến tử vong. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh đặt dẫn lưu bể thận lạc chỗ vào tĩnh mạch chủ dưới kèm theo các ổ giả phình và thông động tĩnh mạch ở nhu mô thận sau TSQD ở một bệnh viện khác và được chuyển đến bệnh viện Đại học y Hà Nội trong tình trạng chảy máu, sau khi vào viện bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định với các tổn thương như trên và xử trí cấp cứu can thiệp mạch dưới DSA để nút các ổ giả phình và thông động tĩnh mạch bằng coil và keo sinh học, sau khi ổn định bệnh nhân được chụp tĩnh mạch thận, tĩnh mạch chủ dưới, rút dẫn lưu thận và nút tổn thương bằng surgical. Không có biến chứng nghiêm trọng nào sau các can thiệp trên, tuy nhiên có một ít huyết khối bám vào thành tĩnh mạch chủ nhưng với lượng ít nên không cần dùng thuốc chống đông. Trong quá trình

rút dẫn lưu có sự tham gia của bác sỹ phẫu thuật tiết niệu, phẫu thuật tim mạch, gây mê, hồi sức và can thiệp chẩn đoán hình ảnh để chủ động can thiệp khi có các sự cố. Trước và sau can thiệp bệnh nhân được theo dõi liên tục tại khoa Cấp Cứu – Hồi sức tích cực. Rút dẫn lưu bể thận lạc chỗ vào tĩnh mạch có thể thực hiện nhờ mổ mở hoặc rút đơn thuần dưới sự giảm sát của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Trong đó các báo cáo cho thấy rút dẫn lưu đơn thuần dưới các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đảm bảo được tính an toàn và nhẹ nhàng hơn so với mổ mở để rút dẫn lưu. **Từ khóa:** Dẫn lưu thận lạc chỗ, tán sỏi thận qua da, rút dẫn lưu thận, dẫn lưu bể thận qua da

SUMMARY

INTRAVENOUS MISPLACEMENT OF THE NEPHROSTOMY CATHETER – A RARE AND SEVERE COMPLICATION FOLLOWING PERCUTANEOUS NEPHROSTOLITHOTOMY: A CASE REPORT

Intravenous misplacement of the nephrostomy catheter following percutaneous nephrostolithotomy (PCNL) is severe and extremely rare, and little information is available about this complication. Because the patient's prognosis may be poor, sufficient attention should be paid to early identification and treatment of this complication. We report a case with intravenous nephrostomy catheter misplacement and active bleeding focus after PCNL in another hospital and was transferred to our hospital. The patient underwent vascular intervention to plug

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: 22.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.8.2023

Ngày duyệt bài: 28.8.2023

the pseudoaneurysms and arteriovenous fistula with coils and bio-glue. After that, the patient underwent renal vein – inferior vena cava angiography, renal sinus drainage and lesion node with surgical. There were no severe complications. However, there is a small amount of thrombus attached to the vena cava wall but no anticoagulation was needed. During the withdrawal process, urological surgeon, cardiovascular surgeon, anesthesiologist, resuscitator and radiological intervention were involved. Before and after withdrawal, the patient was continuously monitored at the Emergency – Intensive Care Department. Withdrawal could be performed by open surgery or under the supervision of imaging modalities. In which, the reports showed that drainage under supervision of imaging modalities was safer and less invasive than open surgery.

Keywords: Misplacement of nephrostomy catheter, percutaneous nephrostolithotomy, catheter withdrawal, percutaneous nephrostomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tán sỏi qua da (TSQD) là một phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong điều trị sỏi thận. TSQD được Fenstrom và Johansson mô tả lần đầu tiên vào năm 1976 và ngày càng được áp dụng rộng rãi trên thế giới.¹ Đây là một phẫu thuật ít xâm lấn để điều trị cho hầu hết các trường hợp sỏi thận.² Phẫu thuật này đã chứng minh được tính hiệu quả và an toàn, tuy nhiên vẫn còn tồn tại một số biến chứng nặng.³ Dẫn lưu thận được xem là một bước thường quy trong TSQD nhằm mục đích làm giảm chảy máu và dẫn lưu nước tiểu từ bể thận ra ngoài.⁴ Tuy nhiên vẫn còn tồn tại một số biến chứng liên quan đến dẫn lưu thận như: dẫn lưu bên ngoài thận, dẫn lưu vào tạng rỗng, ổ phúc mạc... trong đó dẫn lưu thận lạc chỗ vào tĩnh mạch chủ là một biến chứng nặng nề và rất hiếm gặp.^{4,5} Theo nghiên cứu của Fu và cộng sự cho thấy, tỷ lệ biến chứng đặt dẫn lưu thận lạc chỗ vào tĩnh mạch là 0,23 trên một nghìn bệnh nhân.⁴ Biến chứng này nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời có thể dẫn đến các biến chứng nặng khác như nhiễm trùng huyết, chảy máu và huyết khối.^{6,7} Vì vậy biến chứng này cần phải được phát hiện sớm và có chiến lược điều trị phù hợp cũng như có sự phối hợp của đa chuyên khoa trong quá trình điều trị.

Chúng tôi báo cáo một ca lâm sàng được chuyển đến bệnh viện chúng tôi trong tình trạng chảy máu trầm trọng qua dẫn lưu thận sau TSQD điều trị sỏi thận. Kết quả chụp cắt lớp vi tính sau đó cho thấy dẫn lưu thận xuyên qua nhu mô vào tĩnh mạch thận phải, đi vào tĩnh mạch chủ và lên đến tiểu nhĩ phải và các tổn thương ở nhu mô. Bệnh nhân sau đó đã được xử trí an toàn bằng các can thiệp ít xâm lấn.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 40 tuổi, tiền sử mổ mở lấy sỏi thận phải, tán sỏi qua da bên phải. Đợt này vào viện được chẩn đoán sỏi thận phải và được chỉ định TSQD qua đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm với 2 đường hầm vào bể thận. Sau tán sỏi bệnh nhân xuất hiện đái máu nhiều kèm theo chảy máu đỏ tươi qua dẫn lưu thận. Bệnh nhân đã được dùng thuốc cầm máu và truyền 4 đơn vị hồng cầu khối. Đến ngày thứ 4 sau TSQD tình trạng đái máu và chảy máu qua dẫn lưu thận không được cải thiện và sau đó bệnh nhân được chuyển đến bệnh viện Đại học y Hà nội.

Bệnh nhân được chuyển đến khoa Cấp Cứu – Hồi Sức Tích Cực trong tình trạng: Tỉnh táo hoàn toàn, mạch 100 lần/phút, huyết áp 110/70 mmHg, nhiệt độ 36,9 độ C, da niêm mạc nhợt, bụng mềm, nước tiểu qua sonde đỏ, dẫn lưu thận đã được kẹp lại. Xét nghiệm lúc vào viện: hồng cầu 2,72 T/l, hemoglobin 81 g/l, hematocrit 23%, tiểu cầu 211 G/l, creatinin máu 36 μ mol/l. Chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu có tiêm thuốc cản quang cho thấy: có 2 dẫn lưu bể thận qua da trong đó dẫn lưu qua nhóm đài giữa đi qua nhu mô thận vào tĩnh mạch thận phải và đi vào tĩnh mạch chủ dưới. Dẫn lưu bể thận còn lại đi vào nhóm đài dưới vào bể thận, cạnh dẫn lưu này có ổ thoát thuốc thì động mạch. Bệnh nhân được theo dõi liên tục tại khoa cấp cứu hồi sức tích cực, dùng kháng sinh, truyền dịch, giảm đau, truyền máu (thêm 5 đơn vị hồng cầu khối trong quá trình điều trị). Chúng tôi tiến hành hội chẩn đa chuyên khoa gồm: bác sỹ phẫu thuật tiết niệu, phẫu thuật tim mạch, nội tim mạch, gây mê, hồi sức cấp cứu và can thiệp chẩn đoán hình ảnh. Sau khi hội chẩn chúng tôi quyết định nút mạch thận chọn lọc để cầm máu và rút dẫn lưu thận lạc chỗ vào tĩnh mạch chủ dưới màn tăng sáng. Bệnh nhân được tiến hành theo kế hoạch: Đầu tiên bệnh nhân được chụp động mạch thận thấy nhánh động mạch cấp máu cho phần sau trên có các ổ tổn thương giả phình kèm theo thông động tĩnh mạch thận. Bệnh nhân được nút các nhánh mạch tổn thương bằng coil và hỗn hợp keo sinh học. Sau đó 12 tiếng, bệnh nhân được chụp tĩnh mạch thận và tĩnh mạch chủ dưới để rút dẫn lưu lạc chỗ và bít đường hầm bằng surgical dưới màn tăng sáng. Sau 2 lần can thiệp mạch bệnh nhân tiếp tục được theo dõi liên tục tại khoa cấp cứu hồi sức tích cực trong tình trạng: bệnh nhân tỉnh, huyết động ổn định, da niêm mạc hồng, sonde tiểu trong, dịch dẫn lưu qua dẫn lưu còn lại hồng nhạt. Sau 1 ngày can thiệp bệnh nhân được chụp lại cắt lớp vi tính hệ tiết niệu có tiêm thuốc cản quang không

thấy các ổ chảy máu hoạt động và không thấy máu tụ quanh thận tuy nhiên có một ít huyết khối bám vào thành tĩnh mạch chủ dưới tương ứng với vị trí rút dẫn lưu. Chúng tôi đã hội chẩn với bác sỹ nội tim mạch tuy nhiên lượng huyết khối ít và bệnh nhân vẫn còn tiềm tàng nguy cơ chảy máu

vì vậy không dùng chống đông. Sau 4 ngày theo dõi tại khoa Cấp Cứu – Hồi Sức Tích Cực bệnh nhân diễn biến ổn định, nước tiểu và dịch dẫn lưu qua dẫn lưu còn lại trong. Sau đó bệnh nhân được chuyển về bệnh viện ban đầu để điều trị tiếp và hiện nay ổn định đã xuất viện.



Hình 1: (1) dẫn lưu thận đi qua nhu mô thận, (2) hình ảnh dẫn lưu thận nằm trong tĩnh mạch chủ, (3), (4) hình ảnh dẫn lưu thận đi qua tĩnh mạch thận vào tĩnh mạch chủ trên CLVT dựng hình



Hình 2: (1) Hình ảnh dẫn lưu thận đi qua tĩnh mạch thận trên phim chụp mạch, (2) hình ảnh dẫn lưu thận đã được rút ra 1 phần, (3) hình ảnh dẫn lưu thận được rút hết ra khỏi tĩnh mạch thận và tĩnh mạch chủ dưới

III. BÀN LUẬN

Mặc dù TSQD là một phẫu thuật thường quy tuy nhiên phẫu thuật này vẫn còn tồn tại một số biến chứng nặng như chảy máu, sốc nhiễm trùng, tổn thương thận và các tạng lân cận, rách đường bài xuất, dẫn lưu thận lạc chỗ.⁴ Trong đó chảy máu là biến chứng nặng và thường gặp nhất. Thông thường chảy máu từ tĩnh mạch thường nhẹ và có thể tự cầm hoặc chỉ cần đặt một dẫn lưu vào bể thận.^{4,8} Các trường hợp chảy máu nặng sau TSQD thường do tổn thương các nhánh của động mạch.^{4,9} Đặt dẫn lưu vào bể thận là một phương pháp hiệu quả để điều trị các trường hợp chảy máu từ tĩnh mạch sau TSQD.^{9,10} Tuy nhiên đặt dẫn lưu bể thận có thể làm rách nhu mô thận và do đó dẫn lưu có thể lạc chỗ vào tĩnh mạch thận thậm chí là vào tĩnh mạch chủ.^{9,10} Đã có một số báo cáo ca lâm sàng về biến chứng dẫn lưu thận lạc chỗ vào tĩnh mạch thận và tĩnh mạch chủ dưới.^{2,4,5,9} Đây là một biến chứng rất hiếm gặp tuy nhiên nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể dẫn đến các hậu quả nghiêm trọng.

Nguyên nhân của biến chứng này có thể là do: Thứ nhất là trong quá trình nong tạo đường hầm vào bể thận, bộ nong thận làm tổn thương nhu mô và tĩnh mạch thận. Sau đó dây dẫn đường được đặt vào tĩnh mạch thận qua vị trí tổn thương của nhánh tĩnh mạch thận dẫn đến kết quả cuối cùng là dẫn lưu thận lạc chỗ vào tĩnh mạch. Nguyên nhân thứ hai có thể là do tổn thương các nhánh lớn của tĩnh mạch thận gây ra bởi các dụng cụ trong quá trình phẫu thuật và khi đặt dẫn lưu thận để cầm máu dẫn lưu thận có thể đi qua nhánh mạch bị tổn thương vào tĩnh mạch thận thậm chí là vào tĩnh mạch chủ.

Đây là một biến chứng rất hiếm gặp, qua việc tìm kiếm dữ liệu từ các nghiên cứu đã công bố trước đây chúng tôi tìm thấy 14 trường hợp đặt dẫn lưu thận lạc chỗ vào tĩnh mạch chủ.^{2,4,5,9} Các báo cáo trước đây cho thấy ngay cả khi có tổn thương vào một nhánh mạch lớn của tĩnh mạch thận thì tình trạng chảy máu vẫn có thể được kiểm soát bằng cách đặt dẫn lưu vào bể thận. Đây là một biến chứng rất hiếm gặp vì vậy xử trí biến chứng này cũng rất khác nhau trong

các báo cáo trước đây. Trong số 14 ca chúng tôi tìm thấy trong các báo cáo trước đây có 4 bệnh nhân được lựa chọn mổ mở để rút dẫn lưu.^{2,4} Có 4 ca được rút dẫn lưu qua một bước và 5 ca được rút qua 2 bước có hoặc không có sự kiểm soát của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, cắt lớp vi tính và màn huỳnh quang tăng sáng.^{5,9} Còn lại 1 ca không báo cáo về dẫn lưu thận được xử lý như thế nào khi phát hiện đặt lạc chỗ vào tĩnh mạch. Mỗi lựa chọn rút dẫn lưu thận đều có ưu và nhược điểm riêng. Mổ mở có thể giúp kiểm soát tốt tình trạng chảy máu nếu có khi rút dẫn lưu tuy nhiên bệnh nhân phải chịu một cuộc mổ lớn. Ngược lại nếu chỉ rút dẫn lưu đơn thuần thì sẽ nhẹ nhàng hơn cho bệnh nhân tuy nhiên nếu xảy ra chảy máu trong quá trình rút thì sẽ khó kiểm soát. Tuy nhiên trong các ca đã được báo cáo cho thấy không ghi nhận tình trạng chảy máu đáng kể và vị trí tĩnh mạch tổn thương sẽ tự bít lại khi dẫn lưu được rút.^{2,4,5,9} Dù dẫn lưu bể thận được rút ra bằng phương pháp nào thì các báo cáo cũng đều nhấn mạnh đến sự tham gia của các chuyên khoa khác trong quá trình rút (bác sĩ gây mê, hồi sức, phẫu thuật tiết niệu, phẫu thuật tim mạch) để đảm bảo có thể xử trí kịp thời các tình huống xấu trong khi rút.^{2,4,5,9} Một vấn đề cần được quan tâm ở các bệnh nhân này đó là sự hình thành huyết khối do sự hiện diện của dị vật trong tĩnh mạch và cũng như có cần thiết phải dùng chống đông dự phòng huyết khối trước và sau rút hay không. Trong số các ca được báo cáo chỉ có 1 ca được báo cáo có sự hình thành huyết khối tĩnh mạch, 2 ca không có huyết khối tĩnh mạch và 11 ca còn lại không báo cáo về tình trạng có hay không sự hình thành huyết khối tĩnh mạch.^{2,4,5} Trong báo cáo của Kotb và cộng sự cho thấy có sự hiện diện của huyết khối từ đầu dẫn lưu cho đến tĩnh mạch chậu 2 bên. Tuy nhiên các tác giả này không sử dụng chống đông trước khi rút vì theo các tác giả này việc sử dụng chống đông có thể làm tăng nguy cơ di chuyển của huyết khối trong quá trình rút dẫn lưu.² Còn 13 ca còn lại không báo cáo về việc có sử dụng chống đông dự phòng huyết khối hay không.^{4,5,9} Việc sử dụng chống đông sau rút cũng chỉ được ghi nhận trong báo cáo của Wah và cộng sự, còn các báo cáo khác cũng không đề cập đến vấn đề này.^{2,4,5,9}

IV. KẾT LUẬN

Việc quyết định và chuẩn bị thái độ xử trí các tai biến khi TSQD đặc biệt là tai biến hiểm gặp

như tổn thương mạch máu lớn trong ổ bụng do đặt nhằm dẫn lưu thận vào TM chủ dưới là rất quan trọng. Do tiềm ẩn nhiều nguy cơ xuất hiện các biến chứng nặng như nhiễm khuẩn huyết, chảy máu, huyết khối tĩnh mạch, thậm chí tử vong vì vậy biến chứng này cần được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Dẫn lưu thận nhằm vào TM chủ có thể được xử trí bằng cách mổ mở hoặc rút ra đơn thuần dưới sự kiểm soát của siêu âm, cắt lớp vi tính hoặc màn huỳnh quang tăng sáng. Trong đó rút dẫn lưu đơn thuần dưới sự kiểm soát của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong các báo cáo cho thấy được sự hiệu quả và vẫn đảm bảo được an toàn. Sự tham gia của đa chuyên khoa (bác sĩ gây mê, hồi sức, phẫu thuật tim mạch, phẫu thuật tiết niệu) là cần thiết trong quá trình xử trí dẫn lưu sai vị trí. Ngoài ra bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ trước và sau khi xử trí các tai biến trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fernstrom I and Johansson B.** Percutaneous pyelolithotomy: a new extraction technique. *Scand J Urol Nephrol.* 1976; 10: 257–259.
2. **Kotb AF, Elabbady A, Mohamed KR, et al.** Percutaneous silicon catheter insertion into the inferior vena cava, following percutaneous nephrostomy exchange. *Can Urol Assoc J.* 2013; 7: E505–E507.
3. **Seitz C, Desai M, Hacker A, et al.** Incidence, prevention, and management of complications following percutaneous nephrolitholapaxy. *Eur Urol.* 2012; 61: 146–158.
4. **Fu W, Yang Z, Xie Z, et al.** Intravenous misplacement of the nephrostomy catheter following percutaneous nephrostolithotomy: two case reports and literature review. *BMC Urol.* 2017; 17: 43.
5. **Chen XF, Chen SQ, Xu LY, et al.** Intravenous misplacement of nephrostomy tube following percutaneous nephrolithotomy: three new cases and review of seven cases in the literature. *Int Braz J Urol.* 2014; 40: 690–696.
6. **Koseoglu K, Parildar M, Oran I, et al.** Retrieval of intravascular foreign bodies with goose neck snare. *Eur J Radiol.* 2004; 49: 281–285.
7. **Mallmann CV, Wolf KJ and Wacker FK.** Retrieval of vascular foreign bodies using a self-made wire snare. *Acta Radiol.* 2008; 49: 1124–1128.
8. **Srivastava A, Singh KJ, Suri A, et al.** Vascular complications after percutaneous nephrolithotomy: are there any predictive factors? *Urology.* 2005; 66: 38–40.
9. **Wang C, Chen S, Tang F, et al.** Metachronous renal vein and artery injury after percutaneous nephrostolithotomy. *BMC Urol.* 2013; 13: 69.
10. **Winfield HN, Weyman P and Clayman RV.** Percutaneous nephrostolithotomy: complications of premature nephrostomy tube removal. *J Urol.* 1986; 136: 77–79.