

GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG ĐÁNH GIÁ DỊ VẬT ỔNG TIÊU HÓA SẮC NHỌN

Value of computed tomography in evaluation of sharp-pointed ingested foreign bodies

*Mã Mai Hiền**, *Đoàn Tiến Lưu***, *Phạm Chính Trực***,
*Trần Bảo Long****

SUMMARY

Ingested foreign bodies are one of the reasons why patients need to be hospitalized in the emergency room. Although most gastrointestinal foreign bodies can be eliminated from the body on their own, there are still some cases that cause complications, even death. In terms of foreign body morphology, there are 3 main groups, sharp-pointed foreign bodies, round foreign bodies and long foreign bodies, of which sharp-pointed foreign bodies are the group that often causes complications, especially perforation complications. There are many methods to diagnose this condition such as X-ray, computed tomography (CT) and endoscopy. In recent years, the popularity of CT has made this method widely used in the assessment of sharp-pointed gastrointestinal foreign bodies.

Objective: In order to evaluate the effectiveness of CT in diagnosing sharp foreign bodies, we would like to conduct the study "Value of computed tomography in evaluation of sharp-pointed ingested foreign bodies".

Subjects and research methods: A descriptive study of 25 patients with sharp-pointed foreign bodies in the gastrointestinal tract who underwent CT scan at the Radiology Department of Hanoi Medical University Hospital for 2 years, and underwent endoscopic and surgical or percutaneous intervention to remove of foreign bodies.

Results: The most common site for foreign bodies was the jejunum, followed by the stomach, colon, and esophagus. Transmural foreign body accounted for the highest rate (14/25 cases). The most common complication of sharp-pointed foreign body on CT is perforation with 16/25 cases, followed by abscess with 04/25 cases. CT scan has high sensitivity and specificity in evaluating complications of sharp-pointed foreign bodies.

Conclusion: CT has an important role in detecting and diagnosing sharp-pointed gastrointestinal foreign bodies as well as evaluating associated complications.

Key word: *Ingested foreign bodies, foreign bodies, complications of foreign bodies, sharp-pointed foreign bodies, sharp-pointed.*

** Bác sỹ nội trú chẩn đoán hình ảnh khóa 45, Trường Đại học Y Hà Nội*

*** Khoa Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp Điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*

**** Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật ống tiêu hóa là một trong những nguyên nhân khiến bệnh nhân phải nhập viện cấp cứu. Một nghiên cứu đưa ra rằng 80-90% dị vật ống tiêu hóa không cần can thiệp, 10-20% cần nội soi và khoảng 1% cần phẫu thuật [1]. Mặc dù tỷ lệ dị vật ống tiêu hóa có thể đào thải tự nhiên ra ngoài cơ thể khá cao, vẫn có một số trường hợp xuất hiện biến chứng nguy hiểm như thủng ống tiêu hóa, tắc ruột, rò, nhiễm khuẩn huyết, thậm chí có thể gây tử vong [1-3].

Trong các nhóm dị vật ống tiêu hóa, dị vật sắc nhọn có nguy cơ gây biến chứng, đặc biệt là nguy cơ gây thủng ống tiêu hóa cao hơn nhóm dị vật tù. Tỷ lệ dị vật sắc nhọn gây biến chứng thủng có thể đến 15-35%, vị trí hay thủng là vùng hồi manh tràng, nhất là vị trí túi thừa Meckel hay ruột thừa [4,5]. Dị vật sắc nhọn như kẹp ghim, tấm, móc là những dị vật nuốt phải hay gặp ở trẻ em, chiếm đến 5-30%, thường mắc ở những chỗ hẹp tự nhiên hoặc hẹp thứ phát. Các vị trí hẹp tự nhiên như chỗ gấp góc của tá tràng, góc tá hồng tràng, ruột thừa, van hồi manh tràng thường dễ gặp dị vật hơn. Các vị trí hẹp thứ phát có thể do dính ruột hoặc xơ sẹo [4,5]. Hầu hết các dị vật này cản quang, nhưng đôi khi khó đánh giá do kích thước nhỏ.

Phương pháp điều trị dị vật sắc nhọn tùy vào vị trí mắc lại trong ống tiêu hóa. Với dị vật nằm gần tâm vị hay thực quản cần nội soi gấp bỏ. Khi dị vật nằm trong ruột non, có thể theo dõi bằng chẩn đoán hình ảnh đến khi dị vật thải qua phân. Chỉ định phẫu thuật khi dị vật không di chuyển sau 3 ngày [2].

Tuy X quang là chỉ định đầu tay, CLVT vẫn thể hiện rõ tính ưu việt nhờ độ chính xác cao trong đánh giá vị trí, kích thước, đặc biệt là phát hiện tốt biến chứng của dị vật sắc nhọn, độ nhạy và độ đặc hiệu của CLVT lên đến 100% và 93,7% [6]. Ưu điểm của CLVT trong chẩn đoán dị vật ống tiêu hóa sắc nhọn đã đề cập trong một số nghiên cứu nước ngoài, tuy nhiên tại Việt Nam, vẫn chưa có một nghiên cứu nào đánh giá thực sự hoàn chỉnh về chủ đề này, do đó, chúng tôi xin thực hiện đề tài “Giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán dị vật ống tiêu hóa sắc nhọn” với mục tiêu.

1. Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của dị vật ống tiêu hóa sắc nhọn

2. Đánh giá vai trò của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán biến chứng của dị vật ống tiêu hóa sắc nhọn

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 25 bệnh nhân mắc dị vật sắc nhọn ống tiêu hóa được chụp CLVT tại khoa CĐHA và CTĐQ bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 07 năm 2019 đến tháng 07 năm 2022, được can thiệp loại bỏ dị vật bằng nội soi, phẫu thuật hoặc can thiệp qua da.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân mắc dị vật tù tròn, bệnh nhân không chụp CLVT trước can thiệp loại bỏ dị vật.

2. Cỡ mẫu: Sử dụng cỡ mẫu thuận tiện gồm các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25 bệnh nhân.

3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

4. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu của nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

5. Biến nghiên cứu

5.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, lâm sàng, chẩn đoán sơ bộ

5.2. Mô tả đặc điểm hình ảnh CLVT của dị vật ống tiêu hóa: Chiều dài, tỷ trọng, khả năng quan sát dị vật được trên Topography

5.3. Mô tả đặc điểm hình ảnh CLVT của tổn thương ống tiêu hóa do dị vật:

- Vị trí

- Tương quan với thành ống tiêu hóa: trong lòng (nằm hoàn toàn trong lòng ống tiêu hóa)/ trong thành (nằm hoàn toàn trong thành ống tiêu hóa)/ xuyên thành (một đầu xuyên qua thành ống tiêu hóa ra ngoài)/ngoài thành (nằm hoàn toàn ngoài ống tiêu hóa, trong khoang phúc mạc, trong tạng lân cận).

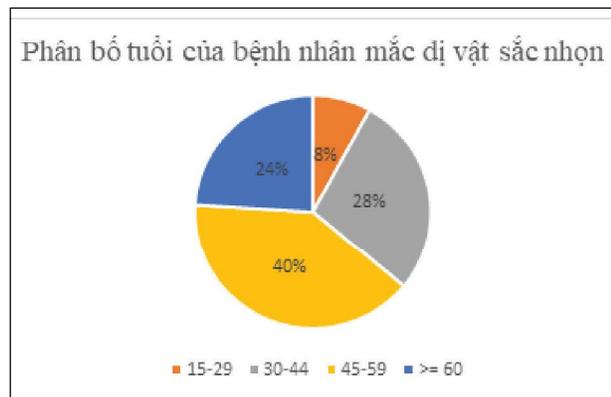
- Biến chứng của dị vật ống tiêu hóa: tắc ruột (giãn các quai ruột kèm hình ảnh mức nước mức hơi)/ thủng (mất liên tục thành ống tiêu hóa, khí tự do ổ bụng)/rò (rò

dịch tiêu hóa hay thoát thuốc cần quang qua vị trí mắt liên tục thành ống tiêu hóa)/áp xe (ổ dịch có vỏ)/viêm phúc mạc (dày và thâm nhiễm mỡ phúc mạc).

5.4. *Đối chiếu chẩn đoán CLVT với điều trị dị vật ống tiêu hóa*: Phương pháp điều trị, so sánh tổn thương trên can thiệp và tổn thương trên CLVT, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán âm tính và giá trị dự đoán dương tính của CLVT với biến chứng của dị vật sắc nhọn.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố tuổi của bệnh nhân mắc dị vật ống tiêu hóa sắc nhọn

Bệnh nhân trẻ nhất là 26 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 82 tuổi, độ tuổi trung bình mắc dị vật sắc nhọn là 49,76 ± 14,89. Lựa tuổi hay gặp dị vật ống tiêu hóa là 45-59 tuổi, nhóm tuổi này chiếm tỷ lệ 40%, tiếp đến là nhóm tuổi 30-44, chiếm 28%. Trong nghiên cứu không có bệnh nhân nào dưới 15 tuổi.

Nam giới chiếm số lượng nhiều hơn với 14/25 bệnh nhân, tương đương với 56%. Số lượng bệnh nhân nữ là 11/25, chiếm 44%.

2. Đặc điểm về hình ảnh clvt của dị vật ống tiêu hóa sắc nhọn

Chiều dài trung bình của dị vật sắc nhọn là 30,4 ± 10,18mm, ngắn nhất là 11mm, dài nhất là 54mm. 16/25 trường hợp dị vật ≤ 30mm (chiếm 64%).

Tất cả 25 BN đều không quan sát thấy dị vật trên hình định vị Topography, chiếm 100%.

Bảng 1. Đặc điểm về vị trí, tương quan giữa dị vật sắc nhọn và thành ống tiêu hóa

Đặc điểm dị vật sắc nhọn trên CLVT (n = 25)	Số lượng (n,%)	
Vị trí tổn thương	Thực quản	05 (20%)
	Dạ dày	08 (32%)
	Tá tràng	01 (4%)
	Hỗng hồi tràng	09 (36%)
	Đại tràng	02 (8%)
	Hậu môn, trực tràng	00 (0%)
Tương quan với thành ống tiêu hóa	Trong lòng	04 (16%)
	Trong thành	03 (12%)
	Xuyên thành	14 (56%)
	Ngoài thành	04 (16%)

Nhận xét: Về vị trí dị vật sắc nhọn, hỗng hồi tràng chiếm tỷ lệ cao nhất với 09/25 trường hợp (36%), tiếp đến là dạ dày với 08/25 ca (32%). Thực quản và đại tràng với số ca lần lượt là 05, 02/25 ca. Hiếm gặp dị vật ở tá tràng và không ghi nhận được trường hợp dị vật ở hậu môn, trực tràng. Về tương quan với thành ống tiêu hóa, dị vật xuyên thành ống tiêu hóa hay gặp nhất với 14/25 trường hợp, chiếm 56%. Các dị vật ngoài thành ruột và trong lòng chiếm 04/25 ca, tương đương 16%. Vị trí trong thành ruột gặp trong 03/25 trường hợp với tỷ lệ 12%. Trong đó có 1 trường hợp dị vật thực quản ở vị trí nguy hiểm, sát cung động mạch chủ.



Biểu đồ 2. Biến chứng của dị vật sắc nhọn trên CLVT

Trong 25 bệnh nhân của chúng tôi, 07/25 trường hợp (28%) không có biến. Trong các biến chứng hay gặp của dị vật sắc nhọn, thủng ống tiêu hóa là biến chứng hay gặp nhất với 16/25 trường hợp, chiếm 64%, tiếp đến là áp xe (trung thất hoặc ổ bụng) chiếm 04/25 trường hợp, tương ứng 16%. Biến chứng viêm phúc mạc và tắc ruột gặp ở 01/ 25 trường hợp, không ghi nhận biến chứng rò.

3. Phương pháp can thiệp loại bỏ dị vật sắc nhọn và vai trò của CLVT

Về phương pháp điều trị, trong 25 bệnh nhân có 14/25 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật, chiếm 56%. Chỉ định nội soi áp dụng cho 9/25 bệnh nhân, tỷ lệ là 36%. Có 2/25 trường hợp có chỉ định can thiệp qua da, chiếm 8%.

Bảng 2. So sánh biến chứng dị vật sắc nhọn trên can thiệp và CLVT

Tổn thương	Can thiệp (n,%)	CLVT (n,%)
Áp xe (trung thất, ổ bụng)	6 (24%)	4 (16%)
Rò	0 (0%)	0 (0%)
Viêm phúc mạc	5 (20%)	1 (4%)
Thủng	13 (52%)	16 (64%)
Tắc ruột	1 (4%)	1 (4%)
Không thấy tổn thương	8 (32%)	7 (28%)

Nhận xét: Kết quả khi can thiệp của bệnh nhân cho thấy, có 08/25 ca không có biến chứng. Các biến chứng của dị vật trong nghiên cứu gồm thủng, áp xe, tắc ruột và viêm phúc mạc. Trong đó thủng chiếm 13/25 trường hợp,

chiếm 52%. Áp xe chiếm 06 trường hợp (24%) và viêm phúc mạc chiếm 05/25 ca, tương đương 20%. 01/25 ca ghi nhận tắc ruột và không có ca nào gây rò.

Bảng 3. Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán âm tính, giá trị dự đoán âm tính của CLVT trong chẩn đoán biến chứng nói chung, thủng, áp xe

Biến chứng	Độ nhạy (Sn)	Độ đặc hiệu (Sp)	Giá trị dự đoán dương tính (PPV)	Giá trị dự đoán âm tính (NPV)
Biến chứng chung	94,12%	75%	98,62%	40,16%
Thủng	100%	75%	98,7%	100%,
Áp xe	50%	94,74%	99,45%	9,07%

Nhận xét: Trong chẩn đoán biến chứng chung của dị vật sắc nhọn, độ nhạy 94,12%, độ đặc hiệu 75%, giá trị dự đoán âm tính 40,16%, giá trị dự đoán dương tính 98,62% với độ tin cậy 95%. Với biến chứng thủng, CLVT có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 75%, giá trị dự đoán âm tính 100%, giá trị dự đoán dương tính 98,7% với độ tin cậy 95%. Với biến chứng áp xe, độ nhạy 50%, độ đặc hiệu 94,74%, giá trị dự đoán âm tính 9,07%, giá trị dự đoán dương tính 99,45% với độ tin cậy 95%.

IV. BÀN LUẬN

Trong 2 năm, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 25 trường hợp mắc dị vật ống tiêu hóa sắc nhọn.

1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 49,76 ±14,89 tuổi, nằm trong khoảng 26-82 tuổi. Độ tuổi trung bình bệnh nhân của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ismail Okan và cộng sự vào năm

2018, đánh giá 122 bệnh nhân trưởng thành với độ tuổi trung bình là $46,68 \pm 18,64$ tuổi ($p = 0,233$) [6].

Nghiên cứu gồm 11/25 bệnh nhân nữ và 14/25 bệnh nhân nam, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,736$).

2. Đặc điểm hình ảnh CLVT của dị vật sắc nhọn

Nghiên cứu muốn đánh giá khả năng phát hiện dị vật sắc nhọn trên X quang thường quy, tuy nhiên do phương pháp nghiên cứu là hồi cứu, nhiều bệnh nhân không có hình ảnh chụp X quang, do đó chúng tôi đánh giá sơ bộ trên hình định vị Topography. Trong 25 bệnh nhân, không có trường hợp phát hiện dị vật trên hình định vị Topography.

Chiều dài trung bình dị vật sắc nhọn trong nghiên cứu là $30,4 \pm 10,18$ mm, tương đồng với nghiên cứu của Kyong Hee Hong và cộng sự năm 2015 với kết quả là $26,2 \pm 16,7$ mm ($p = 0,46$) [7].

Về vị trí dị vật, hồng hồi tràng chiếm tỷ lệ cao nhất với 09/25 trường hợp (36%), tiếp đến là dạ dày, thực quản và đại tràng. Hiếm gặp dị vật ở tá tràng và không ghi nhận được trường hợp dị vật ở hậu môn, trực tràng. Phân bố vị trí dị vật ống tiêu hóa trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với các nghiên cứu đã công bố, trong đa phần các nghiên cứu, dị vật thực quản chiếm tỷ lệ cao nhất, ví dụ theo Meihong Yu và cộng sự là 1432/2030 ca (70,54%) [8].

Về tương quan với thành ống tiêu hóa, dị vật xuyên thành ống tiêu hóa hay gặp nhất với 14/25 trường hợp, chiếm 56%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Meihong và cộng sự với 5/21 trường hợp (23,8%) [8].

Về biến chứng dị vật trên CLVT, 07/25 trường hợp không có biến chứng (28%), thấp hơn kết quả trong nghiên cứu của Kyong Hee Hong và cộng sự là 138/189 ca, tương ứng 73,02% [7]. Trong các nhóm biến chứng, thủng hay gặp nhất với 16/25 trường hợp (64%), kết quả cao hơn với nghiên cứu trước đây là 15-25%. Trong 16 trường hợp thủng, 14/16 dị vật xuyên thành và 02/16 trường hợp dị vật trong lòng. Biến chứng hay gặp tiếp theo là áp xe với 04/25 trường hợp (16%), tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Kyong Hee Hong và cộng sự, với 01/189 ca, tương ứng với 0,5% [8]. Viêm phúc mạc

quan sát trên 01/25 trường hợp và không ghi nhận được trường hợp có biến chứng rò trên CLVT.

3. Phương pháp can thiệp loại bỏ dị vật và vai trò của cắt lớp vi tính

Phẫu thuật là phương pháp loại bỏ dị vật được áp dụng nhiều nhất trong nghiên cứu với 14/25 ca, trong đó có 09 trường hợp dị vật ở vị trí hồng hồi tràng, biến chứng trên hình ảnh gồm 03 ca áp xe, 09 ca thủng và 01 ca tắc ruột. 04 trường hợp có thủng trên CLVT nhưng không điều trị phẫu thuật gồm 1 trường hợp áp xe gan do dị vật xuyên thành dạ dày đã được can thiệp qua da, có 03 trường hợp nội soi do dị vật nhỏ (< 30 mm) và tiếp cận được qua nội soi (02 dị vật ở thực quản và 01 ở tá tràng). 03 trường hợp không có biến chứng thủng nhưng vẫn có chỉ định điều trị ngoại khoa do một số nguyên nhân như bệnh nhân tắc ruột hay bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng tăng và dị vật không thay đổi vị trí sau hai lần chụp CLVT cách nhau 2 ngày.

Có 09 trường hợp bệnh nhân được nội soi, trong đó có 05 trường hợp thủng trên CLVT. Can thiệp qua da được chỉ định ở 02 trường hợp đều là với dị vật xuyên thành hang môn vị dạ dày vào nhu mô gan trái tạo ổ áp xe.

Về độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán âm tính, giá trị dự đoán âm tính của CLVT trong chẩn đoán biến chứng của dị vật sắc nhọn, độ nhạy 94,12%, độ đặc hiệu 75%, giá trị dự đoán âm tính 40,16%, giá trị dự đoán dương tính 98,62% với độ tin cậy 95%. Kết quả này có nét tương đồng với các nghiên cứu trước đây, với độ nhạy và độ đặc hiệu của CLVT lên đến 100% và 93,7% [9], [10].

Trong các biến chứng thấy trên can thiệp, thủng chiếm tỷ lệ cao nhất với 13/18. Với biến chứng này, CLVT có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 75%, giá trị dự đoán âm tính 100%, giá trị dự đoán dương tính 98,7% với độ tin cậy 95%. Với 13 trường hợp này đều được đánh giá thành công trên CLVT, trong đó 9 ca điều trị phẫu thuật, 3 ca nội soi và 1 ca can thiệp qua da. Có 03 trường hợp thủng ống tiêu hóa trên CLVT nhưng không thấy biến chứng này trên phẫu thuật và nội soi, nguyên nhân do các quai ruột quanh phù nề và sung huyết nhiều gây hạn chế đánh giá lỗ thủng. Trong quá trình phẫu thuật, các bác sĩ ngoại khoa chỉ tiến hành gấp bỏ dị vật. Giải thích

cho tình trạng không phát hiện lỗ thủng trên can thiệp với các trường hợp đã thủng trên CLVT, ngoài việc tổn thương niêm mạc của thành ruột gây hạn chế đánh giá, một số nguyên nhân khác như lỗ thủng quá nhỏ, dị vật trong lòng ống tiêu hóa hay dính cùng bã thức ăn hay phân (pinprick-and-pass) để di chuyển khỏi vị trí ban đầu.

Với tổn thương áp xe, có 06 trường hợp phát hiện trên can thiệp, trong đó có 03 ca đánh giá thành công trên CLVT. CLVT có độ nhạy 50%, độ đặc hiệu 94,74%, giá trị dự đoán âm tính 9,07%, giá trị dự đoán dương tính 99,45% với độ tin cậy 95%. Có 03 trường hợp không quan sát thấy trên hình ảnh, lý do do ổ áp xe kích thước rất nhỏ, hay thâm nhiễm mỡ rộng lân cận gây hạn chế đánh giá. 01 trường hợp khác, CLVT phát hiện tổn thương áp xe gan trái, nghi ngờ do dị vật dạ dày xuyên thành, tuy nhiên trên phẫu thuật, bác sĩ ngoại khoa đánh giá ổ áp xe gan trái là tổn thương độc lập, không có liên quan đến dị vật.

Viêm phúc mạc do dị vật quan sát được trong 05 trường hợp, 03 trường hợp đi kèm với thủng và 02 trường hợp đi kèm với áp xe, trên CLVT chỉ quan sát thấy 01 trường hợp. Nguyên nhân hạn chế đánh giá viêm phúc mạc trên CLVT có thể do lỗ thủng nhỏ, dịch thoát ra ít, hoặc do thời gian chụp đến lúc phẫu thuật xa nhau. 01 trường hợp có biến chứng tắc ruột quan sát được thấy

trên cả can thiệp và CLVT. Theo hướng dẫn của Hiệp hội Nội soi tiêu hóa Châu Âu, hai biến chứng này đều là những chỉ định phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Dị vật sắc nhọn có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Toàn bộ các trường hợp dị vật sắc nhọn trong nghiên cứu tỷ trọng cao, không quan sát được trên hình định vị Topography.

Vị trí hay gặp dị vật sắc nhọn là hồng hồi tràng, tiếp đến là dạ dày, đại tràng, thực quản. Dị vật xuyên thành chiếm tỷ lệ cao nhất, đi kèm với các nhóm biến chứng thủng, áp xe và viêm phúc mạc.

CLVT đánh giá tốt trong các trường hợp thủng và áp xe, nhưng hạn chế đánh giá biến chứng viêm phúc mạc. CLVT có độ nhạy, độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán biến chứng của dị vật ống tiêu hóa sắc nhọn và có vai trò trong việc lựa chọn phương pháp điều trị.

Phương pháp phẫu thuật áp dụng chủ yếu với các trường hợp dị vật hồng hồi tràng, có biến chứng. Phương pháp nội soi áp dụng trong trường hợp dị vật trên lỗ môn vị và dị vật đại tràng. Ngoài các phương pháp điều trị truyền thống, can thiệp qua da cũng được áp dụng gần đây, chỉ định với ổ dị vật đã khu trú (ví dụ trong ổ áp xe), hoặc nằm ngoài phúc mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Webb WA. Management of foreign bodies of the upper gastrointestinal tract: Update. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1995;41(1):39-51. doi:10.1016/S0016-5107(95)70274-1
2. Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2011;73(6):1085-1091. doi:10.1016/j.gie.2010.11.010
3. Schwartz JT, Graham DY. Toothpick perforation of the intestines. *Ann Surg*. 1977;185(1):64-66.
4. Wyllie R. Foreign bodies in the gastrointestinal tract. *Curr Opin Pediatr*. 2006;18(5):563-564. doi:10.1097/01.mop.0000245359.13949.1c
5. Birk M, Bauerfeind P, Deprez PH, et al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2016;48(5):489-496. doi:10.1055/s-0042-100456
6. Okan İ, Akbaş A, Küpeli M, et al. Management of foreign body ingestion and food impaction in adults: A cross-sectional study. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2019;25(2):159-166. doi:10.5505/tjtes.2018.67240

7. Hong KH, Kim YJ, Kim JH, Chun SW, Kim HM, Cho JH. Risk factors for complications associated with upper gastrointestinal foreign bodies. *World J Gastroenterol*. 2015;21(26):8125-8131. doi:10.3748/wjg.v21.i26.8125
8. Yu M, Li K, Zhou S, et al. Endoscopic Removal of Sharp-Pointed Foreign Bodies with Both Sides Embedded into the Duodenal Wall in Adults: A Retrospective Cohort Study. *Int J Gen Med*. 2021;14:9361-9369. doi:10.2147/IJGM.S338643
9. Marco De Lucas E, Sádaba P, Lastra García-Barón P, et al. Value of helical computed tomography in the management of upper esophageal foreign bodies. *Acta Radiol*. 2004;45(4):369-374. doi:10.1080/02841850410005516
10. Loh WS, Eu DKC, Loh SRH, Chao SS. Efficacy of computed tomographic scans in the evaluation of patients with esophageal foreign bodies. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2012;121(10):678-681. doi:10.1177/000348941212101010

TÓM TẮT

Dị vật ống tiêu hóa là một trong những nguyên nhân khiến bệnh nhân phải nhập viện cấp cứu. Mặc dù đa phần các dị vật ống tiêu hóa có thể tự đào thải ra khỏi cơ thể nhưng vẫn có một số trường hợp gây biến chứng, thậm chí gây tử vong. Về hình thái dị vật có 3 nhóm chính, dị vật sắc nhọn, dị vật tù tròn và dị vật dạng dài, trong đó nhóm dị vật sắc nhọn là nhóm hay gây biến chứng, nhất là biến chứng thủng. Có nhiều phương pháp để chẩn đoán tình trạng này như X quang, cắt lớp vi tính (CLVT), nội soi. Những năm gần đây, sự phổ biến của CLVT giúp phương pháp này được sử dụng nhiều trong đánh giá dị vật ống tiêu hóa sắc nhọn.

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả của CLVT trong chẩn đoán dị vật sắc nhọn, chúng tôi xin thực hiện nghiên cứu “*Giá trị của cắt lớp vi tính trong đánh giá dị vật ống tiêu hóa sắc nhọn*”.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả 25 bệnh nhân mắc dị vật sắc nhọn ống tiêu hóa được chụp CLVT tại trung tâm Chẩn đoán hình ảnh (CDHA) và Can thiệp điện quang (CTĐQ) bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong 2 năm, được can thiệp loại bỏ dị vật bằng nội soi, phẫu thuật hoặc can thiệp qua da.

Kết quả: vị trí hay gặp dị vật nhất là hồng hồi tràng, tiếp đến là dạ dày, đại tràng, thực quản. Dị vật xuyên thành chiếm tỷ lệ cao nhất (14/25 ca). Biến chứng hay gặp nhất của dị vật sắc nhọn trên CLVT là biến chứng thủng với 16/25 ca, tiếp đến là biến chứng áp xe với 04/25 ca. CLVT có độ nhạy, độ đặc hiệu cao trong đánh giá biến chứng của dị vật sắc nhọn.

Kết luận: CLVT có vai trò quan trọng trong phát hiện và chẩn đoán dị vật ống tiêu hóa sắc nhọn cũng như đánh giá biến chứng đi kèm.

Từ khóa: *Dị vật ống tiêu hóa, dị vật, biến chứng của dị vật, dị vật sắc nhọn, sắc nhọn.*

Người liên hệ: Mã Mai Hiền, Email: hienma28@gmail.com

Ngày nhận bài: 03/9/2022. Ngày gửi thẩm định: 6/9/2022. Ngày nhận đăng: 30/9/2022