

Báo cáo ca lâm sàng

TRÀN DỊCH DƯỠNG TRÁP DO TỔN THƯƠNG
ỐNG NGỰC SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT
THỰC QUẢNCHYLOTHORAX AFTER MINIMALLY INVASIVE
ESOPHAGECTOMY: A RARE COMPLICATIONNguyễn Văn Việt Thành¹, và Nguyễn Tấn Định^{1,*}¹Bệnh viện Bình Dân, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam.*Tác giả liên hệ | Corresponding author: 24.03.12.0228@pnt.edu.vn

TÓM TẮT

Rò dưỡng trấp là một biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng sau phẫu thuật cắt thực quản, có thể dẫn đến suy hô hấp, rối loạn dinh dưỡng và kéo dài thời gian điều trị nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 67 tuổi, được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gai 1/3 giữa thực quản (cT4N0M0), đã điều trị hóa xạ trị tân bổ trợ và được phẫu thuật nội soi ngực - bụng cắt thực quản. Sau phẫu thuật, bệnh nhân xuất hiện tràn dịch màng phổi hai bên tái lập nhanh kèm suy hô hấp và viêm phổi. Bệnh nhân được điều trị bảo tồn bằng chọc hút dịch màng phổi nhiều lần, nuôi dưỡng tĩnh mạch kết hợp chế độ dinh dưỡng giàu triglyceride chuỗi trung bình qua đường hồng tràng. Do tình trạng suy hô hấp, việc chụp cộng hưởng từ hệ bạch mạch bị trì hoãn. Chụp cộng hưởng từ bạch mạch ở giai đoạn muộn xác định rò ống ngực ngang mức T4-T5, kèm hình thành ổ tụ dưỡng trấp trung thất. Tình trạng rò dưỡng trấp sau đó tự giới hạn và không cần can thiệp hệ bạch mạch. Bệnh nhân cải thiện dần và được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 58, mặc dù diễn tiến hậu phẫu phức tạp. Ca bệnh cho thấy vai trò quan trọng của việc nhận biết sớm rò dưỡng trấp sau phẫu thuật cắt thực quản, lựa chọn thời điểm phù hợp để chẩn đoán hình ảnh hệ bạch mạch và cân nhắc chiến lược điều trị bảo tồn hoặc can thiệp, nhằm hạn chế biến chứng và cải thiện kết quả điều trị.

Từ khóa: Rò dưỡng trấp; Cắt thực quản; Tổn thương ống ngực; Báo cáo ca bệnh.

ABSTRACT

Chylothorax is a rare but serious complication following esophagectomy, which may lead to respiratory failure, nutritional disorders, and prolonged hospitalization if not promptly recognized and appropriately managed. We report the case of a 67-year-old male patient diagnosed with squamous cell carcinoma of the middle third of the esophagus (cT4N0M0), who underwent neoadjuvant chemoradiotherapy followed by minimally invasive thoracoabdominal esophagectomy. Postoperatively, the patient developed rapidly recurrent bilateral pleural effusions accompanied by respiratory failure and pneumonia. Conservative management was initiated, including repeated pleural drainage, total parenteral nutrition, and a medium-chain triglyceride-based diet administered via jejunal feeding. Due to respiratory compromise, magnetic resonance lymphangiography was initially deferred. Delayed lymphatic imaging subsequently identified thoracic duct leakage at the T4-T5 level with formation of a mediastinal chylous collection. The chylothorax became self-limited and did not require lymphatic intervention. The patient gradually improved and was discharged on postoperative day 58, despite a complicated postoperative course. This case highlights the importance of early recognition of chylothorax after esophagectomy, appropriate timing of lymphatic imaging, and careful consideration of conservative versus interventional management strategies to minimize complications and improve clinical outcomes.

Keywords: Chylothorax; Esophagectomy; Thoracic duct injury; Case report.

Received: 05/12/2025 |

Accepted: 30/12/2025 |

Published: 31/12/2025 |

©The authors. This **open-access** work is licensed under a [CC BY 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò dưỡng trấp là một biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản, với tỷ lệ gặp khoảng từ 2-8% và tỷ lệ tử vong có thể lên đến 50% trong các trường hợp nặng nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời.^{1,2} Biểu hiện lâm sàng thường gặp là tràn dịch màng phổi tái lập nhanh sau phẫu thuật, dẫn đến suy hô hấp, rối loạn điện giải, suy dinh dưỡng và tăng nguy cơ nhiễm trùng.³

Các phương pháp điều trị bảo tồn bao gồm dẫn lưu khoang màng phổi, sử dụng thuốc nội khoa (somatostatin hoặc octreotide) và điều chỉnh chế độ dinh dưỡng như nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch toàn phần hoặc chế độ ăn giàu triglyceride chuỗi trung bình (medium-chain triglyceride, MCT).⁴ Tuy nhiên, điều trị bảo tồn đơn thuần thường kéo dài, dễ dẫn đến suy kiệt và làm tăng nguy cơ biến chứng. Can thiệp hệ bạch huyết bằng chụp và thuyên tắc ống ngực (sử dụng keo sinh học hoặc coil) hiện được xem là phương pháp điều trị bảo tồn bậc hai với hiệu quả ngày càng được chứng minh.⁵ Trong trường hợp thất bại với điều trị bảo tồn và can thiệp xâm lấn tối thiểu, phẫu thuật thắt hoặc khâu vùi ống ngực vẫn là lựa chọn sau

cùng.^{2,6}

Do đó, việc chẩn đoán sớm rò dưỡng trấp, đánh giá lưu lượng dịch dẫn lưu (ví dụ > 1000 mL/24 giờ) hoặc thất bại của điều trị bảo tồn sau 5-7 ngày là yếu tố then chốt để chỉ định can thiệp hệ bạch huyết kịp thời, tránh kéo dài điều trị không hiệu quả.^{1,5} Báo cáo ca bệnh này nhằm làm rõ những thách thức trong chẩn đoán và lựa chọn thời điểm điều trị thích hợp thông qua một trường hợp rò dưỡng trấp sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản có diễn tiến hậu phẫu phức tạp.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 67 tuổi, quê Long An. Trước nhập viện khoảng một năm, bệnh nhân xuất hiện triệu chứng nuốt nghẹn. Nội soi thực quản ghi nhận khối u 1/3 giữa thực quản; sinh thiết xác định ung thư biểu mô tế bào gai. Chụp MSCT ngực cho thấy khối u xâm lấn vùng carina, được chẩn đoán ung thư thực quản 1/3 giữa giai đoạn cT4N0M0 (hình 1-2). Bệnh nhân được điều trị hóa trị 8 chu kỳ kết hợp xạ trị liều 50 Gy/28 phân liều. Sau điều trị, bệnh ổn định và bệnh nhân nhập Bệnh viện Bình Dân để đánh giá và chuẩn bị phẫu thuật nội soi cắt thực quản ngã ngực - bụng.



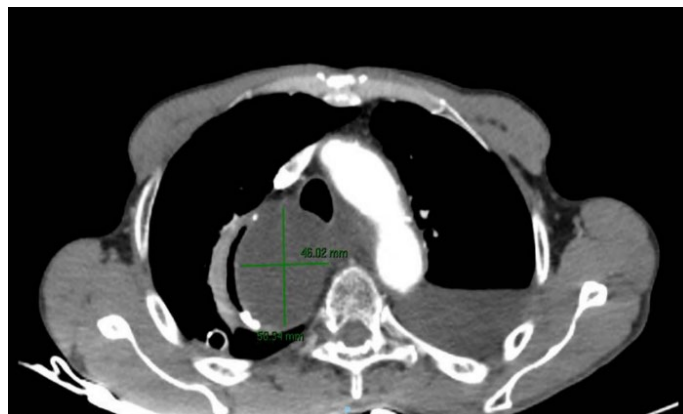
Hình 1. CT mặt cắt ngang cho thấy hình ảnh khối u thực quản 1/3 giữa sau hóa xạ trị tân bổ trợ



Hình 2. CT mặt phẳng đứng dọc cho thấy hình ảnh u thực quản đoạn 1/3 giữa sau hóa xạ trị tân bổ trợ



Hình 3. Dịch khoang màng phổi trái trắng đục lợn cợn được chọc hút lần đầu dưới hướng dẫn của siêu âm



Hình 4. CT mặt cắt ngang cho thấy hình ảnh ổ tụ dịch cạnh mặt trong thực quản tân tạo kích thước 14 x 21 x 4.6 cm

Ngày hậu phẫu thứ 6, bệnh nhân xuất hiện mạch nhanh 120 lần/phút, SpO₂ 96% khi thở oxy cannula 3 L/phút, than đau ngực nhẹ hai bên và ho khạc đàm trong. Ống dẫn lưu màng phổi phải ghi nhận khoảng 700 mL dịch trắng đục, lợn cợn. X-quang ngực cho thấy hình ảnh thâm nhiễm phổi phải kèm tràn dịch màng phổi trái lượng vừa. Bệnh nhân được chọc hút dịch màng phổi trái lần đầu dưới hướng dẫn siêu âm, rút được khoảng 1000 mL dịch vàng sậm (hình 3). Xét nghiệm dịch màng phổi cho kết quả Rivalta âm tính, ADA 5,19 U/L và triglyceride 1,1 mmol/L (97 mg/dL). Thông thường nếu lượng triglyceride trong dịch màng phổi lớn hơn 110 mg/dL thì 99% là có tràn dịch dưỡng trấp còn nếu dưới 50 mg/dL thì chỉ có 5% là có tràn dịch dưỡng trấp. Với ngưỡng triglyceride < 110 mg/dL, chẩn đoán tràn dịch dưỡng trấp chưa được xác lập tại thời điểm này.

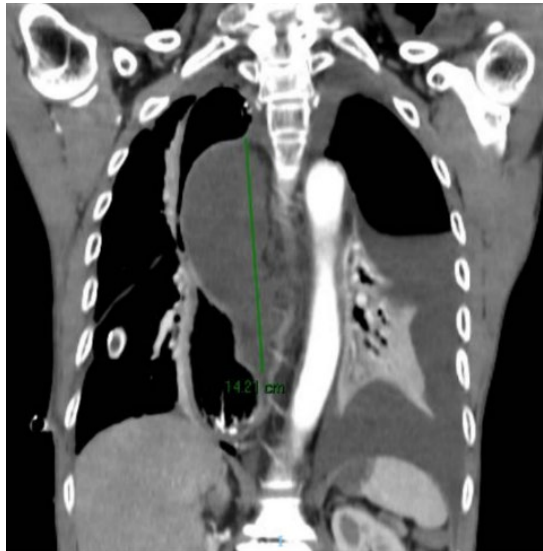
Đến ngày hậu phẫu thứ 9, dịch qua ống dẫn lưu màng phổi phải tiếp tục có màu hồng, lợn cợn. Xét nghiệm dịch ghi nhận amylase 32 U/L và triglyceride 2,8 mmol/L (248 mg/dL), phù hợp với chẩn đoán rò dưỡng trấp sau phẫu thuật với độ tin cậy cao. Đồng thời chụp CT ngực phát hiện ổ tụ dịch cạnh mặt trong thực quản tân tạo, chèn ép một phần phế quản gốc phải, củng cố chẩn đoán rò ống ngực kèm tụ dịch dưỡng trấp trung thất (hình 4-5).

Từ ngày hậu phẫu 10 đến 28, bệnh nhân được điều trị bảo tồn gồm nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch kết hợp chế độ ăn MCT qua mở hồng

tràng, đồng thời theo dõi chặt chẽ lượng dịch dẫn lưu. Quan điểm điều trị giai đoạn này dựa trên nhận định rằng phần lớn các trường hợp rò dưỡng trấp có thể tự lành trong vòng 14-35 ngày nếu áp dụng điều trị bảo tồn. Tuy nhiên, bệnh nhân đối mặt nguy cơ nhiễm trùng và suy dinh dưỡng tiến triển.

Trong giai đoạn từ ngày hậu phẫu 28 đến 34, bệnh nhân phải chọc hút dịch màng phổi trái thêm bốn lần, trong khi lượng dịch qua dẫn lưu màng phổi phải vẫn duy trì ở mức vài trăm mL mỗi ngày. Tình trạng dinh dưỡng suy giảm dần kèm rối loạn chuyển hóa. Đến ngày hậu phẫu thứ 34, bệnh nhân diễn tiến nặng với suy hô hấp và viêm phổi, buộc phải chọc hút khoang màng phổi hai bên thêm hai lần nữa. Tuy nhiên, với chiến lược điều trị bảo tồn đa chuyên khoa tại Bệnh viện Bình Dân, bệnh nhân đã có chuyển biến tích cực, lượng dịch dưỡng trấp giảm dần và có xu hướng tự giới hạn

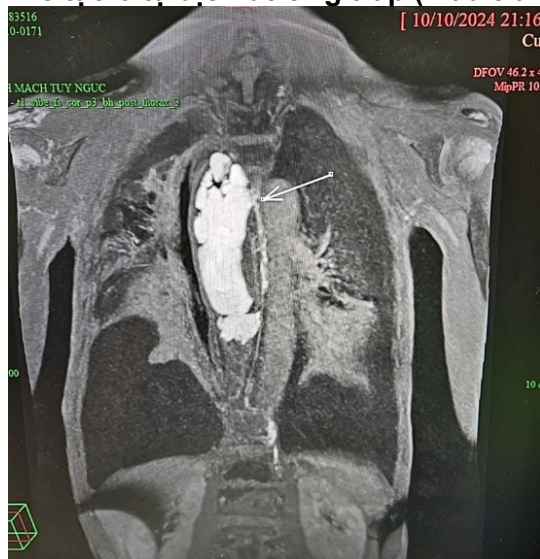
Ngày hậu phẫu thứ 51, chụp MRI bạch mạch cho thấy rò ống ngực tại mức T4-T5 kèm ổ tụ dịch trung thất, nhưng không còn thông thương với khoang màng phổi, do đó không cần can thiệp thuyên tắc (hình 6-7). Sau đó, tình trạng hô hấp và dinh dưỡng của bệnh nhân cải thiện, lượng dịch dẫn lưu giảm đáng kể. Bệnh nhân được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 58 (17/10/2024) với chẩn đoán: ung thư thực quản 1/3 giữa ypT2N0M0, rò dưỡng trấp sau mổ, viêm phổi và suy dinh dưỡng nặng. Tái khám tháng 5/2025, bệnh nhân ổn định, không ghi nhận tái phát.



Hình 5. CT mặt phẳng đứng ngang cho thấy hình ảnh ổ tụ dịch cạnh mặt trong thực quản tạo kích thước 14 x 6 x 5 cm



Hình 6. MRI bạch mạch mặt phẳng ngang thấy vị trí rò ống ngực ngang mức thân sống T4-T5 tạo ổ tụ dịch dưỡng trấp (màu trắng)



Hình 7. MRI bạch mạch mặt phẳng đứng ngang thấy vị trí rò ống ngực ngang mức thân sống T4-T5 tạo ổ tụ dịch dưỡng trấp (màu trắng)

III. BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán

Rò dưỡng trap sau phẫu thuật cắt thực quản là biến chứng hiếm gặp nhưng có thể gây hậu quả nghiêm trọng nếu chẩn đoán và xử trí chậm trễ.⁷ Về mặt sinh hóa, nồng độ triglyceride trong dịch màng phổi >110 mg/dL (\approx 1,24 mmol/L) có giá trị tiên đoán dương khoảng 99% cho tràn dịch dưỡng trap, trong khi giá trị <50 mg/dL thường ít gợi ý chẩn đoán này.⁸ Tuy nhiên, tiêu chí triglyceride không phải là tiêu chuẩn tuyệt đối và có thể cho kết quả âm tính giả trong các trường hợp bệnh nhân nhịn ăn kéo dài hoặc đang được nuôi dưỡng tĩnh mạch toàn phần.⁹

Trong ca bệnh này, nồng độ triglyceride dịch màng phổi ngày hậu phẫu thứ 6 là 97 mg/dL, chưa đạt ngưỡng chẩn đoán, nhưng đến ngày hậu phẫu thứ 9 đã tăng lên 248 mg/dL, gợi ý mạnh tình trạng rò ống ngực. Hình ảnh CT ngực đồng thời ghi nhận ổ tụ dịch trung thất, giúp củng cố chẩn đoán trên lâm sàng.¹⁰ Tuy nhiên, phương pháp xác định chắc chắn vị trí rò vẫn là chụp bạch mạch (lymphangiography hoặc MRI bạch mạch), khi quan sát trực tiếp điểm thoát dưỡng trap; trong trường hợp này, trên MRI bạch mạch, vị trí rò được xác định tại mức T4-T5 ở ngày hậu phẫu thứ 51, phù hợp với diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân.

3.2. Điều trị bảo tồn

Điều trị bảo tồn thường được lựa chọn ban đầu trong đa số trường hợp rò dưỡng trap sau phẫu thuật, bao gồm nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch toàn phần, chế độ ăn giàu triglyceride chuỗi trung bình (MCT) và dẫn lưu khoang màng phổi.¹² Tỷ lệ thành công của chiến lược này được báo cáo dao động từ 50-80%, chủ yếu ở những bệnh nhân có lưu lượng dịch rò

thấp (<5 mL/kg/ngày) và đáp ứng trong vòng 2-4 tuần.¹³

Trong ca bệnh được báo cáo, mặc dù đã áp dụng đầy đủ các biện pháp điều trị bảo tồn, bệnh nhân vẫn diễn tiến suy dinh dưỡng nặng và viêm phổi, cho thấy hiệu quả của điều trị bảo tồn phụ thuộc chặt chẽ vào lưu lượng dịch rò và tình trạng toàn thân. Điều này cho thấy rằng điều trị bảo tồn không phải lúc nào cũng đủ để kiểm soát biến chứng.¹⁴

3.3. Chỉ định can thiệp hệ bạch mạch

Chụp bạch mạch kết hợp thuyên tắc ống ngực hiện được xem là phương pháp ít xâm lấn, cho phép vừa xác định chính xác vị trí rò vừa điều trị trong cùng một thủ thuật.¹⁵ Các chỉ định thường được đề xuất bao gồm: lượng dịch dẫn lưu >1.000 mL/24 giờ ở người lớn hoặc >10 mL/kg/ngày, hoặc không cải thiện sau 5-7 ngày điều trị bảo tồn tích cực.¹⁶ Việc can thiệp đúng thời điểm có vai trò quan trọng trong việc hạn chế biến chứng và rút ngắn thời gian điều trị.

3.4. Vai trò của phẫu thuật

Trong thập niên gần đây, vai trò của phẫu thuật mở trực tiếp trong điều trị rò ống ngực đã giảm đáng kể nhờ sự phát triển của các kỹ thuật chụp bạch mạch và thuyên tắc ống ngực (lymphangiography \pm thoracic duct embolization), là những phương pháp ít xâm lấn, cho phép định vị chính xác vị trí rò và bít lỗ rò ngay trong thủ thuật.¹⁷ Do đó, phẫu thuật mở lại hiện được xem là biện pháp cứu vãn, chỉ được cân nhắc khi (1) can thiệp bạch mạch thất bại, (2) can thiệp nội mạch không khả dụng tại cơ sở điều trị, (3) tình trạng giải phẫu và diễn tiến lâm sàng buộc phải can thiệp mở, như rò lưu lượng rất cao, nhiễm trùng nặng hoặc hoại

tử trung thất.¹⁸ Trong bối cảnh thiếu phương tiện can thiệp, kỹ thuật khâu vùi (mass ligation) giữa động mạch chủ ngực và tĩnh mạch đơn đã được báo cáo là một phương pháp đơn giản và có hiệu quả trong kiểm soát rò.¹⁹ Nhìn chung, quy trình điều trị hiện nay được khuyến nghị theo trình tự: điều trị bảo tồn → can thiệp bạch mạch (nếu không cải thiện hoặc lưu lượng cao) → phẫu thuật thắt hoặc khâu ống ngực khi các biện pháp trên thất bại.²⁰

IV. KẾT LUẬN

Rò dưỡng trấp sau phẫu thuật cắt thực quản là biến chứng hiếm gặp, nhưng tiềm ẩn nhiều nguy cơ nghiêm trọng. Việc xét nghiệm dịch dẫn lưu lặp lại có vai trò quan trọng nhằm tránh bỏ sót chẩn đoán. Đánh giá đồng thời lưu lượng dịch và tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân giúp xác định thời điểm thích hợp để chuyển từ điều trị bảo tồn sang can thiệp. Chụp bạch mạch nên được cân nhắc sớm ở các trường hợp nghi ngờ hoặc diễn tiến kéo dài, thay vì trì hoãn đến khi xuất hiện biến chứng nặng.

V. KIẾN NGHỊ

Việc chuẩn hóa chỉ định chụp bạch mạch và can thiệp hệ bạch mạch trong rò dưỡng trấp sau phẫu thuật cắt thực quản có thể giúp phát hiện sớm tổn thương, lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp và giảm thiểu các biến chứng nặng cho bệnh nhân trong thực hành lâm sàng.

TUYÊN BỐ CỦA TÁC GIẢ

Đạo đức nghiên cứu

Quy trình thu thập dữ liệu và báo cáo ca lâm sàng này tuân thủ các nguyên tắc đạo đức y sinh học theo Tuyên ngôn Helsinki của Hiệp hội Y khoa Thế giới. Danh tính của bệnh nhân đã được bảo mật hoàn toàn.

Công bố trước đó:

Một phần của nội dung công bố này đã được trình bày tại Phiên Tiêu hóa, Hội nghị Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi toàn quốc năm 2025.

Nguồn tài trợ:

Không có

Xung đột lợi ích:

Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Robinson AV, Kennedy L, Roper T, Khan M, Jaunoo S; Brighton Oesophago-Gastric Research Group. The management of chyle leak post-oesophagectomy for oesophageal carcinoma: a systematic review. *Ann R Coll Surg Engl.* 2022;104(7):480-489.
2. Marts BC, Naunheim KS. Modern management of chyle leaks after esophagectomy. *Ann Thorac Surg.* 2017;103(3):1156-1162.
3. Lv S, Wang Q, Zhao W, et al. A review of the postoperative lymphatic leakage. *Oncotarget.* 2017;8:69062-69075.
4. Power R, Smyth P, Donlon NE, Nugent T, Donohoe CL, Reynolds JV. Management of chyle leaks following esophageal resection: a systematic review. *Dis Esophagus.* 2021;34(11).
5. Weijs TJ, Ruurda JP, Broekhuizen ME, et al. Outcome of a step-up treatment strategy for chyle leakage after esophagectomy. *Ann Thorac Surg.* 2017;104:477-484.
6. Rafferty M. Chylothorax treatment & management. *Medscape.* Updated July 5, 2023.
7. Miao L, Zhang Y, Hu H, Ma L, Shun Y, Feng H, et al. Thoracic duct ligation for chylothorax

- after esophagectomy. *Ann Thorac Surg.* 2015;99(5):1872-1877.
8. Staats BA, Ellefson RD, Budahn LL, Dines DE, Prakash UB, Offord K. The lipoprotein profile of chylous and nonchylous pleural effusions. *Mayo Clin Proc.* 1980;55(11):700-704.
 9. McGrath EE, Blades Z, Anderson PB. Chylothorax: aetiology, diagnosis and therapeutic options. *Respir Med.* 2010;104(1):1-8.
 10. Matsuda S, Tsuboi M, Takahashi H, Kawate N, Takei H, Nakada T, et al. Computed tomography features of chylothorax after thoracic surgery. *J Thorac Dis.* 2019;11(7):3013-3020.
 11. Itkin M, Kucharczuk JC, Kwak A, Tzeretola SO, Kaiser LR. Nonoperative thoracic duct embolization for traumatic thoracic duct leak: experience in 109 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2010;139(3):584-589.
 12. Nair SK, Petko M, Hayward MP. Aetiology and management of chylothorax in adults. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2007;32(2):362-369.
 13. Shah RD, Luketich JD, Schuchert MJ, Christie NA, Pennathur A, Landreneau RJ, et al. Postesophagectomy chylothorax: incidence, risk factors, and outcomes. *Ann Thorac Surg.* 2012;93(3):897-903.
 14. Merrigan BA, Winter DC, O'Sullivan GC. Chylothorax complicating esophagectomy. *Br J Surg.* 1997;84(1):15-20.
 15. Cope C. Management of chylothorax via percutaneous embolization of the thoracic duct. *Tech Vasc Interv Radiol.* 2007;10(4):259-264.
 16. Dougenis D, Walker WS, Cameron EW, Walbaum PR. Management of chylothorax complicating extensive esophageal resection. *World J Surg.* 1992;16(3):490-495.
 17. Nadolski GJ, Itkin M. Thoracic duct embolization for nontraumatic chylous effusion: experience in 34 patients. *Chest.* 2013;143(1):158-163.
 18. Demos NJ, Kozel J, Scerbo JE, Banerjee A. Thoracic duct injury. *Ann Thorac Surg.* 1991;52(3):507-512.
 19. Farkas JC, Cheyner N, Gharbi N, Cormier L, Favre JP. Surgical management of postoperative chylothorax: ligation of the thoracic duct above the diaphragm. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1996;10(12):1120-1122.
 20. Beghetti M, La Scala G, Belli D, Kalangos A, Le Coultre C. Chylothorax after surgery for congenital heart disease: treatment and outcome. *Ann Thorac Surg.* 2000;69(2):449-454.