

hip fracture surgery. BMC Health Services Research, 18(1), 701.

7. **Nguyễn Thị Phương Tuyên và cộng sự.** (2023). Đánh giá mức độ đau, thời gian nằm viện và tỷ lệ biến chứng của người bệnh phẫu thuật thay khớp háng được áp dụng chương trình ERAS tại khoa

chấn thương chỉnh hình. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 529 tháng 8 số 1 năm 2023, 221–225.

8. **Gao Y, Zhong F, Zhan X, Bao Y, Zhu X** (2024). Postoperative rehabilitation exercise experiences of geriatric patients with femoral neck fractures: a qualitative study. BMC Geriatrics, 24, 667.

KHẢO SÁT MỘT SỐ MỐC GIẢI PHẪU TRÊN HÌNH ẢNH HỌC ẢNH HƯỞNG ĐẾN PHẪU THUẬT CẤY ỐC TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2024 - 2025

Nguyễn Thanh Vinh¹, Phạm Ngọc Chất², Võ Bình Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số mốc giải phẫu quan trọng trên phim CT Scan ảnh hưởng đến phẫu thuật cấy ốc tai tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 35 bệnh nhân (70 tai) có chỉ định phẫu thuật cấy ốc tai tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh từ tháng 12/2024 đến tháng 06/2025. **Kết quả:** Có 71,42% (50/70) bệnh nhân có thông bào chũm tốt, 47,14% (33/70) có trần hòm nhĩ thấp, và 54,29% (38/70) có xoang tĩnh mạch sigma lồi ra trước. Về ngách mặt, 71,42% (50/70) bệnh nhân có ngách mặt rộng, trong khi 52,86% (37/70) có khí hóa ngách mặt. Phần lớn bệnh nhân (75,71% - 53/70) có vị trí hành cảnh bình thường, trong khi 77,14% (54/70) có gờ cửa sổ tròn hình chữ O. Đối với ốc tai, 88,57% (62/70) bệnh nhân có sự phát triển bình thường, và chỉ có một tỷ lệ nhỏ (8,57% - 6/70) gặp phải phát triển không hoàn toàn loại I. Về ống bán khuyên, 90% (63/70) bệnh nhân có cấu trúc bình thường, trong khi 4,28% (3/70) có cống tiền đình giãn rộng. Đặc biệt, tất cả các bệnh nhân (100% - 70/70) đều có ống tai trong bình thường, không có trường hợp nào bị hẹp. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy việc sử dụng CT Scan để đánh giá các yếu tố giải phẫu là cần thiết để tối ưu hóa quá trình phẫu thuật cấy ốc tai. Việc chẩn đoán và đánh giá các bất thường giải phẫu giúp bác sĩ chuẩn bị tốt hơn và chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị và giảm thiểu biến chứng. **Từ khóa:** phẫu thuật cấy ốc tai, CT Scan xương thái dương

SUMMARY

SURVEY OF SOME ANATOMICAL LANDMARKS ON CT IMAGES AFFECTING COCHLEAR IMPLANT SURGERY AT EAR NOSE THROAT HOSPITAL OF HO CHI MINH CITY, 2014-2025

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Bình Minh

Email: ravensoa20@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 3.12.2025

Ngày duyệt bài: 7.01.2026

Objective: To survey some important anatomical landmarks on CT Scan images that affect cochlear implant surgery at Ear Nose Throat Hospital of Ho Chi Minh City. **Methods:** A descriptive case series study of 35 patients indicated for cochlear implant surgery at Ear Nose Throat Hospital of Ho Chi Minh City from December 2024 to June 2025. **Results:** Among the patients, 71.42% (50/70) had good mastoid pneumatization, 47.14% (33/70) had a low tegmen tympani, and 54.29% (38/70) had an anteriorly protruding sigmoid sinus. Regarding the facial recess, 71.42% (50/70) had a wide facial recess, while 52.86% (37/70) had pneumatization of the facial recess. The majority of patients (75.71% - 53/70) had a normal cochlear aqueduct position, while 77.14% (54/70) had a round window ridge shaped like the letter "O." For the cochlea, 88.57% (62/70) of patients had normal cochlear development, with only a small percentage (8.57% - 6/70) having incomplete type I cochlear development. Regarding the semicircular canal, 90% (63/70) had a normal structure, while 4.28% (3/70) had a dilated vestibular aqueduct. Notably, all patients (100% - 70/70) had a normal internal auditory canal, with no cases of narrowing. **Conclusion:** The study shows that using CT scans to evaluate anatomical landmarks is necessary to optimize the cochlear implant surgery process. Diagnosing and assessing anatomical abnormalities helps doctors prepare better and select the appropriate surgical method, thereby improving treatment outcomes and minimizing complications.

Keywords: cochlear implant surgery, CT scan of the temporal bone

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấy ốc tai là phương pháp phẫu thuật điều trị khiếm thính nặng hoặc điếc hai tai cho bệnh nhân không đáp ứng với máy trợ thính. Thiết bị cấy ốc tai chuyển tín hiệu âm thanh thành tín hiệu điện, giúp kích thích các tế bào thần kinh thính giác và phục hồi thính lực. Tuy nhiên, sự thành công của phẫu thuật phụ thuộc lớn vào việc chẩn đoán chính xác các yếu tố giải phẫu tai trong trước khi phẫu thuật. Các bất thường giải phẫu có thể gây khó khăn và biến chứng trong quá trình phẫu thuật, ảnh hưởng đến kết quả

điều trị.

Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) đã trở thành công cụ quan trọng trong việc đánh giá các yếu tố giải phẫu này. CT scan cung cấp hình ảnh chi tiết về cấu trúc tai trong, giúp phẫu thuật viên phát hiện dị dạng và bất thường trước khi phẫu thuật, chọn lựa phương pháp phẫu thuật và thiết bị cấy ốc tai phù hợp, nâng cao tỷ lệ thành công và giảm thiểu rủi ro.

Tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh, việc áp dụng CT scan đã giúp cải thiện chất lượng điều trị cấy ốc tai. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều yếu tố giải phẫu chưa được nghiên cứu đầy đủ. Nghiên cứu này nhằm khảo sát các yếu tố giải phẫu có thể ảnh hưởng đến phẫu thuật cấy ốc tai và đánh giá vai trò của CT scan trong việc phát hiện các bất thường này, từ đó nâng cao kết quả điều trị cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 35 bệnh nhân đến khám bệnh và được chụp phim CT Scan xương thái dương trước phẫu thuật cấy ốc tai tại khoa Nhi - Tổng hợp Bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 12/2024 đến tháng 06/2025

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cấy ốc tai và có chụp phim CT Scan xương thái dương được điều trị tại bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2024 đến năm 2025.

Tiêu chí loại trừ:

- Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật cấy ốc tai.
- Phim chụp không đủ tiêu chuẩn kỹ thuật: trường cắt hụt, hình ảnh nhiễu không đánh giá được.
- Bệnh nhân không có đủ hình ảnh CT Scan xương thái dương.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Mô tả chùm ca bệnh.
- Thiết kế hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.3. Xử lý số liệu. Phân tích thống kê: Các kết quả thu được đã được phân tích thống kê với sự trợ giúp của phần mềm STATA. Các tham số được thống kê bao gồm:

- Thông bào chũm
- Trần hòm nhĩ
- Xoang tĩnh mạch Sigma
- Ngách mặt
- Khí hoá ngách mặt
- Hành cảnh
- Gờ cửa sổ tròn
- Ốc tai
- Ống bán khuyên
- Cống tiền đình

- Ốc tai trong

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh số số 4160/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 19 tháng 12 năm 2024

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này bao gồm 35 bệnh nhân (18 nam và 17 nữ)

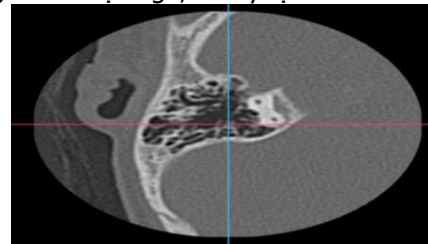
Tuổi trung bình của bệnh nhân là 3,89 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 1 và nhiều tuổi nhất là 14 tuổi.

Nhóm tuổi từ 2-5 tuổi gặp nhiều nhất với tỷ lệ 80%, sau đó là nhóm dưới 2 tuổi chiếm 8,60%, nhóm bệnh nhân 6-15 tuổi chiếm 11,4%, nhóm bệnh nhân trên 15 tuổi chiếm 0%.

Bảng 3.1. Thông bào chũm

	Tần số	Tỷ lệ (%)
Kém thông bào	20	28,58
Thông bào tốt	50	71,42
Xương chũm đặc ngà	0	0

Trong tổng số mẫu nghiên cứu, có 20 trường hợp (28,58%) được phân loại là kém thông bào, trong khi 50 trường hợp (71,42%) có thông bào tốt. Không có trường hợp nào được ghi nhận là xương chũm đặc ngà, với tỷ lệ 0%.



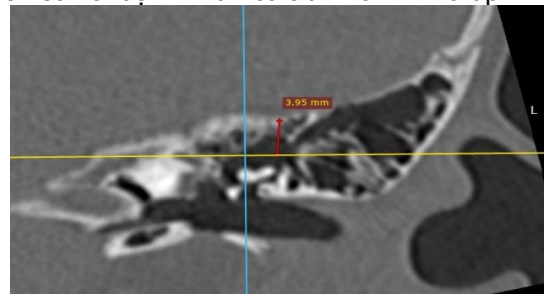
Hình 3.1. Hình CT Scan cho thấy xương chũm kém thông bào

BN Nguyễn H. B. Mã lưu trữ 24.005044

Bảng 3.2. Trần hòm nhĩ

	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thấp	33	47,14
Cao	37	52,85

Tỷ lệ bệnh nhân có trần hòm nhĩ cao cao hơn so với bệnh nhân có trần hòm nhĩ thấp.



Hình 3.2. Hình ảnh trần hòm nhĩ thấp

Nguồn: BN H. P. A., Mã lưu trữ 24.008.704

Bảng 3.3. Xoang tĩnh mạch sigma

	Tần số	Tỷ lệ (%)
Lồi ra trước	38	54,29
Bình thường	32	45,71

Tỷ lệ bệnh nhân có xoang tĩnh mạch sigma lồi ra trước cao hơn so với những bệnh nhân có xoang tĩnh mạch sigma bình thường.



Hình 3.3. Hình ảnh tĩnh mạch bên ra trước trên CT Scan

Nguồn: BN C. H. T. V. Mã lưu trữ 24.005460

Bảng 3.4. Độ rộng ngách mắt

	Tần số	Tỷ lệ
Rộng ($\geq 2,5\text{mm}$)	50	71,42
Hẹp	20	28,57

Tỷ lệ bệnh nhân có ngách mắt rộng chiếm phần lớn so với những bệnh nhân có ngách mắt hẹp.

Bảng 3.5. Đặc điểm khí hoá ngách mắt

	Tần số	Tỷ lệ
Có khí hoá	37	52,86
Không	33	47,14

Tỷ lệ bệnh nhân có khí hóa ngách mắt cao hơn so với bệnh nhân không có khí hóa ngách mắt.

Bảng 3.6. Vị trí hành cảnh

	Tần số	Tỷ lệ
Vịnh cảnh cao	17	24,29
Bình thường	53	75,71

Tỷ lệ bệnh nhân có vị trí hành cảnh bình thường cao hơn so với những bệnh nhân có vị trí hành cảnh cao.

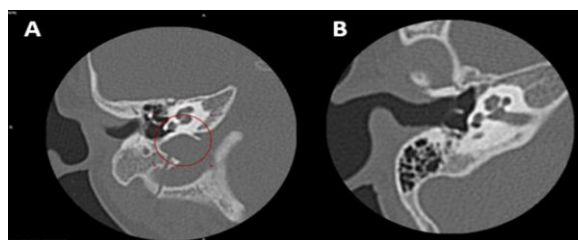


Hình 3.6. Vịnh cảnh cao sát cửa sổ tròn
BN C. S. H. Mã y tế 24.008.777

Bảng 3.7. Hình dáng gờ cửa sổ tròn

	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hình chữ C	16	22,86%
Hình chữ O	54	77,14%

Tỷ lệ bệnh nhân có hình dáng gờ cửa sổ tròn hình chữ O cao hơn so với những bệnh nhân có hình chữ C.



Hình 3.7. Hình ảnh gờ cửa sổ tròn hình chữ C và hình chữ O

A: Hình ảnh gờ cửa sổ tròn hình chữ C

Nguồn: BN P. H. Y. Mã lưu trữ 25.003344

B: Hình ảnh gờ cửa sổ tròn hình chữ O

Nguồn: BN N. T. P. Mã lưu trữ 25.003478

Bảng 3.8. Đặc điểm ốc tai

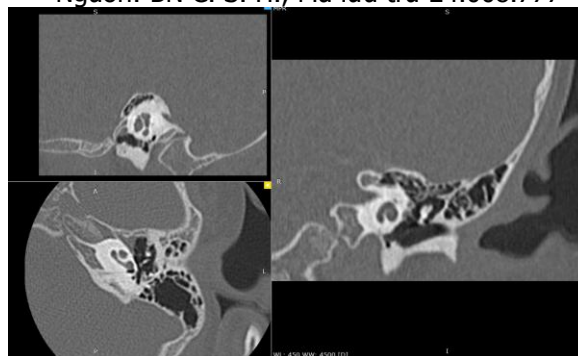
	Tần số	Tỷ lệ
Phát triển không hoàn toàn loại I	6	8,57
Phát triển không hoàn toàn loại II	2	2,86
Dị dạng khoang chung	0	0
Bình thường	62	88,57

Tỷ lệ bệnh nhân có ốc tai phát triển bình thường chiếm đa số trong nghiên cứu này.



Hình 3.8. Hình ảnh phát triển không hoàn toàn loại I

Nguồn: BN C. S. H., Mã lưu trữ 24.008.777



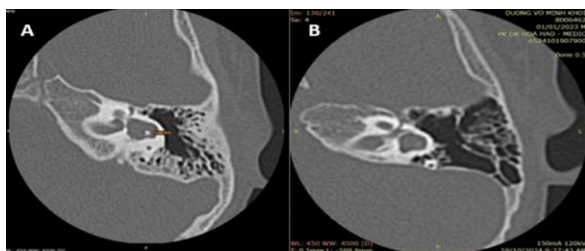
Hình 3.9. Hình ảnh phát triển không hoàn toàn loại II

Nguồn: BN C. H. T. V. Mã lưu trữ 24.005.460

Bảng 3.9. Đặc điểm ống bán khuyên

	Tần số	Tỷ lệ
Thiếu sản	2	2,86
Nang ống bán khuyên	5	7,14
Bình thường	63	90

Tỷ lệ bệnh nhân có ống bán khuyên bình thường chiếm phần lớn trong nghiên cứu này.



Hình 3.10. Hình ảnh thiếu sản ống bán khuyên và nang ống bán khuyên trên CT Scan

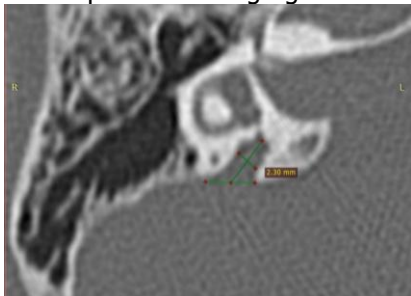
A: Thiếu sản ống bán khuyên bên. Nguồn : BN Đ.N.M.Đ Mã y tế 24.012.698

B: Nang ống bán khuyên bên. Nguồn : BN D.V.M.K Mã y tế 25.004.906

Bảng 3.10. Đặc điểm công tiền đình

	Tần số	Tỷ lệ
Dẫn	3	4,28
Bình thường	67	95,72

Tỷ lệ bệnh nhân có công tiền đình bình thường chiếm phần lớn trong nghiên cứu này.



Hình 3.11. Công tiền đình giãn rộng trên CTscan mặt phẳng axial

Nguồn: BN C. H. T. V. Mã lưu trữ 24.005.460

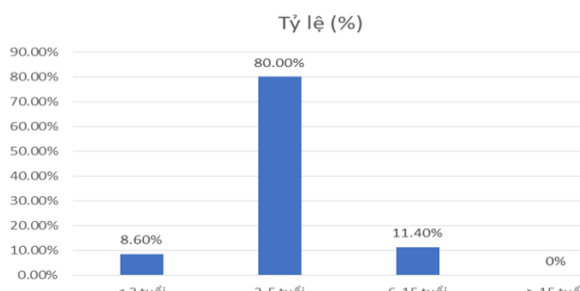
Bảng 3.11. Đặc điểm ống tai trong

	Tần số	Tỷ lệ
Hẹp	0	0
Bình thường	70	100

Tất cả 70 bệnh nhân (chiếm 100%) có ống tai trong bình thường, không có bệnh nhân nào có ống tai trong hẹp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 35 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là $3,89 \pm 3,19$ tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 1 tuổi và lớn tuổi nhất là 14 tuổi. Chúng tôi phân độ tuổi của 35 bệnh nhân thành 4 nhóm như biểu đồ 5.1. Kết quả cho thấy 80% nằm ở nhóm 2-5 tuổi, có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Trần Quang Minh (2015). Mặc dù trẻ được cấy ốc tai độ tuổi <2 tuổi sẽ phát triển ngôn ngữ tốt hơn các nhóm khác, tuy nhiên phẫu thuật này chi phí cao và không được bảo hiểm y tế chi trả nên đây là yếu tố ảnh hưởng đến độ tuổi cấy ốc tai của bệnh nhi.



Biểu đồ 4.1. Biểu đồ phân bố độ tuổi của mẫu nghiên cứu

Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ gần tương đương nhau bao gồm 18 nam, chiếm 51,43% và 17 nữ, chiếm 48,57%. Kết quả này tương tự như của tác giả Amirsalari (1).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 20 tai xương chũm kém thông bào, tỉ lệ 28,58%, đa số xương chũm thông bào tốt chiếm 71,42% và không có tai nào là xương chũm đặc ngà. Tỉ lệ này khác với nghiên cứu của Hindi K. và Alazzawi S. (2014) với 150 ca xương thái dương, tỉ lệ 90,7% xương chũm thông bào, 8,7% kém thông bào và 0,6% xương chũm đặc ngà(2). Sự khác biệt có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn và chỉ làm trên đối tượng là trẻ em.

Việc xác định trần hòm nhĩ để thực hiện phẫu thuật an toàn, Sherif Idris và cộng sự đã đề xuất lấy ống bán khuyên ngoài làm mốc (là cấu trúc giải phẫu ít bị thay đổi) để đánh giá trần hòm nhĩ(3). Trần hòm nhĩ thấp khi <4,5mm ở mặt phẳng coronal, đo ở lát cắt có tường thượng nhĩ ngoài, xương đe và khoang Prussak. Chúng tôi ghi nhận trong 70 tai có 33 tai là trần hòm nhĩ thấp, chiếm 47,14% và 37 tai có trần hòm nhĩ cao, chiếm đa số.

Xoang sigma là một mốc giải phẫu quan trọng trong phẫu thuật cấy ốc tai. Vị trí ra trước bất thường của xoang sigma có thể gây khó khăn trong phẫu thuật hoặc có thể dẫn đến nguy cơ chảy máu nhiều. Ghi nhận 38 tai có tĩnh mạch bên (xoang sigma) ra trước, chiếm tỷ lệ 54,29%, còn tĩnh mạch bên ở vị trí bình thường chiếm tỉ lệ thấp 45,71%. Khi mở xương chũm trong cấy ốc tai không cần thiết phải mở rộng ra sau nhiều (để lấy bệnh tích như trong trường hợp viêm xương chũm) nên nếu mức độ tĩnh mạch bên ra trước không nhiều cũng không ảnh hưởng đến phẫu thuật.

Đánh giá ngách mặt trên CTscan trước mổ là cực kỳ quan trọng, vì độ rộng và mức độ khí hóa của cấu trúc này ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng tiếp cận cửa sổ tròn và sự an toàn trong phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 28,57 % ngách mặt hẹp, thấp hơn báo cáo của

tác giả Lê Duy Chung và Cao Minh Thành, độ rộng ngách mặt trung bình thấy được toàn bộ của ổ tròn trong phẫu thuật là 2,5mm(4). Trong khi đó tỉ lệ khí hóa của chúng tôi cao (52,86%) hơn so với với báo cáo của họ. Những phát hiện này khẳng định giá trị của CTscan trong việc giúp phẫu thuật viên tiên lượng các khó khăn, từ đó lên kế hoạch can thiệp chính xác và hiệu quả hơn, góp phần nâng cao độ an toàn cho người bệnh.

Chúng tôi ghi nhận có 17 tai có vịnh cảnh cao, chiếm 24,29% tương đồng với tác giả Alalm-Eldeen với 20% (50 tai)(5).

Có 16 tai có gờ cửa sổ tròn hình chữ C, chiếm 22,86% và 54 tai có gờ cửa sổ tròn hình chữ O, chiếm 77,14%. Kết quả này khác biệt so với kết quả nghiên cứu của Elzayat và cộng sự (2018) với gờ cửa sổ tròn hình chữ C chiếm 66,4% và gờ cửa sổ tròn hình chữ O chiếm 33,6%.(6)

Qua 70 tai nghiên cứu, có 8 tai có dị dạng ốc tai (của 4 bệnh nhân), 2 bên tai của 4 bệnh nhân này có loại dị dạng giống nhau. Tỉ lệ này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nghiên cứu của tác giả Dương Anh Vũ (2018), Lê Trần Quang Minh (2015)(7, 8). Trong số tai có bất thường ốc tai, phát triển không hoàn toàn loại I (IP-I) lại chiếm 75% và IP-II chỉ chiếm 25% và không có trường hợp nào dị dạng khoang chung, khác với nghiên cứu của Dương Anh Vũ, khi nghiên cứu của họ IP-II chiếm 50% trường hợp(8). Nhưng sự khác biệt này có thể do kích cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ.

Chúng tôi ghi nhận có 7 trường hợp bất thường ống bán khuyên, trong đó có 5 tai là dạng nang ống bán khuyên (không có hiện diện của đảo xương) chiếm 71,43%. Kết quả khác biệt với báo cáo của tác giả Dương Anh Vũ là 33,33% (8) do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ.

Về vấn đề đánh giá trên hình ảnh học đối với cống tiền đình cũng như mối tương quan của nó với sự xuất hiện của rò dịch não tủy trong phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy rằng 3 tai chiếm 4,28% trong nghiên cứu của chúng tôi có cống tiền đình giãn rộng trên hình ảnh học. Chẩn đoán hình ảnh mốc giải phẫu này có giá trị trong việc dự đoán sự hiện diện của rò dịch não tủy trong trường hợp cống tiền đình giãn rộng. Do đó, đánh giá cống tiền đình trên hình ảnh học là một tiêu chí tốt để loại trừ biến chứng trong trường hợp cống tiền đình bình thường.

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào đường kính ống tai trong <2mm, có thể vì cỡ mẫu nhỏ hoặc vì mẫu đã được

chọn lọc có chỉ định cấy ốc tai nên không xuất hiện nhóm này trong mẫu nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Cấy ốc tai hiện là một phương pháp được chấp thuận rộng rãi cho các bệnh nhân nghe kém tiếp nhận từ mức độ nặng đến sâu. Song hành với sự gia tăng của nhu cầu và sự mở rộng chỉ định cấy, phẫu thuật cấy ốc tai trên đối tượng có bất thường giải phẫu vẫn còn là một thách thức đáng kể. Qua 70 mẫu nghiên cứu, độ rộng ngách mặt $\geq 2,5$ mm chiếm tỷ lệ 71,42%. Gờ cửa sổ tròn hình chữ O, chiếm tỉ lệ 77,14% và gờ hình chữ C là 22,86%. Có 8 tai có dị dạng ốc tai, trong đó phát triển không hoàn toàn loại I (IP-I) lại chiếm 75% và IP-II chiếm 25%. Từ đó việc bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật viên đánh giá kỹ về các dấu hiệu đặc trưng của chúng trên hình ảnh học là vô cùng quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ajallouyeen M, Amirsalari S, Yousefi J, Raeesi MA, Radfar S, Hassanalifard M.** A report of surgical complications in a series of 262 consecutive pediatric cochlear implantations in Iran. *Iran J Pediatr.* 2011;21(4):455-60. PubMed PMID: 23056831; PubMed Central PMCID: PMC3446130.
- Hindi K, Alazzawi S, Raman R, Prepageran N, Rahmat K.** Pneumatization of Mastoid Air Cells, Temporal Bone, Ethmoid and Sphenoid Sinuses. Any Correlation? *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;66(4):429-36. Epub 20140710. doi: 10.1007/s12070-014-0745-z. PubMed PMID: 26396957; PubMed Central PMCID: PMC4571479.
- Idris S, Elkhalidy Y, Bhargava R, Ho A.** A New Simple Radiological Scoring System for Classifying the Tegmen of the Mastoid. *The Journal of Laryngology & Otology.* 2016;130:S179. doi: 10.1017/S0022215116005673.
- Cao Minh Thành.** Vai trò của cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ xương thái dương trong chỉ định cấy ốc tai điện tử. *Tạp chí y học Việt Nam.* 2021;237 - 41.
- Alam-Eldeen MH, Rashad UM, Ali AHA.** Radiological requirements for surgical planning in cochlear implant candidates. *Indian J Radiol Imaging.* 2017;27(3):274-81. doi: 10.4103/ijri.IJRI_55_17. PubMed PMID: 29089672; PubMed Central PMCID: PMC5644317.
- Elzayat S, Mandour M, Lotfy R, Mahrous A.** Predicting Round Window Visibility During Cochlear Implantation Using High Resolution CT Scan. *J Int Adv Otol.* 2018;14(1):15-7. doi: 10.5152/iao.2018.4229. PubMed PMID: 29764775; PubMed Central PMCID: PMC6354504.
- Lê Trần Quang Minh.** Nghiên cứu phẫu thuật cấy ốc tai điện tử loại đa kênh 2015.
- Dương Anh Vũ.** Khảo sát đặc điểm hình ảnh bất thường tai trong trên bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cấy ốc tai điện tử. 2018

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LỒNG RUỘT Ở TRẺ EM VỚI PHƯƠNG PHÁP THÁO LỒNG BẰNG HƠI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Trần Đăng Khoa¹, Trần Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lồng ruột ở trẻ em; Đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp bơm hơi tháo lồng ở trẻ em. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả tất cả bệnh nhi nhập viện tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ được chẩn đoán lồng ruột và có chỉ định tháo lồng bằng hơi. **Kết quả:** Giới tính: nam 56,8%, nữ 43,2%. Nhóm tuổi: 12-24 tháng chiếm 29,5%, 25-36 tháng chiếm 33%. Tiền sử mắc bệnh lồng ruột chiếm 14,8%. Triệu chứng đau bụng, quấy khóc chiếm 100%, nôn ói chiếm 65,9%, có 4,5% trẻ đi tiêu phân đàm máu. Trẻ không có dấu hiệu mất nước chiếm 81,8%; có 27,3% trẻ bị chướng bụng và sờ được khối lồng chiếm 80,7%, bỏ bú chiếm 10,2%. Siêu âm bụng phát hiện 100% khối lồng. Đa số các trường hợp đều được tháo lồng bằng hơi thành công trong lần đầu chiếm 82,5%, có 15,1% phải tháo từ 2 lần trở lên.

Từ khóa: Đánh giá kết quả, điều trị lồng ruột, tháo lồng bằng hơi.

SUMMARY

RESULTS OF TREATING INTUBSTRUCTION IN CHILDREN WITH THE AIR DISSOLUTION METHOD AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL IN 2023

Objective: Survey of clinical and paraclinical characteristics of intussusception in children; Evaluate the results of treatment by pneumatic debulking in children. **Methods:** Descriptive retrospective study of all children hospitalized in Can Tho Children's Hospital diagnosed with intussusception and indicated for pneumatic debulking. **Results:** Gender: male 57%, female 43%. Age group: from 12-24 months accounted for 25.5%, from 25-36 months accounted for 33%. History of intussusception had 14.8%. Signs of abdominal pain, crying accounted for 100%, vomiting accounted for 66.3%, 4.5% of children had bloody stools. Children had no signs of dehydration accounted for 81.8%; 27.3% of children had abdominal distension, a palpable mass accounted for 80.7%, refusal to breastfeed 10.2%. Abdominal ultrasound detected intussusception mass 100%. Most cases were successfully removed by air on the first attempt, accounting for 92.0%, 8.0% had to be removed 2 or more times.

Keywords: Outcome assessment, treatment of intussusception, pneumatic debulking.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lồng ruột là một bệnh cấp cứu Ngoại khoa phổ biến ở trẻ em, có thể gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời [2]. Lồng ruột là tình trạng một đoạn ruột chui vào lòng của một đoạn ruột kế cận. Đây là cấp cứu ngoại khoa phải chẩn đoán, xử trí sớm nếu lồng ruột không được tháo lồng ngay sẽ dẫn tới tắc ruột, khối lồng bị hoại tử. Nhờ có sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh, lồng ruột hiện nay đã có thể được chẩn đoán sớm bằng siêu âm với độ nhạy và độ đặc hiệu cao lần lượt là 97,9% và 97,8% [1]. Ngày nay, việc tháo lồng bằng bơm hơi được sử dụng phổ biến thay cho tháo lồng bằng Baryt và phẫu thuật. Tháo lồng bằng hơi có nhiều ưu điểm như nhanh, rẻ và ít xâm lấn, tỷ lệ thành công khá cao [2],[4]. Tại bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ đã áp dụng phương pháp tháo lồng bằng hơi nhiều năm và đã có nhiều kinh nghiệm trong điều trị lồng ruột với phương pháp này. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành nhằm mục đích đánh giá kết quả của phương pháp tháo lồng bằng hơi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi nhập viện tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ được chẩn đoán là lồng ruột và có chỉ định tháo lồng bằng hơi.

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

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ tháng 06/2023 đến tháng 12/2023.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả bệnh nhi được chẩn đoán lồng ruột và có chỉ định tháo lồng bằng hơi từ tháng 06/2023 đến tháng 12/2023. Các bệnh nhi được theo dõi và đánh giá trước, trong và sau khi thực hiện tháo lồng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	50	56,8
	Nữ	38	43,2
Tuổi	<12 tháng	15	17,0

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Anh

Email: thanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 3.12.2025

Ngày duyệt bài: 7.01.2026