

- Supportive Care in Cancer. 2020;28(1):309-316.
3. **Wilkie JR, Mierzwa ML, Yao J, et al.** Big data analysis of associations between patient reported outcomes, observer reported toxicities, and overall quality of life in head and neck cancer patients treated with radiation therapy. *Radiotherapy and Oncology*. 2019;137:167-174.
 4. **Ryan JL. Ionizing radiation:** the good, the bad, and the ugly. *Journal of Investigative Dermatology*. 2012;132(3):985-993.
 5. **Lwanga SK, Lemeshow, Stanley & World Health Organization.** Sample size determination in health studies : a practical manual / S. K. Lwanga and S. Lemeshow. World Health Organization. Accessed 20/6, 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40062>
 6. **Mannix CM, Bartholomay MM, Doherty CS, Lewis M, Bilodeau M-LC.** A feasibility study of low-cost, self-administered skin care interventions in patients with head and neck cancer receiving chemoradiation. *Clinical journal of oncology nursing*. 2012;16(3)
 7. **Gewandter JS, Walker J, Heckler CE, Morrow GR, Ryan JL.** Characterization of skin reactions and pain reported by patients receiving radiation therapy for cancer at different sites. *The journal of supportive oncology*. 2013;11(4):183.
 8. **Cox JD.** Toxicity criteria of the radiation therapy oncology group (RTOG) and the European organization for research and treatment of cancer (EORTC). *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1995;31:1341-1346.

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

Trần Nguyễn Khánh Chi¹, Nguyễn Ngọc Cương²,
Lê Tuấn Linh², Phạm Hồng Cảnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh giá trị của phương pháp chụp cộng hưởng từ bạch mạch qua hạch bẹn trong chẩn đoán rò ống ngực so với chụp bạch mạch số hóa xóa nền. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 25 bệnh nhân được chẩn đoán rò dịch đường chấp (18 nữ, 7 nam; 21 bệnh nhân sau chấn thương, 4 bệnh nhân không do chấn thương) được chụp cộng hưởng từ và số hóa xóa nền đường bạch huyết qua hạch bẹn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 8 năm 2021. **Kết quả:** Vị trí tổn thương ống ngực thường gặp là đoạn cổ với 12/25 bệnh nhân (48%) và đoạn ngực với 10/25 bệnh nhân (40%). Hình thái tổn thương ống ngực dạng thoát thuốc gặp nhiều nhất 18/25 bệnh nhân (72%). Với hình thái tổn thương nhánh bên, cộng hưởng từ (CHT) so với chụp số hóa xóa nền (DSA) có độ nhạy 60%, độ đặc hiệu 100%, giá trị dự đoán dương tính 100%, giá trị dự đoán âm tính 91%. Về khả năng phát hiện đường rò, CHT so với DSA có độ nhạy 91.7%, độ đặc hiệu 100%, giá trị dự đoán dương tính 100%, giá trị dự đoán âm tính 33.3%. **Kết luận:** Chụp cộng hưởng từ bạch mạch qua hạch bẹn hai bên là kỹ thuật có nhiều ưu điểm so với các phương pháp chụp hình hệ bạch mạch trước đây, 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.

SUMMARY

VALUE OF INTRANODAL DYNAMIC MAGNETIC RESONANCE LYMPHAGIOGRAPHY (DMRL) IN DETECTING THORACIC DUCT LEAK

Purpose: To compare the value of intranodal dynamic magnetic resonance lymphangiography (DMRL) with Digital subtraction lymphangiography (DSA) in detecting thoracic duct leak. **Materials and methods:** 25 patients diagnosed with chylous leak (18 women, 7 men; 21 traumatic chylous, 4 nontraumatic chylous) underwent intranodal dynamic magnetic resonance lymphangiography and digital subtraction lymphangiography at Radiology center of Hanoi Medical University Hospital from June 2019 to August 2021. **Results:** The results showed that the common locations of thoracic duct injury were the neck segment in 12/25 patients (48%) and the thoracic segment with 10/25 patients (40%). The most common form of thoracic duct lesions was extravation in 18/25 patients (72%). With lateral branch lesion morphology, DMRL compared with DSA has a sensitivity of 60%, a specificity of 100%, a positive predictive value of 100%, a negative predictive value of 91%. Regarding the ability to detect fistula, DMRL compared with DSA has a sensitivity of 91.7%, a specificity of 100%, a positive predictive value of 100%, a negative predictive value of 33.3%. **Conclusion:** Intranodal dynamic magnetic resonance lymphangiography is a technique that has many advantages compared to previous methods of imaging the lymphatic system, with high sensitivity and specificity in detecting thoracic duct leak.

Keyword: MR lymphangiography, thoracic duct, chyle leak.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ống ngực là mạch bạch huyết lớn nhất cơ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tác giả liên hệ: Trần Nguyễn Khánh Chi

Email: khanhchi.trannnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/8/2021

Ngày phản biên khoa học: 8/9/2021

Ngày duyệt bài: 30/9/2021

thể, chứa đến 75% tổng lượng dịch bạch huyết, kéo dài từ bề dưỡng chấp đến hội lưu tĩnh mạch cảnh trong – dưới đòn trái. Bởi vì đường đi của nó trải dài từ tầng trên ổ bụng cho đến nền cổ, do đó 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...¹ và khi bị tổn thương có thể gây nên nhiều triệu chứng lâm sàng khác nhau, có thể 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 và có thể tử vong... Ví dụ, nghiên cứu hồi 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%².

Cho đến 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. 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. 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. Chụp bạch mạch số hóa xóa nền cung cấp tốt giải phẫu, động học nhưng đòi hỏi kỹ thuật cao và nguy cơ nhiễm xạ. Chính vì vậy, 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.³ Phương pháp này giúp cho việc lên kế hoạch điều trị và can thiệp cho bệnh nhân. Hiện nay kỹ thuật chụp cộng hưởng từ bạch mạch qua hạch bẹn đã được áp dụng tại một số bệnh viện ở Việt Nam, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đầy đủ về giá trị của phương pháp này trong chẩn đoán rò ống ngực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán rò 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 lựa chọn:

Các bệnh nhân được lựa chọn phải thỏa mãn đồng thời các tiêu chí sau:

- Được chẩn đoán là tràn dịch dưỡng chấp.

- Được chụp cộng hưởng từ bạch mạch theo đúng kỹ thuật.

- Được chụp số hóa xóa nền đường bạch huyết để đối chiếu với kết quả chụp cộng hưởng từ.

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.

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

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

2.4. 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

2.5. 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 mạch trong phát hiện tổn thương ống ngực so với chụp số hóa xóa nền.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu:

- Tiến hành nghiên cứu một cách trung thực.
- Nghiên cứu tiến hành hồi cứu hình ảnh của bệnh nhân trên hệ thống PACS và hồ sơ bệnh án. Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được giữ bí mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 8 năm 2021 có 25 bệnh nhân phù hợp được chọn vào nghiên cứu.

Bảng 1. Vị trí tổn thương ống ngực trên CHT

| Vị trí | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|--------------|-----------|
| Đoạn cổ | 12 | 48 |
| Đoạn ngực | 10 | 40 |
| Đoạn bụng | 1 | 4 |
| Không quan sát thấy | 3 | 12 |

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, với 25 bệnh nhân thì vị trí tổn thương ống ngực hay gặp nhất là đoạn cổ với 12 bệnh nhân chiếm 48%, đoạn ngực là vị trí tổn thương hay gặp thứ hai với 10 bệnh nhân chiếm 40%. Có 1 bệnh nhân (4%) có tổn thương ống ngực ở đoạn bụng, đây cũng là bệnh nhân duy nhất có tổn

thương ống ngực ở hai đoạn là bụng và ngực. Có 3 bệnh nhân không quan sát thấy vị trí tổn thương ống ngực.

Bảng 2. Đối chiếu hình thái tổn thương ống ngực trên CHT và DSA.

| Hình thái | CHT | | DSA | |
|----------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|
| | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
| Thoát thuốc | 18 | 72 | 18 | 72 |
| Giả phình | 1 | 4 | 1 | 4 |
| Tổn thương nhánh bên | 3 | 12 | 5 | 20 |

Nhận xét: Trong các hình thái tổn thương ống ngực, khả năng phát hiện tổn thương thoát thuốc và giả phình là tương tự giữa CHT và DSA với 18 bệnh nhân có tổn thương thoát thuốc của ống ngực chiếm 72% và 1 bệnh nhân có tổn thương giả phình ống ngực chiếm 4%. Trong khi đó, có sự khác biệt giữa phát hiện tổn thương nhánh bên của ống ngực trên CHT và DSA.

Bảng 3. Đối chiếu khả năng phát hiện tổn thương nhánh bên trên MRI và DSA.

| CHT \ DSA | Có tổn thương nhánh bên | Không tổn thương nhánh bên | Tổng (n) |
|----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------|
| | Có tổn thương nhánh bên | 3 | 0 |
| Không tổn thương nhánh bên | 2 | 20 | 22 |
| Tổng (n) | 5 | 20 | 25 |

- Độ nhạy (Sp) = 3/5 = 60%
- Độ đặc hiệu (Sn) = 20/20 = 100%
- Giá trị dự đoán dương tính = 3/3 = 100%
- Giá trị dự đoán âm tính = 20/22 = 91%

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

| CHT \ DSA | Có phát hiện đường rò | Không phát hiện đường rò | Tổng (n) |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------|
| | Có phát hiện đường rò | 22 | 0 |
| Không phát hiện đường rò | 2 | 1 | 3 |
| Tổng (n) | 24 | 1 | 25 |

- Độ nhạy (Sn) = 22/24 = 91.7%
- Độ đặc hiệu (Sp) = 1/1 = 100%
- Giá trị dự báo dương tính = 22/22 = 100%
- Giá trị dự báo âm tính = 1/3 = 33.3%

IV. BÀN LUẬN

Ống 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 có thể do nguyên nhân chấn thương hoặc không chấn thương, trong đó

nguyên nhân chấn thương gặp với tỷ lệ cao hơn⁴; đây là bệnh lý không thường gặp tuy nhiên nếu rò với lưu lượng lớn không được điều trị sẽ dẫn đến giảm thể tích tuần hoàn, mất kháng thể, protein, chất béo, vitamin, chất điện giải... gây ra nhiều biến chứng như suy giảm miễn dịch, suy kiệt, suy hô hấp và có thể tử vong...⁵. Do đó việc 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 tăng sáng, chụp cộng hưởng từ bạch mạch qua mu chân, chụp cộng hưởng từ bạch mạch qua hạch bẹn. 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, đây là kỹ thuật chọc kim vào hạch bẹn hai bên và bơm thuốc cản quang và quan sát các nhánh bạch mạch hiện hình liên tục trên màn tăng sáng liên tục của máy chụp DSA. Ưu điểm của kỹ thuật này là mang lại thông tin đầy đủ về giải phẫu cũng như động học của bạch huyết. Tuy nhiên, chụp bạch mạch số hóa xóa nền 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 động học của hệ bạch mạch, do đó hiện nay được dùng chủ yếu trong can thiệp điều trị hơn là chẩn đoán các bệnh lý bạch huyết⁶. Xạ hình bạch mạch được sử dụng từ sau những năm 1990, tiến hành bằng cách bơm các đồng vị phóng xạ vào kẽ mu chân, khi các đồng vị này đi theo đường bạch mạch, nó có thể được ghi hình lại bởi máy chụp xạ hình nhấp nháy, thu các tín hiệu liên tục để cho ra các ảnh 2D về mạng lưới bạch huyết. Nhược điểm của phương pháp này là không chỉ rõ vị trí giải phẫu của mạch hay hạch bạch huyết, đồng thời phơi nhiễm phóng xạ cho cả bệnh nhân và nhân viên y tế⁷. 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^{6,7}.

Trên thế giới cho đến hiện tại đã có nhiều nơi áp dụng kỹ thuật chụp cộng hưởng từ bạch mạch qua hạch bẹn để dựng hình hệ bạch huyết trung tâm, cung cấp giải phẫu cũng như phát hiện các vị trí tổn thương ống ngực nếu có, giúp cho chẩn đoán và lên kế hoạch điều trị cho bệnh nhân. Tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 8 năm 2021, 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 ở các bệnh nhân có tràn dịch dưỡng chấp.

Trong số 25 bệnh nhân ở nghiên cứu này, vị trí tổn thương ống ngực hay gặp nhất là đoạn cổ với 12 bệnh nhân (chiếm 48%), vị trí hay gặp thứ hai là đoạn ngực với 10 bệnh nhân (chiếm 40%), đoạn bụng là vị trí ít gặp nhất với 1 bệnh nhân (chiếm 4%) 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 cổ⁸.

Về hình thái tổn thương ống ngực, có ba hình thái chính là tổn thương thoát thuốc, tổn thương giả phình và tổn thương nhánh bên, trong đó hình thái gặp với tỷ lệ nhiều nhất là thoát thuốc với 18 bệnh nhân (72%), tỷ lệ này cũng tương tự ở trên phim chụp DSA với độ nhạy và độ đặc hiệu là 100%. Hình thái giả phình ống ngực gặp ít nhất chỉ với 1 bệnh nhân (chiếm 4%), đây là bệnh nhân có tổn thương giả phình ở 2 đoạn ống ngực, hình ảnh cũng tương tự ở trên DSA với độ nhạy và độ đặc hiệu 100%. Khả năng phát hiện tổn thương nhánh bên trên cộng hưởng từ và DSA có sự khác biệt, so với DSA, cộng hưởng từ có độ nhạy là 60%, độ đặc hiệu là 100%, giá trị dự đoán dương tính là 100%, giá trị dự đoán âm tính là 91%; do đó DSA vẫn là phương pháp ưu việt hơn trong chẩn đoán tổn thương nhánh bên của ống ngực.

Về khả năng phát hiện đường rò, trong số 25 bệnh nhân, DSA phát hiện được 24 bệnh nhân có tổn thương ống ngực, chỉ có 1 bệnh nhân không phát hiện được đường rò; trong khi đó cộng hưởng từ phát hiện được 22 ca có tổn thương rò ống ngực, 3 ca không phát hiện được

tổn thương. Một bệnh nhân không quan sát thấy đường rò trên DSA cũng không phát hiện được đường rò trên cộng hưởng từ, đây là bệnh nhân có biến đổi giải phẫu không có ống ngực mà thay bằng các nhánh bạch huyết bàng hệ vùng thắt lưng hai bên dẫn lưu về tĩnh mạch. So với DSA, cộng hưởng từ có độ nhạy là 91.7%, độ đặc hiệu là 100%, giá trị dự đoán dương tính là 100%, giá trị dự đoán âm tính là 33.3%. 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.

Nghiên cứu của chúng tôi còn có một số nhược điểm. Thứ nhất cỡ mẫu của nghiên cứu nhỏ do đó giá trị của nghiên cứu còn hạn chế. Thứ hai trong nghiên cứu không có đối tượng nào là trẻ em trong khi bệnh lý về ống ngực cũng có thể gặp ở trẻ em, do đó không thể dùng nghiên cứu này để khái quát hóa cho các nhóm bệnh nhân. Thứ ba, 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 mạch qua hạch bẹn với chụp hệ bạch mạch số hóa xóa nền, 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, đa dạng các nhóm tuổi để tăng mức độ tin cậy và so sánh với nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Chụp cộng hưởng từ mạch 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. **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
4. **Chen E, Itkin M.** Thoracic Duct Embolization for Chylous Leaks. *Semin Intervent Radiol.* 2011;28(1):63-74. doi:10.1055/s-0031-1273941
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.000000000000130

7. **Munn LL, Padera TP.** Imaging the lymphatic system. *Microvasc Res.* 2014;0:55-63. doi:10.1016/j.mvr.2014.06.006

8. **Itkin M, Kucharczuk 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

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN SA SÚT TRÍ TUỆ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Phạm Nữ Nguyệt Quế¹, Nghiêm Nguyệt Thu², Hồ Thị Kim Thanh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân sa sút trí tuệ (SSTT) điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 106 bệnh nhân SSTT điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương trong thời gian từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 7 năm 2021. Số liệu được thu thập bằng hỏi bệnh, các bộ câu hỏi đánh giá, ghi nhận theo hồ sơ bệnh án của bệnh nhân để thu thập thông tin về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá dựa vào 2 công cụ là MNA (Mini Nutrition Assessment) và GLIM (Global Leadership Initiative Malnutrition). **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 79,5 ± 8,4 (61-97), tỷ lệ nữ 52,8% và nam là 47,2%. Bệnh nhân vào viện vì nhiễm trùng là lý do phổ biến trong đó viêm phổi chiếm tỉ lệ cao nhất 45,3%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) theo MNA là 66,0%, theo GLIM là 62,0%. Tỷ lệ SDD theo phương pháp đánh giá MNA ở nhóm bệnh nhân SSTT giai đoạn nặng chiếm 73,0% với p < 0.001, theo tiêu chuẩn GLIM là 69,7% với p < 0.05. **Kết luận:** Tỷ lệ SDD cao ở bệnh nhân SSTT, SSTT giai đoạn càng nặng thì tỉ lệ càng cao. Do vậy, đánh giá dinh dưỡng và có kế hoạch can thiệp dinh dưỡng sớm, cần được chú ý đối với bệnh nhân SSTT.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, sa sút trí tuệ, người cao tuổi

SUMMARY

THE NUTRITIONAL STATUS OF DEMENTIA INPATIENTS AT THE NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Objective: To assess the nutritional status of dementia inpatients at the National

Geriatric Hospital (NGH). **Subjects and methods:** A cross-sectional study on 106 dementia inpatients at the NGH from March 2020 to July 2021. The data was collected by interviewing care-givers, by medical records on the nutritional status of the patient. Nutritional status is assessed on MNA and GLIM tools. **Result:** The average age was 79.5 ± 8.4 years (61.0-97.0 yrs). The proportion of female was 52.8%, that of male was 47.2%. The main admission reason is infection, pneumonia is the highest (45.3%). The prevalence of malnutrition was 66.0% and 62.0% according to MNA and GLIM respectively. The prevalence of malnutrition among severe dementia was 73.0% according to MNA (p < 0.001), and was 67.9% according to GLIM (p < 0.05). **Conclusion:** The prevalence of malnutrition is high among dementia patients, the more severe of dementia, higher prevalence of malnutrition. It should be paid more attention in nutrition assessment and early nutrition interventions for dementia patients.

Keyword: malnutrition, dementia, the elderly

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của hiệp hội Alzheimer thế giới dự kiến năm 2030 sẽ có khoảng hơn 80 triệu người bị sa sút trí tuệ (SSTT), và 150 triệu người bệnh vào năm 2050. Khu vực châu Á năm 2030 có 42,71 triệu người và năm 2050 có khoảng 81,75 triệu người bệnh [1]. SSTT đặc trưng bởi sự suy giảm chức năng nhận thức ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày diễn biến kéo dài nhiều năm, bệnh nhân dần sống phụ thuộc vào người chăm sóc và cuối cùng tử vong chủ yếu do nhiễm trùng.

Tình trạng thiếu dinh dưỡng đặc biệt phổ biến ở bệnh nhân SSTT tại tất cả các khu vực trên thế giới. Việc giảm cân thường xảy ra từ trước khi bắt đầu có SSTT và tăng dần trong suốt quá trình tiến triển bệnh. Tại Việt nam, bệnh nhân SSTT hầu hết được chăm sóc ở cộng đồng, thường chỉ nhập viện điều trị nội trú khi có bệnh lý cấp tính kèm theo hoặc vào viện điều trị vì bệnh khác, do đó giảm khẩu phần ăn là vấn đề

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Phạm Nữ Nguyệt Quế

Email: nguyetque050277@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/8/2021

Ngày phản biện khoa học: 20/9/2021

Ngày duyệt bài: 1/10/2021