

mà bệnh nhân phải đối diện. Việc tích hợp các hoạt động trò chuyện cùng chuyên gia tâm lý sẽ góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân hiếm muộn.

V. KẾT LUẬN

PSS và FPI không liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả IVF. Tuy nhiên, việc thực hiện đo lường PSS và FPI giúp các trung tâm IVF xác định được bệnh nhân có nhu cầu được hỗ trợ tâm lý, từ đó gợi mở phát triển các chương trình tư vấn, giúp tăng cường trải nghiệm cho bệnh nhân khi điều trị hiếm muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thị Mỹ Hạnh, V. ., Văn Tuấn, N., Xuân Hợi, N., Thị Thu Hà, L., & Thành Long, N.** (2021). Một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 506(1).
2. **Nguyễn, T. T. T., Lê, T. H., Đỗ, T. L., & Đỗ, V. L.** (2024). Thực trạng lo âu, trầm cảm của người vợ thực hiện kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội và một số yếu tố liên quan. *Tạp Chí Khoa học Điều dưỡng*, 7(03), 6–12.
3. **Nguyen, L. N. H., Tran, H. P., Do, V. N. T., Ly, L. T., Hoang, T. T. D., & Hoang, T.** (2024).

- Factors Associated With Mosaicism in Human Embryos: A Retrospective Study. *Cureus*, 16(6).
4. **Anderson, N. B.** (1998). Levels of analysis in health science: A framework for integrating sociobehavioral and biomedical research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 563-576.
5. **An, Y., Sun, Z., Li, L., Zhang, Y., & Ji, H.** (2013). Relationship between psychological stress and reproductive outcome in women undergoing in vitro fertilization treatment: psychological and neurohormonal assessment. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 30(1), 35-41.
6. **Zanettoullis, A. T., Mastorakos, G., Vakas, P., Vlahos, N., & Valsamakis, G.** (2024). Effect of stress on each of the stages of the procedure: a systematic review. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(2), 726.
7. **Miller, N., Herzberger, E. H., Pasternak, Y., Klement, A. H., Shavit, T., Yaniv, R. T., ... & Wiser, A.** (2019). Does stress affect outcomes? A prospective study of physiological and psychological stress in women undergoing . *Reproductive biomedicine online*, 39(1), 93-101.
8. **Peng, M., Wen, M., Jiang, T., Jiang, Y., Lv, H., Chen, T.,... & Jin, G.** (2021). Stress, anxiety, and depression in infertile couples are not associated with a first or ICSI treatment outcome. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 725.

VAI TRÒ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN ĐAU BỤNG CẤP VÙNG MỘT PHẦN TƯ DƯỚI PHẢI KHÔNG DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

**Đỗ Hải Thanh Anh¹, Nguyễn Thị Thanh Thiên²,
Nguyễn Thị Yến Nhi¹, Trương Thị Phương Thảo¹**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau bụng cấp vùng ¼ dưới phải thường gặp, có thể do nguyên nhân ngoại khoa hoặc nội khoa. Chẩn đoán dựa trên lâm sàng và xét nghiệm cơ bản thường khó khăn, dễ nhầm lẫn, có thể dẫn đến phẫu thuật không cần thiết hoặc trì hoãn can thiệp. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đóng vai trò quan trọng nhờ độ nhạy và độ đặc hiệu cao, cho phép đánh giá toàn diện các tạng trong ổ bụng. **Mục tiêu:** Xác định các nguyên nhân thường gặp và đánh giá giá trị của CLVT trong chẩn đoán đau bụng cấp vùng ¼ dưới phải không do chấn thương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca hồi cứu trên tất cả bệnh nhân ≥18 tuổi nhập viện khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 1–6/2022 vì

đau bụng cấp vùng ¼ dưới phải không do chấn thương và đã được chụp CLVT. Bệnh nhân có tiền sử chấn thương trong 30 ngày trước đó bị loại trừ. **Kết quả:** Viêm ruột thừa, viêm hồi manh tràng – đại tràng lên và sỏi niệu quản phải là những nguyên nhân thường gặp nhất của đau bụng cấp vùng ¼ dưới phải không do chấn thương. CLVT cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu rất cao trong chẩn đoán các nguyên nhân này. **Kết luận:** CLVT là một công cụ chẩn đoán hình ảnh đáng tin cậy, giúp hướng dẫn xử trí kịp thời và chính xác. **Từ khóa:** Đau bụng ¼ dưới phải không do chấn thương, CLVT

SUMMARY

THE ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSING NON-TRAUMATIC ACUTE RIGHT LOWER QUADRANT ABDOMINAL PAIN AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

Background: Acute right lower quadrant abdominal pain represents a common concern with a broad differential diagnosis, ranging from self-limiting conditions to life-threatening surgical emergencies.

¹*Đại học Y Dược TP HCM*

²*Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM*

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Phương Thảo

Email: ttptthao@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

Physical examination, clinical presentation and laboratory examination are often difficult and may lead to misdiagnosis, unnecessary surgery, or delayed intervention. Computed tomography (CT) plays an important role due to its high sensitivity and specificity, allowing comprehensive evaluation of abdominal organs. **Objective:** To identify common causes and assess the diagnostic value of CT in acute non-traumatic right lower quadrant abdominal pain. **Methods:** This is a retrospective case series of all patients aged ≥ 18 years admitted to the Emergency Department, University Medical Center, Ho Chi Minh City, from January to June 2022 for acute right lower quadrant abdominal pain not due to trauma and who underwent CT scanning. Patients with a history of trauma within the previous 30 days were excluded. **Results:** Acute appendicitis, ileocecal-colon inflammation, and right ureteral stones were the most common causes of non-traumatic right lower quadrant pain. CT showed very high sensitivity and specificity in diagnosing these conditions. **Conclusions:** CT is a reliable imaging tool that supports timely and accurate management. **Keywords:** Nontraumatic right lower quadrant abdominal pain, CT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau bụng cấp vùng một phần tư dưới phải là triệu chứng thường gặp, có thể do nguyên nhân ngoại khoa (như viêm ruột thừa, viêm túi thừa manh tràng, viêm phần phụ...) hoặc nguyên nhân nội khoa (như viêm hạch mạc treo, viêm ruột, viêm bàng quang...). Việc phân biệt hai nhóm nguyên nhân này có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán và xử trí, vì chẩn đoán sai có thể dẫn đến phẫu thuật không cần thiết hoặc chậm trễ can thiệp ngoại khoa, gây hậu quả nặng nề cho người bệnh.

Chẩn đoán nguyên nhân đau bụng cấp không do chấn thương thường khó khăn nếu chỉ dựa vào lâm sàng và xét nghiệm cơ bản. Do đó, chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò thiết yếu. Trong đó, siêu âm được sử dụng rộng rãi nhờ dễ thực hiện và không gây nhiễm tia xạ; tuy nhiên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lại có tính khách quan, độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn, cho phép khảo sát toàn diện các tạng trong ổ bụng.

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã khẳng định CLVT là phương tiện hàng đầu trong đánh giá đau bụng cấp, đặc biệt ở vùng một phần tư dưới phải[5,8]. Xuất phát từ thực tiễn này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu xác định các nguyên nhân thường gặp và đánh giá giá trị của CLVT trong chẩn đoán đau bụng cấp vùng một phần tư dưới phải không do chấn thương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dân số chọn mẫu: Các đối tượng từ 18 tuổi trở lên nhập viện khoa cấp cứu vì đau bụng

cấp một phần tư dưới phải không do chấn thương, được chụp CLVT và điều trị tại bệnh viện Đại học Y dược TPHCM.

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên nhập viện tại khoa cấp cứu bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2022 vì đau bụng cấp không do chấn thương vùng một phần tư dưới phải và được chụp CLVT với dữ liệu hình ảnh và lâm sàng đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có tiền sử chấn thương trong vòng 30 ngày trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo loạt ca.

Cỡ mẫu: Lấy trọn

Phương pháp tiến hành nghiên cứu: Từ cơ sở dữ liệu của Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, hồi cứu các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân trong mẫu được chụp trên máy CLVT đa dãy đầu dò SOMATOM Definition AS (64 và 128 lát cắt) của hãng Siemens Healthineers; ở các thì không thuốc, động mạch (30-40 giây sau tiêm thuốc), tĩnh mạch (70 giây sau tiêm thuốc) và thì muộn 3-5 phút sau tiêm (tùy thuộc chẩn đoán lâm sàng và đánh giá của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh trong quá trình chụp). Thống kê tỷ lệ các nguyên nhân gây đau một phần tư dưới bụng phải cấp dựa trên chẩn đoán xuất viện trên hệ thống hồ sơ bệnh án điện tử Bệnh viện đại học Y dược. Đối chiếu kết quả CLVT và kết quả phẫu thuật hoặc chẩn đoán khi ra viện để tính giá trị dương tính thật, dương tính giả, âm tính thật, âm tính giả.

2.3. Biến số nghiên cứu

Các biến số chung: tuổi, giới

Các biến số nguyên nhân đau bụng cấp bao gồm: viêm ruột thừa, viêm túi thừa, viêm bờ mề đại tràng, tắc ruột, thủng tạng rỗng, u vùng hồi manh tràng – đại tràng lên, lao hồi manh tràng, bệnh Crohn, sỏi niệu quản phải và viêm thận – bể thận phải, thai ngoài tử cung, u nang buồng trứng phải, xoắn phần phụ phải, viêm hoặc áp xe phần phụ phải, dị vật.

2.4. Phương pháp thống kê. Nhập số liệu bằng phần mềm Epi Info 7.2, trình bày bảng số liệu và biểu đồ bằng phần mềm Excel 360. Thống kê tỷ lệ phần trăm các nguyên nhân đau bụng cấp một phần tư dưới bụng phải Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính và độ chính xác của CLVT cho từng nhóm nguyên nhân bằng phần mềm Stata 17.0.

2.5. Các cân nhắc về đạo đức. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP.HCM phê

duyet theo quyết định số 1179/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 23/1/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2022 có 414 trường hợp nhập viện tại khoa cấp cứu Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh vì đau bụng cấp không do chấn thương một phần tư dưới phải thỏa tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 46 (độ tuổi trải từ 18 đến 92 tuổi), với tỉ lệ nam nữ là 1/1,25 (179/235).

Bảng 1. Các nguyên nhân đau bụng được chẩn đoán khi bệnh nhân xuất viện

Chẩn đoán khi xuất viện	Số lượng (n=414)	Tỷ lệ (%)
Viêm ruột thừa cấp	62	14,9
Viêm phúc mạc ruột thừa	50	12
Áp xe ruột thừa	32	7,7
Viêm hồi manh tràng - đại tràng lên	64	15,5
Sỏi niệu quản phải	57	13,8

Viêm túi thừa đại tràng	49	11,8
Tắc ruột	30	7,3
Viêm phần phụ phải	20	4,8
Viêm thận - bể thận phải	11	2,7
U vùng hồi manh tràng - đại tràng lên	10	2,4
Dị vật	4	1
Thủng tạng rỗng	3	0,7
Thai ngoài tử cung	2	0,5
Viêm bờm mỡ đại tràng	9	2,1
U nang buồng trứng	10	2,4
U nhầy ruột thừa	1	0,2

Nhận xét: Trong cách nguyên nhân gây đau bụng cấp không chấn thương, 4 nguyên nhân thường gặp nhất bao gồm: viêm ruột thừa (bao gồm viêm ruột thừa cấp, viêm phúc mạc ruột thừa, áp xe ruột thừa), viêm hồi manh tràng - đại tràng lên, sỏi niệu quản phải, viêm túi thừa đại tràng. Trong đó viêm ruột thừa chiếm tỉ lệ cao nhất (34,6%).

Bảng 2. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán viêm ruột thừa, viêm túi thừa, viêm hồi manh tràng đại tràng lên

Chẩn đoán xuất viện Kết quả CLVT	Bệnh	Không bệnh	Tổng	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị tiên đoán dương	Giá trị tiên đoán âm
Viêm ruột thừa							
Dương tính	143	3	146	0,993	0,988	0,979	0,996
Âm tính	1	267	268				
Tổng	144	270	414				
Viêm túi thừa đại tràng							
Dương tính	48	0	48	0,980	1	1	0,977
Âm tính	1	365	366				
Tổng	49	365	414				
Viêm hồi manh tràng – đại tràng lên							
Dương tính	62	0	62	0,968	1	1	0,994
Âm tính	2	350	352				
Tổng	64	350	414				

Nhận xét: CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán viêm ruột thừa, viêm túi thừa và viêm hồi manh tràng - đại tràng lên. Có ba trường hợp CLVT chẩn đoán nhầm thành viêm ruột thừa, trong đó hai trường hợp được điều trị nội với chẩn đoán cuối cùng là viêm túi thừa manh tràng có viêm ruột thừa phản ứng đi kèm và viêm hồi manh tràng – đại tràng lên. Một trường hợp được phẫu thuật với giải phẫu bệnh là lao hồi manh tràng. Một trường hợp áp xe hố chậu phải, CLVT chẩn đoán là áp xe phần phụ phải, nhưng kết quả sau phẫu thuật là áp xe ruột thừa.

CLVT có giá trị chẩn đoán tốt các nguyên nhân gây đau bụng còn lại, được thể hiện ở Bảng 3.

Bảng 3. Đối chiếu kết quả CLVT và chẩn đoán xuất viện trong chẩn đoán các nguyên nhân đau bụng cấp vùng một phần tư dưới phải khác

tư dưới phải khác

Bệnh	Chẩn đoán XV	Kết quả CLVT	Khác biệt
Tắc ruột	30	30	0
U hồi manh tràng	10	10	0
Sỏi niệu quản	57	57	0
Thủng tạng rỗng	3	3	0
Viêm thận-bể thận phải	11	11	0
Thai ngoài tử cung	2	2	0
Viêm phần phụ phải	20	21	1
Dị vật	4	4	0
Viêm bờm mỡ đại tràng	9	9	0
U nang buồng trứng	10	10	0
U nhầy ruột thừa	1	1	0

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $46 \pm 0,8$ tuổi, kết

quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó. Cụ thể, Nguyễn Thị Thiên Kim [1] ghi nhận độ tuổi trung bình là $35,4 \pm 15,8$ tuổi, trong khi Ganguli[4] báo cáo tuổi trung bình 47 tuổi.

Kết quả nghiên cứu cho thấy viêm ruột thừa là nguyên nhân gây đau bụng cấp vùng $\frac{1}{4}$ dưới phải không do chấn thương thường gặp nhất. Kết quả này cũng tương tự với tác giả Ganguli [4] và Nguyễn Thị Thiên Kiêm [1], cho thấy tính nhất quán của đặc điểm dịch tễ học và mô hình bệnh lý tại nhiều quần thể khác nhau. Điều này có thể được giải thích bởi đặc điểm giải phẫu và sinh lý của ruột thừa – vị trí dễ bị tắc nghẽn lòng ruột do sỏi phân, tăng sản nang lympho hoặc dị vật, dẫn đến viêm nhiễm và hoại tử. Tỷ lệ viêm túi thừa trong nghiên cứu của chúng tôi (11,8%) thấp hơn so với nhóm của N.T.T. Kim (17,4%) nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Ganguli (2,8%). Sự khác biệt này có thể phản ánh sự thay đổi về thói quen ăn uống, lối sống và đặc điểm dân số giữa các khu vực nghiên cứu. Viêm túi thừa thường có liên quan mật thiết đến chế độ ăn ít chất xơ và lối sống ít vận động, do đó những yếu tố này có thể đóng vai trò quan trọng trong việc lý giải sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa các nhóm. Tỷ lệ viêm hồi manh tràng và đại tràng lên trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,5%, cao gần gấp đôi so với nhóm của Ganguli (6,5%). Đây là bệnh lý tương đối phổ biến tại các quốc gia châu Á, nơi có đặc điểm khí hậu, thói quen ăn uống và yếu tố vi sinh đường ruột khác biệt so với các khu vực khác.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy CT ổ bụng (CLVT) có giá trị chẩn đoán cao đối với các nguyên nhân gây đau bụng cấp vùng $\frac{1}{4}$ dưới không do chấn thương. Cụ thể, độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán của CLVT trong việc phát hiện viêm ruột thừa cấp ở nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của Chan[3] và cao hơn so với các nghiên cứu của Nguyễn Đình Minh[2], Nguyễn Thị Thiên Kiêm[1], Rud[6] và Randen[7]. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận một trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán là áp xe phần phụ phải trên CLVT, nhưng kết quả phẫu thuật xác định là áp xe ruột thừa. Hồi cứu lại hình ảnh CLVT, chỉ ghi nhận một ổ áp xe sau dưới phúc mạc và không xác định rõ ruột thừa, dẫn đến chẩn đoán ban đầu nghi ngờ áp xe từ phần phụ phải. Nguyên nhân có thể do bệnh nhân gầy, ít mỡ quanh manh tràng, khiến việc xác định ruột thừa gặp khó khăn. Ở bệnh nhân nữ trẻ, ổ áp xe nằm cạnh trên buồng trứng phải càng làm tăng khả năng nhầm lẫn với phần phụ. Trường hợp này cho thấy CLVT, mặc dù có giá trị cao, vẫn có thể

gặp sai sót khi chẩn đoán các nguyên nhân đau bụng cấp vùng $\frac{1}{4}$ dưới, đặc biệt ở bệnh nhân gầy, với ít mô mỡ quanh các cơ quan, làm khó xác định ranh giới giữa các tạng và phân biệt tổn thương thuộc cơ quan nào. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kết hợp lâm sàng và hình ảnh học, đồng thời cần cân nhắc khả năng nhầm lẫn trong những tình huống đặc biệt.

Đối với các nhóm nguyên nhân đau bụng khác, nghiên cứu của chúng tôi cho các giá trị chẩn đoán của CLVT cũng cao hơn so với nghiên cứu của Randen (2011)[7]. Sự khác biệt trong kết quả của các nghiên cứu có thể do tiêu chuẩn lựa chọn, số lượng đối tượng nghiên cứu và kinh nghiệm của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng độ nhạy và độ đặc hiệu của CLVT trong chẩn đoán các nguyên nhân gây đau bụng cấp vùng một phần tư dưới phải tăng lên đáng kể sau hơn 10 năm. CLVT đã phát triển mạnh hơn về máy móc cũng như trình độ và kinh nghiệm của các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, giúp chẩn đoán bệnh một cách chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu, CLVT được xác nhận là một công cụ chẩn đoán hình ảnh đáng tin cậy với độ nhạy và độ đặc hiệu rất cao trong chẩn đoán các nguyên nhân gây đau bụng cấp vùng $\frac{1}{4}$ dưới phải không do chấn thương. Việc sử dụng CLVT giúp phân biệt chính xác giữa các nguyên nhân ngoại khoa và nội khoa, từ đó hỗ trợ bác sĩ đưa ra quyết định xử trí kịp thời, tránh phẫu thuật không cần thiết và giảm thiểu nguy cơ biến chứng cho người bệnh.

VI. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định, bao gồm thiết kế hồi cứu, thực hiện tại một trung tâm duy nhất và số lượng ca bệnh ở một số nhóm nguyên nhân đau bụng còn hạn chế, nên kết quả chưa mang tính đại diện cao. Vì vậy, cần thực hiện thêm các nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn và đa trung tâm để củng cố và mở rộng tính khái quát của kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thiên Kim, Đặng Quốc Quân, Huỳnh Nhật Cao Nhân và cộng sự.** Đánh giá vai trò của chụp bụng cắt lớp điện toán có cản quang trong chẩn đoán đau ổ chậu phải cấp. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2017;21(03):86-91.
2. **Nguyễn Đình Minh, Phạm Thu Huyền.** Giá trị của các dấu hiệu cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;526(1A):94-98.
3. **Chan J, Fan KS, Mak TLA, et al.** Pre-Operative Imaging can Reduce Negative Appendectomy

- Rate in Acute Appendicitis. *Ulster Med J.* 2020;89(1):25-28.
4. **Ganguli S, Raptopoulos V, Komlos F, et al.** Right lower quadrant pain: value of the nonvisualized appendix in patients at multidetector CT. *Radiology.* 2006;241(1):175-180. doi:10.1148/radiol.2411050191
 5. **MacKersie AB, Lane MJ, Gerhardt RT, et al.** Nontraumatic acute abdominal pain: unenhanced helical CT compared with three-view acute abdominal series. *Radiology.* 2005;237(1):114-122. doi:10.1148/radiol.2371040066
 6. **Rud B, Vejborg TS, Rappeport ED, et al.** Computed tomography for diagnosis of acute appendicitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019(11):36-37. doi:10.1002/14651858.CD009977.pub2
 7. **Van Randen A, Laméris W, Van Es HW, et al.** A comparison of the accuracy of ultrasound and computed tomography in common diagnoses causing acute abdominal pain. *Eur Radiol.* 2011;21(7):1535-1545.
 8. **Stoker J, van Randen A, Laméris W, et al.** Imaging patients with acute abdominal pain. *Radiology.* 2009;253(1): 31-46. doi:10.1148/radiol.2531090302.

KHẢO SÁT CẤU TRÚC BÁN PHẦN TRƯỚC NHÃN CẦU BẰNG AS-OCT TRÊN BỆNH NHÂN GLAUCOMA GÓC ĐÓNG

Trần Anh Tuấn¹, Đoàn Kim Thành¹, Trang Thanh Nghiệp²,
Nguyễn Quang Đại², Huỳnh Hồng Ý¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các cấu trúc bán phần trước nhãn cầu đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh Glaucoma góc đóng. Chụp cắt lớp quang học bán phần trước (AS-OCT) là phương tiện không xâm lấn, giúp đánh giá chính xác các thông số này. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm hình thái bán phần trước nhãn cầu bằng AS-OCT ở bệnh nhân glaucoma góc đóng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 34 mắt của bệnh nhân được chẩn đoán glaucoma góc đóng nguyên phát. Các thông số được đo bằng AS-OCT trên 2 lát cắt 0° và 90°. Ghi nhận thị lực và nhãn áp tại thời điểm chụp. **Kết quả:** Độ sâu tiền phòng (ACD) trung bình: $1,95 \pm 0,23$ mm, phản ánh tiền phòng nông ở hầu hết bệnh nhân. Diện tích tiền phòng (ACA) trung bình: $13,42 \pm 1,91$ mm². Góc bè - mỏng mắt (TIA) trung bình: $13,41 \pm 4,61^\circ$. Khoảng cách mở góc AOD500 trung bình: $197,41 \pm 40,9$ μm, giá trị nhỏ so với bình thường. Về lâm sàng: nhãn áp trung bình trước phẫu thuật: $26,81 \pm 13,14$ mmHg. Thị lực trung bình (logMAR): $0,69 \pm 0,68$. Nhãn áp có tương quan nghịch với ACD, ACA, TIA, AOD, và tương quan thuận với độ cong mỏng mắt (IC). **Kết luận:** AS-OCT là phương tiện hiệu quả trong đánh giá cấu trúc bán phần trước nhãn cầu, có tính khách quan cao và không xâm lấn. Nhãn áp có tương quan cao với các cấu trúc tiền phòng. **Từ khóa:** AS-OCT, glaucoma góc đóng, góc tiền phòng.

SUMMARY

EVALUATION OF ANTERIOR SEGMENT

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Mắt TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Hồng Ý

Email: dr.yhuynh98@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

STRUCTURE USING AS-OCT IN PATIENTS WITH PRIMARY ANGLE-CLOSURE GLAUCOMA

Introduction: Anterior segment structures play a crucial role in the pathogenesis of primary angle-closure glaucoma. Anterior segment optical coherence tomography (AS-OCT) is a non-invasive imaging modality that allows accurate evaluation of these parameters. **Objective:** To evaluate anterior segment morphology using AS-OCT in patients with primary angle-closure glaucoma. **Subjects and Methods:** This cross-sectional descriptive study included 34 eyes from patients diagnosed with primary angle-closure glaucoma and coexisting cataract. Anterior segment parameters were measured using AS-OCT on 0° and 90° meridians. Visual acuity and intraocular pressure (IOP) were recorded at the time of imaging. **Results:** The mean anterior chamber depth (ACD) was 1.95 ± 0.23 mm, reflecting shallow anterior chambers in most patients. The mean anterior chamber area (ACA) was 13.42 ± 1.91 mm². The mean trabecular-iris angle (TIA) was $13.41 \pm 4.61^\circ$. The mean angle opening distance at 500 μm (AOD500) was 197.41 ± 40.9 μm, significantly lower than normal values. Clinically, the mean preoperative IOP was 26.81 ± 13.14 mmHg. The mean best-corrected visual acuity (logMAR) was 0.69 ± 0.68 . IOP showed a negative correlation with ACD, ACA, TIA, and AOD, and a positive correlation with iris curvature (IC). **Conclusion:** AS-OCT is an effective, objective, and noninvasive imaging modality for evaluating anterior segment structures. IOP is strongly correlated with anterior chamber parameters in primary angle-closure glaucoma.

Keywords: AS-OCT, primary angle-closure glaucoma, anterior chamber angle.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glaucoma góc đóng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa có thể phòng tránh được, đặc biệt phổ biến ở châu Á. Bệnh đặc trưng bởi sự hẹp hoặc đóng góc tiền phòng, dẫn đến tăng nhãn áp và tổn thương đầu thị