

máu và xóa sạch GV ở 31 bệnh nhân của chúng tôi. Một nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng 25% bệnh nhân bị chảy máu sau khi điều trị xơ cứng histoacryl của xuất huyết giãn tĩnh mạch dạ dày hoạt động. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân XHTH do giãn TMPV đã được tiến hành tiêm xơ, nhưng không mang lại hiệu quả cầm máu, nên đã được tiến hành thêm can thiệp PARTO và cho kết quả cầm máu tương đối tốt. Do đó, PARTO có thể là một phương pháp thay thế để ngăn ngừa xuất huyết tái phát ở bệnh nhân chảy máu giãn tĩnh mạch chủ dạ dày.

Sự gia tăng của EV là một trong những nhược điểm của BRTO và cũng là của PARTO. Một số biến chứng sau PARTO bao gồm làm nặng thêm EV và cổ trướng, được giải thích là do sau nút GV, thì lưu lượng tĩnh mạch cửa tăng lên ở những vị trí khác. Tác dụng bảo vệ chống lại giãn tĩnh mạch thực quản không được đánh giá trong nghiên cứu này, tuy nhiên, theo nghiên cứu lại thấy tình trạng nặng lên của EV xuất hiện ở 5/20 bệnh nhân sau PARTO và trong đó có 2 bệnh nhân XHTH do giãn vỡ tĩnh mạch.

V. KẾT LUẬN

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI ĐIỀU TRỊ BỆNH LỒNG RUỘT TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Trần Minh Long*, Tăng Xuân Hải*, Dương Minh Đức*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm gây lồng ruột, phân tích giá trị của siêu âm đối với lâm sàng và điều trị lồng ruột ở trẻ em. **Đối tượng - phương pháp:** Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định là lồng ruột trên lâm sàng và siêu âm. Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, mô tả phân tích, có so sánh 208 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $2,14 \pm 1,0$ tuổi, hay gặp nhất là dưới 2 tuổi chiếm 71,6%. Nam giới chiếm 62%, nữ 38% tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1. Đau bụng cơn chiếm chủ yếu 96,2%, ỉa máu chỉ chiếm 8,0%. Tất cả BN trong nhóm nghiên cứu đều có hình ảnh điển hình của lồng ruột trên siêu âm. Vị trí lồng HSP chiếm 95,8%. Có 98,9% BN tháo lồng thành công, có 5,4 % bệnh nhân tháo lồng trên 2 lần mới thành công. Có 1,1% tháo lồng thất bại phải chuyển mổ. **Kết luận:** Các triệu chứng siêu âm như đường kính khối lồng, chiều dày thành ruột cho thấy

PARTO là phương pháp điều trị khả thi, an toàn và hiệu quả về mặt kỹ thuật đối với xuất huyết giãn tĩnh mạch dạ dày ở bệnh nhân tăng áp lực tĩnh mạch cửa

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saad, W.E. and S.S. Sabri, Balloon-occluded Retrograde Transvenous Obliteration (BRTO): Technical Results and Outcomes. *Semin Intervent Radiol*, 2011. **28**(3): p. 333-8.
2. de Franchis, R. and M. Primignani, Natural history of portal hypertension in patients with cirrhosis. *Clin Liver Dis*, 2001. **5**(3): p. 645-63.
3. Chikamori, F., et al., Eight years of experience with transjugular retrograde obliteration for gastric varices with gastrosplenic shunts. *Surgery*, 2001. **129**(4): p. 414-20.
4. Chang, M.-Y., et al., Plug-Assisted Retrograde Transvenous Obliteration for the Treatment of Gastric Variceal Hemorrhage. *Korean journal of radiology*, 2016. **17**(2): p. 230-238.
5. Akahane, T., et al., Changes in liver function parameters after occlusion of gastrosplenic shunts with balloon-occluded retrograde transvenous obliteration. *Am J Gastroenterol*, 1997. **92**(6): p. 1026-30.
6. Bellary, S.V. and P. Isaacs, Disseminated intravascular coagulation (DIC) after endoscopic injection sclerotherapy with ethanolamine oleate. *Endoscopy*, 1990. **22**(3): p. 151.

có sự tương quan với kết quả tháo lồng. Siêu âm là một cận lâm sàng đầu tay đơn giản rẻ tiền an toàn và đem tới độ chính xác khá cao trong chẩn đoán lồng ruột.

Từ khóa: Siêu âm, lồng ruột, bơm hơi tháo lồng, phẫu thuật

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE ULTRASOUND ROLE IN THE INTUSSUSCEPTION DIAGNOSIS AND TREATMENT IN INFANTS AND CHILDREN IN NGHE AN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: Describe ultrasound imaging characteristics of intussusception, analyze the value of ultrasound for the clinical and treatment intussusception in children. **Subjects-methods:** Definitive diagnostic criteria are clinical and ultrasonographic intussusception. Retrospective study design, descriptive analysis, comparison of 208 patients who were eligible for the study. **Result:** The average age: 2.14 ± 1.0 years old, the most common is under 2 years old (71.6%). Male/female ratio is 1.6/1. Abdominal pain accounted for 96.2%, bloody diarrhea only 8.0%. All patients in the study had typical images of intussusception from ultrasound. Right lower rib

*Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Long

Email: longdr115@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.01.2022

Ngày duyệt bài: 18.01.2022

cage position accounted for 95.8%. There are 98.9% of patients with successful Inflation, 5.4% of patients with inflation more than 2 times. There were 1.1% of failed Inflation requiring surgery. **Conclusions:** Ultrasound symptoms such as diameter of the intussusception, intestinal wall thickness all showed a correlation with the results of intussusception. Ultrasound is a simple, low-cost, and safe first-line paraclinical with high accuracy in the diagnosis of intussusception.

Keywords: Sonography, intussusception, Inflation, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lồng ruột là tình trạng bệnh lý xảy ra khi một phần ống tiêu hóa chui vào lòng đoạn kế tiếp, thường là theo chiều nhu động. Lồng ruột (LR) là cấp cứu ngoại nhi thường gặp, là nguyên nhân hàng đầu gây tắc ruột cơ học ở trẻ. LR ở trẻ bú mẹ hầu hết là cấp tính, diễn biến hoại tử ruột nhanh. Lồng ruột ở trẻ lớn phần nhiều là ở thể bán cấp và mạn tính [1].

Lồng ruột gặp ở trẻ với tỷ lệ nam/nữ 2/1 đến 3/1; dịch tễ học ở Anh cho thấy tỷ lệ lồng ruột 1,57/1000-4/1000, ở Việt Nam tỷ lệ này 302/100.000, lồng ruột có thể gặp ở 75% trường hợp trẻ dưới 2 tuổi, 90% dưới 3 tuổi, hay gặp thời kỳ 4-9 tháng tuổi (40%) [2]. Siêu âm vùng bụng đạt hiệu quả cao trong chẩn đoán, đánh giá kết quả tháo lồng 100%. Siêu âm như là một phương tiện chẩn đoán chính xác và an toàn.

Mục tiêu mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm lồng ruột, phân tích giá trị của siêu âm đối với lâm sàng và điều trị lồng ruột ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

- + Bệnh nhi ≤16 tuổi, chẩn đoán xác định LR điều trị bơm hơi tháo lồng hoặc mổ.
- + Chẩn đoán xác định là lồng ruột: đau bụng cơn, nôn, ỉa máu, sờ được khối lồng.
- + Siêu âm lúc vào viện hình ảnh lồng ruột điển hình.
- + Trường hợp siêu âm không thấy lồng, mổ ra ghi nhận khối lồng.
- + Loại khỏi nghiên cứu: bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiến hành tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.
- Thời gian từ tháng 9/2020-9/2021.
- Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, mô tả có so sánh.
- Chọn mẫu thuận tiện 208 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

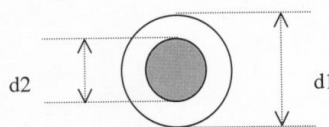
3. Các chỉ số nghiên cứu:

- + Giới tính, tuổi mắc bệnh, tiền sử bệnh.
- + Thời gian nhập viện.

+ Ghi nhận đặc điểm, tính chất, thời gian xuất hiện, diễn biến và tần suất xuất hiện triệu chứng lâm sàng: đau bụng, quấy khóc; nôn, ỉa máu, sờ được khối lồng.

Các biến số về siêu âm:

- Vị trí, hình ảnh đặc thù khối lồng trên mặt cắt ngang, dọc.
- Mạc treo trong khối lồng: hình ảnh tăng âm vùng trung tâm khối lồng.
- Số lượng khối lồng, kiểu lồng...
- Đo trên SA: đường kính (d1), chiều dài, chiều dày trung bình vòng giảm âm khối lồng (d).



$$d = \frac{d1 - d2}{2}$$

Hình 1: Đo đường kính và chiều dày thành ruột của khối lồng

Thành ruột: cổ khí, tưới máu trên Doppler.

Dịch khu trú trong khối lồng: cấu trúc trống âm hình liềm trên mặt cắt ngang.

Dịch tự do ổ bụng: cấu trúc trống âm nằm tự do trong ổ bụng (dưới gan, khoang gan-thận, giữa các quai ruột hay cùng đồ...).

Hạch mạc treo trong và ngoài khối lồng, khí tự do ổ bụng.

Nguyên nhân: túi thừa meckel; polyp; nang ruột đôi; khối u.

Phân tích hình ảnh trước và sau tháo lồng.

Các biến số về kết quả điều trị.

4. Thông kê phân tích: *Chỉ tiêu nghiên cứu được xử lý thống kê trên SPSS 16.0*

Máy siêu âm 4 chiều Voluson P8 có đầu dò chuyên dụng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố tuổi, giới tính, địa dư nhóm nghiên cứu

Tuổi bệnh nhân	n	%
≤ 1	82	39,4
1-2	67	32,2
2-3	37	17,8
3-16	22	10,6
Tổng	208	100
Mean ± SD	2,14 ± 1,0	
BN Nam	129	62
BN Nữ	79	38
		p < 0.05

Nhận xét: Tuổi trung bình 2,14±1,0 tuổi. Hay gặp dưới 2 tuổi (71,6%). Tỷ lệ Nam/Nữ: 1,6/1.

3.2. Tần suất lồng ruột

Bảng 3.2. Tần suất lồng ruột

Số lần lồng ruột	n	%
1	164	78,9
2	36	17,3
3	7	3,3
4	1	0,5
Tổng	208	100
Tổng số lần lồng ruột	261	

Nhận xét: 208 BN với 261 lần lồng ruột; trẻ bị 1 lần chiếm cao nhất 78,9%.

3.3. Lâm sàng**Bảng 3.3. Thời gian nhập viện**

Thời gian nhập viện	Số lượt bệnh nhân	%
Trước 24 giờ	216	82,8
24-48 giờ	37	14,2
Sau 48 giờ	8	3,0
Tổng	261	100

Nhận xét: Trẻ nhập viện trước 24 giờ: 216 lượt bệnh nhân 82,8%; có 3% tới sau 48 giờ.

Bảng 3.4. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số lượt BN	%
Đau bụng-quấy khóc	251	96,2
Nôn	199	76,2
Ỉa máu	21	8,0
Bụng chướng	49	18,7
Sờ được khối lồng	46	17,6
Đau bụng, Nôn, Ỉa máu	28	10,7
Đau bụng, Nôn, Ỉa máu, Sờ thấy khối lồng	11	4,2

Nhận xét: Đau bụng cơn (96,2%); nôn (76,2%); ỉa máu 8,0%.

3.4. Đặc điểm hình ảnh siêu âm trong chẩn đoán lồng ruột**Bảng 3.5. Những triệu chứng siêu âm trong chẩn đoán lồng ruột**

Triệu chứng siêu âm	Số khối lồng	%
Hình bia bần	261	100
Hình giả thận-Bánh SANDWICH	261	100
Mọc treo	261	100
Đường kính khối lồng $\geq 32\text{mm}$	52	19,9
Độ dày thành ruột ngoài $\geq 8\text{mm}$	38	14,6
Hơi trên thành ruột	2	0,8
Dịch hình liềm trong khối lồng	41	15,7
Hạch trong khối lồng	167	63,9

Nhận xét: Hình ảnh điển hình trên siêu âm 100%; hạch khối lồng 63,9%.

Bảng 3.6. Kiểu lồng và vị trí khối lồng

Vị trí khối lồng	Hồi-Đại tràng	Đại-Đại tràng	%
Thượng vị	0	0	0
HSP	250	0	95,8

HST	0	3	1,1
HCP	8	0	3,1
HCT	0	0	0
Tổng	258	3	261 (100%)

Nhận xét: Khối lồng phát ở HSP 95,8%, lồng hồi - đại tràng, và 100%.

3.5. Kết quả điều trị**Bảng 3.7. Kết quả điều trị**

Kết quả điều trị			Số lượng	%
Bơm hơi tháo lồng	Thành công	1 lần	244	93,5
		2 lần	11	4,3
		3 lần	3	1,1
Thất bại	Phẫu thuật	3	1,1	
Tổng			261	100

Nhận xét: 98,9% bệnh nhân bơm tháo lồng thành công: 93,5% bơm 1 lần; 5,4 % bơm trên 2 lần.

Bảng 3.8. Liên quan giữa thời gian nhập viện và kết quả tháo lồng

Thời gian nhập viện	Thành công		Thất bại	p
	Tháo 1 lần	Tháo ≥ 2 lần		
Trước 24h (n,%)	215; 99,5%	1; 0,5%	0	0,01
24-48h (n,%)	28; 75,7%	9; 24,3%	0	
Sau 48h (n,%)	1; 12,5%	4; 50%	3; 37,5%	
Tổng cộng	244	14	3	

Nhận xét: Thất bại cao nhất nhóm đến sau 48 h: 37,5%; khác nhau thời gian nhập viện và kết quả tháo lồng với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm lâm sàng**

Tuổi: Lồng ruột có thể gặp ở mọi lứa tuổi, hay gặp ở trẻ dưới 2 tuổi. Trong nghiên cứu, tuổi trung bình là $2,14 \pm 1,0$ tuổi, nhỏ nhất 3 tháng, lớn nhất là 9 tuổi. Tỷ lệ trẻ dưới 2 tuổi chiếm 71,6% trong đó cao nhất nhóm dưới 1 tuổi (39,4%); lồng ruột ở trẻ trên 2 tuổi 28,4%. Tương đồng với các nghiên cứu của Trần Ngọc Sơn ghi nhận tuổi trung bình là 21 tháng, 42,2% trường hợp xảy ra ở tuổi dưới 1tuổi, 1-2 tuổi chiếm 30,2%, trẻ >2 tuổi chiếm 27,6%.

Giới: Trong nghiên cứu gồm 208 bệnh nhi trong đó 129 trẻ nam (62,0%) và 79 trẻ nữ (38%), tỷ lệ nam/nữ 1,6/1. Kết quả thấy bệnh lý LR trẻ nam nhiều hơn nữ, tương đồng Nguyễn Thanh Xuân.

Địa dư: Có 97 bệnh nhân 46,6% đến từ nông thôn và 53,4% bệnh nhân tới từ thành phố. Tương đồng nghiên cứu Nguyễn Trọng Nới.

Tần suất lồng ruột: Có 162 bệnh nhân lồng

ruột tiên phát 78,9%; 21,1% bệnh nhân lồng ruột từ lần thứ 2 trở lên, trong đó trẻ lồng 2 lần chiếm 17,3%, chỉ có 1 trẻ chiếm 0,5% bị lồng ruột 4 lần tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Trọng Nơi. Nghiên cứu của chúng tôi có 208 trẻ lồng ruột 261 lượt.

4.2. Lâm Sàng

***Thời gian nhập viện:** Trẻ chủ yếu nhập viện trước 24 giờ: 216 lượt bệnh nhân 82,8%; nhập viện sau 24 giờ 17,2%, chỉ có 3% nhập viện sau 48 giờ. Tỷ lệ BN nhập viện sau 24 giờ 45 BN (17,2%); theo Nguyễn Tử Anh 10,9%; Trần Đức Thái 31,2%.

***Lâm sàng:** Đau bụng-quấy khóc chiếm tỷ lệ 96,2%; nôn 76,2%; phân nhầy máu 8%. Theo Gu: Đau bụng cơn 96%; nôn 57,8%; phân có máu 45,2%; sờ được khối lồng 30,2% [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có 28 lượt bệnh nhân chiếm 10,7% có đủ ba triệu chứng đau bụng, nôn, ỉa máu. Có 3,4% có đủ 4 triệu chứng kinh điển của LR là đau bụng, nôn, ỉa máu và sờ thấy khối lồng tương đồng với Nguyễn Tử Anh: 1,4% bệnh nhân đủ 4 triệu chứng kinh điển.

4.3. Đặc điểm hình ảnh siêu âm trong chẩn đoán lồng ruột

***Triệu chứng siêu âm trong chẩn đoán lồng ruột:** Tất cả BN đều có dấu hiệu hình bia trên mặt cắt ngang và hình giả thận hay hình bánh sandwich trên mặt cắt dọc siêu âm, tương đồng với Nguyễn Hữu Chí [6]. Đường kính khối lồng >32 mm và độ dày thành ruột >8mm lần lượt là 19,9% và 14,6% tương đồng với Nguyễn Tử Anh là 27,6% và 34,2%. Dịch trong khối lồng chúng tôi gặp 15,7% trong khi Nguyễn Tử Anh ít hơn 6,6%. Hạch trong khối lồng xuất hiện ở 63,9%.

Dịch chúng tôi gặp đều là dịch đồng nhất 25 BN (11,1%); theo Nguyễn Tử Anh 9,6%. Hạch ngoài khối lồng là một hay gặp 67,4% trường hợp; Nguyễn Tử Anh gặp 53,4%. Quai ruột giãn xuất hiện trong khi có biểu hiện tắc ruột, có 10 bệnh nhân (3,8%); theo Nguyễn Tử Anh 4,1%.

***Kiểu lồng và vị trí lồng:** Nghiên cứu có 95,8% BN lồng ruột HSP; có 3BN (1,1%) ở HST và 3,1% nằm ở HCP, không có BN nào khối lồng nằm ở HCT và thượng vị giống Phạm Thu Hiền. Có 100% khối lồng vị trí HSP và HCP là lồng kiểu hồi đại tràng, 100% khối lồng tại HST là lồng đại tràng-đại tràng.

***Nguyên nhân lồng ruột xác định được trên siêu âm.** Siêu âm xác định được nguyên nhân (6,3%) bệnh nhân phù hợp với y văn, tỷ lệ lồng ruột có nguyên nhân trẻ em trung bình 5-10% và 93,7% trường hợp lồng ruột không tìm được nguyên nhân trên siêu âm. Nguyên nhân

chủ yếu là polyp với 11/13 trường hợp (84,6%) có nguyên nhân, còn chỉ 15,4% là nang ruột đôi, các nguyên nhân như Meckel, u ruột không phát hiện ca nào trên siêu âm. Kết quả trên đối chiếu với kết quả nội soi, CT ổ bụng và giải phẫu bệnh. Theo Nguyễn Hữu Chí thì túi thừa Meckel chiếm 50% nguyên nhân gây lồng [6].

4.4. Kết quả điều trị. Tỷ lệ tháo lồng thành công cao 98,9%; Trần Ngọc Sơn 98,7%; Hu 94,2%; Nguyễn Thanh Xuân 98,3%. Về số lần TL, một số tác giả khuyến nên áp dụng "nguyên tắc số 3" kinh điển là số lần thử tháo lồng là "3" lần mục tiêu làm cải thiện tỷ lệ thành công trong TL [7]. Trong nghiên cứu này có 11 BN (4,3%) bơm hơi 2 lần, 3 BN (1,1%) bơm hơi 3 lần; có 3 BN (1,1%) phải mổ.

4.5. Môi liên quan giữa các yếu tố dịch tễ học lâm sàng, siêu âm với kết quả tháo lồng

***Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với kết quả siêu âm.** Ở nghiên cứu với 261 trường hợp lồng ruột thì triệu chứng ỉa máu có tỷ lệ trẻ tháo lồng thất bại cao nhất với 14,3% và cũng chiếm tỷ lệ trường hợp phải bơm hơi trên 2 lần nhiều nhất với 52,4%. Đây cũng là triệu chứng có mối tương quan với kết quả tháo lồng với $p < 0,05$. Theo Katz tỷ lệ thành công là 79%. Các dấu hiệu có có ý nghĩa tiên lượng LR chặt, khó tháo gồm: tình trạng mất nước, xuất hiện lâu hơn 24 giờ.

Có 208 bệnh nhân với 261 lượt lồng, tỷ lệ tháo lồng thất bại ở nhóm dưới 1 tuổi chiếm 2,8% và có tới 9,3% trường hợp phải bơm trên 2 lần mới tháo được. Nhóm tuổi trên 1 tuổi có tỷ lệ tháo lồng thành công là 100%. Nghiên cứu thấy có mối liên quan giữa kết quả tháo lồng và tuổi với $p < 0,05$. Theo Phạm Thu Hiền [3], Trần Ngọc Bích [4] phải mổ ở tuổi ≤ 4 tháng là 30% ($p < 0,05$).

Nhiều nhận định thời gian nhập viện càng dài thì TL càng khó, tỷ lệ mổ càng cao. Phân tích mối tương quan giữa thời gian nhập viện và các yếu tố có liên quan đến kết quả điều trị, chúng tôi thấy tỷ lệ TL thành công ở nhóm trước 48 giờ là 100%, và sau 48 giờ tỷ lệ thành công 62,5%. Có sự tương quan giữa kết quả tháo lồng và thời gian nhập viện với $p < 0,05$.

Trong 261 trường hợp LR đường kính trung bình KL là $30,9 \pm 4,1$ mm. Đường kính KL trung bình trong nhóm TL thành công là $30,3 \pm 4,2$ mm. Nhóm thất bại đường kính trung bình KL là $33 \pm 9,9$ mm. Với nhóm BN đường kính $KL \geq 32$ mm, tỷ lệ TL thành công là 95,5%, và có 19,7% phải bơm trên 2 lần mới thành công. Nhóm BN có đường kính $KL < 32$ mm, tỷ lệ TL thành công là 100%. Có sự tương quan giữa đường kính khối

lồng và kết quả tháo lồng với $p < 0,05$; tương đồng với Nguyễn Văn Sách.

Các tác giả đều thống nhất quan điểm có sự phù nề của thành ruột KL và sự phù nề được biểu hiện bằng dấu hiệu "vòng ngoài Echo kém trên SA", chúng tôi gọi tắt là "chiều dày thành ruột lồng". Theo Nguyễn Thanh Liêm, hiện tượng phù nề càng nhiều, biểu hiện trên SA là chiều dày vùng SA kém càng lớn càng khó tháo [1].

Một số tác giả cho rằng chiều dày thành ruột $\geq 8\text{mm}$ thì việc TL bằng bơm không khí vào đại tràng khó khăn, tỷ lệ mổ cao, phải hết sức thận trọng để tránh biến chứng rạn thanh mạc và thủng ruột. Verschelden [5] thấy chiều dày thành ruột trung bình là 10mm (khoảng 5-16mm) và không thấy có sự liên quan giữa chiều dày thành ruột và cần thiết phải can thiệp mổ.

Có 41BN có dịch khu trú KL, tỷ lệ tháo lồng thành công của nhóm này là 95,1%, có 22,0% BN bơm hơi trên 2 lần mới thành công. Trong nhóm không có dịch khu trú KL tỷ lệ thành công là 99,6%. Theo del-Pozo [7], 145 trường hợp LR thấy có 14% BN có dịch khu trú trong KL trên SA ở mặt cắt ngang dưới dạng hình ảnh liềm trống âm. Tác giả thấy nếu không có dịch, tỷ lệ TL thành công là 89%. Nếu có dịch, tỷ lệ TL thành công là 26% (5/19). Hoàng Minh Lợi tỷ lệ TL thành công trong nhóm không có dịch là 98,7%; trong nhóm có dịch hình liềm là 82,4%.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là $2,14 \pm 1,0$ tuổi, hay gặp nhất là dưới 2 tuổi chiếm 71,6%. Nam/Nữ 1,6/1. Đau bụng cơn 96,2%; ỉa máu 8,0%.

Hình ảnh điển hình siêu âm: Hình bia và hình Sandwich. Vị trí lồng HSP chiếm 95,8%.

Có 98,9% BN tháo lồng thành công, có 5,4% TL trên 2 lần thành công. Có 1,1% tháo lồng thất bại chuyển mổ. Đường kính khối lồng, chiều dày thành ruột tương quan với kết quả tháo lồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn ngoại Trường Đại học Y Hà Nội (2005), Lồng ruột, Bài giảng Nhi khoa, Tập I, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Thanh Liêm (2016). Lồng ruột. Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Phạm Thu Hiền (2000), Góp phần nghiên cứu các triệu chứng lâm sàng và siêu âm trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh lồng ruột ở trẻ bú mẹ, Luận án Thạc sĩ, Trường ĐHY Hà Nội.
4. Trần Ngọc Bích (2006), Lồng ruột ở trẻ bú mẹ và trẻ em, Bệnh học ngoại, Tập I, Nhà xuất bản Y học.
5. Verschelden P, Filiatrault D, Garel L, et al. (1992). Intussusception in children: reliability of US in diagnosis, a prospective study. Radiology.
6. Nguyễn Hữu Chí (2019). Lồng ruột ở trẻ em chẩn đoán và tiên lượng. Báo cáo tại Hội nghị siêu âm toàn quốc 2018.
7. Del-Pozo G, Albillos, J. C., Tejedor, D, et al. (1999). Intussusception in children: current concepts in diagnosis and enema reduction; Radiographics.
8. Gu L, Zhu H, Wang S. et al. (2000). Sonographic guidance of air enema for intussusception reduction in children; Pediatrics. Radiol.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KÉO RĂNG NGÂM VỚI SỰ HỖ TRỢ CỦA PHIM CBCT

Võ Thị Thúy Hồng¹, Trịnh Đình Hải²

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tỉ lệ thành công và thời gian kéo răng ngậm về cung với sự hỗ trợ của phim CBCT. **Phương pháp nghiên cứu:** can thiệp lâm sàng đối chứng trước và sau điều trị 30 răng ngậm. Phân tích vị trí răng ngậm, tương quan răng ngậm với các tổ chức lân cận trên phim XQuang, tính tỉ lệ thành công kéo được răng ngậm về cung, thời gian kéo răng ngậm. **Kết quả:** 100% các răng ngậm kéo được về cung với tỉ lệ tốt ở mức 70%, 76,7% các răng ngậm

có thời gian kéo răng về cung từ 6-9 tháng. **Kết luận:** Kết quả điều trị kéo răng ngậm với sự trợ giúp của phim CBCT có tỉ lệ thành công cao, phần lớn các trường hợp có thời gian kéo răng về cung từ 6-9 tháng.

Từ khóa: Răng ngậm, phim CBCT, tỉ lệ thành công.

SUMMARY

RESULT OF PULLING IMPACTED TEETH INTO OCCLUSION WITH SUPPORT OF CBCT FILMS

Objective: determined the success rate and duration to pull the impacted teeth into occlusion with the support of CBCT film. **Research method:** a clinical intervention to compare before and after treatment of 30 impacted teeth. Located the impacted teeth and their correlation with closed struction on the X-ray film, the success rate of pulling the impacted teeth into occlusion, the time to pull them. **Results:** 100% of the impacted teeth were pulled into the occlusion. The good rate of treatment was 70%, the

¹Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội

²Đại Học Quốc Gia

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thúy Hồng

Email: vothuyhong71@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 7.01.2022

Ngày duyệt bài: 17.01.2022