

PET/CT chẩn đoán hạch (+) ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu đạt độ nhạy Se = 75%; độ đặc hiệu 98%; giá trị dự báo dương tính 85,7% giá trị dự báo âm tính 97%; độ chính xác 96%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., et al.** (2021), Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71(3): pp. 209-249.
2. **Mai Trọng Khoa** (2012), Giá trị của kỹ thuật chụp PET/CT trong đánh giá giai đoạn, tái phát, di căn của UTP KTBN.
3. **Mai Trọng Khoa, Trần Hải Bình** (2011), Giá trị của PET/CT trong chẩn đoán UTP KTBN, Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 2, tr.101-108.
4. **Andrea Bille, Ettore Pelosi, Andrea Skanjeti...** (2009), Preoperative intrathoracic lymph node staging in patients with NSCLC: accuracy of integrated PET/CT. European J. of cardiothoracic surgery, 36, pp. 440-445.
5. **Schmidt-Hansen M, Baldwin D. R, Hasler E...** (2014), PET-CT for assessing mediastinal lymph node involvement in patients with suspected resectable non-small cell lung cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 11. Art. No.: CD009519. DOI: 10.1002/14651858.CD009519.pub2
6. **Huseyin Melek, Mehmet Zeki Gunluoglu, Adalet Demir...** (2008), Role of positron tomography in mediastinal lymphatic staging of NSCLC. European J. of cardio-thoracic surgery, 33 (2008), pp.294-299.
7. **Akram Al-Ibraheem, Nader Hirmas, Stefano Fantiet al.** (2021), Impact of <sup>18</sup>FDG PET/CT, CT and EBUS/TBNA on preoperative mediastinal nodal staging of NSCLC. BMC Med Imaging 21:49; <https://doi.org/10.1186/s12880-021-00580-w>.
8. **Gail E. Darling, Donna E. Maziak, Richard I. Inculet** (2011), Positron Emission Tomography-Computed Tomography Compared with Invasive Mediastinal staging in Non-small Cell Lung Cancer. J Thorac Oncol.; 6: 1367-1372.

## NHẬN XÉT GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG CHẨN ĐOÁN TẮC RUỘT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG, NĂM 2020-2022

Hoàng Đức Hạ<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả vai trò của cắt lớp vi tính đa dây trong chẩn đoán bệnh lý tắc ruột cơ giới tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng, năm 2020-2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là tắc ruột, được thực hiện chụp CLVT đa dây có tiêm thuốc cản quang tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 01/2020 đến tháng 08/2022. **Kết quả và kết luận:** Độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị tiên đoán dương tính (PPV), giá trị tiên đoán âm tính (NPV) trong chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột do u lần lượt là 90%, 100%, 100% và 97,8%, do dây chằng là 78,3%, 93,7%, 90%, 85,7% và do dính lần lượt là 59,1%, 84,8%, 72,2% và 76,6%. Với các nguyên nhân do bã thức ăn, do thoát vị nội, do xoắn, giá trị tiên đoán âm tính đều cao, dao động từ 93,8% đến 100%. Chẩn đoán khí tĩnh mạch cửa và khí tự do ổ bụng có Se, Sp, PPV và NPV cao đều là 100%. Như vậy, chụp CLVT là kỹ thuật có giá trị cao trong chẩn đoán xác định tắc ruột, chẩn đoán nguyên nhân và chẩn đoán biến chứng của bệnh lý này. **Từ khoá:** Tắc ruột, cắt lớp vi tính, thuốc cản quang.

#### SUMMARY

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng  
 Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ  
 Email: hdha@hpmu.edu.vn  
 Ngày nhận bài: 6.5.2024  
 Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024  
 Ngày duyệt bài: 19.7.2024

#### VALUE OF MULTI-DETECTOR COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF INTESTINAL OBSTRUCTION AT HAI PHONG INTERNATIONAL HOSPITAL, 2020-2022

**Objectives:** to describe the role of multi-detector computed tomography in diagnosing mechanical intestinal obstruction in patients treated at Haiphong International Hospital, 2020-2022. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study, all patients were diagnosed with mechanical intestinal obstruction, had multi-detector CT scan with contrast agent and had surgery at the Haiphong International Hospital from January 2020 to August 2022. **Results and conclusion:** Sensitivity (Se), specificity (Sp), positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV) in diagnosing the cause of intestinal obstruction due to tumor were 90%, 100%, respectively. 100% and 97.8%, due to ligaments were 78.3%, 93.7%, 90%, 85.7% and due to adhesions were 59.1%, 84.8%, 72.2% and 76.6%. For causes due to food residue, internal hernia, and torsion, the negative predictive value was high, ranging from 93.8% to 100%. Diagnosis of portal venous air and abdominal free air with high Se, Sp, PPV and NPV were all 100%. Thus, CT scan is a highly valuable technique in diagnosing intestinal obstruction, diagnosing the cause and the complications of this disease. **Keywords:** Intestinal obstruction, computed tomography, contrast agent.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột là một cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp trong cấp cứu ổ bụng, chỉ đứng sau

viêm ruột thừa và chiếm khoảng 20% cấp cứu bụng ngoại khoa<sup>1,2</sup>. Giai đoạn muộn của bệnh có thể gây ra các rối loạn sinh lý bệnh trầm trọng như rối loạn nước, điện giải, nhiễm trùng, nhiễm độc, thậm chí là tử vong. Tỷ lệ tử vong do tắc ruột non không kèm thiếu máu thành ruột là 3-5%, nếu có kèm theo thiếu máu thành ruột thì tỷ lệ tử vong có thể lên đến 30%<sup>3</sup>. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm và chính xác hội chứng tắc ruột cũng như phát hiện các biến chứng do tắc ruột gây ra đóng vai trò rất quan trọng.

Cắt lớp vi tính (CLVT) được cho là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị nhất, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán tắc ruột<sup>2</sup>. Hiện nay, các máy CLVT đa dãy với khả năng tái tạo ba mặt phẳng cho phép chẩn đoán mức độ tắc ruột, vị trí, nguyên nhân cũng như biến chứng thiếu máu thành ruột. Ngoài khảo sát các dấu hiệu liên quan đến thành ruột, CLVT còn cho phép đánh giá các tổn thương ngoài ruột như mạc treo, phúc mạc, dịch, khí tự do ổ bụng góp phần giúp bác sỹ lâm sàng tiên lượng và quyết định phương thức điều trị. Những phát hiện của nghiên cứu này giúp chúng tôi cải thiện chẩn đoán ở những bệnh nhân đến cơ sở y tế của chúng tôi với tình trạng nghi ngờ bị tắc ruột. Điều này cho phép hỗ trợ chúng tôi trong việc giảm các cuộc phẫu thuật nội soi thăm dò không cần thiết và thời gian nằm viện kéo dài không cần thiết. Nghiên cứu này cũng nhằm mục đích giúp đưa ra quyết định và quản lý bệnh nhân kịp thời, giảm chi phí y tế và nâng cao sức khỏe cho người bệnh. Tuy nhiên, tại Hải Phòng, chưa có nhiều nghiên cứu về giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán bệnh lý tắc ruột. Trên thực tế, độ nhạy, độ đặc hiệu của phương pháp chẩn đoán này là bao nhiêu, vai trò của nó như thế nào, có đáp ứng được kỳ vọng như trên không? Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá vai trò của cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán bệnh lý tắc ruột cơ giới ở bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng, năm 2020-2022.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu bao gồm 55 bệnh nhân, nam giới chiếm 54,5%, nữ giới chiếm 45,5%, chủ yếu là nhóm tuổi trên 60 tuổi (chiếm 40%). Kết quả chụp CLVT ở bệnh nhân tắc ruột này như sau:

**Bảng 3.1. CLVT chẩn đoán nguyên nhân gây tắc ruột**

Chẩn đoán trên cắt lớp vi tính		Kết quả phẫu thuật		Độ nhạy (95% CI)	Độ đặc hiệu (95% CI)	PPV (95% CI)	NVP (95% CI)
		Có	Không				
Nguyên nhân do U	Có	9	0	90%	100%	100%	97,8%
	Không	1	45				

bệnh nhân được chẩn đoán trên lâm sàng là tắc ruột, được thực hiện chụp CLVT đa dãy có tiêm thuốc cản quang và được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 01/2020 đến tháng 08/2022.

**Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:**

- Tất cả bệnh nhân vào viện với chẩn đoán lâm sàng là tắc ruột.
- Được thực hiện chụp CLVT đa dãy ổ bụng có tiêm thuốc cản quang.
- Chẩn đoán xác định bệnh dựa trên phẫu thuật ổ bụng và giải phẫu bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng.
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ được lưu trữ tại bệnh viện.

**Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu:**

- Hình ảnh chụp CLVT bụng không đạt tiêu chuẩn.
- Hồ sơ bệnh án không đủ dữ liệu cho nghiên cứu

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng dữ liệu hồi cứu và tiền cứu; chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 08 năm 2022 tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng.

Phương tiện nghiên cứu bao gồm máy chụp CLVT 128 dãy hiệu GE Healthcare (Hoa Kỳ), bề dày lớp cắt là 5mm, tái tạo 1mm trên nhiều mặt phẳng. Thuốc cản quang Omnipaque 300mg với liều dùng 1-1,5ml/kg cân nặng, bơm máy với tốc độ 3ml/s. Tất cả đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán lâm sàng, chụp CLVT ổ bụng đúng quy trình và có kết quả phẫu thuật chẩn đoán xác định bệnh, nguyên nhân bệnh, biến chứng, có kết quả giải phẫu bệnh. Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Đề cương của đề tài nghiên cứu này được phê duyệt bởi Hội đồng đánh giá đề cương của Trường Đại học Y dược Hải Phòng. Tất cả các thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật hoàn toàn. Nghiên cứu không gây bất kỳ tổn hại nào cho người tham gia nghiên cứu, đảm bảo tính khách quan, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị bệnh.

Nguyên nhân do dây chằng	Có	18	2	78,3%	93,7%	90%	85,7%
	Không	5	30				
Nguyên nhân do dính	Có	13	5	59,1%	84,8%	72,2%	75,6%
	Không	9	28				

Các giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính chẩn đoán nguyên nhân do u và nguyên nhân do dây chằng đều cao dao động từ 85,7% đến 100%, thấp hơn với nguyên nhân do dính.

**Bảng 3.2. CLVT chẩn đoán nguyên nhân gây tắc ruột khác**

Chẩn đoán trên cắt lớp vi tính		Kết quả phẫu thuật		Độ nhạy (95%CI)	Độ đặc hiệu (95%CI)	PPV (95%CI)	NVP (95%CI)
		Có	Không				
Nguyên nhân do bã thức ăn	Có	6	1	66,7%	97,8%	85,7%	93,8%
	Không	3	45				
Nguyên nhân do thoát vị nội	Có	1	1	100%	98,1%	50%	100%
	Không	0	53				
Nguyên nhân do xoắn	Có	2	2	66,7%	96,2%	50%	98%
	Không	1	50				

Các giá trị tiên đoán dương tính của chẩn đoán nguyên nhân do bã thức ăn, nguyên nhân do thoát vị nội, nguyên nhân do xoắn lần lượt là 8,7%, 50%, 50%. Giá trị tiên đoán âm tính đều cao , dao động từ 93,8% đến 100%.

**Bảng 3.3. CLVT chẩn đoán tổn thương thành ruột**

Chẩn đoán trên cắt lớp vi tính		Chẩn đoán sau phẫu thuật		Độ nhạy (95%CI)	Độ đặc hiệu (95%CI)	PPV (95%CI)	NVP (95%CI)
		Có	Không				
Thiếu máu thành ruột	Có	6	2	66,7%	95,7%	75%	93,6%
	Không	3	44				
Thủng ruột	Có	1	0	100%	100%	100%	100%
	Không	0	54				
Khí thành ruột	Có	1	0	100%	100%	100%	100%
	Không	0	54				

Trên chụp CLVT, chẩn đoán thiếu máu thành ruột có độ nhạy 66,7%, độ đặc hiệu 95,7%, giá trị dự đoán tiên đoán tính 75%, giá trị tiên đoán âm tính 93,6%. Các chẩn đoán thiếu thủng ruột và khí thành ruột có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính đều có giá trị cao là 100%.

**Bảng 3.4. CLVT chẩn đoán tổn thương kèm theo**

Chẩn đoán trên cắt lớp vi tính		Kết quả phẫu thuật		Độ nhạy (95%CI)	Độ đặc hiệu (95%CI)	PPV (95%CI)	NVP (95%CI)
		Có	Không				
Khí tĩnh mạch cửa	Có	1	0	100%	100%	100%	100%
	Không	0	54				
Khí tự do ổ bụng	Có	1	0	100%	100%	100%	100%
	Không	0	54				
Dịch tự do ổ bụng	Có	25	0	65,8%	100%	100%	56,7%
	Không	13	17				

Các chẩn đoán khí tĩnh mạch cửa và khí tự do ổ bụng có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính cao là 100%

**Bảng 3.5. CLVT chẩn đoán tổn thương thứ phát**

Chẩn đoán trên cắt lớp vi tính		Kết quả phẫu thuật		Độ nhạy (95%CI)	Độ đặc hiệu (95%CI)	PPV (95%CI)	NVP (95%CI)
		Có	Không				
Hạch thứ phát mạc treo	Có	9	0	90%	100%	100%	87,8%
	Không	1	45				
Hạch thứ phát khoang sau phúc mạc	Có	2	0	100%	100%	100%	100%
	Không	0	53				
U thứ phát	Có	1	2	100%	96,3%	33,3%	100%
	Không	0	52				

Các giá trị tiên đoán dương tính của chẩn đoán hạch thứ phát mạc treo và hạch thứ phát khoang sau phúc mạc có giá trị dự đoán dương tính đều là 100%, còn chẩn đoán u thứ phát chỉ có giá trị tiên đoán dương tính là 33,3%, giá trị tiên đoán âm tính hạch mạc treo, hạch khoang

sau phúc mạc, u thứ phát lần lượt là 87,8%, 100% và 100%.

#### IV. BÀN LUẬN

Bảng 3.1 cho thấy, trên chụp CLVT độ nhạy và độ đặc hiệu chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột do u là cao nhất (90% và 100%). Chẩn đoán nguyên nhân do dây chằng và do dính có độ nhạy không cao (78,3% và 59,1%). Các giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính chẩn đoán nguyên nhân do u và nguyên nhân do dây chằng đều cao dao động từ 85,3% đến 100%, thấp hơn với nguyên nhân do dính, tương tự như kết quả của các nghiên cứu khác<sup>2,4</sup>. Trên thực hành lâm sàng, chẩn đoán tắc ruột do dây chằng hoặc do dính có rất ít dấu hiệu trực tiếp có thể thấy như dấu hiệu "mỏ chim", dấu hiệu quai ruột hẹp đột ngột mà không có đáy thành ruột, thường được chẩn đoán khi loại trừ các nguyên nhân khác như u thành ruột, dị vật thành ruột. Bảng 3.2 cho thấy, một số nguyên nhân hiếm gặp bao gồm nguyên nhân do bã thức ăn (6/55 trường hợp, chiếm 10,9%), do xoắn (2/55 trường hợp, chiếm 3,6%) và do thoát vị nội (1/55 trường hợp, chiếm 1,8%). Các giá trị tiên đoán dương tính của chẩn đoán nguyên nhân do bã thức ăn, nguyên nhân do thoát vị nội, nguyên nhân do xoắn lần lượt là 85,7%, 50%, 50%. Giá trị tiên đoán âm tính đều cao, dao động từ 93,8% đến 100%. Ngoài ra, chụp CLVT còn giúp đánh giá tổng quan trong ổ bụng, đánh giá hạch thứ phát hay các khối u thứ phát ở các cơ quan khác trong ổ bụng trong trường hợp tắc ruột do u thành ruột (Bảng 3.5). Như vậy, khi đối chiếu với phẫu thuật, nghiên cứu này cho thấy có sự phù hợp cao giữa kết quả của CLVT với phẫu thuật. Các dấu hiệu trên CLVT hướng đến chẩn đoán tắc ruột có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính cao, đa số là trên 90%. Có thể thấy CLVT có giá trị rất cao trong chẩn đoán tắc ruột và nguyên nhân gây tắc ruột. Các nghiên cứu khác, cũng cho thấy CLVT có độ nhạy 90-96%, độ đặc hiệu khoảng 96% và độ chính xác khoảng 95% trong chẩn đoán tắc ruột<sup>2</sup>.

Dấu hiệu thiếu máu thành ruột biểu hiện trên chụp CLVT là thành ruột dày >3mm ở quai ruột giãn, thành ruột ngấm thuốc kém sau tiêm<sup>1,2</sup>. Khi tình trạng tưới máu của thành ruột giảm thì hiển nhiên lượng thuốc cản quang đến được thành đoạn ruột đó cũng giảm đi, và biểu hiện trên CLVT là giảm cản quang hơn các đoạn ruột khác. Bảng 3.3 của nghiên cứu này cho thấy dấu hiệu thiếu máu thành ruột có độ nhạy 66,7%, độ đặc hiệu 95,7%, giá trị dự đoán tiên

đoán tính 75%, giá trị tiên đoán âm tính 93,6%. Các chẩn đoán thiếu thủng ruột và khí thành ruột có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính đều có giá trị cao là 100%. Theo nhiều báo cáo, dấu hiệu này là ít nhạy nhưng đạt độ đặc hiệu lên đến xấp xỉ 100% cho thấy vai trò rất lớn của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán tắc ruột<sup>5</sup>. Biểu chứng thiếu máu ruột là biểu chứng nặng cần can thiệp cấp cứu đối với bệnh nhân tắc ruột non. Tắc ruột non có biểu chứng thiếu máu ruột thường gặp trong nhóm nguyên nhân do xoắn ruột, do dây chằng và do thoát vị<sup>1</sup>. Theo Huang và cộng sự<sup>6</sup>, 2 nguyên nhân chủ yếu gây tắc ruột non có thiếu máu ruột là xoắn ruột chiếm 44,7% và do dây chằng chiếm 30,3%, các nguyên nhân viêm hay bã thức ăn không gặp biểu chứng này.

Bảng 3.4 cho thấy, dấu hiệu thủng ruột và khí thành ruột có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính đều có giá trị cao là 100%. Theo nghiên cứu của Geffroy và cộng sự<sup>7</sup> dấu hiệu này có độ đặc hiệu 96% trong đánh giá nhồi máu ruột. Nếu tình trạng tắc ruột vẫn không được xử lý thì thành ruột có thể bị thủng và hơi trong quai ruột có thể đi vào mạch mạc mạc máu mạc treo, từ đó đi lên tĩnh mạch cửa, hoặc tràn ra khoang phúc mạc, gây ra các biểu chứng khác như tắc mạch mạc treo do hơi, tràn khí khoang phúc mạc. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào xảy ra tình trạng này. Trên chụp CLVT độ nhạy chẩn đoán dịch tự do ổ bụng có độ nhạy 65,8%, độ đặc hiệu 100%, giá trị dự đoán dương tính 100%, giá trị dự đoán âm tính 56,7%. Các chẩn đoán khí tĩnh mạch cửa và khí tự do ổ bụng có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính cao là 100%. Dịch tự do ổ bụng có thể gặp trong cả tắc ruột có biểu chứng thiếu máu ruột và không có biểu chứng thiếu máu ruột. Tuy nhiên, khi có thiếu máu ruột thì dấu hiệu này gặp nhiều hơn và tỷ trọng dịch cũng cao hơn. Kết quả có sự khác biệt với các nghiên cứu trước đây bởi sự khác nhau của số lượng dịch làm mốc chẩn đoán. Nếu chọn lượng dịch mức độ trung bình thì theo nghiên cứu của Jancelewicz và cộng sự<sup>8</sup>, các giá trị của dấu hiệu này lần lượt là 45,5% và 81,8%.

#### V. KẾT LUẬN

Chụp CLVT là kỹ thuật không xâm nhập, có giá trị cao trong chẩn đoán bệnh lý tắc ruột, giúp chẩn đoán một số nguyên nhân và biểu chứng của bệnh lý này, điều mà thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm khác khó hoặc không phát hiện được, đặc biệt là các biểu chứng như thiếu

máu thành ruột, thủng ruột và khí trong thành ruột. Từ đó, giúp các bác sỹ lâm sàng chẩn đoán kịp thời bệnh lý tắc ruột cho người bệnh, lập kế hoạch điều trị phù hợp nhằm giảm thiểu biến chứng cho người bệnh.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Thoa, Nguyễn Duy Hùng, Nguyễn Duy Huệ (2021). Tắc ruột quai đống: Giá trị chẩn đoán của cắt lớp vi tính đa dãy. Tạp chí Y học Việt Nam; 507 (2): 221-225
2. Mohi J.K., Kajal Sunita, Singh Tejinder, et al. (2017). Role of imaging in evaluation of intestinal obstruction, International Journal of Medical Research and Review. 5(06): 593-603.
3. Griffiths S, Glancy DG (2017). Intestinal obstruction. Surgery (Oxford).;35(3): 157-64.
4. Nakashima K, Ishimaru H, Fujimoto T, et al. (2015). Diagnostic performance of CT findings for bowel ischemia and necrosis in closed-loop small-bowel obstruction. Abdom imaging;40(5): 1097-103.
5. Sheedy S. P., Earnest F. 4th, Fletcher J. G., et al. (2006). CT of small-bowel ischemia associated with obstruction in emergency department patients: diagnostic performance evaluation, Radiology. 241(3): 729-736.
6. Huang X, Fang G, Lin J, et al. (2018). A Prediction Model for Recognizing Strangulated Small Bowel Obstruction. Gastroenterol Res Pract. doi:https://doi.org/10.1155/2018/7164648
7. Geffroy Y, Colette IB, Jullès MC, et al (2014). Increased unenhanced bowel-wall attenuation at multidetector CT is highly specific of ischemia complicating small-bowel obstruction. Radiology. 2014;270(1): 159-167.
8. Jancelewicz T, Vu LT, Shawo AE, et al. (2009). Predicting strangulated small bowel obstruction: an old problem revisited. J Gastrointest Surg. 2009;13(1): 93-9.

## THỰC TRẠNG SÂU RĂNG SỮA Ở HỌC SINH LỚP 5 TẠI HÀ NỘI

Hà Ngọc Chiêu<sup>1</sup>, Lê Thị Thuý Linh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng bệnh sâu răng sữa ở học sinh lớp 5. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 502 học sinh lớp 5 (12 tuổi), đang học tại trường Trường Tiểu học Kim Liên - Đống Đa và Trường Tiểu học Lý Thái Tổ - Trung Hoà - Cầu Giấy - Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ sâu răng sữa là 36,3% trong đó, tỷ lệ sâu răng sữa ở học sinh nam là 38,9% cao hơn ở học sinh nữ là 32,9%. Chỉ số dmft = 1,16 ± 2,10, chỉ số dmfs = 1,54 ± 3,02. **Kết luận:** Tỷ lệ sâu răng sữa trong nghiên cứu này là 36,3% đang ở mức cao. Thành phần dt và ds chiếm chủ yếu trong chỉ số dmft, dmfs phản ánh mức độ quan tâm chưa đầy đủ đến tình trạng sâu răng sữa ở nhóm trẻ này.

**Từ khóa:** sâu răng sữa, chỉ số dmft, chỉ số dmfs

### SUMMARY

#### THE CURRENT SITUATION OF PRIMARY TOOTH DECAY AMONG 5TH GRADE STUDENTS IN HANOI

**Objective:** Describe the current situation of primary tooth decay among 5th grade students. **Subjects and methods:** The cross-sectional descriptive study was conducted on 502 5th grade students (12 years old), studying at Primary School Kim Lien - Dong Da and Ly Thai To Primary School - Trung Hoa - Cau Giay - Hanoi. **Results:** The rate of primary tooth decay was 36.3%, in which the

rate of primary tooth decay among male students was 38.9%, higher than that of female students which was 32.9%. dmft index = 1.16 ± 2.10, dmfs index = 1.54 ± 3.02. **Conclusion:** The rate of primary tooth decay in this study is 36,3%, which is at a high level. The dt and ds components account for the majority in the dmft and dmfs indexes, reflecting an insufficient level of attention to the state of primary tooth decay in this group of children. **Keywords:** primary tooth decay, dmft index, dmfs index.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức Y tế thế giới, sâu răng là một trong hai gánh nặng hàng đầu của chăm sóc sức khỏe răng miệng, bên cạnh bệnh nha chu. Bệnh ảnh hưởng tới 60-90% học sinh và phần lớn người trưởng thành ở hầu hết các nước công nghiệp, là bệnh răng miệng có tỷ lệ mắc cao nhất ở một số nước châu Á và Mỹ La tinh<sup>1</sup>. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh cũng đang ở mức độ cao và có chiều hướng tăng lên. Theo kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2019 cho thấy: tỷ lệ sâu răng sữa ở trẻ 9-11 tuổi là 52,0%; chỉ số dmft và dmfs lần lượt là 1,93 và 3,27; tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn ở trẻ 12 tuổi là 44,8%; chỉ số DMFT và DMFS lần lượt là 1,56 và 4,15<sup>2</sup>.

Học sinh lớp 5 (11-12 tuổi) là những trẻ đang ở giai đoạn hàm răng hỗn hợp. Sâu răng ở giai đoạn này nếu không được điều trị kịp thời có thể làm tăng nguy cơ phát triển lệch lạc về cấu trúc xương hàm, sự định hình về khớp cắn, cũng như sự phát triển bình thường của những răng vĩnh viễn đã và sắp mọc sau này. Do vậy việc giữ được sự toàn vẹn hàm răng hỗn hợp cho trẻ

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Ngọc Chiêu

Email: ngocchieu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 16.7.2024