

tuổi thai <28 tuần và 8,6% trẻ tuổi thai 28- dưới 32 tuần là phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Theo một nghiên cứu của tác giả Manuck (2016) tỷ lệ tử vong <28 tuần chiếm 83% trong dân số nghiên cứu¹. Lê Nguyễn Nhật Trung (2015) khảo sát kết quả điều trị 215 trẻ sinh non từ 26 - 34 tuần tuổi thai tại BV Nhi đồng 2 cho thấy tỷ lệ tử vong chung 10,2%. Tỷ lệ tử vong theo từng nhóm tuổi 26 - 28 tuần, 29 - 31 tuần, 32 - 34 tuần lần lượt là 48,3%, 8,1% và 1%⁷.

***Sốc sơ sinh:** Trong nghiên cứu chúng tôi, thời điểm 24 giờ có 14 trường hợp sốc, có 12 trường hợp tử (86%). Có sự khác biệt giữa nhóm tử và nhóm sống, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, $OR = 35,5$. Nguy cơ này cao hơn trong nghiên cứu của các tác giả khác, do dân số nghiên cứu khác, dân số chúng tôi là trẻ sơ sinh < 32 tuần, so với các nghiên cứu của tác giả khác tuổi thai lớn hơn. Phạm Lê An cho thấy trẻ sơ sinh điều trị tại khoa hồi sức có tình trạng sốc cần phối hợp 2 loại thuốc vận mạch trở lên làm tăng nguy cơ tử vong đáng kể $OR 6,03$ KTC 95% (1,42- 25,54), $p = 0,015$, và Nguyễn Thị Kim Nhi⁸, sốc trong 12G đầu sau sinh cũng là yếu tố liên quan tử vong. Các nghiên cứu đều cho thấy tình trạng sốc đều tăng nguy cơ tử vong, là yếu tố liên quan tử vong ở trẻ sơ sinh.

Chúng tôi đã xác nhận các yếu tố liên quan đến tử vong giới tính nam có nguy cơ tử vong cao hơn bé nữ với $OR: 4,7$, 95% KTC 2,5-15,3. Yếu tố thứ 2 là tuổi thai, tuổi thai càng thấp, nguy cơ tử vong càng cao với $OR: 0,44$, 95% KTC 0,3- 0,6. Yếu tố thứ 3 là sốc thời điểm 24 giờ sau sinh nguy cơ tử vong cao với $OR: 42,9$ và 95% KTC 2,5- 731.

V. KẾT LUẬN

Tử vong sơ sinh non tháng dưới 32 tuần còn

cao, nguyên nhân nhiễm khuẩn là nguyên nhân hàng đầu, với tuổi thai, giới tính nam, và sốc 24 giờ sau sinh là các yếu tố liên quan tử vong, cần có chăm sóc tiền sản tốt giảm sinh non, giảm suy hô hấp, kiểm soát nhiễm khuẩn tốt, theo dõi sát dấu hiệu sốc, chẩn đoán và điều trị sớm góp phần giảm tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Manuck TA, Rice MM, Bailit JL, et al.** Preterm neonatal morbidity and mortality by gestational age: a contemporary cohort. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(1):103.e1-103.e14.
2. **George T Mandy.** Preterm birth: Definitions of prematurity, epidemiology, and risk factors for infant mortality - UpToDate. Accessed March 12, 2023. <https://www.uptodate.com/contents/preterm-birth-definitions-of-prematurity-epidemiology-and-risk-factors-for-infant-mortality>
3. **Cao Y, Jiang S, Sun J, et al.** Assessment of Neonatal Intensive Care Unit Practices, Morbidity, and Mortality Among Very Preterm Infants in China. *JAMA Netw Open.* 2021;4(8):e2118904.
4. **Fleischmann-Struzek C, Goldfarb DM, Schlattmann P, Schlapbach LJ, Reinhart K, Kissoon N.** The global burden of paediatric and neonatal sepsis: a systematic review. *Lancet Respir Med.* 2018;6(3):223-230.
5. **Toan ND, Darton TC, Huong NHT, et al.** Clinical and laboratory factors associated with neonatal sepsis mortality at a major Vietnamese children's hospital. *PLOS Glob Public Health.* 2022;2(9):e0000875.
6. **de Castro ECM, Leite AJM, Guinsburg R.** Mortality in the first 24h of very low birth weight preterm infants in the Northeast of Brazil. *Rev Paul Pediatr.* 2016;34(1):106-113.
7. **Lê Nguyễn Nhật Trung, Ngô Minh Xuân.** Kết quả điều trị trẻ sơ sinh sinh non 26 - 34 tuần tuổi thai tại bệnh viện Nhi Đồng 2. Accessed July 22, 2023.
8. **Phạm Lê An, Nguyễn Thị Kim Nhi, Phùng Nguyễn Thế Nguyễn.** Đánh giá tiên lượng tử vong ở trẻ sơ sinh tại khoa hồi sức sơ sinh. *Tạp chí Y Học Việt Nam,* 2023;526 (1):170-174

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ BẠCH MẠCH Ở BỆNH NHÂN TIỂU DƯỠNG CHẤP

Nguyễn Tiên Mạnh¹, Nguyễn Ngọc Cương^{1,2}, Lê Tuấn Linh^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiểu dưỡng chấp biểu hiện bằng nước tiểu có dịch dưỡng chấp màu trắng sữa. Đây là

bệnh lý hiếm gặp gây nên bởi sự thông thương các nhánh bạch huyết thất lưng vào đường bài xuất. **Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm hình ảnh chụp cộng hưởng từ (CHT) hệ thống mạch bạch huyết có tiêm thuốc đối quang từ qua hạch bẹn để làm rõ nguyên nhân và xác định vị trí tổn thương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền hành trên 41 bệnh nhân được chẩn đoán tiểu dưỡng chấp qua lâm sàng, nội soi bàng quang và xét nghiệm triglycerid trong nước tiểu. Toàn bộ bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ bạch huyết có tiêm thuốc đối quang từ qua hạch bẹn. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 65,9 với tỷ lệ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Cương

Email: cuongcdha@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024

nam:nữ là ~1:2. Hình ảnh chụp cộng hưởng từ cho kết quả hiện hình 100% thân bạch huyết thắt lưng, ống ngực, 92,8% bể dưỡng chấp, phát hiện 97,6% số bệnh nhân có các nhánh rò vào bể thận, trong đó đa số bệnh nhân có sự thông thương các nhánh đường bạch huyết vào bể thận trái với 56,1%. Về khả năng phát hiện đường rò, CHT so với nội soi bàng quang có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 25%, giá trị dự đoán dương tính 92,5%, giá trị dự đoán âm tính 100%. Về khả năng phát hiện đường rò, CHT so với chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) có độ nhạy và độ đặc hiệu 100%, giá trị dự đoán dương tính 100%, giá trị dự đoán âm tính 100%. **Từ khóa:** Tiểu dưỡng chấp, chụp cộng hưởng từ bạch huyết, chụp bạch huyết.

SUMMARY

LYMPHATIC MAGNETIC RESONANCE IMAGING FINDINGS IN PATIENTS WITH CHYLURIA

Overview: Chyluria is a common manifestation of lymphatic system lesion, caused by communication between lymphatic branches and the urinary system. **Object:** To evaluate the characteristics of magnetic resonance imaging (MRI) of the lymphatic system with the injection of paramagnetic contrast agents through the inguinal lymph nodes to identify the cause and the location of the lesion. **Subjects and methods:** The study was conducted on 41 patients diagnosed with chyluria through clinical examination, cystoscopy and urinary triglyceride testing. All patients underwent magnetic resonance imaging of the lymphatic system with the injection of paramagnetic contrast agents through the inguinal lymph nodes. **Results:** The average age of 65,9 years, with a male to female ratio of 1:2. Magnetic resonance imaging showed 100% visualization of the lumbar lymphatic trunk, thoracic duct, 92.8% of the urinary bladder, and detected 97.6% of patients with fistula branches into the renal pelvis, of which the majority of patients had communication of lymphatic branches into the left renal pelvis with 56.1%. In terms of the ability to detect fistula, MRI compared to cystoscopy had a sensitivity of 100%, a specificity of 25%, a positive predictive value of 92.5%, and a negative predictive value of 100%. In terms of the ability to detect fistula, MRI compared to Digital subtraction lymphangiography (DSA) had a sensitivity and specificity of 100%, a positive predictive value of 100% and a negative predictive value of 100%.

Keywords: MR lymphangiography, lymphangiography, chyle leak, chyluria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiểu dưỡng chấp là một hình thái tổn thương của rò bạch huyết với sự xuất hiện của dịch dưỡng chấp có trong nước tiểu. Biểu hiện lâm sàng thường gặp của bệnh nhân là nước tiểu có màu trắng đục như sữa. Xét nghiệm đặc hiệu là sự có mặt triglycerid trong nước tiểu với nồng độ cao hơn 100mg/dl, nồng độ của triglycerid phụ thuộc vào chế độ ăn giàu hay nghèo mỡ của bệnh nhân. Tác nhân gây bệnh được chia thành

hai nhóm: ký sinh trùng và không ký sinh trùng. Mặc dù, nguyên nhân tiểu dưỡng chấp được cho là do có sự thông thương giữa đường bạch huyết với hệ thống đường bài xuất tuy nhiên xác định chính xác vị trí, hình thái tổn thương vẫn gặp khó khăn.

Trong khoảng hơn một thập kỷ gần đây, đã có những tiến bộ lớn trong thăm khám hệ thống đường bạch huyết đặc biệt là phương tiện hình ảnh như: Chụp cộng hưởng từ, chụp mạch số hoá xóa nền^{1,2}. Đây là các phương tiện hình ảnh chính được sử dụng để bộc lộ tuần hoàn bạch huyết và có vai trò bổ sung cho nhau trong công tác chẩn đoán và điều trị bệnh lý đường bạch huyết. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào phân tích hình ảnh CHT trên các bệnh nhân tiểu dưỡng chấp. Bài báo cáo này tập trung chủ yếu vào phân tích hình ảnh cộng hưởng từ đường bạch huyết trên bệnh nhân tiểu dưỡng chấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu thực hiện trên các bệnh nhân tiểu dưỡng chấp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong vòng 5 năm từ 1.2019 đến 7.2024.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Các bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng, xét nghiệm nước tiểu khẳng định tiểu dưỡng chấp.
- Nội soi bàng quang tìm vị trí dòng dưỡng chấp phun từ lỗ niệu quản.
- Chụp cộng hưởng từ bạch huyết có tiêm thuốc đối quang từ qua hạch bẹn
- Toàn bộ các bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ bạch huyết qua hạch bẹn trên máy chụp số hóa xóa nền (DSA)
- Có đầy đủ bệnh án với thông tin lâm sàng, dịch tễ và hình ảnh trên hệ thống PACs (picture archiving and communication systems)
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân nước tiểu đục do nhiễm trùng
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.4. 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 giá trị của cộng hưởng từ bạch huyết trong phát hiện tổn thương so với chụp số hóa xóa nền và nội soi bàng quang.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu hồi tiến hành trên tham khảo hồ sơ bệnh án và phim chụp trên hệ thống PACs. Các bệnh nhân đã

được chẩn đoán và chỉ định can thiệp điều trị dựa theo hội đồng chuyên môn của bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong vòng 5 năm có tổng số 41 bệnh nhân tiểu đường chấp được chẩn đoán lâm sàng và chụp cộng hưởng từ đường bạch huyết.

3.1. Đặc điểm lâm sàng.

Tuổi trung bình: 65,9 ± 12,3, dao động từ 15 – 87 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm về giới tính và tuổi trung bình

Giới	n %	Tuổi		
		X±SD	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Nam	15 (36,5)	65±15,1	15	78
Nữ	26 (63,5)	66,5±10,6	40	87
Tổng	41 (100)	65,9±12,3	15	87

Bảng 2. Vị trí bạch huyết quan sát được trên CHT

Vị trí bạch huyết	n	Tỷ lệ %
Bạch huyết quanh mạch chậu	41	100
Bạch huyết đoạn thắt lưng	41	100
Bể dưỡng chấp	38	92,8
Ống ngực	41	100
Vị trí tổn thương	40	97,6

Bảng 3. Vị trí rò bạch huyết quan sát được trên CHT

Vị trí	n	Tỷ lệ %
Bên phải	9	22
Bên trái	23	56,1
Cả hai bên	8	19,5
Không quan sát thấy rò	1	2,4
Tổng	41	100

Bảng 4. Đối chiếu khả năng phát hiện vị trí rò trên CHT và nội soi bàng quang

CHT	Nội soi bàng quang	Có phát hiện vị trí rò	Không phát hiện vị trí rò	Tổng
		n	n	
	Có phát hiện vị trí rò	37	3	40
	Không phát hiện vị trí rò	0	1	1
	Tổng	37	4	41

Nhận xét:

- Độ nhạy (Specificity): 37/37=100%
- Độ đặc hiệu (Sensitivity): 1/4=25%
- Giá trị dự đoán dương tính: 37/40= 92,5%
- Giá trị dự đoán âm tính: 1/1= 100%

Bảng 5. Đối chiếu khả năng phát hiện vị trí rò trên CHT và DSA

CHT	DSA	Có phát hiện vị trí rò	Không phát hiện vị trí rò	Tổng
		n	n	
	Có phát hiện vị trí rò	38	0	38

Không phát hiện vị trí rò	0	1	1
Tổng	38	1	39

Nhận xét:

- Độ nhạy (Specificity): 38/38=100%
- Độ đặc hiệu (Sensitivity): 1/1=100%
- Giá trị dự đoán dương tính: 38/38= 100%
- Giá trị dự đoán âm tính: 1/1= 100%

Bảng 6. Thời gian hiện hình bạch huyết trên CHT

Thời gian hiện hình	X±SD (phút)	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Bạch huyết thân thắt lưng	5±2,8	2	17
Bể dưỡng chấp	9,4±4,7	5	24
Ống ngực	17,4±5,1	10	32
Tổng thời gian chụp	22,9±6,3	12	44

Nhận xét:

Trong 41 bệnh nhân được chụp CHT trong nghiên cứu chúng tôi thấy:

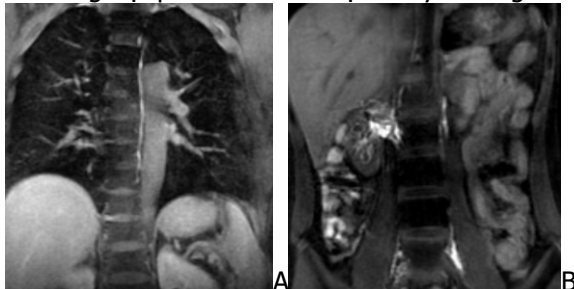
- Thời gian hiện hình thân thắt lưng là 5 ± 2,8 (2 - 17 phút)
- Thời gian hiện hình bể dưỡng chấp là 9,4 ± 4,7 (5 - 24 phút)
- Thời gian hiện hình ống ngực là 17,4 ± 5,1 (10 - 32 phút)
- Tổng thời gian chụp MRI là 22,9 ± 6,3 (12 - 44 phút)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng. Tiểu đường chấp là tình trạng xuất hiện dịch dưỡng chấp trong nước tiểu, biểu hiện lâm sàng điển hình là nước tiểu có màu trắng đục như sữa. Tần suất và mức độ tiểu đường chấp phụ thuộc vào nồng độ triglycerid có trong nước tiểu. Căn nguyên bệnh sinh chung của tiểu đường chấp được cho là do sự thông thương của các nhánh mạch bạch huyết bị giãn vào rốn thận do tắc nghẽn hoặc hẹp ống bạch huyết chính³. Về yếu tố dịch tễ, tiểu đường chấp thường gặp ở các nước thuộc châu Á, nhiều nhất ở Ấn Độ, Trung Quốc, Đài Loan, Việt Nam, ngược lại, rất hiếm gặp ở các nước phương Tây⁴. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 66 tuổi, chủ yếu gặp ở nữ giới (63,5%), vị trí tổn thương thường gặp ở bên trái khoảng 60%. Để khẳng định chính xác bên tổn thương, chúng tôi dựa trên ít nhất một trong ba 3 kết quả: nội soi bàng quang thấy dịch dưỡng chấp phun qua lỗ niệu quản, chụp cộng hưởng từ thấy nhánh bạch huyết giãn đi vào rốn thận, chụp số hoá xoá nền thấy thuốc cản quang đi vào rốn thận.

Về đặc điểm hình ảnh chụp cộng hưởng từ. Chụp CHT đường bạch huyết là phương tiện

chẩn đoán hình ảnh ít xâm lấn được áp dụng rộng rãi trong các bệnh lý bạch huyết nói chung nhờ vào ưu điểm là thuốc đối quang tử có độ nhớt thấp nên di chuyển dễ dàng, nhanh chóng trong hệ bạch huyết, giúp hiện hình tuần hoàn hệ thống bạch huyết⁵. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% các bệnh nhân chụp CHT đều thấy hiện hình rõ các nhánh bạch huyết thắt lưng, ống ngực, 92,7% bể dưỡng chấp, phát hiện 97,6% vị trí rò bạch huyết vào rốn thận. Hình ảnh này tương tự các nghiên cứu về hình ảnh chụp CHT trong tiểu dưỡng chấp gần đây^{5,6}. Về thời gian hiện hình bạch huyết: thân thắt lưng ($5 \pm 2,8$ phút), bể dưỡng chấp ($9,4 \pm 4,7$ phút), ống ngực ($17,4 \pm 5,1$ phút), kết quả này tương tự nghiên cứu của Pimpalwar và cộng sự⁷. Về khả năng phát hiện vị trí rò so với nội soi bàng quang, CHT có độ nhạy là 100%, độ đặc hiệu là 25%, giá trị dự báo dương tính 92,5%, giá trị dự báo âm tính là 100%. Trong khi đó, khi so sánh với kết quả chụp DSA, CHT có độ nhạy và độ đặc hiệu tương tự như DSA. Một bệnh nhân không quan sát thấy đường rò trên CHT và trên DSA, đây là bệnh nhân có tiểu dưỡng ngắt quãng nhiều năm, nồng độ triglycerid $<100\text{mg/dL}$, ngoài ra bệnh nhân có biến đổi giải phẫu ống ngực không đổ về tĩnh mạch dưới đòn mà bàng hệ qua các nhánh bạch huyết vùng cổ.



Hình 1: A: Ống ngực; B: Các nhánh bạch huyết đi vào bể thận phải

Ưu điểm của CHT đã được thể hiện ở tỷ lệ hiện hình ống ngực ở 100% bệnh nhân. Đây là cơ sở có thể giúp khẳng định thêm giả thuyết gây tiểu dưỡng chấp là do sự ứ trệ tuần hoàn ống ngực làm tăng áp lực đường bạch huyết đoạn bụng dẫn đến luồng thông bất thường vào bể thận. Nhờ vào lợi thế này mà CHT là phương pháp được sử dụng thường quy cho toàn bộ các bệnh nhân có bệnh lý về đường bạch huyết nói chung và bệnh nhân tiểu dưỡng chấp nói riêng. Chụp số hoá xoá nền có tiêm thuốc cản quang chỉ áp dụng cho nhóm bệnh nhân có chỉ định can thiệp nút mạch.

Nhược điểm của chụp CHT bạch huyết là thuốc đối quang tử di chuyển trong lòng mạch

bạch huyết nhanh và dễ dàng nên khó phát hiện chính xác số lượng các nhánh rò dưỡng chấp vào bể thận. Ngoài ra chụp CHT bạch huyết cần có bàn chụp di động nên rất dễ xảy ra lệch kim khỏi hạch ben trong quá trình di chuyển và không phải cơ sở y tế nào cũng có thể trang bị máy chụp CHT này⁸.

Tóm lại, CHT là kỹ thuật ít xâm lấn, thời gian tiến hành nhanh, nhận diện các thay đổi bệnh lý và tổn thương của hệ bạch huyết, đánh giá giải phẫu của hệ bạch huyết giúp lên kế hoạch điều trị. Đây là phương pháp ngày càng được sử dụng nhiều trong chẩn đoán các bệnh lý của hệ bạch huyết trung tâm trong đó có tiểu dưỡng chấp^{9,10}. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn có một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu của nghiên cứu chưa đủ lớn do đó giá trị của nghiên cứu chưa được đánh giá cao. Thứ hai, đây là một nghiên cứu mới, trên thế giới chưa có nhiều nghiên cứu tương tự để so sánh giá trị của cộng hưởng từ bạch huyết có tiêm thuốc đối quang tử qua hạch ben với chụp hệ bạch huyết số hóa xoá nền trong bệnh lý tiểu dưỡng chấp, nên chúng tôi chưa có nhiều dữ liệu để so sánh. Hy vọng trong tương lai sẽ có các nghiên cứu tương tự với cỡ mẫu lớn hơn để tăng mức độ tin cậy và so sánh với nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Tiểu dưỡng chấp thường gặp ở phụ nữ cao tuổi với tổn thương bên thận trái chiếm ưu thế. Toàn bộ bệnh nhân có ứ trệ tuần hoàn trong ống ngực gây giãn và có các nhánh bạch huyết vùng thắt lưng vào bể thận. Chụp CHT là kỹ thuật ít xâm lấn, thời gian nhanh, kết quả chụp CHT là cơ sở để lựa chọn phương pháp điều trị chính cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dori Y, Zviman MM, Itkin M. Dynamic contrast-enhanced MR lymphangiography: feasibility study in swine. *Radiology*. Nov 2014;273(2):410-6. doi:10.1148/radiol.14132616
2. Wang L, Chi J, Li S, Hua X, Tang H, Lu Q. Magnetic resonance lymphangiography in recurrent chylous ascites and chyluria. *Kidney Int*. Jun 2017;91(6): 1522. doi:10.1016/j.kint. 2016.12.026
3. Singh I, Dargan P, Sharma N. Chyluria - a clinical and diagnostic step-ladder algorithm with review of literature. *Indian Journal of Urology*. 2004;20(2):79-85.
4. Stainer V, Jones P, Juliebø S, Beck R, Hawary A. Chyluria: what does the clinician need to know? *Ther Adv Urol*. Jan-Dec 2020;12:1 756287220940899. doi:10.1177/ 1756287220940899
5. Sabbah A, Koumako C, El Mouhadi S, et al. Chyluria: non-enhanced MR lymphography. *Insights into Imaging*. 2023/07/05 2023; 14(1):119. doi:10.1186/s13244-023-01461-2

6. Hoa T, Cuong N, Hoan N, et al. Central Lymphatic Imaging in Adults with Spontaneous Chyluria. International Journal of General Medicine. 05/29 2024;17: 2489-2495. doi:10.2147/IJGM.S459768
7. Pimpalwar S, Chinnadurai P, Chau A, et al. Dynamic contrast enhanced magnetic resonance lymphangiography: Categorization of imaging findings and correlation with patient management. Eur J Radiol. Apr 2018;101:129-135. doi:10.1016/j.ejrad.2018.02.021
8. Lovrec Krstić T, Soštarić K, Caf P, Žerdin M. The Case of a 15-Year-Old With Non-Parasitic Chyluria. Cureus. Aug 2021;13(8):e17388. doi:10.7759/cureus.17388
9. Munn LL, Padera TP. Imaging the lymphatic system. Microvasc Res. Nov 2014;96:55-63. doi:10.1016/j.mvr.2014.06.006
10. Ramirez-Suarez KI, Tierradentro-Garcia LO, Smith CL, et al. Dynamic contrast-enhanced magnetic resonance lymphangiography. Pediatr Radiol. Feb 2022;52(2): 285-294. doi:10.1007/s00247-021-05051-6

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: TRƯỜNG HỢP ĐỘNG HÓA KHỚP CỔ CHÂN BẰNG KHUNG ILIZAROV TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 7A

Nguyễn Văn Thái¹, Nguyễn Ngọc Hiếu², Trần Phước Đạt², Nguyễn Ngọc Thoại Nhi³, Cao Kim Xoa⁴

TÓM TẮT

Tổng quan: Báo cáo trình bày về kỹ thuật Ilizarov, một phương pháp cố định xương bên ngoài, được sử dụng trong kéo dài xương, điều trị gãy xương khó lành, khắc phục mất xương, sửa chữa biến dạng xương hoặc hợp nhất xương. Trong đó, Ilizarov đặc biệt có nhiều ưu điểm trên những ca bệnh gãy xương hở, phức tạp. Phương pháp này giúp bảo tồn chi thể để điều trị gãy xương không đáp ứng các phương án điều trị khác. Chúng tôi báo cáo 1 bệnh nhân động hóa khớp cổ chân bằng khung Ilizarov tại bệnh viện Quân Y 7A. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nam, 49 tuổi, bị gãy hở độ IIIB 1/3 dưới của 2 xương ở chân trái do tai nạn giao thông. Bệnh nhân được điều trị bằng kỹ thuật Ilizarov để động hóa khớp cổ chân tại Bệnh viện Quân Y 7A. **Bàn luận:** Phương pháp Ilizarov có ưu điểm trong việc hạn chế xâm lấn, giảm nguy cơ nhiễm trùng, và cho phép chỉnh hình xương linh hoạt. Tuy nhiên, nhược điểm chính là thời gian điều trị kéo dài và dụng cụ khá cồng kềnh, gây khó khăn cho sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. **Kết luận:** Ca lâm sàng thành công tại bệnh viện Quân Y 7A cho thấy kỹ thuật Ilizarov giúp phục hồi hiệu quả cho các bệnh nhân gãy xương phức tạp và nhiễm trùng, chứng minh tính khả thi và hiệu quả của phương pháp này trong thực tế điều trị. **Từ khóa:** Ilizarov, gãy xương hở, động hóa khớp cổ chân

SUMMARY

CLINICAL CASE REPORT: ANKLE JOINT MOBILIZATION USING ILIZAROV FRAME AT MILITARY HOSPITAL 7A

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch Tp. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Quân Y 7A

³Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

⁴Trường Đại học Công nghiệp Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thái

Email: thainguyenvan54@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 25.10.2024

Overview: This report presents the Ilizarov technique, an external bone fixation method used in the treatment of bone lengthening, nonunion fractures, bone loss, bone deformity correction, or bone fusion. The Ilizarov technique is particularly advantageous in cases of open and complex fractures. This method allows limb preservation in the treatment of fractures that are unresponsive to other approaches. We report a case of ankle joint mobilization using the Ilizarov frame at Military Hospital 7A. **Case report:** The 49-year-old male patient sustained a grade IIIB open fracture of the distal third of two bones in his left leg due to a traffic accident. He was treated using the Ilizarov technique for ankle joint mobilization at Military Hospital 7A. **Discussion:** The Ilizarov technique offers advantages such as minimally invasive application, reduced infection risk, and flexibility in bone alignment. However, the primary disadvantages include prolonged treatment duration and cumbersome equipment, which may interfere with the patient's daily activities. **Conclusion:** The successful case at Military Hospital 7A demonstrates that the Ilizarov technique provides effective recovery for patients with complex fractures and infections, proving its feasibility and efficacy in clinical practice. **Keywords:** Ilizarov, open bone fracture, ankle joint mobilization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, các vấn đề về xương khớp đang ngày càng trở nên phổ biến ở mọi lứa tuổi. Trong đó, vấn đề liên quan đến khớp cổ chân nhận được nhiều sự quan tâm bởi những hậu quả lớn do nó mang lại khi làm giảm khả năng vận động, gây đau nhức, biến dạng xương khớp, đồng thời cũng làm tăng nguy cơ gãy xương. Trên thế giới, đã có rất nhiều phương pháp điều trị được áp dụng như nội soi khớp, gọt xương, ghép sụn, thay khớp đối với bệnh nhân mắc bệnh ở khớp cổ chân. Tuy nhiên, phương pháp Ilizarov đã trở thành một trong những phương pháp chính để điều trị các khuyết tật về xương.