

ĐIỀU TRỊ RÒ DƯỠNG CHẤP SAU MỔ LẤY THẬN NỘI SOI TỪ NGƯỜI CHO SỐNG ĐỂ GHÉP

Lê Nguyên Vũ^{1,2}, Hoàng Tuấn Anh¹, Nguyễn Quang Nghĩa¹

¹Trung tâm ghép tạng - Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

²Bộ môn Ngoại tiết niệu - Nam học - Y học giới tính. Trường đại học Y - Đại học quốc gia Hà Nội

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rò dưỡng chấp nếu không được điều trị đúng cách, chúng có thể gây ra nhiều biến chứng nặng như mất nước, thiếu hụt dinh dưỡng, rối loạn chức năng miễn dịch... Cho đến nay chúng tôi gặp 9 trường hợp rò bạch huyết sau mổ cả bên phải và bên trái mức độ nhẹ điều trị nội đến mức độ nặng. Chúng tôi xin chia sẻ những kinh nghiệm điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong vấn đề điều trị rò bạch huyết sau mổ nội soi.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu 167 BN hiến thận nội soi từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 6 năm 2022. Mô tả các ca lâm sàng có rò bạch huyết. Biến số nghiên cứu: ghi nhận lại thông tin trong mổ, sau mổ: tuổi giới, đặc điểm phẫu thuật, diễn biến trong và sau quá trình điều trị. Các BN được điều trị theo phác đồ thống nhất.

Kết quả: Chúng tôi gặp 09 trường hợp rò dưỡng chấp. Phần lớn biến chứng này gặp ở bên trái nhiều hơn bên phải (89%). Thời gian xuất hiện rò trung bình là 2.3 ngày sau phẫu thuật. 7 trường hợp điều trị nuôi dưỡng đường tĩnh mạch kết hợp với chế độ ăn. thời gian nằm viện dưới 10 ngày. 2 Trường hợp rò > 1l/ngày can thiệp bằng nút mạch. Kết quả khi ra viện đều ổn định

Kết luận: Rò dưỡng chấp là một biến chứng hiếm gặp, điều trị sớm vì nó có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng cho bệnh nhân. Nút mạch bạch huyết là biện pháp triệt để nhất điều trị bệnh lý

Từ khóa: Rò dưỡng chấp, lấy thận nội soi.

ABSTRACT

MANAGEMENT OF CHYLOUS LEAKAGE AFTER AFTER LAPAROSCOPIC DONOR NEPHRECTOMY

Le Nguyen Vu^{1,2}, Hoang Tuan Anh¹, Nguyen Quang Nghia¹

Background: If Postoperative chylous leakage not treated properly, they can lead to severe complications such as dehydration, malnutrition, immune dysfunction..., we have 9 cases of postoperative hemorrhagic leakage, from mild to severe cases requiring intervention. We would like to share our treatment experience at the Viet Duc Hospital regarding the issue of managing of chylous leakage after after laparoscopic donor nephrectomy

Methods: A retrospective study was conducted on 167 laparoscopic kidney donors from June 2021 to June 2022. Clinical cases with delayed graft function were described. Study variables included recording information during surgery and post - surgery: age, gender, surgical characteristics, and progression during and after the treatment process. Patients were treated according to a standardized protocol.

Results: Postoperative delayed graft function was diagnosed in 09 cases. This complication was mostly observed on the left side rather than the right (89%). The average time of delayed graft function onset was 2.3 days after surgery. 7 cases were managed with intravenous fluid and dietary adjustments, and their hospital stay was under 10 days. In 2 cases with delayed graft function exceeding 1 liter per day, intervention through vascular access was conducted. Discharge outcomes were stable for all cases.

Ngày nhận bài: 06/10/2023. Ngày chỉnh sửa: 02/12/2023. Chấp thuận đăng: 10/12/2023

Tác giả liên hệ: Lê Nguyên Vũ. Email: nguyenvu.urologie@gmail.com. SĐT: 0972156996

Điều trị rò dưỡng chấp sau mổ lấy thận nội soi từ người cho sống để ghép

Conclusion: Chylous leakage is a rare complication after laparoscopic donor nephrectomy so treated early because it can lead to serious consequences for the patient. Embolise chylous is the ultimate treatment measure for this patient

Key words: Chylous leakage, living donor nephrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò dưỡng chấp là tình trạng rò dịch bạch huyết giàu lipid vào ổ bụng và là một trong những biến chứng hiếm gặp sau phẫu thuật. Trong đó tình trạng cổ chướng dưỡng chấp sau phẫu thuật lấy thận nội soi được báo cáo với tỉ lệ thay đổi từ 0.6% đến 5.9%. Mặc dù hầu hết các trường hợp đều được theo dõi một cách thận trọng, nhưng nếu không được điều trị đúng cách, chúng có thể gây ra nhiều biến chứng nặng như mất nước, thiếu hụt dinh dưỡng, rối loạn chức năng miễn dịch [1, 2]. chúng tôi gặp 9 trường hợp rò bạch huyết sau mổ cả bên phải và bên trái mức độ nhẹ điều trị nội đến mức độ nặng phải can thiệp bằng nút mạch Chúng tôi xin chia sẻ những kinh nghiệm

điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong vấn đề điều trị rò bạch huyết sau mổ nội soi.

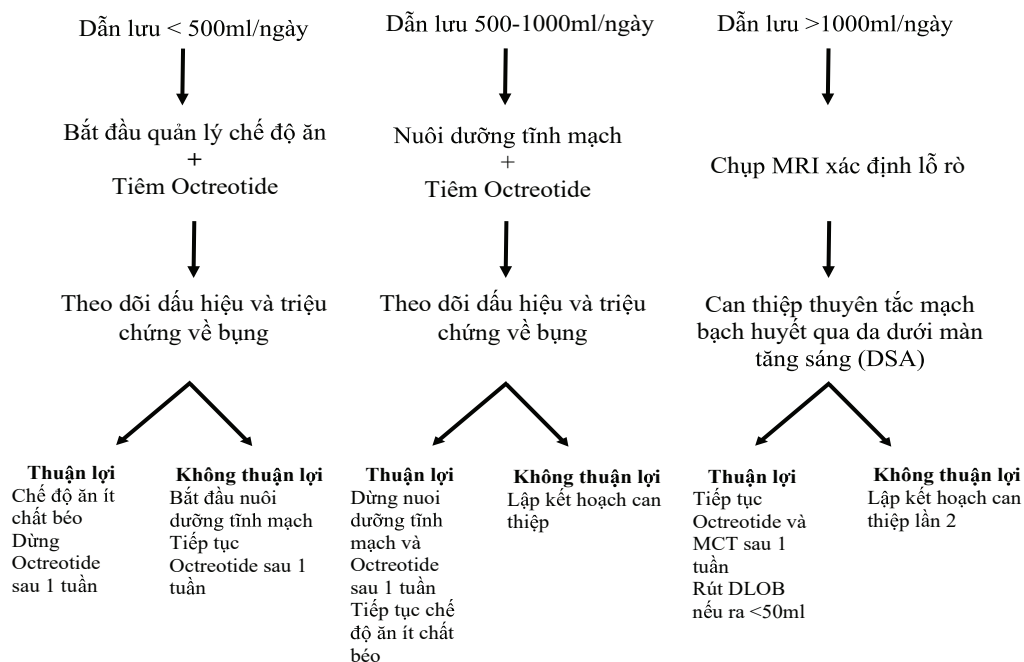
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian từ tháng 6/2021 đến tháng 6/2022. Tất cả bệnh nhân có đầy đủ tiêu chuẩn hiến thận theo quy định của Bộ y tế, có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đề tài được thiết kế theo phương pháp mô tả hồi cứu từ tháng 6/2021 đến tháng 6/2022. Biến số nghiên cứu : ghi nhận lại thông tin trong mổ, sau mổ : tuổi giới, đặc điểm phẫu thuật, diễn biến trong và sau quá trình điều trị. Các BN được điều trị theo phác đồ thống nhất.



Biểu đồ 1: Kế hoạch điều trị rò dưỡng chấp sau mổ lấy thận nội soi

Các phương pháp điều trị rò dưỡng chấp:

Điều trị không can thiệp + điều trị hỗ trợ: Somatostatin.

Dinh dưỡng đường miệng [3]: Đây là bước đầu tiên trong điều trị rò dưỡng chấp, bao gồm 2 phương pháp chính là chế độ ăn low-fat và sử dụng chấp béo chuỗi trung bình (MCT)

Chế độ ăn Low - fat: Gần như không thể có chế độ ăn nào loại bỏ hoàn toàn chất béo, định nghĩa thực phẩm không chất béo là hàm lượng chất béo <math>< 0.5\text{g}</math> một khẩu phần. Chế độ ăn low - fat được coi là giải

Điều trị rò đường chấp sau mổ lấy thận nội soi từ người cho sống để ghép

pháp được ưu tiên hơn. Các loại thực phẩm hay sử dụng: Thịt bê nạc, thịt lợn nạc, ức gà, lòng trắng trứng, gạo xay sát kỹ, khoai lang, các loại rau có lá...

MCT (Medium chain triglycerides) chất béo chuỗi trung bình: Chế độ ăn đường miệng có bổ sung MCT thương áp dụng cho bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng tốt và có quyết tâm duy trì chế độ ăn không chất béo. Để đảm bảo cung cấp đủ năng lượng cần ăn bữa chính đầy đủ, thêm bữa phụ và cần các sản phẩm bổ sung vi chất cũng như theo dõi sát tình trạng dinh dưỡng. Các thực phẩm bao gồm: Dầu dừa, dầu cọ, Thức uống: portagen (87% MCT), nutren 2.0 (75% MCT), hoặc Peptamen (70% MCT), pregestimil (55% MCT)

Nuôi dưỡng tĩnh mạch: Dịch truyền được sử dụng: lipofudin, smoflipid, nutriflex peri

Điều trị can thiệp: Chụp mạch, nút mạch: MRI tìm điểm rò + DSA: Can thiệp thắt hạch bạch huyết qua da. Chỉ định khi thất bại trong điều trị nội khoa: Rò kéo dài trên 2 tuần, lượng dịch rò >1000ml sau 1 tuần điều trị bảo tồn, bệnh nhân gặp biến chứng về chuyển hóa, rò tái phát.

III. KẾT QUẢ

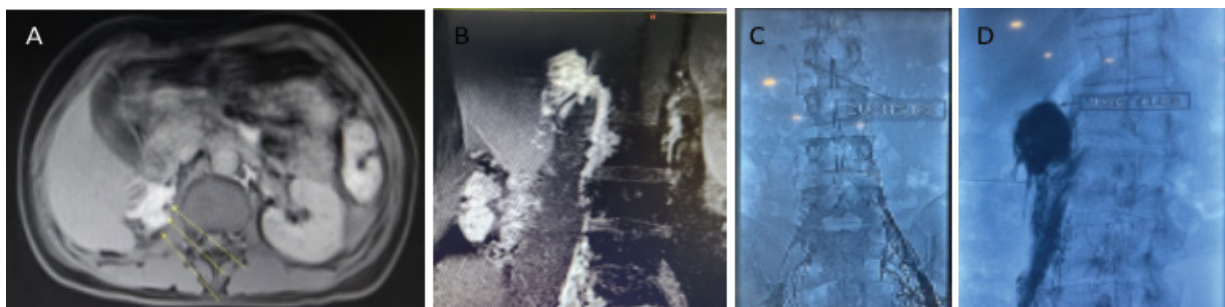
Bảng 1: Đặc điểm các ca bệnh rò đường chấp và phương pháp điều trị

Ca	Tuổi/Giới	Phẫu thuật	Diễn biến	Điều trị ban đầu	Điều trị cuối cùng	Diễn biến ra viện
1	Nữ/35T	Lấy thận Trái	Xuất hiện rò bạch huyết sau mổ ngày thứ 2, số lượng 300ml/ngày	Octreotid đơn thuần		Sau 5 ngày số lượng bạch huyết giảm, rút DLOB ngày thứ 6, ra viện ngày thứ 7
2	Nam/31T	Lấy thận Trái	Xuất hiện rò bạch huyết sau mổ ngày thứ 1, số lượng 400ml/ngày	Octreotid+ nuôi dưỡng tĩnh mạch	Sau 2 ngày DL ra 200ml/ngày chuyển sang Octreotid + MCT	Sau 8 ngày số lượng bạch huyết giảm, rút DLOB, ra viện ngày 9
3	Nam/60T	Hiến thận Trái cho con trái	Xuất hiện rò bạch huyết sau mổ ngày thứ 2, số lượng 200ml/ngày	Octreotid đơn thuần		Sau 4 ngày số lượng bạch huyết giảm, rút DLOB ngày thứ 5, ra viện ngày thứ 7
4	Nữ/43T	Lấy thận Phải	Xuất hiện rò bạch huyết sau mổ ngày thứ 1, số lượng >500ml/ngày	Octreotid+ MCT Sau 1 tuần số lượng dịch >1000ml/ngày chuyển sang phác đồ Octreotid+ nuôi dưỡng tĩnh mạch	Sau 2 tuần số lượng dịch ra >1000ml/ngày BN được chụp MRI xác định đường rò sau đó can thiệp đóng đường rò qua da 2 lần vào hậu phẫu ngày thứ 10 và 15	Sau 17 ngày số lượng dịch giảm, rút DLOB ngày 18, ra viện ngày 20

Điều trị rò dưỡng chấp sau mổ lấy thận nội soi từ người cho sống để ghép

Ca	Tuổi/Giới	Phẫu thuật	Diễn biến	Điều trị ban đầu	Điều trị cuối cùng	Diễn biến ra viện
5	Nữ/40T	Lấy thận trái	Xuất hiện rò bạch huyết sau mổ ngày thứ 3, số lượng 200ml/ngày	Octreotid đơn thuần	Octreotid	Sau 6 ngày số lượng dịch giảm, rút DLOB ngày thứ 7, ra viện ngày thứ 8
6	Nam/37T	Lấy thận Trái	Xuất hiện rò bạch huyết sau mổ ngày thứ 2, số lượng 500ml/ngày	Octreotid+nuôi dưỡng tĩnh mạch	Sau 5 ngày, số lượng dịch giảm còn 200ml/ngày chuyển sang Octreotid+MCT	Sau 9 ngày số lượng dịch giảm, rút DLOB, ra viện ngày thứ 10
7	Nữ/39T	Lấy thận Trái	Xuất hiện rò bạch huyết sau mổ ngày thứ 3, số lượng 300ml/ngày	Octreotid đơn thuần	Octreotide+MCT	Sau 7 ngày số lượng dịch giảm, rút DLOB, ra viện ngày thứ 8
8	Nam/29T	Lấy thận Trái	Xuất hiện rò bạch huyết sau mổ ngày thứ 1, số lượng 100ml/ngày	Octreotid đơn thuần. Sau 3 ngày số lượng dịch tăng lên 300ml/ngày	Chuyển sang Octreotid+nuôi dưỡng tĩnh mạch sau 8 ngày số lượng dịch giảm chuyển phác đồ Octreotid+MCT	Sau 12 ngày số lượng dịch giảm, rút DLOB ngày thứ 13, ra viện ngày thứ 14
9	Nam/33T	Lấy thận Trái	Xuất hiện rò bạch huyết sau mổ ngày thứ 1, số lượng 100ml/ngày	Octreotide đơn thuần		Sau 4 ngày số lượng dịch giảm, rút DLOB ngày thứ 5, ra viện ngày thứ 7

Có 1 trường hợp đặc biệt, rò dưỡng chấp rất nặng sau phẫu thuật lấy thận nội soi. Bệnh nhân nữ, 43 tuổi được phẫu thuật lấy thận phải nội soi, diễn biến trong mổ không có gì bất thường. Bệnh nhân sau mổ ngày thứ 1 xuất hiện rò dưỡng chấp số lượng lớn > 500ml/ngày, sau 2 tuần điều trị tình hình bệnh nhân không cải thiện, số lượng dịch dẫn lưu vẫn ra > 1000ml/ngày. Chúng tôi tiến hành cho chụp MRI xác định điểm rò, sau đó bệnh nhân được can thiệp thuyên tắc mạch qua da 2 lần vào hậu phẫu ngày thứ 10 và 15. Sau can thiệp số lượng dịch giảm dần, bệnh nhân được rút DLOB ngày thứ 18, ra viện sau 20 ngày.



Hình 1: A,B: Chụp MRI xác định vị trí rò dưỡng chấp.
C,D: Can thiệp thuyên tắc mạch qua da dưới màn tăng sáng DSA

IV. BÀN LUẬN

Diễn hình về mặt giải phẫu, bể dưỡng chấp là một túi bạch huyết giãn nằm trong khoang sau phúc mạc, phía sau mấu bên phải của cơ hoành (khoang sau phúc mạc bên phải), và ngay bên phải động mạch chủ. Nó được hình thành bởi chỗ nối của hai LLT và thân bạch huyết ruột ở mức L1 - L2. Bể dưỡng chấp nhận và dẫn lưu dịch bạch huyết từ chi dưới, bụng và xương chậu đến ống ngực. Tuy nhiên, các biến thể giải phẫu của bể dưỡng chấp và ống ngực là khá phổ biến³. Trong 50% trường hợp, nang dưỡng chấp có thể không có và được thay thế bằng đám rối bạch huyết. Rò dưỡng chấp sau lấy thận nội soi để ghép là một biến chứng hiếm gặp. Do nằm ngay động mạch chủ bụng nên dưỡng chấp và các nhánh của nó có thể bị tổn thương trong quá trình bóc tách thận và mạch thận. Hầu hết các tác giả như Wang [4], Maroun N [5], Vu LN [6] về rò rỉ bạch huyết sau phẫu thuật cắt bỏ thận của người hiến tặng xảy ra ở bên trái thay vì bên phải. Bên cạnh đó, nội soi ổ bụng dường như gây ra nguy cơ rò bạch huyết cao hơn so với phẫu thuật mở. Có thể giải thích điều này bằng nhiều lý do: thứ nhất, với mổ mở, phẫu thuật viên dễ dàng thao tác khâu và cắt, kiểm soát tốt hơn trong phẫu trường, có thể xử lý ngay các tổn thương mạch bạch huyết. Thứ hai, phẫu thuật nội soi với áp suất CO₂ cao có thể che giấu các tổn thương hệ bạch huyết. Một số tác giả như Itou C [7], Jairath A [8] đề nghị làm đông đầy đủ các kênh bạch huyết một cách có hệ thống để tránh rò bạch huyết có thể xảy ra. Thời gian xuất hiện không được đề cập trong nhiều loạt bài, nhưng một số báo cáo của Capocasale E [2], Wang [4] đã xuất bản cho thấy rằng nó rất thay đổi và có thể dao động từ vài ngày đến vài tuần hoặc thậm chí vài tháng sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp đều xuất hiện vài ngày sau hậu phẫu. Chẩn đoán sớm là một yếu tố quan trọng để ngăn ngừa các biến chứng dinh dưỡng và nhiễm trùng có thể ảnh hưởng đến kết quả của những bệnh nhân này. Trên lâm sàng, rò dưỡng chấp biểu hiện dưới nhiều dạng: không có triệu chứng hoặc xuất hiện cổ trướng dưỡng chấp, tụ dịch sau phúc mạc và tràn dịch dưỡng chấp. Tổn thương càng lớn và phát hiện càng muộn thì triệu chứng càng nghiêm trọng. Một khi nó xảy ra, lỗ rò dưỡng chấp có thể dễ dàng được nhận ra bởi màu trắng đục đặc trưng của nó. Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm giúp xác nhận chẩn đoán nếu mức chất béo trung tính

trong dịch lỏng > 1,24 mmol/L (200 mg/dL), với mức cholesterol < 5,18 mmol/L, sự hiện diện của chylomicron. Kiểm tra hình ảnh như siêu âm và chụp X-quang không thể phân biệt rò rỉ bạch huyết với các nguyên nhân khác nhưng cho phép đánh giá mức độ nghiêm trọng và hướng dẫn can thiệp nếu cần thiết. Theo Lê Thanh Dũng, chụp cộng hưởng từ và chụp mạch bạch huyết lipiodol cho phép xác định chính xác vị trí rò rỉ để lập kế hoạch phẫu thuật hoặc can thiệp [9]. Tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi số lượng dịch dẫn lưu cùng với màu sắc dịch. Đa phần dịch dưỡng chấp có màu trắng đục, một số trường hợp số lượng dịch dẫn lưu ra nhiều nhưng màu trong hoặc có lẫn máu thì đều được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm sinh hóa định lượng dưỡng chấp. Mặc dù cho đến nay vẫn chưa có sự đồng thuận về điều trị rò dưỡng chấp, bắt đầu bằng điều trị bảo tồn được hầu hết các tác giả ưa thích. Kiểm soát chế độ ăn uống (ít chất béo, protein cao, chế độ ăn uống chất béo trung tính chuỗi trung bình) hoặc nhịn ăn và dinh dưỡng hoàn toàn qua đường tĩnh mạch có thể được áp dụng để giảm thiểu khối lượng dưỡng chấp. Đa số các bệnh nhân đều đáp ứng với phác đồ Octreotide đơn thuần (5/9 trường hợp chiếm 55.6%) hoặc phác đồ Octreotide kết hợp nhịn ăn nuôi dưỡng tĩnh mạch hoặc MCT. Số lượng dịch theo dẫn lưu sau khi điều trị octreotide đơn thuần hoặc kết hợp giảm dần sau khoảng 3 đến 5 ngày và thời gian nằm viện dưới 10 ngày. Một trường hợp bệnh nhân sau khi điều trị octreotide đơn thuần số lượng dịch tăng lên, phải kết hợp Octreotide với nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch. Sau 5 ngày điều trị số lượng dịch giảm, chúng tôi cho ăn với phác đồ MCT, sau 4 ngày số lượng dịch ra ít. Bệnh nhân ra viện sau 2 tuần. Chúng tôi gặp một trường hợp bệnh nhân nữ 43 tuổi không có tiền sử gì đặc biệt, biểu hiện rò dưỡng chấp thể cổ chướng dưỡng chấp vào ngày thứ 2. Do thất bại của điều trị bảo tồn, bệnh nhân đã được thực hiện chụp cộng hưởng từ và chụp hệ thống bạch mạch, xác nhận rò rỉ dưỡng chấp từ thân bạch huyết thất lưng phải vào hố thận phải. Rò dưỡng chấp được thuyên tắc qua da hai lần (vào ngày hậu phẫu 10 và 15) bằng hỗn hợp N-butyl-2-cyanoacrylate và lipiodol. Dịch dẫn lưu giảm rõ rệt sau lần tắc mạch thứ hai. Ống dẫn lưu dưới gan đã được rút vào ngày thứ 18, và bệnh nhân được xuất viện vào ngày thứ 20. Chụp mạch máu cộng hưởng từ và chụp mạch máu lipiodol nội hạch xác

Điều trị rò dưỡng chấp sau mổ lấy thận nội soi từ người cho sống để ghép

định hiệu quả điều trị rò dưỡng chấp. Thuyên tắc qua da dưỡng như là một phương pháp an toàn, hiệu quả để điều trị rò rỉ dưỡng chấp hiệu quả cao nếu điều trị bảo tồn không đạt kết quả [9, 10]. Điều trị bảo tồn là phương pháp chính với tỷ lệ thành công dao động từ 67% đến 100% tùy theo mức độ rò [8]. Mục tiêu của nó là giảm lưu lượng bạch huyết mạc treo, phục hồi tổn thất dinh dưỡng và giảm bớt các triệu chứng [8]. Thay đổi chế độ ăn uống là cách điều trị đầu tiên và đơn giản nhất thường được áp dụng. Nó bao gồm chế độ ăn giàu protein, MCT, ăn ít chất béo và hạn chế muối. Là phương pháp điều trị có thể giải quyết tới 50% các trường hợp rò dưỡng chấp nhẹ [11]. Can thiệp chế độ ăn uống này nên được tiếp tục trong vài tháng sau khi giải quyết để ngăn ngừa tái phát. Việc sử dụng somatostatin và các chất tương tự của nó đang trở nên phổ biến, mặc dù cơ chế hoạt động của nó vẫn chưa rõ ràng [12]. Các chất tương tự, octreotide và lanreotide, làm giảm hiệu quả dẫn lưu bạch huyết và dẫn đến giải quyết sớm. Một số nghiên cứu cho rằng Octreotide làm giảm sản xuất dịch bạch huyết và co mạch bạch huyết. Ngoài ra do các receptor của somatostatin có ở nhiều nơi như tụy, mạch máu và đường tiêu hóa nên có một số tác giả cho rằng chúng gây co thắt tế bào cơ trơn của mạch máu, giảm tiết và tăng hấp thu dịch dạ dày, tụy và dịch tiêu hóa. Điều trị bước đầu tại Việt Đức chúng tôi thường kết hợp dùng Octreotide kết hợp với dinh dưỡng đường miệng hoặc MCT. Có thể bắt đầu dùng liều octreotide ở mức 100 mg/ngày tiêm dưới da và có thể tăng dần lên đến 300 mcg/ngày tùy theo phản ứng. Nhưng nút mạch bạch huyết vẫn là lựa chọn tốt nhất với rò bạch huyết thay cho mổ mở đóng rò.

V. KẾT LUẬN

Rò dưỡng chấp là một biến chứng hiếm gặp sau phẫu thuật nội soi lấy thận. Tuy vậy, chúng ta cũng cần phải nhận biết và điều trị sớm vì nó có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng cho bệnh nhân. Nút mạch bạch huyết là biện pháp triệt để nhất điều trị bệnh lý

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Seth A, Sharma A, Kenwar DB, Singh S. Chylous ascites: complication of laparoscopic donor nephrectomy. Case report and review of literature. Transplantation 2019;103:e74-8.
2. Capocasale E, Iaria M, Vistoli F, Signori S, Mazzoni MP, Dalla Valle R, et al. Incidence, diagnosis, and treatment of chylous leakage after laparoscopic live donor nephrectomy. Transplantation. 2012;93(1):82-6.
3. Pinto PS, Sirlin CB, Andrade-Barreto OA, Brown MA, Mindelzun RE, Mattrey RF. Cisterna chyli at routine abdominal MR imaging: a normal anatomic structure in the retrocrural space. Radiographics 2004;24:809-817
4. Wang Q, Lv S, Zhao W, Han L, Wang Q, Batchu N, et al. A review of the postoperative lymphatic leakage. Oncotarget. 2017;8(40):69062-75.
5. Maroun M, Charbel C, Nabil H, Freda R. Laparoscopic Live Donor Nephrectomy: Techniques and Results. In: Miana Gabriela P, editor. Basic Principles and Practice in Surgery. Rijeka: IntechOpen; 2018. p. Ch. 3.
6. Vu LN, Nghia NQ, Thanh DT, Giang TB, Nga VT, Bui LM, et al. Laparoscopic living donor right nephrectomy: assessment of outcome and association of BMI to length of right renal vein. Actas Urol Esp (Engl Ed) 2019;43:536-542
7. Ito C, Koizumi J, Myojin K, Yamashita T, Mori N, Imai Y. A case of refractory chylous ascites after nephrectomy successfully treated with percutaneous obliteration using adhesive glue. Japanese journal of radiology. 2013;31(1):71-74.
8. Jairath A, Singh A, Ganpule A, Mishra S, Sabnis R, Desai M. Management Protocol for Chylous Ascites After Laparoscopic Nephrectomy. Urology. 2015;86(3):521-8.
9. Le Thanh Dung, Than Văn Sy. Right lumbar lymph trunk injury after right laparoscopic donor nephrectomy: a case report. Korean J Transplant 2023; 37(2): 124-128 . doi.org/10.4285/kjt.23.0006
10. Kalia S, Narkhede A, Yadav AK, Bhalla AK, Gupta A. Retrograde transvenous selective lymphatic duct embolization in post donor nephrectomy chylous ascites. CEN case reports. 2022;11(1):1-5.
11. Phạm , T. Đức, Phan , H. H. ., Trần , N. L. ., & Trần, Đoàn K. (2023). Điều trị rò dưỡng chấp ở bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo vét hạch cổ điều trị ung thư tuyến giáp. Tạp Chí Y học Việt Nam, 522(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v522i2.4381>
12. Luu My Thuc, Cao Viet Tung, Nguyen Thuy Hong và cộng sự. Dinh dưỡng sớm đường tiêu hóa cải thiện tình trạng dinh dưỡng ở trẻ rò dưỡng chấp nặng kéo dài. Tạp chí nghiên cứu y học, 2022, 152 940 tr 205-211.