

mô mạch máu, tăng đông và giảm tiêu sợi huyết ở bệnh nhân đái tháo đường. Điểm PADUA cao hơn ở nhóm bệnh nhân phát triển HKTMSCD trong nghiên cứu của chúng tôi ($p < 0,001$) cho thấy giá trị của thang điểm này trong việc dự đoán nguy cơ HKTMSCD ở bệnh nhân ICU. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá nguy cơ HKTMSCD một cách hệ thống ở tất cả bệnh nhân ICU để xác định nhóm bệnh nhân cần được chú ý đặc biệt và có thể hưởng lợi từ các biện pháp dự phòng tích cực hơn.

Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần được thảo luận. Thiết kế nghiên cứu không có nhóm chứng, do đó không thể đánh giá hiệu quả điều trị dự phòng HKTMSCD của heparin TLPTT so với nhóm không được điều trị dự phòng. Đồng thời, cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi tương đối ngắn cũng là các nhược điểm quan trọng của nghiên cứu. Cần có những nghiên cứu được thiết kế cao cấp hơn, quy mô lớn hơn, có nhóm chứng, đa trung tâm để đánh giá một cách khách quan về hiệu quả điều trị dự phòng của HKTMSCD.

V. KẾT LUẬN

Điều trị dự phòng HKTMSCD bằng heparin TLPTT trên bệnh nhân nằm ở HSTC-CD bước đầu cho thấy kết quả tốt và tính an toàn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benes J, Skulec R, Jobanek J, Cerny V. Fixed-dose enoxaparin provides efficient DVT

prophylaxis in mixed ICU patients despite low anti-Xa levels: A prospective observational cohort study. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.2022;166(2):204-210. Doi: 10.5507/bp.2021.031.

2. Samuel S, Li W, Dunn K, et al. Unfractionated heparin versus enoxaparin for venous thromboembolism prophylaxis in intensive care units: a propensity score adjusted analysis. J Thromb Thrombolysis.2023;55(4):617-625. Doi: 10.1007/s11239-023-02795-w.
3. Degala RP, Kamala GR, Vydani K. A Prospective Study of Deep Vein Thrombosis Prophylaxis and Management in ICU Patients. Journal of Pharma Insights and Research. 2024;2(6):158-164. Doi: 10.69613/3sw7tq98.
4. Li H, Wu Z, Zhang H, Qiu B, Wang Y. Low-molecular-weight heparin in the prevention of venous thromboembolism among patients with acute intracerebral hemorrhage: A meta-analysis. PloS one.2024;19(10):e0311858. Doi: 10.1371/journal.pone.0311858.
5. Miri M, Goharani R, Sistanizad M. Deep vein thrombosis among intensive care unit patients; an epidemiologic study. Emergency.2017;5(1):e13.
6. Alhazzani W, Lim W, Jaeschke RZ, Murad MH, Cade J, Cook DJ. Heparin thromboprophylaxis in medical-surgical critically ill patients: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Critical care medicine. 2013; 41(9): 2088-2098. Doi: 10.1097/ccm.0b013e31828cf104.
7. Chen X, Huang J, Liu J, Deng H, Pan L. Venous thromboembolism risk factors and prophylaxis of elderly intensive care unit patients in a Chinese general hospital. Annals of Palliative Medicine. 2021;10(4): 4453-4462. Doi: 10.21037/apm-21-464.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÃNH LỆ SÂU MI DƯỚI BẰNG KỸ THUẬT CHUYỂN VỊ TÚI MỖ QUA ĐƯỜNG MỖ BỜ MI DƯỚI TẠI PHÒNG KHÁM THẨM MỸ DAVINCI

Trần Sinh Lục¹, Nguyễn Trương Toàn¹, Phạm Hồng Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật chuyển vị túi mỡ mi dưới trong điều trị rãnh lệ sâu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện trên 223 khách hàng có rãnh lệ sâu, được thực hiện tại Phòng khám

thẩm mỹ Davinci từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2025. Phẫu thuật được tiến hành qua đường mỡ bờ mi dưới. **Kết quả:** 223 khách hàng với độ tuổi trung bình $48,13 \pm 10,03$ (từ 23 đến 72 tuổi), tỷ lệ nam/nữ là 1:26. So sánh lâm sàng trước và sau phẫu thuật cho thấy cải thiện rõ rệt về rãnh lệ sâu, thoát vị túi mỡ và tình trạng thừa da mi dưới. Cụ thể, không còn trường hợp rãnh lệ sâu độ III, chỉ 1% còn độ II, và 71,7% hoàn toàn hết rãnh lệ sâu. Sau 3 tháng, không còn tình trạng thoát vị mỡ nặng, tỷ lệ thoát vị nhẹ còn 5,4%. Tình trạng thừa da cải thiện đáng kể, từ 90,1% xuống còn 4,5%. Mức độ cải thiện đánh giá là tốt, với 93% khách hàng hài lòng với kết quả sau phẫu thuật. **Kết luận:** Kỹ thuật chuyển vị túi mỡ mi dưới qua đường mỡ bờ mi dưới là phương pháp hiệu quả cao trong trẻ hóa vùng mi dưới, đặc biệt ở các trường hợp có rãnh lệ sâu kèm theo thoát vị mỡ và da thừa.

¹Phòng khám Chuyên khoa Thẩm mỹ DAVINCI

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Sinh Lục

Email: drtransinhLuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025

Từ khóa: phẫu thuật mi dưới, rãnh lệ, chuyển vị túi mỡ, thoát vị mỡ mi dưới

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF LOWER BLEPHAROPLASTY WITH FAT REPOSITIONING TECHNIQUE FOR TEAR TROUGH DEFORMITY AT DAVINCI AESTHETIC CLINIC

Objective: To evaluate the effectiveness of lower eyelid fat repositioning surgery in correcting tear trough deformity. **Subjects and Methods:** A prospective, uncontrolled clinical intervention study conducted on 223 patients with tear trough deformities who underwent fat repositioning via a transcutaneous lower eyelid incision at Davinci Aesthetic Clinic between January 2020 and January 2025. **Results:** The average age of patients was 48.13 ± 10.03 years (range: 23–72), with a male-to-female ratio of 1:26. Postoperative assessment showed significant improvements in tear trough depth, lower eyelid fat herniation, and excess skin. There were no cases of grade III tear troughs post-surgery, only 1% had residual grade II deformity, and 71.7% showed complete resolution of the tear trough. Three months postoperatively, no patients had severe fat herniation, and the rate of mild herniation was 5.4%. The incidence of excess skin decreased markedly from 90.1% to 4.5%. Overall surgical outcomes were rated as good, with 93% of patients reporting satisfaction with the results. **Conclusion:** Lower blepharoplasty with fat repositioning via a lower lid incision is a highly effective approach for rejuvenating the under-eye area, particularly in patients with deep tear troughs accompanied by fat herniation and skin laxity.

Keywords: lower blepharoplasty, tear trough, fat repositioning, fat herniation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rãnh lệ là vùng lõm nằm giữa phần trên gò má và vách mũi [1]. Tình trạng rãnh lệ sâu có thể xuất hiện do yếu tố di truyền hoặc quá trình lão hóa, đặc trưng bởi sự mỏng đi của lớp mỡ dưới da mi dưới, kèm theo sự thay đổi về cấu trúc và sắc tố da, cũng như hiện tượng thoát vị túi mỡ mi dưới [2]. Những biểu hiện này ảnh hưởng đáng kể đến thẩm mỹ khuôn mặt và làm suy giảm sự tự tin của nhiều người.

Hiện nay, có nhiều phương pháp được áp dụng để cải thiện tình trạng rãnh lệ sâu như: cắt bỏ túi mỡ, điều chỉnh cơ vòng mi và da thừa; tiêm chất làm đầy; ghép mỡ Coleman; cấy vật liệu nhân tạo; và đặc biệt là kỹ thuật dàn mỡ ổ mắt [3]. Vào năm 1996, Hamra lần đầu tiên giới thiệu kỹ thuật dàn mỡ ổ mắt trong điều trị rãnh lệ sâu, đồng thời giải quyết tình trạng bọng mỡ mi dưới. Các nghiên cứu cho thấy phương pháp này mang lại hiệu quả thẩm mỹ cao và ít biến chứng [4,5]. Từ đó đến nay, kỹ thuật đã được ứng dụng rộng rãi trên thế giới.

Tuy nhiên, tại Việt Nam, vẫn còn thiếu các nghiên cứu đánh giá cụ thể về hiệu quả của phương pháp này trong điều trị rãnh lệ sâu. Do đó, nhóm nghiên cứu của chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật dàn mỡ ổ mắt qua đường mỡ bờ mi dưới ở những bệnh nhân có rãnh lệ sâu, có hoặc không kèm theo tình trạng thoát vị túi mỡ và thừa da mi dưới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 01 năm 2025 tại Phòng khám thẩm mỹ Davinci.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân có tính trạng rãnh lệ sâu có hoặc không kèm tình trạng sa túi mỡ và thừa da mi dưới.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt bệnh.

2.4. Cỡ mẫu: Toàn bộ 223 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị rãnh lệ sâu mi dưới bằng phương pháp dàn mỡ ổ mắt qua đường mỡ bờ mi dưới trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Biện số và chỉ số nghiên cứu. Các chỉ số được thu thập và phân tích trong nghiên cứu bao gồm: độ sâu của rãnh lệ (trước và sau phẫu thuật 3 tháng), mức độ thoát vị túi mỡ mi dưới, tình trạng da thừa mi dưới, mức độ cải thiện sau phẫu thuật và mức độ hài lòng của bệnh nhân. Độ sâu rãnh lệ được phân loại theo thang phân độ của Barton [6], bao gồm: độ 0 (vùng mi dưới phẳng, không có rãnh lệ), độ I (lõm nhẹ ở vùng trong rãnh lệ, phần ngoài tương đối phẳng), độ II (lõm rõ, thấy rõ đường tiếp giáp giữa mi dưới và gò má từ trong ra ngoài), và độ III (lõm sâu rõ rệt, ranh giới giữa ổ mắt và gò má phân định rõ ràng). Tình trạng thoát vị túi mỡ được phân loại theo 4 mức độ [7]: S-1 (thoát vị mức độ nặng), S0 (thoát vị nhẹ), S+1 (không có dấu hiệu thoát vị) và S+2 (lõm vùng túi mỡ quanh ổ mắt). Tình trạng da thừa mi dưới được đánh giá theo hai mức: có da thừa và không có da thừa.



Hình 1: Phân độ rãnh lệ sâu và thoát vị túi mỡ

(A) rãnh lệ sâu độ I, thoát vị túi mỡ nhẹ; (B) rãnh lệ sâu độ II, thoát vị túi mỡ nhẹ; (C) rãnh lệ sâu độ III, thoát vị túi mỡ nặng

2.6. Quy trình phẫu thuật. Trước khi phẫu thuật, bệnh nhân được xác định chính xác đường mổ dọc theo bờ dưới ổ mắt. Gây tê tại chỗ được thực hiện bằng dung dịch lidocain 1mg/ml pha với epinephrin theo tỷ lệ 1:100.000. Một đường rạch da được tạo cách bờ mi khoảng 2mm, sau đó cắt qua cơ vòng mi để bộc lộ vách ổ mắt. Tiếp theo, tiến hành bóc tách mặt phẳng giữa cơ vòng mi và vách ổ mắt để mở vách và bộc lộ túi mỡ cần tái định vị. Bác sĩ sẽ phẫu tích tại điểm bám của cơ vòng mi vào màng xương ở vị trí tương ứng với rãnh lệ.

Sau khi túi mỡ được kéo xuống vùng rãnh lệ, chúng được cố định vào màng xương bằng 2–3 mũi khâu Monosyn 6/0, theo chiều dài rãnh lệ. Tiếp đó, vạt da mi dưới được kéo lên trên và bệnh nhân được yêu cầu ngước mắt để xác định phần da thừa cần loại bỏ. Vết mổ được khâu đóng bằng chỉ nylon 7/0, có thể khâu rời hoặc khâu vạt tùy trường hợp. Kết quả sau phẫu thuật được đánh giá sau 3 tháng, dựa trên các tiêu chí: phân độ rãnh lệ theo Barton, tình trạng thoát vị túi mỡ, mức độ da thừa, sự xuất hiện của biến chứng như sẹo xấu hoặc trĩ mi, và mức độ hài lòng của bệnh nhân được phân loại thành bốn mức: (1) rất hài lòng, (2) hài lòng, (3) chấp nhận được và (4) không hài lòng.

2.6. Xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học. Tất cả bệnh nhân đều được tư vấn đầy đủ và đồng ý tham gia. Thông tin cá nhân và dữ liệu nghiên cứu được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 223 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $48,13 \pm 10,03$ tuổi, dao động từ 23 đến 72 tuổi. Tỷ lệ giới tính trong nghiên cứu là 1 nam trên 26 nữ. Mặc dù tiến trình lão hóa diễn ra tương tự ở cả hai giới, tuy nhiên nữ giới có xu hướng quan tâm nhiều hơn đến các phương pháp can thiệp thẩm mỹ, đặc biệt là tại vùng mi dưới. Trong số các đối tượng nghiên cứu, có tới 81% bệnh nhân ở độ tuổi từ 40 trở lên – nhóm tuổi bắt đầu xuất hiện dấu hiệu lão hóa rõ rệt và cũng là nhóm có nhu cầu cao về cải thiện ngoại hình do đặc thù công việc và giao tiếp xã hội.

Kết quả đánh giá lâm sàng trước và sau mổ 3 tháng được trình bày trong Bảng 1 cho thấy sự

cải thiện rõ rệt. Trước phẫu thuật, rãnh lệ sâu độ I và II chiếm đến 92,8%, trong đó độ III chiếm 7,2%. Sau phẫu thuật, không còn trường hợp nào ở độ III, chỉ còn 1% bệnh nhân có rãnh lệ sâu độ II, trong khi 71,7% bệnh nhân hoàn toàn không còn rãnh lệ sâu. Tương tự, tình trạng thoát vị túi mỡ cũng được cải thiện đáng kể: nếu trước mổ, có 18,8% bệnh nhân thoát vị mức độ nặng và 71,3% thoát vị nhẹ, thì sau mổ không còn trường hợp nào thoát vị nặng, và chỉ còn 5,4% thoát vị nhẹ. Tình trạng da thừa mi dưới cũng cải thiện mạnh mẽ, giảm từ 90,1% trước mổ xuống còn 4,5% sau mổ.

Bảng 1: Đánh giá tình trạng lâm sàng trước và sau mổ 3 tháng

Thời điểm đánh giá	Trước mổ	Sau mổ 3 tháng
Độ sâu rãnh lệ	0	0,0%
	I	46,6%
	II	46,2%
	III	7,2%
Độ thoát vị túi mỡ	Không thoát vị	9,9%
	Thoát vị nhẹ	71,3%
	Thoát vị nặng	18,8%
	Lỗm	0,0%
Da thừa	Có	90,1%
	Không	9,9%

Đánh giá mức độ cải thiện sau phẫu thuật được thể hiện ở Bảng 2. Về độ sâu rãnh lệ, có 87,9% bệnh nhân được đánh giá là cải thiện rõ rệt, 11,2% cải thiện ít và chỉ 0,9% không cải thiện. Đối với thoát vị túi mỡ, tỷ lệ cải thiện đạt 96%, cải thiện ít là 3,6%, và chỉ 0,4% không cải thiện. Tình trạng da thừa sau phẫu thuật cũng cho kết quả khả quan khi 95,5% không còn da thừa, chỉ 4,5% vẫn còn tồn tại da thừa nhẹ. Các kết quả trên khẳng định mức độ cải thiện sau phẫu thuật là rất tốt ở hầu hết các chỉ số.

Bảng 2: Đánh giá mức độ cải thiện sau phẫu thuật

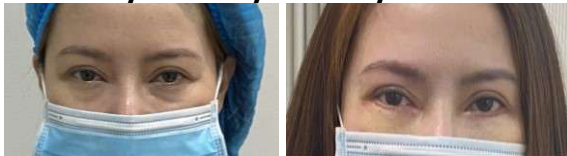
Mức độ cải thiện sau phẫu thuật		
Độ sâu rãnh lệ	Cải thiện	87,9%
	Cải thiện ít	11,2%
	Không cải thiện	0,9%
Độ thoát vị túi mỡ	Cải thiện	96%
	Cải thiện ít	3,6%
	Không cải thiện	0,4%
Da thừa	Không da thừa	95,5%
	Có da thừa	4,5%

Hình ảnh lâm sàng minh họa cho thấy rõ hiệu quả của can thiệp phẫu thuật: bệnh nhân có rãnh lệ sâu độ I và II, kèm theo thoát vị túi mỡ nhẹ, đều có cải thiện rõ sau phẫu thuật chỉ sau 1 tuần (Hình 2 và Hình 3). Ngoài ra, nghiên

cứu ghi nhận 100% các trường hợp sẹo mờ sau 3 tháng. Mức độ hài lòng của bệnh nhân cũng rất cao, với 93% cảm thấy rất hài lòng hoặc hài lòng với kết quả đạt được. Chỉ 7% bệnh nhân không hài lòng, nguyên nhân chủ yếu do tình trạng lão hóa nặng tại vùng mi dưới không thể cải thiện hoàn toàn, trong đó có 2 trường hợp trễ mi và 1 trường hợp để lại sẹo xấu sau phẫu thuật.



Hình 2: Bệnh nhân với tình trạng rãnh lệ sâu độ I, thoát vị túi mỡ ít trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 1 tuần



Hình 3: Bệnh nhân với tình trạng rãnh lệ sâu độ II, thoát vị túi mỡ ít trước và sau phẫu thuật 1 tuần

IV. BÀN LUẬN

Rãnh lệ sâu là tình trạng thường gặp trong quá trình lão hóa vùng quanh mắt, đặc trưng bởi sự mỏng đi của da và lớp mỡ dưới da mi dưới. Khi tình trạng này đi kèm với thoát vị túi mỡ và da thừa, biểu hiện lâm sàng sẽ rõ ràng hơn và ảnh hưởng đáng kể đến thẩm mỹ khuôn mặt [2]. Trong thực hành lâm sàng, nhiều phương pháp can thiệp đã được sử dụng để cải thiện rãnh lệ, tiêu biểu như tiêm chất làm đầy acid hyaluronic (HA), ghép mỡ Coleman. Những phương pháp này có ưu điểm là ít xâm lấn, phục hồi nhanh và biến chứng thấp.

Tuy nhiên, các phương pháp không phẫu thuật lại có một số hạn chế nhất định. Chúng thường không mang lại hiệu quả tối ưu trong các trường hợp rãnh lệ sâu mức độ II hoặc III, đặc biệt khi đi kèm với thoát vị túi mỡ hoặc tình trạng da thừa mi dưới [8]. Bên cạnh đó, kết quả đạt được có thể không duy trì lâu dài và bệnh nhân thường phải thực hiện điều trị bổ sung nhiều lần, làm tăng chi phí và thời gian hồi phục.

Trong bối cảnh đó, kỹ thuật phẫu thuật dàn mỡ mi dưới nổi bật như một giải pháp toàn diện và hiệu quả hơn. Phẫu thuật không chỉ giúp làm đầy rãnh lệ mà còn đồng thời xử lý được thoát vị túi mỡ và loại bỏ da thừa, đặc biệt phù hợp với các trường hợp rãnh lệ sâu độ II, III. So với bóc túi mỡ đơn thuần hay tiêm chất làm đầy, dàn mỡ mi dưới

mang lại kết quả ổn định, lâu dài và cải thiện đồng thời nhiều khuyết điểm ở vùng mi dưới.

Một điểm nổi bật khác là kỹ thuật cố định túi mỡ vào mặt phẳng dưới màng xương – hay còn gọi là cố định trong. So với phương pháp cố định ngoài, việc cố định trong giúp túi mỡ được giữ vững ở vị trí mong muốn, tránh tình trạng di lệch hay lồi lõm sau mổ. Do bờ dưới ổ mắt là cấu trúc xương không bị co giãn, việc khâu cố định tại đây mang lại độ chính xác cao, tính thẩm mỹ tự nhiên hơn và giảm cảm giác khó chịu sau phẫu thuật cho bệnh nhân [9,10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, một số trường hợp rãnh lệ không cải thiện hoàn toàn do thể tích túi mỡ không đủ để chuyển vị. Các bệnh nhân này đã được tiêm bổ sung HA sau 1 tháng để hoàn thiện kết quả thẩm mỹ. Một vài trường hợp trễ mi dưới chủ yếu xảy ra ở bệnh nhân lớn tuổi có mức độ lão hóa nặng, đã được xử lý bằng kỹ thuật treo góc mắt ngoài. Đối với tình trạng da thừa, bác sĩ đã đánh giá và tư vấn trước mổ, do đó mức độ cải thiện đạt được đều nằm trong phạm vi kỳ vọng của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật dàn mỡ ổ mắt mi dưới qua đường rạch da là một phương pháp hiệu quả và phù hợp trong điều trị rãnh lệ sâu kèm theo thoát vị túi mỡ và thừa da mi dưới. Hiệu quả của phương pháp được thể hiện rõ rệt khi đa số trường hợp rãnh lệ độ II, III sau phẫu thuật đã được cải thiện hoàn toàn hoặc chỉ còn ở mức độ nhẹ (độ I). Bên cạnh đó, tình trạng thoát vị túi mỡ và da thừa cũng được cải thiện đáng kể. Đây là một lựa chọn phẫu thuật đáng tin cậy, giúp trẻ hóa vùng mi dưới một cách toàn diện và bền vững.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Loeb R.** Fat pad sliding and fat grafting for leveling lid depressions. Clin Plast Surg. 1981;8:757-777.
2. **Goldberg RA.** The three periorbital hollows: a paradigm for periorbital rejuvenation. Plast Reconstr Surg. 2005;116(6):1796-1804. doi:10.1097/01.prs.0000185623.36795.38
3. **Stutman RL, Codner MA.** Tear trough deformity: review of anatomy and treatment options. Aesthet Surg J. 2012;32(4):426-440. doi:10.1177/1090820X12442372
4. **Hamra ST.** The role of orbital fat preservation in facial aesthetic surgery: a new concept. Clin Plast Surg. 1996;23(1):17-28.
5. **Phạm Thị Việt Dung, Nguyễn Hữu Trọng.** Phẫu thuật dàn mỡ ổ mắt qua đường rạch da bờ mi dưới điều trị rãnh lệ sâu. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2023;164(3).
6. **Gireesh DP.** Tearful tear trough: anatomy, grading and management. EyeToday. Published March 18, 2022. Accessed December 26, 2022.

7. **Shah M, Lee G, Lefebvre DR, et al.** A cross-sectional survey of the association between bilateral topical prostaglandin analogue use and ocular adnexal features. *PLoS One*. 2013;8(5):e61638. doi:10.1371/journal.pone.0061638
8. **Morley AMS, Malhotra R.** Use of hyaluronic acid filler for tear-trough rejuvenation as an alternative to lower eyelid surgery. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2011;27(2):69-73. doi:10.1097/IOP.0b013e3181b80f93
9. **Duan R, Wu M, Tremp M, et al.** Modified lower blepharoplasty with fat repositioning via transconjunctival approach to correct tear trough deformity. *Aesthetic Plast Surg*. 2019;43(3):680-685. doi:10.1007/s00266-019-01309-5
10. **Grant JR, LaFerriere KA.** Periocular rejuvenation: lower eyelid blepharoplasty with fat repositioning and the suborbicularis oculi fat. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2010;18(3):399-409. doi:10.1016/j.fsc.2010.04.006

GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG PHÂN BIỆT GIỮA LAO PHÚC MẠC VÀ UNG THƯ DI CẦN PHÚC MẠC

Nguyễn Phạm Bảo Ngọc¹, Huỳnh Thị Lê Vy¹,
Đặng Nguyễn Trung An¹, Phạm Ngọc Hoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị của một số đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) trong phân biệt lao phúc mạc (LPM) và ung thư di căn phúc mạc (UTDCPM). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 141 người bệnh LPM (50 trường hợp) và UTDCPM (91 trường hợp) được xác nhận bằng kết quả mô bệnh học, kết quả phân tích dịch bụng. Các đặc điểm CLVT có khác biệt giữa hai nhóm được tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và độ chính xác. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến các biến số có giá trị chẩn đoán phân biệt giữa hai nhóm LPM và UTDCPM để xác định các yếu tố độc lập có ý nghĩa chẩn đoán. **Kết quả:** Các đặc điểm có khác biệt giữa hai nhóm bao gồm đậm độ dịch bụng, dạng dày thành phúc mạc, nốt phúc mạc, thâm nhiễm mạc nối, nốt mạc nối, viến mạc nối và hạch hoại tử. Một số đặc điểm có độ chính xác khá tốt trong chẩn đoán UTDCPM là đậm độ dịch bụng và dạng dày thành phúc mạc, lần lượt là 70,8% và 77,4%. Các yếu tố độc lập có giá trị chẩn đoán UTDCPM là dịch bụng đậm độ thấp, dày không đều thành phúc mạc, không có thâm nhiễm mạc nối và nốt mạc nối. **Kết luận:** CLVT là phương tiện có giá trị rất tốt trong chẩn đoán phân biệt LPM và UTDCPM. Các đặc điểm dịch bụng đậm độ thấp, dày không đều thành phúc mạc, không có thâm nhiễm mạc nối và nốt mạc nối giúp chẩn đoán UTDCPM. **Từ khóa:** cắt lớp vi tính, lao phúc mạc, ung thư di căn phúc mạc

SUMMARY

THE VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIFFERENTIATING PERITONEAL TUBERCULOSIS AND PERITONEAL

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Hội Điện quang và Y học Hạt nhân Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phạm Bảo Ngọc

Email: nguyennphambao@goc@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2025

Ngày duyệt bài: 26.5.2025

CARCINOMATOSIS

Objective: To determine the value of certain computed tomography (CT) imaging features in distinguishing peritoneal tuberculosis (PT) from peritoneal carcinomatosis (PC). **Subjects and Methods:** This cross-sectional study included 141 patients diagnosed with PT (50 cases) and PC (91 cases), confirmed by histopathological results and ascitic fluid analysis. The CT features that differed between the two groups were analyzed for sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, and accuracy. Univariate and multivariate logistic regression analyses were performed to identify independent diagnostic factors distinguishing PT from PC. **Results:** Significant differences were observed in factors such as ascitic fluid density, types of peritoneal thickening, peritoneal nodules, omental infiltration, omental nodules, omental rim and necrotic lymph nodes. Some features with relatively high diagnostic accuracy for PC included ascitic fluid density (70.8%) and peritoneal thickening pattern (77.4%). Independent diagnostic factors for PC included low-density ascitic fluid, irregular peritoneal thickening, absence of omental infiltration and presence of omental nodules. **Conclusion:** CT is a highly valuable tool in differentiating PT from PC. Key features suggestive of PC include low-density ascitic fluid, irregular peritoneal thickening, absence of omental infiltration and presence of omental nodules.

Keywords: computed tomography, peritoneal tuberculosis, peritoneal carcinomatosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là một nước luôn nằm trong nhóm hai mươi quốc gia có gánh nặng bệnh tật lao cao nhất thế giới.⁴ LPM chiếm 10% lao ngoài phổi và là thể lao phổ biến nhất của lao ổ bụng với tỉ lệ 68,6%.¹ Trong số những bệnh cần được phân biệt với LPM, UTDCPM là quan trọng nhất vì phương pháp điều trị hai bệnh là hoàn toàn khác nhau nhưng lại có đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học tương tự nhau. Chẩn đoán phân biệt giữa LPM và UTDCPM thường bị chậm trễ vì triệu