

trên 90°, biên độ vận động gấp trung bình là:  $106,4 \pm 12,66^\circ$ , tổng tầm vận động trung bình là:  $202,84 \pm 33,28^\circ$ . Nhiều BN quay trở lại hoạt động thể thao, thậm chí nhiều BN có thể ngồi xổm mà khớp háng vẫn không trật. Tỷ lệ trật khớp sau mổ tăng lên theo thời gian, đặc biệt thay khớp háng toàn phần sử dụng đường mổ phía sau, tuy nhiên trong nghiên cứu với khớp háng toàn phần 2 chuyển động thì không có trường hợp nào có biến chứng trật khớp, nhiễm trùng, phải thay lại khớp háng, không khớp nào có dấu hiệu lỏng chuôi hay ổ cối.

Sau phẫu thuật 5 năm, đa số các chuôi và ổ cối nhân tạo vững chắc, có các dấu hiệu phát triển xương lên bề mặt. Tuy nhiên, cho dù là loại khớp háng nhân tạo nào thì sau thời gian dài theo dõi, cũng có một tỷ lệ nhất định các chuôi và ổ cối nhân tạo có xuất hiện đường thấu xạ. Thời gian theo dõi càng dài, tỷ lệ này càng tăng cao.<sup>7</sup>

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cắt ngang hồi cứu trên 107 bệnh nhân với 124 khớp háng toàn phần loại hai chuyển động, không xi măng được thay từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2016 tại viện Chấn thương chỉnh hình bệnh viện Việt Đức, tuổi trung bình thời điểm đánh giá là 57,5, thời gian theo dõi trung bình là 84,56 tháng, kết quả như sau: Tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm 93,5%, khá chiếm 5,6%, kém chiếm 0,8%. Điểm Harris trung bình là  $90,4 \pm 6,98$ .

Biên độ vận động của khớp có kết quả khả quan. Không có trường hợp nào trật khớp, nhiễm trùng hay phải thay lại. Đa phần các khớp háng nhân tạo có dấu hiệu sự phát triển của xương

lên bề mặt chuôi và ổ cối nhân tạo. Đường thấu xạ xuất hiện ở 8 ổ cối và 7 chuôi, không thấy hiện tượng lỏng chuôi và ổ cối.

Với kết quả đạt được như trên, có thể nói sau 5 năm phẫu thuật thay khớp háng toàn phần loại hai chuyển động, không xi măng cho kết quả khả quan. Tuy nhiên cần phải tiếp tục theo dõi, đánh giá trong thời gian xa hơn. Đặc biệt quan tâm đến vấn đề tiêu xương, lỏng khớp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Xuân Thành.** Nghiên cứu kết quả thay khớp háng toàn phần không xi măng và thay đổi mật độ xương quanh khớp nhân tạo. Luận án tiến sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội. 2012.
2. **Moore MS, McAuley JP, Young AM, Engh CA Sr.** Radiographic signs of osseointegration in porous-coated acetabular components. Clin Orthop Relat Res. Mar. 2006.
3. **Engh CA, Massin P, Suthers KE.** Roentgenographic assessment of the biologic fixation of porous-surfaced femoral components. Clin Orthop Relat Res. 1992.
4. **Nguyễn Mạnh Khánh.** Kết quả phẫu thuật thay toàn bộ khớp háng với ổ cối di động kép. Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 5- số 2- tập 430. 2015:80-85.
5. **Trần Trung Dũng.** Kết quả phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo loại chuyển động kép điều trị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi. Accessed September 3, 2022. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/1186/1041>
6. **Lawrie CM, Barrack RL, Nunley RM.** Modular dual mobility total hip arthroplasty is a viable option for young, active patients: a mid-term follow-up study. Bone Joint J. 2021;103-B(7 Supple B):73-77. doi:10.1302/0301-620X.103B7. BJJ-2021-0145.R1
7. **Đỗ Vũ Anh.** Đánh giá kết quả xa phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội. 2016.

## GIÁ TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ BẠCH MẠCH QUA HẠCH BỆN TRONG ĐÁNH GIÁ GIẢI PHẪU VÀ CHẨN ĐOÁN RÒ ỐNG NGỰC

Nguyễn Ngọc Cương<sup>1</sup>, Trần Nguyễn Khánh Chi<sup>1</sup>,  
Phạm Hồng Cảnh<sup>1</sup>, Triệu Quốc Tính<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh giá trị của phương pháp chụp cộng hưởng từ (CHT) bạch mạch qua hạch ben trong xác định giải phẫu và chẩn đoán rò ống ngực so với chụp bạch mạch số hóa xóa nền (DSA). **Đối tượng**

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Cương

Email: cuongcdha@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 4.10.2024

**và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 42 bệnh nhân được chẩn đoán rò dịch dưỡng chấp (26 nữ, 16 nam; 35 bệnh nhân sau chấn thương, 7 bệnh nhân không do chấn thương) được chụp CHT và DSA đường bạch huyết qua hạch ben tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Vị trí tổn thương ống ngực thường gặp là đoạn cổ với 19/42 bệnh nhân (45%) và đoạn ngực với 16/42 bệnh nhân (38%). Về đánh giá giải phẫu: 50% bệnh nhân có giải phẫu ống ngực bình thường, 33,3% không có bể dưỡng chấp. Về đối chiếu giải phẫu giữa CHT và DSA: mức độ đồng thuận rất tốt với giải phẫu bình thường, ống ngực nằm hoàn toàn bên trái cột sống, không có bể dưỡng chấp, ống ngực đôi

đoạn xa. Về khả năng phát hiện đường rò, CHT so với DSA có độ nhạy 92%, độ đặc hiệu 100%, giá trị dự đoán dương tính 100%, giá trị dự đoán âm tính 57%.

**Kết luận:** Chụp cộng hưởng từ bạch mạch qua hạch bẹn hai bên là kỹ thuật đơn giản, ít xâm lấn, không nhiễm xạ, cung cấp thông tin đầy đủ về giải phẫu cũng như có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong phát hiện rò ống ngực.

**Từ khóa:** Cộng hưởng từ bạch mạch, ống ngực, rò dưỡng chấp, chụp bạch huyết qua hạch

## SUMMARY

### THE VALUE OF MAGNETIC RESONANCE LYMPHANGIOGRAPHY IN EVALUATING ANATOMY AND DIAGNOSING THORACIC DUCT FISTULA

**Purpose:** To compare the value of intranodal dynamic magnetic resonance lymphangiography (DMRL) with Digital subtraction lymphangiography (DSA) in identifying anatomy and diagnosing thoracic duct leakage. **Materials and methods:** 42 patients diagnosed with chylous leak (26 women, 16 men; 35 traumatic chylous, 7 nontraumatic chylous) underwent intranodal DMRL and DSA at Radiology center of Hanoi Medical University Hospital. **Results:** The most common locations of thoracic duct injury were the neck segment in 19/42 patients (45%) and the thoracic segment with 16/42 patients (38%). Anatomical evaluation revealed that 50% of patients had a normal thoracic duct anatomy, while 33.3% lacked a cisterna chyli. Comparing the anatomical assessment capabilities of DMRL and DSA showed a high level of agreement for normal anatomy, a completely left-sided thoracic duct, absence of cisterna chyli, and distal partial duplication of the thoracic duct. Regarding the ability to detect fistula, DMRL compared with DSA has a sensitivity of 92%, a specificity of 100%, a positive predictive value of 100%, a negative predictive value of 57%. **Conclusion:** Intranodal dynamic magnetic resonance lymphangiography is a minimally invasive, radiation-free technique that provides comprehensive anatomical information as well as high sensitivity and specificity in detecting thoracic duct leak.

**Keywords:** MR lymphangiography, thoracic duct, chyle leak, intranodal lymphangiography

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ống ngực là mạch bạch huyết lớn nhất cơ thể, chứa đến 75% tổng lượng dịch bạch huyết, kéo dài từ bể dưỡng chấp đến hội lưu tĩnh mạch cảnh trong – dưới đòn trái. Vì đường đi trải dài từ tầng trên ổ bụng cho đến nền cổ, nên đây là cấu trúc dễ bị tổn thương bởi nhiều nguyên nhân tác động vào tầng ngực – bụng – cổ như sau mổ, ung thư di căn hay tự phát...<sup>1</sup> Ống ngực khi bị tổn thương có thể gây ra nhiều triệu chứng lâm sàng khác nhau: tràn dưỡng chấp màng phổi, màng tim, vết mổ... Nếu tình trạng rò dưỡng chấp không được phát hiện và điều trị dẫn tới các biến chứng như suy giảm miễn dịch, suy kiệt, suy hô hấp thậm chí tử vong... Theo

nghiên cứu của Bolger C và cộng sự với các bệnh nhân rò ống ngực có lưu lượng cao sau mổ thực quản nếu không điều trị tỷ lệ tử vong có thể lên đến 50%<sup>2</sup>.

Có nhiều biến thể giải phẫu của ống ngực, giải phẫu bình thường chỉ có ở 40-60% bệnh nhân. Những biến thể này xuất hiện là do bất thường trong sự hợp lại của các thân bạch huyết từ hai bên trong quá trình phát triển phôi<sup>3</sup>. Việc nắm được giải phẫu và các biến thể giải phẫu của ống ngực có vai trò quan trọng đối với chuẩn bị trước mổ để tránh gây tổn thương ống ngực; hoặc đối với can thiệp nút tắc ống ngực khi đã có tổn thương ống ngực.

Những năm gần đây, các kỹ thuật chính để chụp hệ bạch mạch trung tâm là chụp bạch mạch qua mu chân dưới màn huỳnh quang hoặc cộng hưởng từ, chụp bạch mạch số hóa xóa nền và xạ hình bạch mạch. Các phương pháp này đều có những nhược điểm nhất định, trong khi đó chụp cộng hưởng từ đánh giá động học hệ bạch mạch đã khắc phục được nhược điểm của các phương pháp trên, vừa cung cấp thông tin đầy đủ về giải phẫu, vừa giúp khảo sát được đầy đủ động học hệ bạch huyết.<sup>4</sup> Phương pháp này giúp cho việc đánh giá giải phẫu, phát hiện đường rò để lên kế hoạch điều trị và can thiệp cho bệnh nhân. Tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi đã tiến hành chụp và đánh giá tổn thương ống ngực trên cả cộng hưởng từ và chụp số hóa xóa nền đường bạch huyết qua hạch bẹn một cách thường quy ở các bệnh nhân có tràn dịch dưỡng chấp.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch dưỡng chấp, được chỉ định chụp cộng hưởng từ và chụp số hóa xóa nền đường bạch mạch qua hạch bẹn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Hình ảnh được chụp được nghiên cứu trên hệ thống PACS, các thông tin lâm sàng được thu thập trong hồ sơ bệnh án.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Dịch dẫn lưu không phải dịch dưỡng chấp, bệnh nhân chống chỉ định chụp cộng hưởng từ, bệnh nhân không được chụp số hóa xóa nền.

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Chọn mẫu thuận tiện.

**Quy trình nghiên cứu:** - Bệnh nhân được chẩn đoán là tràn dịch dưỡng chấp.

- Hình ảnh chụp CHT và chụp DSA được phân tích độc lập bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh về các chỉ số và biến số nghiên cứu.

- Đối chiếu hình ảnh giải phẫu và khả năng phát hiện đường rò trên phim chụp cộng hưởng từ và chụp số hóa xóa nền

- Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.0

**Phân tích và xử lý số liệu:**

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

- Các biến số được tính toán các tỷ lệ %, sử dụng các thuật toán thống kê, so sánh các tỷ lệ.

- Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính để đánh giá trị của cộng hưởng từ bạch mạch trong phát hiện tổn thương ống ngực so với chụp số hóa xóa nền.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

42 bệnh nhân phù hợp được chọn vào nghiên cứu: 26 nữ, 18 nam; trong đó 35 bệnh nhân sau chấn thương, 7 bệnh nhân không do chấn thương

**Đánh giá giải phẫu ống ngực**

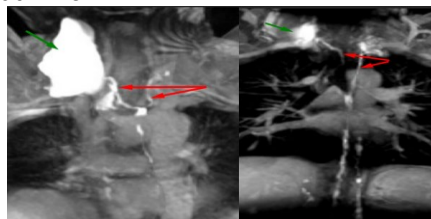
**Bảng 1. Đối chiếu về biến thể giải phẫu trên CHT và DSA**

Giải phẫu	DSA		Kiểm định
	CHT	Có/Không	
Giải phẫu bình thường	Có	20 / 1	Chỉ số Kappa = 0,9524 với p=0,001
	Không	0 / 21	
Ống ngực nằm hoàn toàn bên trái	Có	1 / 0	Chỉ số Kappa = 1 với p<0,001
	Không	0 / 41	
Ống ngực dạng đám rối	Có	1 / 0	Chỉ số Kappa = 0,6557 với p=0,001
	Không	1 / 40	
Ống ngực đôi đoạn gần	Có	1 / 1	Chỉ số Kappa = 0,6557 với p = 0,001
	Không	0 / 40	
Ống ngực đôi đoạn xa	Có	5 / 0	Chỉ số Kappa = 0,8754 với p=0,001
	Không	1 / 36	
Không có bề dưỡng chấp	Có	14 / 0	Chỉ số Kappa = 1 với p<0,001
	Không	0 / 28	
Không khảo sát được hết ống ngực	Có	8 / 0	Chỉ số Kappa = 1 với p<0,001
	Không	0 / 34	

**Nhận xét:** Trong số 42 bệnh nhân, 50% có giải phẫu ống ngực bình thường trên MRI. Biến thể giải phẫu hay gặp nhất là không có bề dưỡng chấp với 14 bệnh nhân chiếm 33,3%.

Trong phát hiện giải phẫu và biến thể giải phẫu của ống ngực thì CHT và DSA có mức độ đồng thuận rất tốt với giải phẫu bình thường, ống ngực nằm hoàn toàn bên trái cột sống, không có bề dưỡng chấp, ống ngực đôi đoạn xa. Mức độ đồng thuận tốt trong phát hiện biến thể

giải phẫu ống ngực đôi đoạn gần và ống ngực dạng đám rối.



**Hình 1. Ống ngực đôi đoạn xa kèm rò nhánh phải đoạn xa ống ngực**

Thông tin bệnh nhân: bên trái Đào Thị H., ID: 2011035890; bên phải; Nguyễn Thị H.V., ID: 2208009178

**Đánh giá đường rò ống ngực**

**Bảng 2. Vị trí rò ống ngực trên CHT**

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đoạn cổ	19	45
Đoạn ngực	16	38
Đoạn bụng	1	2
Không quan sát thấy	7	17

**Nhận xét:** Trong 42 bệnh nhân, rò đoạn cổ hay gặp nhất với 19 bệnh nhân (45%), đoạn ngực là vị trí hay gặp thứ hai với 16 bệnh nhân (38%). Có 01 bệnh nhân (2%) có rò ống ngực ở đoạn bụng, đây cũng là bệnh nhân duy nhất có tổn thương ống ngực ở hai đoạn duy bụng và ngực. Có 07 bệnh nhân không quan sát thấy vị trí rò ống ngực.

**Bảng 4. Khả năng phát hiện đường rò trên CHT và DSA**

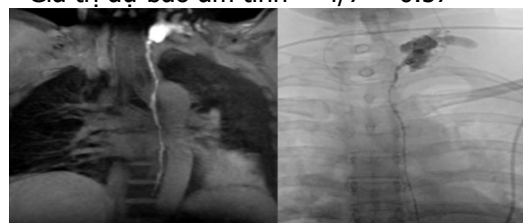
CHT \ DSA	DSA		Tổng (n)
	Có phát hiện đường rò	Không phát hiện đường rò	
Có phát hiện đường rò	35	0	35
Không phát hiện đường rò	3	4	7
<b>Tổng (n)</b>	<b>38</b>	<b>4</b>	<b>42</b>

Độ nhạy (Sn) = 35/38 = 0.92

Độ đặc hiệu (Sp) = 4/4 = 1

Giá trị dự báo dương tính = 35/35 = 1

Giá trị dự báo âm tính = 4/7 = 0.57



**Hình 2. Giải phẫu ống ngực bình thường và rò đoạn tận ống ngực trên MRI và DSA**

Thông tin bệnh nhân: Đàm Thị H., 51 tuổi, ID: 2003007547

#### IV. BÀN LUẬN

Ổng ngực là thành phần chính của hệ bạch huyết trung tâm, có vai trò quan trọng trong vận chuyển chất béo, protein và cân bằng thể tích tuần hoàn. Rò ống ngực là bệnh lý không thường gặp tuy nhiên nếu rò với lưu lượng lớn không được điều trị sẽ gây ra nhiều biến chứng như suy giảm miễn dịch, suy kiệt, suy hô hấp và có thể tử vong...<sup>5</sup> Do đó việc xác định giải phẫu và chẩn đoán các tổn thương của ống ngực là rất cần thiết trong việc lên kế hoạch điều trị các trường hợp có rò dịch dưỡng chấp tránh các biến chứng cũng như giảm nguy cơ tử vong cho bệnh nhân.

Các phương pháp đã và đang được sử dụng để chẩn đoán hình ảnh hệ bạch huyết trung tâm bao gồm: xạ hình bạch mạch, chụp bạch mạch qua mu chân hoặc qua hạch bẹn dưới màn tạng sáng, chụp cộng hưởng từ bạch mạch qua mu chân, chụp cộng hưởng từ bạch mạch qua hạch bẹn. Chụp xạ hình bạch mạch cho những thông tin quan trọng về động học bạch huyết nhưng lại cung cấp ít thông tin về giải phẫu đồng thời có nguy cơ nhiễm xạ. Chụp bạch mạch qua mu chân mặc dù hiện hình các mạch bạch huyết ngoại vi tốt nhưng lại không hiện hình tốt hệ bạch mạch trung tâm. Kỹ thuật chụp bạch mạch số hóa xóa nền qua hạch bẹn được xem là tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán các bệnh lý của hệ bạch mạch trung tâm. Tuy nhiên, phương pháp này bị giới hạn bởi yêu cầu chuyên môn cao của cơ sở thực hiện, thời gian kéo dài và người thực hiện phải nhận chiếu xạ trong suốt quá trình khảo sát, do đó hiện nay được dùng chủ yếu trong can thiệp điều trị hơn là chẩn đoán các bệnh lý bạch huyết<sup>6</sup>. Chụp cộng hưởng từ hệ bạch mạch qua hạch bẹn có tiêm thuốc đối quang từ được tiến hành bằng cách bơm thuốc đối quang từ vào hạch bẹn hai bên sau đó chụp liên tục chuỗi xung Dynamic để đánh giá được hệ bạch huyết trung tâm. Đây là kỹ thuật không phức tạp, ít xâm lấn, thời gian tiến hành ngắn, nhận diện các thay đổi bệnh lý và tổn thương của hệ bạch mạch, đánh giá giải phẫu của hệ bạch mạch giúp lên kế hoạch điều trị, ngày càng được sử dụng nhiều trong chẩn đoán các bệnh lý của hệ bạch huyết trung tâm trong đó có ống ngực<sup>6,7</sup>.

Trong các biến thể giải phẫu của ống ngực, các biến thể hay gặp ảnh hưởng đáng kể đến thủ thuật can thiệp ống ngực bao gồm<sup>1,8</sup>: Bể dưỡng chấp và ống ngực nằm hoàn toàn ở bên trái cột sống, ống ngực đôi một phần ở đoạn gần hoặc xa, ống ngực dạng đám rối, không có bể dưỡng chấp. Trong số 42 bệnh nhân, có 21 bệnh

nhân có giải phẫu ống ngực bình thường trên MRI chiếm 50%, kết quả này cũng tương tự với các mô tả trong y văn, tỷ lệ giải phẫu ống ngực bình thường dao động từ 40-60%<sup>1,8</sup>. Ngoài ra có 14 bệnh nhân (33,3%) không có bể dưỡng chấp, đây là một trở ngại trong can thiệp điều trị nút tắc ống ngực, bởi bể dưỡng chấp có kích thước lớn, dễ tiếp cận, do đó đây thường là vị trí tiếp cận đầu tiên của các nhà can thiệp để vào ống ngực. Khi không có bể dưỡng chấp, để vào ống ngực phải vào từ nhánh bạch huyết thắt lưng giãn nếu có, trong trường hợp không có, phải vào trực tiếp từ ống ngực, kỹ thuật này gặp nhiều khó khăn hơn vì ống ngực có đường kính nhỏ chỉ từ 2 – 5mm.

Về đối chiếu giải phẫu ống ngực ở 42 bệnh nhân trên phim chụp cộng hưởng từ và DSA, mức độ đồng thuận rất tốt giữa hai phương pháp với chỉ số Kappa trên 0.81 ở các trường hợp giải phẫu bình thường, ống ngực nằm hoàn toàn bên trái cột sống, không có bể dưỡng chấp, ống ngực đôi đoạn xa. Mức độ đồng thuận tốt trong phát hiện biến thể giải phẫu ống ngực đôi đoạn gần và ống ngực dạng đám rối. Điều này đã giúp khẳng định được vai trò quan trọng của chụp cộng hưởng từ để khảo sát giải phẫu ống và các biến thể nếu có giúp cho việc lên kế hoạch tiếp cận ống ngực một cách dễ dàng hơn khi can thiệp nút tắc ống ngực dưới DSA.

Trong số 42 bệnh nhân, vị trí tổn thương ống ngực hay gặp nhất là đoạn cổ với 19 bệnh nhân (chiếm 45%), vị trí hay gặp thứ hai là đoạn ngực với 16 bệnh nhân (chiếm 38%), đoạn bụng là vị trí ít gặp nhất với 1 bệnh nhân (chiếm 2%) và đây cũng là bệnh nhân có tổn thương ống ngực ở hai vị trí, vừa đoạn bụng và đoạn ngực. Sở dĩ ống ngực đoạn cổ và đoạn ngực là hai vị trí hay tổn thương nhất do đây là các đoạn chiếm phần lớn chiều dài của nó, đồng thời trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn các bệnh nhân có phẫu thuật ở vùng ngực hoặc cổ. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Itkin và cộng sự năm 2012 với 109/109 bệnh nhân rò ống ngực do tổn thương ở đoạn ngực hoặc cổ<sup>9</sup>.

Về khả năng phát hiện đường rò, trong số 42 bệnh nhân, DSA phát hiện được 38 bệnh nhân có rò ống ngực, có 04 bệnh nhân không phát hiện được đường rò; trong khi đó cộng hưởng từ phát hiện được 35 ca có rò ống ngực, 07 ca không phát hiện được tổn thương. 04 bệnh nhân không quan sát thấy đường rò trên DSA cũng không phát hiện được đường rò trên cộng hưởng từ mặc dù các bệnh nhân này đều

có tràn dịch dưỡng chấp trên lâm sàng, đây là các bệnh nhân có biến đổi giải phẫu không có ống ngực mà thay bằng các nhánh bạch huyết giãn vùng thắt lưng hoặc màng phổi hai bên. So với DSA, cộng hưởng từ có độ nhạy là 92%, độ đặc hiệu là 100%, giá trị dự đoán dương tính là 100%, giá trị dự báo âm tính là 57%. Tác giả Lee và cộng sự năm 2018 cũng đã có 1 báo cáo về ca lâm sàng với hình thái và vị trí rò ống ngực quan sát được trên MRI hoàn toàn giống với hình ảnh trên DSA<sup>10</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Chụp cộng hưởng từ bạch mạch có tiêm thuốc nội hạch là kỹ thuật mới với nhiều ưu điểm như ít xâm lấn, thời gian thực hiện ngắn, không nhiễm xạ, chẩn đoán tốt giải phẫu cũng như bệnh lý rò ống ngực, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong phát hiện đường rò ống ngực.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Johnson OW, Chick JFB, Chauhan NR, et al. The thoracic duct: clinical importance, anatomic variation, imaging, and embolization. *Eur Radiol.* 2016; 26(8):2482-2493. doi:10.1007/s00330-015-4112-6
2. Bolger C, Walsh TN, Tanner WA, Keeling P, Hennessy TPJ. Chylothorax after oesophagectomy. *British Journal of Surgery.* 2005;78(5):587-588. doi:10.1002/bjs.1800780521
3. Toliyat M, Singh K, Sibley RC, Chamarthy M, Kalva SP, Pillai AK. Interventional radiology in the management of thoracic duct injuries:

- Anatomy, techniques and results. *Clinical Imaging.* 2017;42: 183-192. doi:10.1016/j.clinimag.2016.12.012
4. Itkin M, Nadolski GJ. Modern Techniques of Lymphangiography and Interventions: Current Status and Future Development. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2018;41(3):366-376. doi:10.1007/s00270-017-1863-2
  5. Majdalany BS, El-Haddad G. Contemporary lymphatic interventions for post-operative lymphatic leaks. *Transl Androl Urol.* 2020;9(S1): S104-S113. doi:10.21037/tau.2019.08.15
  6. Pamarthi V, Pabon-Ramos WM, Marnell V, Hurwitz LM. MRI of the Central Lymphatic System: Indications, Imaging Technique, and Pre-Procedural Planning. *Top Magn Reson Imaging.* 2017;26(4): 175-180. doi:10.1097/RMR.0000000000000130
  7. Munn LL, Padera TP. Imaging the lymphatic system. *Microvasc Res.* 2014;0:55-63. doi:10.1016/j.mvr.2014.06.006
  8. Hematti H, Mehran RJ. Anatomy of the thoracic duct. *Thorac Surg Clin.* 2011;21(2):229-238, ix. doi:10.1016/j.thorsurg.2011.01.002
  9. Itkin M, Kucharzuk JC, Kwak A, Trerotola SO, Kaiser LR. Nonoperative thoracic duct embolization for traumatic thoracic duct leak: Experience in 109 patients. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.* 2010; 139(3):584-590. doi:10.1016/j.jtcvs.2009.11.025
  10. Lee CW, Koo HJ, Shin JH, Kim M young, Yang DH. Postoperative Chylothorax: the Use of Dynamic Magnetic Resonance Lymphangiography and Thoracic Duct Embolization. *Investigative Magnetic Resonance Imaging.* 2018;22(3):182-186. doi:10.13104/imri.2018.22.3.182

## SO SÁNH KẾT QUẢ SỬ DỤNG KÍNH NỘI NHÃN ACRYLIC ƯA NƯỚC VÀ ACRYLIC KỊ NƯỚC TRONG PHẪU THUẬT PHACO

Vũ Anh Tuấn<sup>1,2</sup>, Đặng Vũ Cường<sup>1</sup>,  
Phạm Xuân Đà<sup>3</sup>, Phạm Tuệ Liên<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh kết quả sử dụng kính nội nhãn acrylic ưa nước và acrylic kị nước trong phẫu thuật Phaco. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng giữa hai nhóm được tiến hành trên 140 mắt của 90 bệnh nhân (BN) trên 40 tuổi được chẩn đoán

đục thể thủy tinh và có chỉ định phẫu thuật thể thủy tinh bằng phương pháp Phaco từ tháng 8/2016 đến 8/2017. BN được phân chia ngẫu nhiên thành hai nhóm. Nhóm A gồm 70 mắt phẫu thuật Phaco sử dụng kính nội nhãn Acrylic kị nước và nhóm B gồm 70 mắt phẫu thuật Phaco sử dụng kính nội nhãn Acrylic ưa nước. BN được theo dõi 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau mổ. **Kết quả:** Tại thời điểm 6 tháng sau mổ thị lực logMAR nhìn xa trung bình của nhóm A tăng từ  $1,175 \pm 0,452$  trước mổ lên  $0,259 \pm 0,147$ ; của nhóm B tăng từ  $1,274 \pm 0,587$  lên  $0,270 \pm 0,115$ . Sự khác biệt về thị lực logMAR trước mổ và sau mổ giữa 2 nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tình trạng kính nội nhãn bị glistening sau mổ của nhóm A (14,3%) chiếm tỷ lệ nhiều hơn nhóm B (8,6%) ( $p > 0,05$ ). Phản ứng màng bồ đào của nhóm acrylic kị nước (7,1%) cao hơn nhóm acrylic ưa nước (4,3%) ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ xơ hóa bao trước sau mổ của cả hai nhóm nghiên cứu đều

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>4</sup>Bệnh viện Mắt Quốc tế Nhật Bản

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Tuấn

Email: lienhuonghmu91@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 4.10.2024