

thiết MNL dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp an toàn và hiệu quả cao để chẩn đoán nguyên nhân tổn thương MNL.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Platell, C., et al.**, *The omentum*. World J Gastroenterol, 2000. 6 (2): p. 169-176.
2. **Yoo, E., et al.**, *Greater and lesser omenta: normal anatomy and pathologic processes*. Radiographics, 2007. 27 (3): p. 707-20.
3. **Que, Y., et al.**, *Ultrasound-guided biopsy of greater omentum: an effective method to trace the origin of unclear ascites*. Eur J Radiol, 2009. 70 (2): p. 331-5.
4. **Govindarajan, P. and S.N. Keshava**, *Ultrasound-guided omental biopsy: Review of 173 patients*. Indian J Radiol Imaging, 2010. 20 (4): p. 307-9.
5. **Wang, J., et al.**, *A retrospective analysis*

*on the diagnostic value of ultrasound-guided percutaneous biopsy for peritoneal lesions*. World J Surg Oncol, 2013. 11: p. 251.

6. **Charoensak, A., P. Nantavithya, and P. Apisarnthanarak**, *Abdominal CT findings to distinguish between tuberculous peritonitis and peritoneal carcinomatosis*. J Med Assoc Thai, 2012. 95 (11): p. 1449-56.

7. **V. J. Trainer, S.V., L. McKnight; Swansea/UK**, *Outcome of image-guided omental biopsies*. 2014.

8. **Que, Y., et al.**, *Nodules in the thickened greater omentum: a good indicator of lesions?* J Ultrasound Med, 2009. 28 (6): p. 745-8.

9. **Souza, F.F., et al.**, *Predictive value of percutaneous imaging-guided biopsy of peritoneal and omental masses: results in 111 patients*. AJR Am J Roentgenol, 2009. 192 (1): p. 131-6.

## ĐÁNH GIÁ KỸ THUẬT CHỤP BẠCH MẠCH SỐ HÓA XÓA NỀN QUA HẠCH BỤNG

TRIỆU QUỐC TÍNH, NGUYỄN NGỌC CƯƠNG,  
PHẠM HỒNG CẢNH, LÊ TUẤN LINH, BÙI VĂN LỆNH  
*Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả hình ảnh chụp bạch mạch số hóa xóa nền qua hạch bẹn.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang và tiến cứu được thực hiện trên 37 bệnh nhân được chụp bạch mạch số hóa xóa nền qua hạch bẹn có (hoặc không) kèm can thiệp bạch mạch qua da.

**Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 37 bệnh nhân (11 nam, 26 nữ), tuổi trung bình  $56,0 \pm 15,2$ . Kỹ thuật được thực hiện thành công ở tất cả các bệnh nhân (100%), phát hiện biến thể giải phẫu ở 43% bệnh nhân, chẩn đoán xác định 30/37 trường hợp chiếm 77%. Thời gian trung bình để nhìn thấy bạch huyết mục tiêu là  $35,3 \pm 20,2$  phút.

**Kết luận:** Chụp bạch mạch số hóa xóa nền qua hạch bẹn là thủ thuật an toàn, có giá trị chẩn đoán cao và hướng dẫn can thiệp đường bạch mạch qua da.

**Từ khóa:** Chụp bạch mạch, nút tắc ống ngực, rò dưỡng chấp.

#### SUMMARY

EVALUATE DIGITAL SUBTRACTION INGUINAL INTRANODAL LYMPHANGIOGRAM TECHNIQUE

Chịu trách nhiệm: Triệu Quốc Tính

Email: thienvykakabg@gmail.com

Ngày nhận: 19/10/2020

Ngày phản biện: 23/11/2020

Ngày duyệt bài: 15/12/2020

**Purpose:** Describe the technique and evaluate imaging results of inguinal intranodal lymphangiography.

**Subjects and methods:** A sectional describe and prospective study was conducted on 37 patients, all were done inguinal intranodal lymphangiogram with (or without) percutaneous lymphatic interventions.

**Results:** The study was conducted on 37 patients (11 men, 26 women), mean age,  $56.0 \pm 15.2$ . The technique was successful in all patient (100%), detected anatomic variants in 43% patients, diagnosed 30/37 cases accounting for 77%. The average time to observe target lymph vessel was  $35.3 \pm 20.2$  minutes.

**Conclusions:** Inguinal intranodal lymphangiography is safe procedure, has high diagnostic value and instructions for percutaneous lymphatic interventions.

**Keywords:** *Lymphangiography, thoracic duct embolization, chyle leakage.*

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đường bạch mạch trung tâm bao gồm bể dưỡng chấp và ống ngực dẫn lưu bạch huyết cho 3/4 cơ thể ngoại trừ nửa ngực, nửa đầu - cổ và cánh tay phải. Hai thân bạch huyết chi dưới và bạch huyết sau phúc mạc hội tụ với các thân bạch huyết xuất phát từ các tạng trong ổ bụng (ruột, gan,...) tại bể dưỡng chấp, nằm sau phúc mạc bên phải động mạch chủ bụng, ngang mức thân đốt sống D12-L1.

Sau đó ống ngực đi lên bên phải động mạch chủ vào trung thất sau qua lỗ động mạch chủ của cơ hoành. Đầu tiên nó đi trước các thân đốt sống đến khoảng ngang mức D4-5 đi sang trái và đổ vào vị trí ngã ba tĩnh mạch cảnh trong – dưới đòn trái, trên đường đi ống ngực thu nhận thêm các nhánh phế quản trung thất. Thông thường có 1 ống ngực duy nhất đường kính từ 2-5mm.

Giải phẫu điển hình đường bạch huyết trung tâm chỉ ở 60% người bình thường, 83% bệnh nhân có bể dưỡng chấp [1]. Ống ngực cũng có nhiều biến đổi giải phẫu như: Chia đôi, nằm hoàn toàn bên trái đổ vào tĩnh mạch dưới đòn trái, nằm hoàn toàn bên phải đổ vào tĩnh mạch dưới đòn phải hoặc có hai ống ngực nhỏ chạy song song nối với nhau bởi các kênh bạch huyết nhỏ. Ống ngực đổ vào tĩnh mạch bên phải đã được báo cáo ở 2-3% bệnh nhân và dẫn lưu hai bên ở 1-1,5% bệnh nhân. [2]

Từ lâu, các bệnh lý về đường bạch mạch vẫn được coi là “vùng tối” của y học, gần đây người ta đang dần quan tâm, hiểu biết nhiều hơn về nó. Cái khó trong nghiên cứu về các bệnh bạch mạch nằm ở chỗ: Nó gần như vô hình và có nhiều biến thể giải phẫu; không có dòng chảy mạnh như động mạch, tĩnh mạch; tổn thương bạch mạch có nhiều hình thái và không có phương pháp điều trị chung cho mỗi loại hình tổn thương; những hiểu biết về giải phẫu bạch mạch đến nay vẫn còn hạn chế.

Gần đây với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh mới như cộng hưởng từ bạch mạch và chụp bạch mạch số hóa xóa nền qua hạch bẹn đã thay thế các phương pháp cũ. Kỹ thuật chụp bạch mạch số hóa xóa nền qua hạch bẹn lần đầu tiên được thực hiện bởi Itkin Maxim năm 2012 [3]. Phương pháp này có nhiều ưu điểm như rút ngắn thời gian, giảm lượng tia X, cho hình ảnh trực quan, sinh động về dòng chảy bạch huyết và trực tiếp hướng dẫn các can thiệp điều trị qua da.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu**

Tiêu chuẩn lựa chọn: 37 bệnh nhân có chỉ định chụp bạch mạch số hóa xóa nền qua hạch bẹn có hoặc không kèm theo can thiệp bạch mạch qua da tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 07/2017 đến tháng 06/2020 có các tiêu chuẩn sau:

Có biểu hiện lâm sàng của rò dưỡng chấp, rò bạch huyết sau phẫu thuật liên quan hoặc vô căn: Tràn dịch màng phổi, cổ trướng, ổ tụ dịch bạch huyết, rò bạch huyết ra ngoài cơ thể hay đái dưỡng chấp.

Dịch hoặc nước tiểu xác định là dịch dưỡng chấp: trắng như sữa, có nồng độ cholesterol cao, triglycerid từ 110 mg/dl trở lên.

Những bệnh nhân rò dưỡng chấp lưu lượng cao trên 1L/24h.

Những bệnh nhân rò dưỡng chấp dai dẳng dưới 1L/24h nhưng điều trị nội khoa, ngoại khoa thất bại.

Những bệnh nhân có hình ảnh điển hình trên MRI bạch mạch, có chỉ định điều trị can thiệp qua da

Tiêu chuẩn loại trừ: Những đối tượng không đủ tiêu chuẩn lựa chọn trên. Những trường hợp hồ sơ bệnh án, hình ảnh không đủ thông tin các biến số, chỉ số.

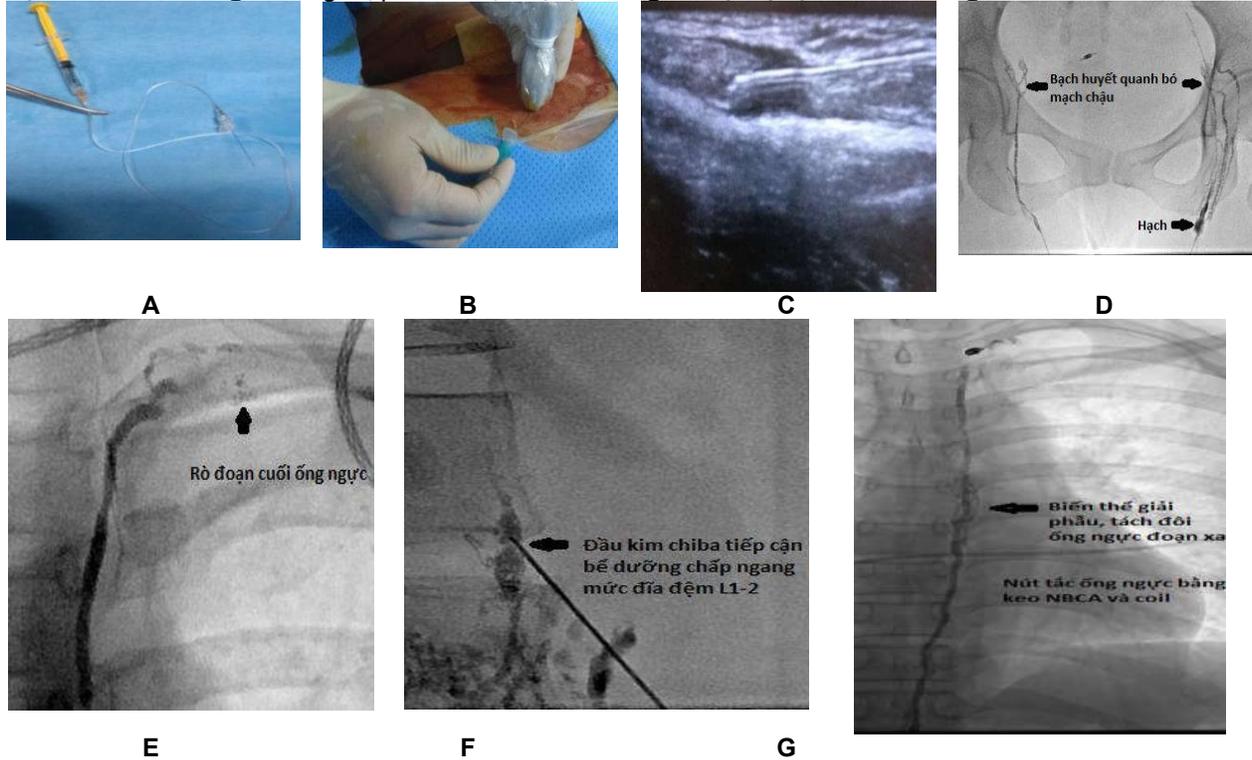
**2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang và tiền cứu.

**3. Quy trình nghiên cứu:** Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng rò dưỡng chấp, rò bạch huyết: Có liên quan đến các phẫu thuật, chấn thương; dịch màng phổi, dịch ổ bụng, dịch dẫn lưu, nước tiểu là dịch trắng sữa, có nồng độ triglycerid trên 110mg/dl; rò dưỡng chấp lưu lượng lớn hoặc rò lưu lượng nhỏ nhưng dai dẳng (> 2 tuần) điều trị nội khoa, ngoại khoa thất bại; những bệnh nhân có bằng chứng rò ống ngực trên phim cộng hưởng từ sẽ có chỉ định chụp bạch mạch số hóa xóa nền qua hạch bẹn nhằm chẩn đoán xác định và can thiệp qua da

Kỹ thuật được thực hiện trên máy chụp mạch số hóa xóa nền, bởi tiêm cản quang vào hạch vùng bẹn, thuốc cản quang ở đây dùng lipiodol. Một hạch nằm dưới da vùng bẹn có kích thước lớn nhất được chọc trực tiếp bằng kim luồn tĩnh mạch 22 - gauge (Medikit mediflon, India) dưới hướng dẫn siêu âm. Kim được kết nối với xi-lanh 3ml đầu xoay có chứa lipiodol đã được đuổi khí. Đầu kim được đưa vào đến vị trí ranh giới giữa vỏ và tủy hạch dưới hướng dẫn của siêu âm. Tiến hành bơm liên tục với tốc độ khoảng 1ml

trong vòng 3 phút. Bơm lipiodol được chiếu ngắt quãng dưới màn tăng sáng để theo dõi sự di chuyển của thuốc cản quang hiện hình các đường bạch mạch. Có thể tăng tốc độ chụp bằng cách hâm nóng lipiodol (37 °C) để giảm độ nhớt, cuốn băng áp lực vào hai bắp chân, tiến hành bơm nhả ngắt quãng; bơm đồng thời qua hạch bạch hai bên. Trong trường hợp kim chọc bị lệch

ra khỏi hạch hoặc hạch bị vỡ sẽ chọn hạch khác và thực hiện lại kỹ thuật trên, hoặc chọc kim vào những hạch nằm cao, sâu hơn dưới màn tăng sáng để bơm lipiodol [3]. Theo dõi sự xóa mờ bạch huyết dưới màn tăng sáng, ghi lại các mốc thời gian xóa mờ các nhánh bạch huyết vùng chậu, bể dưỡng chấp, đổ vào tĩnh mạch và thời gian bộc lộ vị trí tổn thương.



Hình 2. Các bước chụp bạch mạch số hóa xóa nền qua hạch bẹn.

- A. Kim 22G được kết nối với xi lanh 3ml dầu xoáy chứa sẵn lipiodol qua dây nối bơm tiêm điện.  
 B. Chọc kim vào hạch dưới siêu âm, góc giữa kim và mặt da 30-45°.  
 C. Đầu kim (mũi tên trắng) nằm ở vị trí ranh giới giữa vỏ và tủy hạch.  
 D,E. Chiếu ngắt quãng dưới màn tăng sáng để theo dõi dòng chảy của lipiodol, vị trí rò ở đoạn tận ống ngực  
 F. Tiếp cận thành công kim Chiba 21 G vào bể dưỡng chấp. G. Ống ngực được nút tắc hoàn toàn bằng keo NBCA và coil.

(Nguồn: Bệnh nhân H.T.H. H, mã bệnh nhân 2002010513)

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Các thông số chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Các thông số chung của đối tượng nghiên cứu

Thông số	Kết quả
Tuổi (Năm)	56,0 ± 15,2
Giới (Nam : Nữ)	11/26 (29,7% : 70,3%)

### 2. Lâm sàng

Bảng 2. Lâm sàng của các bệnh nhân trong nghiên cứu

Thông số	Kết quả (Hàng 1 tỷ lệ số bệnh nhân Hàng 2 tỷ lệ %)
Nguyên nhân Phẫu thuật : Bệnh khác: Không rõ nguyên nhân.	20: 3: 14 54,1%: 8,1%: 37,8%
Phẫu thuật tuyến giáp: Tạo hình thực quản: Phẫu thuật u phổi: Phẫu thuật dạ dày: Phẫu thuật vùng chậu: Phẫu thuật khác	7: 3: 3: 3: 3: 1 35%: 15%: 15%: 15%: 15%: 5%
TDMP <sup>(1)</sup> đơn thuần : Cổ trướng : TDMP kèm cổ	9 : 3 : 3 : 2 : 4 : 4 : 12 24,3%: 8,1%: 8,1%:

trường : TDMP kèm rò qua vết mổ : Rò ra ngoài : Ô tụ dịch : Đái đường chấp	5,4%: 10,8%: 10,8%: 32,2%
Rò đường chấp : Rò bạch huyết : Đái đường chấp	21 : 4 : 12 56,8%:10,8% : 32,4%

(1) *Tràn dịch màng phổi*

### 3. Kỹ thuật

Bảng 3: Một số chỉ số về kỹ thuật

Số hạch bẹn sử dụng	Kết quả
Bên phải (hạch) 1:2:3	59,5%:37,8%:2,7%
Bên trái (hạch) 1:2:3:4	58,9%:14,7%:23,5%:2,9%
Lượng lipiodol (ml)	10,5 ± 1,9 [7-20]
Chụp 2 bên	34/37 (91,9%)
Thành công	37/37 (100%)

### 4. Kết quả hình ảnh thu được

Bảng 4: Vị trí, thời gian bạch mạch được làm mờ

	Vị trí	Kết quả
	Bạch huyết quanh bó mạch chậu	37/37 (100%)
Bạch huyết được làm mờ	Bề dưỡng chấp	30/37 (81,1%)
	Ổng ngực	34/37 (91,9%)
	Vị trí đổ vào tĩnh mạch	25/37 (67,6%)
	Vị trí tổn thương	31/37 (83,3%)
Thời gian	Bề dưỡng chấp	35,3 ± 20,2 (phút)
	Vị trí tổn thương	43,9 ± 23,4 (phút)

Bảng 5: Hình ảnh giải phẫu và phát hiện tổn thương đường bạch mạch

Giải phẫu	Bình thường	26/37 (70,3%)
	Biến thể giải phẫu	11/37 (29,7%)
Biến thể giải phẫu	Vắng mặt bề dưỡng chấp	3
	Ổng ngực tách đôi đoạn gần	2
	Ổng ngực tách đôi đoạn xa	4
	Hai ống ngực nhỏ chạy song song với nhiều nối thông	1
	Biến thể giải phẫu khác	3
Bề dưỡng chấp	D12: L1: L2	9 : 14 : 7 30,0%: 46,7%: 23,3%
Số lượng vị trí đổ vào tĩnh mạch	1 vị trí : 2 vị trí : > 2 vị trí	4 : 9 : 9 18,2% : 40,9% : 40,9%
Vị trí tổn thương	Ổng ngực đơn thuần: Nhánh bên ống ngực: Bạch huyết thất	13 :2:8:5:3

	lưng kèm hẹp, tắc ống ngực: Bạch huyết thất lưng đơn thuần: Bạch huyết vùng chậu	41,9%: 6,5%: 25,8%: 16,1%: 9,7%
--	--	---

### 5. Biến chứng

Bảng 6. Mức độ đau

Không đau (VAS = 0)	26/37 (70,3%)
Đau nhẹ (VAS ≤ 3)	11/37 (29,7%)

### BÀN LUẬN

Bệnh lý đường bạch mạch là bệnh hiếm gặp cho dù là tổn thương biến chứng sau phẫu thuật hay các bệnh lý không rõ nguyên nhân. Đa số các trường hợp rò lưu lượng thấp có khả năng tự khỏi sau điều trị nội khoa và nhịn ăn nuôi dưỡng tĩnh mạch, tuy nhiên nếu không tự cầm sẽ gây mất dịch, suy dinh dưỡng, có thể ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh [4]. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 36 bệnh nhân bao gồm 11 bệnh nhân nam và 25 bệnh nhân nữ có tổn thương đường bạch mạch bao gồm: các nhánh bạch huyết vùng chậu, bạch huyết thất lưng, bề dưỡng chấp, ống ngực. Trong đó 20 bệnh nhân có tổn thương đường bạch mạch sau phẫu thuật chiếm 54,4%, các hình thức rò sau phẫu thuật như: tràn dịch màng phổi, tràn dịch ổ bụng dưỡng chấp, rò đường chấp ra ngoài cơ thể, các biến chứng này là rất hiếm gặp tỷ lệ khoảng 0,29% và 3,8% sau phẫu thuật cắt thùy phổi và sau phẫu thuật thực quản theo tác giả Zhao. J và R.D.Shah; theo Lee Y.S tỷ lệ tổn thương sau mổ cắt tuyến giáp và nạo vét hạch cổ khoảng 0,6% biến chứng tổn thương ống ngực [5], [6], [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi hay gặp nhất là tổn thương ống ngực sau các phẫu thuật: Cắt tuyến giáp, Cắt thùy phổi, tạo hình thực quản chiếm 65% nguyên nhân gây tổn thương ống ngực sau phẫu thuật, ngoài ra các phẫu thuật liên quan đến nạo vét hạch vùng chậu cũng là nguyên nhân gây rò bạch huyết. Các hình thức rò dưỡng chấp, rò bạch huyết là rất đa dạng, thường gặp nhất là tràn dịch màng phổi dưỡng chấp (37%) bệnh nhân, ngoài ra có thể gặp cổ trướng dưỡng chấp, rò qua vết mổ, hay các ổ tụ dịch bạch huyết.

Việc chẩn đoán rò bạch mạch ban đầu dựa vào yếu tố nguy cơ như sau các phẫu thuật có khả năng cao gây biến chứng đường bạch mạch, dựa vào hình thái tổn thương, tính chất của dịch (hoặc nước tiểu) đa số dịch (nước tiểu) sẽ có màu trắng như sữa, tăng lên sau khi ăn đặc biệt

là chế độ ăn có mỡ, xét nghiệm dịch (nước tiểu) sẽ có thành phần mỡ tăng (nồng độ triglycerid trên 110mg/dl). Để bộc lộ rõ vị trí tổn thương, gần đây với các phương pháp như chụp cộng hưởng từ bạch mạch tiêm đối quang từ qua hạch bẹn, đặc biệt là phương pháp chụp bạch mạch số hóa xóa nền qua hạch bẹn, ở nghiên cứu của chúng tôi kỹ thuật chụp được thực hiện thành công ở tất cả các bệnh nhân (100%). Ngoài việc rút ngắn thời gian, dễ dàng phát hiện tổn thương, kỹ thuật này còn là một phương pháp tự bất rò bạch mạch và giúp đưa các dụng cụ can thiệp vào bất tắc vị trí rò [8], [9], [10].

Để điều trị tắc ống ngực qua da quan trọng nhất là bộc lộ và tiếp cận được bể dưỡng chấp. Trong nghiên cứu này, bể dưỡng chấp được nhìn thấy ở 30/37 (81,1%) bệnh nhân. Trong đó 76,7% có bể dưỡng chấp nằm ngang mức thân đốt sống D12-L1, và 46,7% bệnh nhân có bể dưỡng chấp nằm ngang mức L1. Bể dưỡng chấp nằm càng cao thì khả năng tiếp cận càng khó, nguy cơ chọc kim vào khoang màng phổi càng lớn.

Lượng lipiodol ở đây chúng tôi sử dụng trung bình là  $10,5 \pm 1,9$  ml dao động từ 7-20ml, cao hơn lượng lipiodol trung bình của tác giả Rolf Lambertz trung bình 7,25ml dao động từ 4-10ml. Điều lí giải: Chúng tôi chụp chủ yếu qua hạch bẹn hai bên (34/37) còn tác giả chụp 3/4 bệnh nhân chụp qua tiêm hạch bẹn 1 bên, giảm được lượng lipiodol tích tụ tại bạch huyết vùng chậu, thất lưng bên còn lại [11].

Thời gian để thấy được bể dưỡng chấp ở nghiên cứu của chúng tôi là  $35,3 \pm 20,2$  phút nhanh hơn rất nhiều so với 60,5 phút nghiên cứu của Nadolski, Maxim Itkin, việc hình dung được bể dưỡng chấp giúp quá trình can thiệp nút ống ngực qua da được thực hiện thuận lợi hơn. Thời gian để thấy được tổn thương là  $43,9 \pm 23,4$  phút, việc thấy được tổn thương phụ thuộc vào vị trí tổn thương, lượng lipiodol lưu thông trong đường bạch huyết.

Ống ngực bình thường thấy được ở 70,3% bệnh nhân cao hơn các nghiên cứu của các tác giả trước đây 40-60%, có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn nên chưa có độ tương đồng. Ghi nhận 11 trường hợp có biến thể giải phẫu đường bạch mạch chính, trong đó: 3 trường hợp không có bể dưỡng chấp khiến việc tiếp cận ống ngực rất khó khăn, 2 trường hợp ống ngực nằm hoàn toàn bên trái, sẽ gây khó khăn cho việc tiếp cận bể dưỡng chấp vì có thể gây tổn thương động mạch chủ bụng; 1 trường hợp biến thể không có bể dưỡng chấp thay vào đó là hai ống ngực nhỏ

chạy song song hai bên, đây là trường hợp rất khó cho việc tiếp cận can thiệp qua da vì ống ngực quá nhỏ; trường hợp cuối cùng có sự tách đôi ống ngực ngay sát bể dưỡng chấp, trong trường hợp này có thể tiếp cận được bể dưỡng chấp nhưng lại rất khó luồn dây dẫn lên ống ngực, hoặc là phải đi ngược dòng từ tĩnh mạch cánh tay để tiếp cận [12]. Tuy nhiên tiếp cận ngược dòng qua tĩnh mạch dưới đòn thật không đơn giản do chỉ có khoảng 59,1% bệnh nhân có 1 hoặc 2 vị trí đổ vào tĩnh mạch, còn lại 40,9% bệnh nhân có trên 2 vị trí đổ của ống ngực vào tĩnh mạch dưới đòn kích thước rất nhỏ dẫn đến rất khó tiếp cận theo đường này.

Ở nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ phát hiện vị trí rò bạch huyết sau phẫu thuật của kỹ thuật chụp bạch mạch số hóa xóa nền sau tiêm cản quang hạch bẹn là 76,9% nằm trong khoảng 64%-86% các nghiên cứu của Kawasaki R, Kos S trước đây. Ở những bệnh nhân đái dưỡng chấp, chúng tôi thấy rằng đa số các bệnh nhân có sự ứ trệ bạch huyết của đoạn tận ống ngực, gây tăng áp lực dẫn đến bàng hệ các nhánh bạch huyết sau phúc mạc vào bể thận, đây là nguyên nhân chính gây đái dưỡng chấp không do giun chỉ [13].

Ở 3 bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày, được xác định tràn dịch ổ bụng dưỡng chấp, nhưng không thấy được tổn thương trên phim chụp, khả năng rò rỉ nhánh nhỏ của thân bạch huyết ruột trước bể dưỡng chấp. Đây cũng là điểm hạn chế của của kỹ thuật này, cần kết hợp các phương pháp khác như chụp cắt lớp vi tính ổ bụng không tiêm thuốc sau đó để phát hiện sự rò rỉ.

Đây là thủ thuật an toàn, ít biến chứng, các bệnh nhân sau chụp bạch mạch kể cả có kèm theo can thiệp mức độ đau vừa phải (VAS < 3/10) ở khoảng 1/3 số bệnh nhân. Biến chứng nặng nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là 1 bệnh nhân (2,7%) có tắc vài nhánh động mạch phổi do keo NBCA, tuy nhiên bệnh nhân không biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

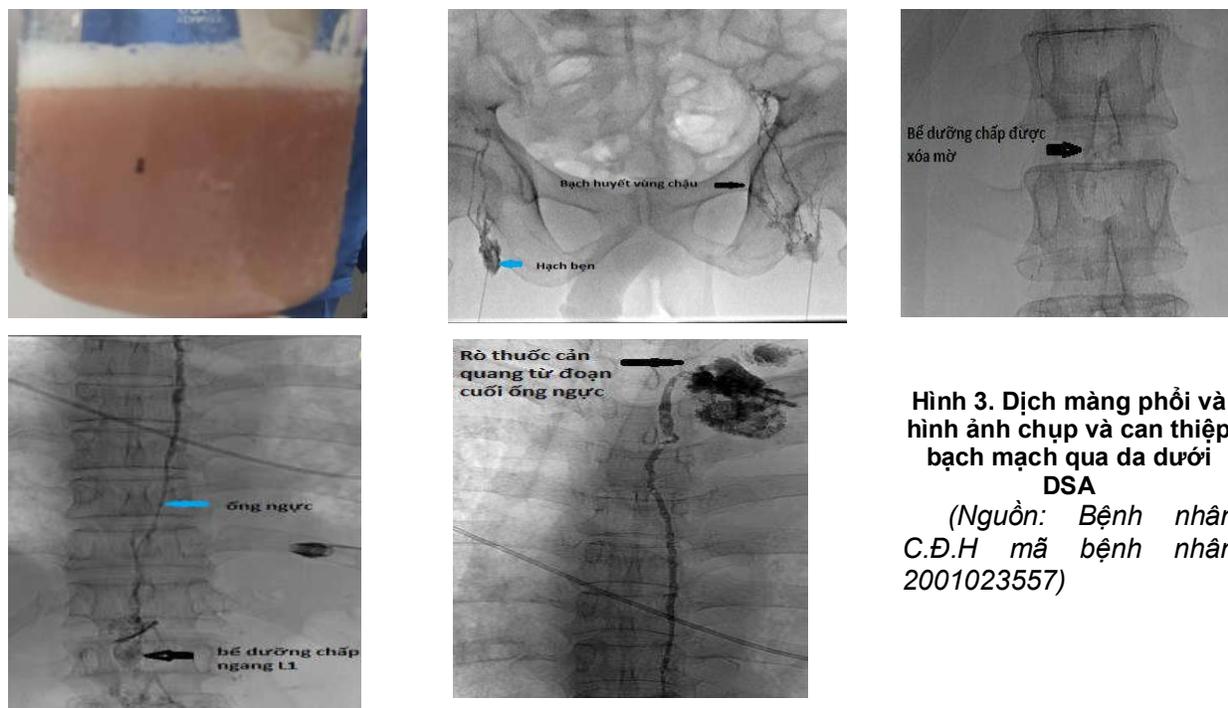
#### **KẾT LUẬN**

Chụp bạch mạch số hóa xóa nền qua hạch bẹn là kỹ thuật mới, ít xâm lấn, gần như không có biến chứng, cung cấp một cái nhìn trực quan về dòng chảy bạch huyết trong cơ thể, bộc lộ vị trí rò đường bạch huyết đặc biệt là đường bạch huyết trung tâm, nơi dễ bị sang chấn do phẫu thuật. Hơn thế nữa đây còn là kỹ thuật gần như duy nhất có khả năng hướng dẫn can thiệp đường bạch mạch qua da.

**HÌNH ẢNH MINH HỌA**

Bệnh nhân 1. Bệnh nhân nam 54 tuổi, sau mổ cắt thùy trên phổi trái cách 15 ngày, sau mổ dẫn lưu khoang màng phổi trái ra mỗi ngày khoảng 2000 ml, dịch đục, xét nghiệm triglycerid

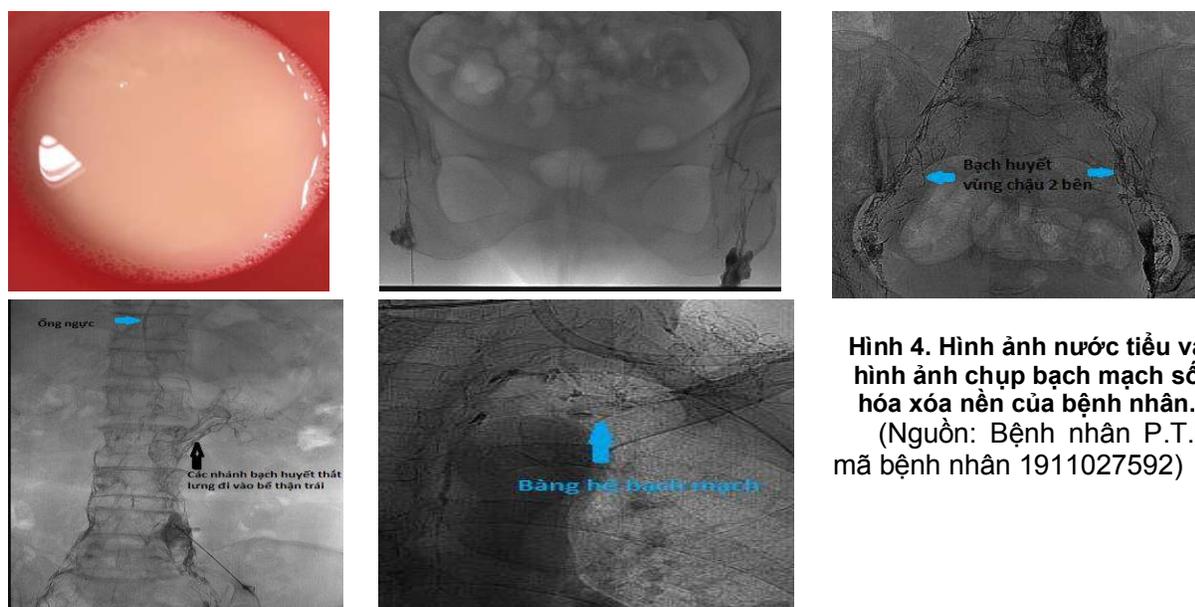
107mg/dl (khi nhịn ăn), cộng hưởng từ có hình ảnh thoát thuốc đối quang từ vị trí 1/3 trên ống ngực. Bệnh nhân được chụp bạch mạch số hóa xóa nền và nút tắc ống ngực qua da.



**Hình 3. Dịch màng phổi và hình ảnh chụp và can thiệp bạch mạch qua da dưới DSA**

(Nguồn: Bệnh nhân C.Đ.H mã bệnh nhân 2001023557)

Bệnh nhân 2. Bệnh nhân nữ 82 tuổi, đái đục như nước vo gạo liên tục 2 tháng nay, xét nghiệm nồng độ triglycerid trong nước tiểu 139mg/dl, xét nghiệm tìm ấu trùng giun chỉ trong máu (-) tính, soi bàng quang thấy nước tiểu trắng trào ra từ lỗ niệu quản trái. Bệnh nhân được chụp bạch mạch số hóa xóa nền qua hạch bẹn hai bên và can thiệp qua da.



**Hình 4. Hình ảnh nước tiểu và hình ảnh chụp bạch mạch số hóa xóa nền của bệnh nhân.**

(Nguồn: Bệnh nhân P.T.P, mã bệnh nhân 1911027592)

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Inoue M, Nakatsuka S, Yashiro H, et al

(2016). "Lymphatic Intervention for Various Types of Lymphorrhea: Access and Treatment". *Radiographics*, 36 (7), 2199-2211.

2. **N. Chauhan J F B C, A. Han; Boston, MA/US** (2015). "Imaging and Embolization: Illustration of Variable Thoracic Duct Anatomy for Thoracic Duct Embolization PreProcedure Planning".

3. **Nadolski G J, Itkin M** (2012). "Feasibility of ultrasound-guided intranodal lymphangiogram for thoracic duct embolization". *J Vasc Interv Radiol*, 23 (5), 613-616.

4. **Yoshimatsu R, Yamagami T, Miura H, et al** (2013). "Prediction of therapeutic effectiveness according to CT findings after therapeutic lymphangiography for lymphatic leakage". *Jpn J Radiol*, 31 (12), 797-802.

5. **Shah R D, Luketich J D, Schuchert M J, et al** (2012). "Postesophagectomy chylothorax: incidence, risk factors, and outcomes". *Ann Thorac Surg*, 93 (3), 897-903; discussion 903-894.

6. **Zhao J, Zhang D C, Wang L J, et al** (2003). "[Clinical features of postoperative chylothorax for lung cancer and esophageal cancer]". *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*, 41 (1), 47-49.

7. **Lee Y S, Kim B W, Chang H S, et al** (2013). "Factors predisposing to chyle leakage following thyroid cancer surgery without lateral neck

dissection". *Head Neck*, 35 (8), 1149-1152.

8. **Lee E W, Shin J H, Ko H K, et al** (2014). "Lymphangiography to treat postoperative lymphatic leakage: a technical review". *Korean J Radiol*, 15 (6), 724-732.

9. **Kariya S, Komemushi A, Nakatani M, et al** (2014). "Intranodal Lymphangiogram: Technical Aspects and Findings". *Cardiovascular and interventional radiology*, 37

10. **Hur S, Shin J H, Lee I J, et al** (2016). "Early Experience in the Management of Postoperative Lymphatic Leakage Using Lipiodol Lymphangiography and Adjunctive Glue Embolization". *J Vasc Interv Radiol*, 27 (8), 1177-1186 e1171.

11. **Lambertz R, Chang D H, Hicketier T, et al** (2019). "Ultrasound-guided lymphangiography and interventional embolization of chylous leaks following esophagectomy". *Innov Surg Sci*, 4 (3), 85-90.

12. **Johnson O W, Chick J F, Chauhan N R, et al** (2016). "The thoracic duct: clinical importance, anatomic variation, imaging, and embolization". *EurRadiol*, 26 (8), 2482-2493.

13. **Sharma S H A** (2009). "Chyluria - An Overview". *Int J Nephrol Urol*.

## ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ KIẾN THỨC CỦA BÀ MẸ CÓ TRẺ DƯỚI 5 TUỔI MẮC VIÊM PHỔI TẠI THỊ XÃ TỪ SƠN TỈNH BẮC NINH, NĂM 2020

NGUYỄN THỊ TUYẾT NHUNG<sup>1</sup>, PHẠM THU HIỀN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Thăng Long

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mức độ kiến thức của bà mẹ có trẻ dưới 5 tuổi mắc viêm phổi tại thị xã Từ Sơn, tỉnh Bắc Ninh.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện tại trung tâm y tế thị xã Từ Sơn, tỉnh Bắc Ninh từ 1/1/2020 đến 31/6/2020, có 288 bà mẹ tham gia nghiên cứu.

**Kết quả và bàn luận:** Có 85,8% bà mẹ có kiến thức chung đạt; 14,2% bà mẹ có kiến thức chung vẫn chưa đạt chiếm. Nguyên nhân gây bệnh viêm phổi và yếu tố gây bệnh viêm phổi (xấp xỉ 55%) và xử trí bệnh viêm phổi khi trẻ mắc bệnh là các kiến thức mà các bà mẹ trả lời chưa đúng.

**Từ khóa:** KAP, viêm phổi.

**Chịu trách nhiệm:** Nguyễn Thị Tuyết Nhung

Email: [nhungquy81@gmail.com](mailto:nhungquy81@gmail.com)

Ngày nhận: 22/10/2020

Ngày phản biện: 26/11/2020

Ngày duyệt bài: 10/12/2020

### SUMMARY

ASSESS THE KNOWLEDGE LEVEL OF MOTHERS WITH CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD WITH PNEUMONIA IN TU SON TOWN, BAC NINH PROVINCE IN 2020

**Aims:** Assessing the knowledge level of mothers with children under 5 years old with pneumonia in Tu Son town, Bac Ninh province.

**Subjects and research methods:** A cross-