

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy rằng SLT thì đầu là phương pháp điều trị có tính an toàn và hiệu quả cao trong điều trị bệnh nhân Glôcôm góc mở nguyên phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Hơn và cộng sự.** Nhãn khoa Tập 2. Nhà xuất bản Y học. 2014; 298-299.
2. **Nguyễn Đức Thịnh, Đỗ Tấn, Phạm Thu Thủy.** "Đánh giá kết quả tạo hình vùng bề chọn lọc bằng laser trên bệnh nhân Glôcôm góc mở đã được điều trị bằng thuốc tra". Luận văn Thạc sĩ Y học. 2020;45-46
3. **Trần Anh Tuấn – Đinh Hoàng Yến.** "So sánh hiệu quả của Laser tạo hình vùng bề chọn lọc và Taflotan 0.0015% trong điều trị Glaucoma góc mở". Tạp chí nhãn khoa Việt Nam. 2017; 46
4. **Melamed S, Ben Simon GJ, Levkovitch-Verbin H.** Selective laser trabeculoplasty as primary treatment for open-angle glaucoma: a prospective,

- nonrandomized pilot study. Arch Ophthalmol. 2003;121(7): 957-960.doi.1001/ archophth.121.7.957
5. **Narayanaswamy A, Leung CK, Istiantoro DV, et al.** Efficacy of selective laser trabeculoplasty in primary angle-closure glaucoma: a randomized clinical trial. JAMA Ophthalmol. 2015;133(2): 206-212.doi:10.1001/jamaophthalmol.2014.4893
 6. **Shazly et al,** "Effect of prior cataract surgery on the long-term outcome of selective laser trabeculoplasty. Clin Ophthalmol. 2011; 5: 377-380.doi: 10.2147/OPHTH.S17237
 7. **Nguyễn Đức Thịnh, Đỗ Tấn, Phạm Thu Thủy.** "Đánh giá kết quả tạo hình vùng bề chọn lọc bằng laser trên bệnh nhân Glôcôm góc mở đã được điều trị bằng thuốc tra". Luận văn Thạc sĩ Y học. 2020;51-52
 8. **De Keyser M, De Belder M, De Groot V.** Quality of life in glaucoma patients after selective laser trabeculoplasty. Int J Ophthalmol 2017;1 0:742-8.
 9. **Lai JSM, Chua JKH, Tham CCY, et al.** Five-Year follow up of selective laser trabeculoplasty in Chinese eyes. Clin Exp Ophthalmol 2004; 32:368-72.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN TẮC RUỘT NON DO THOÁT VỊ

Nguyễn Duy Hùng^{1,2}, Vương Kim Ngân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán tắc ruột non do thoát vị. **Phương pháp:** Phương pháp hồi cứu mô tả trên 19 bệnh nhân tắc ruột non chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và có kết quả phẫu thuật tắc ruột non do nguyên nhân thoát vị (12 thoát vị ngoại, 7 thoát vị nội) tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 6 năm 2020. Các đặc điểm hình ảnh của tắc ruột non do thoát vị nội và thoát vị ngoại được mô tả trên cắt lớp vi tính sau đó đối chiếu với kết quả phẫu thuật. **Kết quả:** tắc ruột non do thoát vị ngoại được phát hiện nhờ CLVT chủ yếu là thoát vị bịt 50%, CLVT có giá trị chẩn đoán chính xác thoát vị ngoại và dự báo thiếu máu ruột trong các trường hợp này cao 100%; thoát vị nội do khuyết mạc treo thứ phát sau phẫu thuật ổ bụng chiếm tỷ lệ cao 71,5%, CLVT có giá trị trong chẩn đoán thoát vị nội gây tắc ruột và biến chứng thiếu máu thành ruột do thoát vị, giá trị chẩn đoán chính xác lần lượt là 95,9% và 100%. **Kết luận:** CLVT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán tắc ruột non do thoát vị, trong đó chẩn đoán chính xác nguyên

nhân thoát vị bịt và biến chứng thiếu máu thành ruột đối với thoát vị ngoại và chẩn đoán xác định nguyên nhân tắc ruột non do thoát vị nội và dự báo biến chứng thiếu máu ruột.

Từ khóa: tắc ruột non, thoát vị, thoát vị ngoại, thoát vị nội, thoát vị nghẹt, cắt lớp vi tính

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTIC AND VALUE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF HERNIATED BOWEL OBSTRUCTION

Objective: Our study aimed to investigate the imaging feature and the usefulness of computed tomography (CT) in diagnosing intestinal obstruction due to herniation. **Materials and Methods:** This retrospective study reviewed 19 patients (comprise 12 patients with internal herniation and 7 with external herniation). All patients underwent CT diagnosis and were surgically treated at Vietduc Hospital, Hanoi, Vietnam, from August 2018 to Jun 2020. Descriptive the imaging features of two types of bowel obstruction and then compare with operative descriptions. **Results:** Bowel obstruction due to external herniation were chiefly due to obturator hernia, which accounts for 50%. CT accurately diagnoses external hernia and predicts strangulation and intestinal ischemia in 100% of cases. Herniation due to mesenteric defect secondary after abdominal surgery accounts for 71.5% of internal hernias. CT imaging can precisely diagnose bowel obstruction complications and predicts strangulation and intestinal ischemia; the positive predictive value accounts for 95.9% and 100%,

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, Hà Nội

³Bệnh viện Vinmec Times City, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hùng

Email: nguyenduyhung_84@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2022

Ngày duyệt bài: 7.2.2022

respectively. **Conclusion:** Computed tomography is the modality of choice in diagnosing herniated bowel obstruction, incredibly accurate in diagnosing obturator herniation and complications of bowel ischemia in the external hernia. CT can also assist in internal herniation cause diagnosis and predicting bowel ischemia.

Keywords: bowel obstruction, herniation, internal herniation, external herniation, strangulation, bowel ischemia, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị là bệnh lí chiếm 4-5% các trường hợp bệnh lí của ổ bụng, có một trong số nguyên nhân hay gặp gây ra tình trạng tắc ruột, gồm 2 loại: thoát vị nội và thoát vị ngoại, trong đó thoát vị ngoại hay gặp hơn nhưng thoát vị nội thường gây biến chứng tắc ruột nghẹt hơn¹⁻³. Thoát vị ngoại là sự sa lồi của quai ruột qua khiếm khuyết của thành bụng hoặc chậu hông; thoát vị nội chủ yếu là thoát vị bẹn chiếm 75%, thoát vị đùi chiếm 15%, thoát vị thành bụng, thoát vị rốn và một số ít thoát vị khác như thoát vị bịt, thoát vị ngòil..., tắc ruột non là một biến chứng xảy ra trong các thoát vị ngoại có thể dẫn đến thoát vị nghẹt và thiếu máu ruột³. Thoát vị nội là sự sa lồi của tạng qua khe hở giải phẫu bình thường hoặc bất thường của phúc mạc và mạc treo trong khoang phúc mạc¹. Các khe hở này có thể là mắc phải sau chấn thương, sau phẫu thuật, sau viêm hoặc là bẩm sinh bao gồm các lỗ giải phẫu bình thường như lỗ Winslow, lỗ khiếm khuyết phúc mạc hoặc khe hở tạo ra do bất thường xoay của các quai ruột¹. Thoát vị ngoại có thể được phát hiện dễ dàng bởi thăm khám lâm sàng và siêu âm, cắt lớp vi tính (CLVT) đóng vai trò trong các trường hợp chẩn đoán thoát vị bịt và tình trạng tắc ruột và biến chứng của thiếu máu của tình trạng tắc ruột này gây ra²⁻⁴. Trong khi đó tắc ruột do thoát vị nội là một thử thách trong chẩn đoán đối với các bác sĩ lâm sàng cũng như các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh bởi đặc điểm hình ảnh chẩn đoán không điển hình, nguy cơ thiếu máu, hoại tử ruột nếu không kịp thời can thiệp. Theo Zaiton và cộng sự⁵, CLVT chẩn đoán đúng 81,5% các trường hợp thoát vị nội, đưa ra các dấu hiệu chẩn đoán thoát vị nội và độ đặc hiệu của các dấu hiệu của các dấu hiệu trên CLVT để chẩn đoán thoát vị nội dao động từ 60% đến 87,5%. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu để mô tả các đặc điểm hình ảnh tắc ruột non do thoát vị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Những bệnh nhân được chẩn đoán là tắc ruột non do nguyên nhân thoát vị,

bao gồm thoát vị nội và thoát vị ngoại, có phim chụp CLVT 16 dãy ổ bụng có tiêm thuốc cản quang và có biên bản kết quả sau phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 6 năm 2020.

2. Phương pháp. Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Kỹ thuật CLVT được thực hiện thống nhất theo quy trình của khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Kỹ thuật được tiến hành trên máy cắt lớp vi tính 16 dãy (Optima, GE Health Care System, Milwaukee, Wis), thông số quét 120kV, 175mA, cắt từ trên vòm hoành đến bờ dưới khớp mu với các lát cắt axial độ dày 5mm, tái tạo trên các mặt phẳng axial, coronal và sagittal với bề dày 0,625mm, thuốc cản quang sử dụng loại iod tan trong nước (iobitridol, Xenetix 350, Guerbet), liều lượng 1,5ml/kg, tốc độ 3ml/s, sử dụng hệ thống bơm tiêm tự động. Phim chụp được tiến hành ở thì trước tiêm, thì động mạch (25-30s), thì tĩnh mạch cửa (60-70s). Tái tạo hình ảnh theo 3 bình diện axial, coronal và sagittal, có dựng hình đánh giá mạch máu.

Các bác sĩ của nhóm nghiên cứu đọc hồi cứu tất cả các phim chụp của bệnh nhân trên hệ thống phần mềm đọc phim Infinitt, kết quả đọc được ghi nhận độc lập với biên bản kết quả phẫu thuật.

3. Xử lí số liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0, làm sạch bằng phần mềm Excel 2013, phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) và Excel 2013 với các thuật toán tính trung bình, trung vị và độ lệch chuẩn cho các biến số định lượng và tần số, tỷ lệ phần trăm cho các biến số định tính. Đối chiếu hình ảnh CLVT với kết quả phẫu thuật để tính số bệnh nhân có kết quả dương tính thật, dương tính giả; âm tính thật và âm tính giả. Từ đó xác định độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị dự báo dương tính (PPV), giá trị dự báo âm tính (NPV) và độ chính xác (ACC) của chụp CLVT trong dự báo biến chứng hoại tử ruột trong tắc ruột non.

4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành hồi cứu không ảnh hưởng đến quyền lợi và sức khỏe của bệnh nhân. Các thông tin về hồ sơ bệnh án và hình ảnh được chúng tôi bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của tắc ruột non do thoát vị ngoại. Trong 146 bệnh nhân tắc ruột non của nghiên cứu, có 12 bệnh nhân tắc ruột do nguyên nhân thoát vị ngoại, tuổi trung bình 78,5±15,4, 75% các bệnh nhân là nữ, và trong số bệnh nhân có 2 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước đó. Trong nghiên cứu có 6 (50,0%)

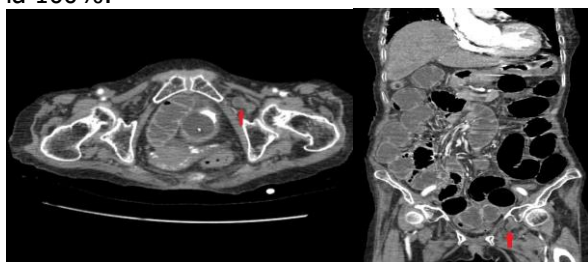
bệnh nhân thoát vị bịt và 2 (16,7%) bệnh nhân thoát vị thành bụng có liên quan tiền sử phẫu thuật. Trên CLVT có 6 trường hợp có các dấu hiệu gợi ý thiếu máu thành ruột, có 2 trường hợp có thiếu máu thành ruột không hồi phục và

không bảo tồn trong quá trình phẫu thuật, 4 trường hợp còn lại có thiếu máu thành ruột nhưng có khả năng bảo tồn trong mổ. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán tắc ruột do thoát vị ngoại độ đặc hiệu và chẩn đoán chính xác 100%.

Bảng 1: Đặc điểm chung và hình ảnh tắc ruột non do thoát vị ngoại

Tuổi	Tuổi trung bình: 78,5±15,4; Min: 40, max 97 tuổi				
Giới	Nam: 3 (25,0%), Nữ: 9 (75%)				
Có tiền sử phẫu thuật	2 (16,7%)				
Vị trí thoát vị	Thoát vị rốn	1	8,3%		
	Thoát vị thành bụng	2	16,7%		
	Thoát vị bẹn	1	8,3%		
	Thoát vị đùi	2	16,7%		
	Thoát vị bịt	6	50,0%		
Dấu hiệu thiếu máu thành	Dày thành ruột	2	16,7%		
	Thành ruột giảm ngấm thuốc/ngấm thuốc kém	3	25,0%		
	Quai ruột hình bia	1	8,3%		
	Thâm nhiễm mỡ mạc treo	1	8,3%		
	Khí trong thành ruột	0	0%		
	Khí tự do phúc mạc	1	8,3%		
	Dịch mạc treo trong túi thoát vị	6	50,0%		
Giá trị của CLVT trong chẩn đoán thoát vị ngoại	SE: 100%	SP: 100%	PPV: 100%	NPV: 100%	ACC: 100%

2. Đặc điểm hình ảnh của tắc ruột non do thoát vị nội. Trong số bệnh nhân tắc ruột non nghiên cứu có 7 bệnh nhân thoát vị nội với độ tuổi trung bình 48,0±14,9 tuổi, các bệnh nhân chủ yếu là nam giới chiếm 71,4%. Trong đó chủ yếu là các trường hợp thoát vị qua lỗ mạc treo thứ phát sau phẫu thuật ổ bụng, chiếm 71,4%. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán tắc ruột non do thoát vị nội có độ nhạy thấp 28,6%, giá trị chẩn đoán dương tính 66,7%, độ đặc hiệu 99,3%. CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán biến chứng thiếu máu thành ruột trong thoát vị nội, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán đúng là 100%.



Hình 1: Hình ảnh axial và coronal trên phim chụp CLVT thì động mạch: tắc ruột non do thoát vị bịt bên trái ở bệnh nhân nữ 89 tuổi.



Hình 2: Hình ảnh coronal trên phim chụp CLVT thì động mạch: dấu hiệu xoáy nước ở bệnh nhân nam 40 tuổi tắc ruột non do thoát vị nội qua khuyết mạc treo sau phẫu thuật ổ bụng.

Bảng 2: Đặc điểm của tắc ruột non do thoát vị nội

Tuổi	Tuổi trung bình: 48,0±14,9; Min: 30, max: 72 tuổi	
Giới	Nam: 5 (71,4%), nữ: 2 (28,6%)	
Có tiền sử phẫu thuật	5 (71,4%)	
Dấu hiệu gợi ý thoát vị nội	Các quai ruột chụm lại thành cụm	2 (28,6%)
	Có bao phúc mạc quanh các quai ruột	2 (28,6%)
	Dấu hiệu xoáy nước	1 (14,3%)
	Đè đẩy cơ quan lân cận	5 (71,4%)
	Mất cấu trúc mạc nối phía trên các quai ruột chụm thành cụm	2 (28,6%)

Loại thoát vị nội	Thoát vị cạnh đại tràng		1 (14,3%)		
	Thoát vị qua lỗ mạc treo		1 (14,3%)		
	Thoát vị cạnh tá tràng		0 (0%)		
	Thoát vị qua khe hở mạc treo thứ phát sau phẫu thuật		5 (71,4%)		
Giá trị của CLVT trong chẩn đoán tắc ruột non do thoát vị nội	SE: 28,6%	SP: 99,3%	PPV: 66,7%	NPV: 96,5%	ACC: 95,9%
Giá trị của CLVT trong chẩn đoán biến chứng thiếu máu ruột	SE: 100%	SP: 100%	PPV: 100%	NPV: 100%	ACC: 100%

IV. BÀN LUẬN

Thoát vị ngoại chiếm phần lớn các trường hợp tắc ruột non do thoát vị, xảy ra do sự suy yếu của thành bụng, chậu hông và do tăng áp lực trong ổ bụng. Thoát vị thành bụng qua vị trí vết mổ là biến chứng hay gặp sau phẫu thuật ổ bụng, chiếm khoảng 20%^{3,6}. Nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp thoát vị thành bụng liên quan tới tiền sử phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo. Bệnh nhân có tắc ruột non do thoát vị ngoại của nghiên cứu có độ tuổi trung bình cao, 78,5 tuổi và tỷ lệ cao là bệnh nhân nữ, chiếm 75% do trong nghiên cứu có 6 (chiếm 50%) số bệnh nhân là thoát vị bịt và 2 (chiếm 16,7%) bệnh nhân thoát vị đùi, đây là những loại thoát vị xảy ra ở bệnh nhân nữ, cao tuổi. Đối với các loại thoát vị ngoại hay gặp như thoát vị bẹn, thoát vị thành bụng thì lâm sàng và siêu âm có thể chẩn đoán xác định, có thể chẩn đoán được biến chứng nghẹt dựa vào một số dấu hiệu trên siêu âm như thành ruột dày hay có dịch giữa các quai ruột trong túi thoát vị. Trong các trường hợp này CLVT có vai trò ý nghĩa là cung cấp đầy đủ thông tin về nội dung thoát vị, tình trạng tắc ruột và biến chứng thiếu máu thành ruột do thoát vị. Đối với thoát vị bịt, là một loại thoát vị khó chẩn đoán trên lâm sàng và siêu âm do vị trí nằm sâu và ít dấu hiệu lâm sàng đặc hiệu, một số trường hợp biểu hiện triệu chứng của chèn ép thần kinh bịt, thì CLVT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân, tình trạng tắc ruột cũng như là biến chứng thiếu máu thành ruột⁷. Trong nghiên cứu CLVT chẩn đoán đúng 100% các trường hợp tắc ruột do thoát vị ngoại và khả năng dự đoán đúng 100% các trường hợp dự báo biến chứng thiếu máu thành ruột.

Thoát vị nội chiếm 0,5-5,8% các trường hợp tắc ruột non, trong đó thoát vị nghẹt hay gặp do tình trạng tắc ruột quai đóng. Theo Ghahremani có thể chia thoát vị nội thành 6 loại: thoát vị cạnh tá tràng (chiếm 50-55%), thoát vị qua lỗ Winslow (6-10%), thoát vị qua mạc treo (8-10%), thoát vị cạnh manh tràng (10-15%), thoát vị cạnh đại tràng sigma (4-8%), thoát vị cạnh

bàng quang (<4%), hiện có sự gia tăng các trường hợp thoát vị khiếm khuyết mạc treo mạc phải sau phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật nối Roux-en Y^{1,8-9}. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp (chiếm 71,4%) thoát vị nội do khuyết mạc treo sau mổ, trong đó có 2 trường hợp liên quan đến phẫu thuật nối Roux-en Y, 1 trường hợp thoát vị cạnh đại tràng sau phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo và 2 trường hợp liên quan đến phẫu thuật vùng tiểu khung.

Chẩn đoán tắc ruột non do nguyên nhân thoát vị nội trên lâm sàng rất khó, vì vậy CLVT đa dãy với khả năng dựng hình các mặt phẳng axial, coronal và sagittal có vai trò quan trọng trong chẩn đoán thoát vị nội cũng như chẩn đoán biến chứng thiếu máu ruột^{1,8}. Chẩn đoán tắc ruột non do thoát vị nội dựa vào một số đặc điểm hình ảnh: dấu hiệu của các quai ruột (các quai ruột giãn chụm lại thành đám, có thể có túi phúc mạc bao quanh), dấu hiệu mạc treo (dấu hiệu xoáy nước, dấu hiệu co kéo hoặc đẩy lệch hướng mạc mạc treo hay mất cấu trúc mỡ mạc nối phía trên các quai ruột chụm lại thành đám) và dấu hiệu đè đẩy các cấu trúc lân cận⁹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, CLVT trong chẩn đoán tắc ruột non do thoát vị nội có độ nhạy 28,6%, giá trị chẩn đoán dương tính 66,7%, độ đặc hiệu 99,3% và độ chính xác chẩn đoán 95,9%; trong đó các dấu hiệu gợi ý thoát vị nội trên CLVT: quai ruột chụm lại thành cụm chiếm 28,6%, có bao phúc mạc chiếm 28,6%, dấu hiệu xoáy nước chiếm 14,3%, dấu hiệu mất lớp mỡ mạc nối trên các cụm quai ruột chiếm 57,1%, dấu hiệu đè đẩy cấu trúc lân cận có tỷ lệ cao nhất 71,4%. Theo Zaiton⁵ dấu hiệu quai ruột tạo thành cụm, dấu hiệu xoáy nước hoặc vị trí mạc treo bất thường và tạo hiệu ứng đè đẩy các cơ quan lân cận trên CLVT liên quan có ý nghĩa thống kê (p<0,05) với chẩn đoán thoát vị nội trong phẫu thuật.

Biến chứng thiếu máu ruột do nghẹt ruột trong tắc ruột non do thoát vị nội do mạc mạc treo bị thắt và chèn ép vị trí cổ thoát vị và do xoắn ruột. Thoát vị nội qua lỗ mạc treo có xu hướng xoắn ruột, thiếu máu và hoại tử thành

ruột cao hơn các loại thoát vị nội khác là 30-40% và tỷ lệ tử vong có thể lên tới 50%⁵. Theo Zaiton⁵, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, âm tính và độ chính xác trong chẩn đoán thiếu máu thành ruột do thoát vị nội lần lượt là 83%, 100%, 100%, 95% và 96%. Nghiên cứu của chúng tôi chẩn đoán đúng 100% số ca thoát vị nội có biến chứng thiếu máu ruột, trong đó có 1 trường hợp thoát vị qua lỗ mạc treo có biến chứng xoắn ruột gây hoại tử ruột, không thể bảo tồn trong mổ.

V. KẾT LUẬN

Thoát vị là một trong số nguyên nhân hay gặp gây ra tình trạng tắc ruột, trong đó thoát vị ngoại hay gặp hơn thoát vị nội. Đối với thoát vị ngoại, CLVT có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán thoát vị bịt, nội dung thoát vị, tình trạng tắc ruột và biến chứng thiếu máu thành ruột. Giá trị chẩn đoán đúng của CLVT trong chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột do thoát vị ngoại và dự báo biến chứng thiếu máu thành ruột là 100%. Đối với thoát vị nội, CLVT có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán tắc ruột do thoát vị nội dựa vào một số dấu hiệu như các quai ruột giãn chụm lại thành đám, có thể có túi phúc mạc bao quanh, dấu hiệu mạc treo (dấu hiệu xoáy nước, dấu hiệu co kéo hoặc đẩy lệch hướng mạch mạc treo hay mất cấu trúc mỡ mạc nổi phía trên các quai ruột chụm lại thành đám) và dấu hiệu đè đẩy các cấu trúc lân cận. Độ nhạy của CLVT trong chẩn đoán thoát vị nội là 28,6%, giá trị chẩn đoán chính xác 95,9%. Giá trị chẩn đoán biến chứng thiếu máu thành ruột do thoát vị nội là 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Martin LC, Merkle EM, Thompson WM.** Review of Internal Hernias: Radiographic and Clinical Findings. *Am J Roentgenol.* 2006;186(3):703-717. doi:10.2214/AJR.05.0644
2. **Sousa C, Rebelo J, Moreira A, et al.** Abdominal hernias: from the outside to the inside. *ECR 2018 EPOS.* Published January 7, 2018. Accessed October 5, 2020. <https://epos.myesr.org/poster/esr/ecr2018/C-0691>
3. **Lassandro F, Iasiello F, Pizza NL, et al.** Abdominal hernias: Radiological features. *World J Gastrointest Endosc.* 2011;3(6):110-117. doi:10.4253/wjge.v3.i6.110
4. **Aguirre DA, Santosa AC, Casola G, Sirlin CB.** Abdominal Wall Hernias: Imaging Features, Complications, and Diagnostic Pitfalls at Multi-Detector Row CT. *RadioGraphics.* 2005; 25(6):1501-1520. doi:10.1148/rg.256055018
5. **Zaiton F, Al-Azzazy MZ, Ahmed AS, Amr WM.** MDCT signs predicting internal hernia and strangulation in patients presented to emergency department with acute small bowel obstruction. *Egypt J Radiol Nucl Med.* 2016;47(4):1185-1194. doi:10.1016/j.ejrm.2016.08.018
6. **Yang X-F, Liu J-L.** Acute incarcerated external abdominal hernia. *Ann Transl Med.* 2014;2(11). doi:10.3978/j.issn.2305-5839.2014.11.05
7. **Matzke G, Espil G, Alferes J.P.DR, et al.** A tour of the abdominal wall: An assessment of hernias by Multidetector Computed Tomography. *Rev. Argent. Radiol.* 2017;81(1): 39-49.
8. **Takeyama N, Gokan T, Ohgiya Y, et al.** CT of Internal Hernias. *RadioGraphics.* 2005;25(4):997-1015. doi:10.1148/rg.254045035
9. **Monica ML, Antonella M, Gloria A, et al.** Internal hernias: a difficult diagnostic challenge. Review of CT signs and clinical findings. *Acta Bio Medica Atenei Parm.* 2019;90(Suppl 5):20. doi:10.23750/abm.v90i5-S.8344

ĐẶC ĐIỂM TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM CÓ NYHA PHÂN ĐỘ 2,3

Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}, Dương Minh Tâm^{1,2}

TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm trầm cảm ở người bệnh suy tim có NYHA phân độ 2,3. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, thực hiện trên 118 người bệnh được chẩn đoán suy tim theo tiêu chuẩn Hội Tim mạch Châu Âu năm 2016 bởi bác sĩ Viện Tim mạch – bệnh viện

Bạch Mai. **Kết quả:** Người bệnh trầm cảm suy tim NYHA phân độ 2,3 gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi ≥ 70 . Tuổi trung bình $65,5 \pm 13,3$ tuổi, thường gặp ở nữ giới. Trong 3 triệu chứng đặc trưng, hầu hết người bệnh có biểu hiện giảm năng lượng, dễ mệt mỏi với tỷ lệ 94,0%. Trong 7 triệu chứng phổ biến, phần lớn người bệnh có biểu hiện rối loạn giấc ngủ với tỷ lệ 96,0%. Trong 8 triệu chứng cơ thể (sinh học), đa số người bệnh có biểu hiện thức giấc sớm hơn ít nhất 2 giờ (96,0%), tiếp đó đến biểu hiện trầm cảm nặng lên vào buổi sáng (84,0%) và mất/giảm quan tâm, thích thú (78,0%). **Từ khóa:** trầm cảm; suy tim.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF DEPRESSION IN HEART FAILURE PATIENTS WITH NYHA

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Tâm

Email: duongminhtam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2021

Ngày duyệt bài: 9.2.2022