

## GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY TRONG CHẨN ĐOÁN TẮC RUỘT

### Role of Value of multi-slice computed tomography in the diagnosis of intestinal obstruction

*Trần Quang Lộc\**, *Dương Đức Hùng\**, *Nguyễn Thị Thu Phương\*\*\**,  
*Lê Thanh Dũng\*\**

#### SUMMARY

**Objective:** To evaluate the efficacy of multi-slice computed tomography (CT) in diagnosing intestinal obstruction.

**Research subjects and methods:** This cross-sectional descriptive study included 84 patients diagnosed with intestinal obstruction via CT scans consisting of 16 or more rows. These patients underwent surgical treatment at Viet Duc Friendship Hospital between February and November 2022.

**Results:** Among the 84 patients diagnosed with intestinal obstruction on CT, with an average age of  $52.9 \pm 12.2$  years and a male/female ratio of 47/37, the sensitivity for diagnosing intestinal obstruction was 100%, with an accuracy of 96.4%. The specificity for identifying the causes of intestinal obstruction such as tumors, food residue, adhesions, and hernias exceeded 90%. The specificity for identifying the location of small bowel obstruction was 80.9%, while for large bowel obstruction, it was 100%. The sensitivity of CT in diagnosing obstruction in the left colon and rectum was 50%, while for other locations, it exceeded 80%.

**Conclusion:** Multi-slice CT has an important role in the evaluation and management of suspected intestinal obstruction. CT demonstrates high sensitivity and accuracy in diagnosing intestinal obstruction, particularly in identifying its cause and location, as well as assessing the condition of the intestinal loop, thereby facilitating appropriate treatment decisions.

**Keywords:** *bowel obstruction, computed tomography, surgery.*

\* Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

\*\* Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

\*\*\* Bệnh viện 74 Trung ương

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột là một cấp cứu bụng ngoại khoa rất thường gặp, xếp thứ hai sau viêm ruột thừa cấp ở người lớn, chiếm 20% số ca nhập viện với biểu hiện đau bụng cấp [1]. Tắc ruột non chiếm khoảng 80 - 90% trong các trường hợp tắc ruột, còn lại là tắc ruột già [2]. Tắc ruột do nhiều nguyên nhân khác nhau. Trong 90% trường hợp, tắc ruột non là do dính, thoát vị và u. Tắc ruột già do ung thư đại tràng gây ra trong khoảng 60% trường hợp [3].

Chụp X quang bụng không chuẩn bị chẩn đoán chính xác tắc ruột trong khoảng 60% trường hợp, và giá trị chẩn đoán dương tính là 80% ở những bệnh nhân bị tắc ruột cao<sup>3</sup>. Tuy nhiên, trên phim chụp X quang bụng không thể phát hiện được tình trạng cấp máu của quai ruột và rất hạn chế trong việc đánh giá nguyên nhân và chính xác vị trí tắc<sup>4</sup>. Do đó, khi bệnh nhân có các triệu chứng định hướng đến tắc ruột nên chỉ định chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc đối quang. CLVT đa dãy là một phương pháp có độ chính xác cao trong việc đánh giá tắc ruột, đặc biệt để xác định mức độ, nguyên nhân của tắc nghẽn cũng như đánh giá được tình trạng cấp máu của quai ruột. CLVT được báo cáo là có độ nhạy từ 78% - 100%, độ đặc hiệu từ 61% đến 93% trong các trường hợp tắc ruột cũng như có thể chẩn đoán các trường hợp cấp tính như tắc ruột quai kín (quai ruột đóng) hoặc nghẹt ruột [3]. Để có thể chẩn đoán sớm và chính xác các triệu chứng trên phim CLVT và đánh giá hiệu quả của việc sử dụng cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán tắc ruột, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “*Giá trị của cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán tắc ruột*” nhằm 2 mục tiêu: mô tả hình ảnh tắc ruột trên CLVT đa dãy và đánh giá giá trị của chụp CLVT đa dãy trong chẩn đoán tắc ruột.

## I. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các đối tượng nghiên cứu đều trên 16 tuổi.
- Chẩn đoán lâm sàng trước mổ là tắc ruột.

- Được chụp CLVT trước mổ, có hình ảnh tắc ruột. Kết quả CLVT được đọc bởi các bác sĩ có trên 3 năm kinh nghiệm. Tiêu chuẩn chẩn đoán tắc ruột trên CLVT:

+ Dấu hiệu quai ruột giãn (đường kính > 3 cm ở ruột non; > 9 cm ở manh tràng; > 6 cm ở đại tràng còn lại) đo từ thành ngoài tới thành ngoài đối diện [5].

+ Điểm chuyển tiếp là vị trí thay đổi khẩu kính giữa quai ruột gần bị giãn và quai ruột xa bị xẹp, xác định điểm chuyển tiếp bằng cách xác định theo chiều xuôi từ dạ dày đi xuống dưới [5].

+ Mức nước hơi trong các quai ruột (hình ngăn cách hơi ở phía trên còn dịch lỏng ở phía dưới) [6].

+ Có thể có hình ảnh dày thành ruột, thành ruột dày trên 3mm quai ruột căng [7]

- Các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật, có phiếu ghi chi tiết nghi thức phẫu thuật. Tiêu chuẩn chẩn đoán tắc ruột trong phẫu thuật giống với tiêu chuẩn chẩn đoán trên phim chụp CLVT.

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp không đủ tiêu chuẩn lựa chọn.
- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin theo yêu cầu của bệnh án nghiên cứu.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả hồi cứu cắt ngang.

**Chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

**Xử lý số liệu:** Xử lý các số liệu thu được bằng phần mềm SPSS 26. Tính các giá trị của CLVT trong chẩn đoán TR: độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính với kết quả phẫu thuật là tiêu chuẩn vàng.

## II. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên 84 bệnh nhân (47 nam, 37 nữ, trung bình  $52,9 \pm 12,2$  tuổi) được chẩn đoán tắc ruột trên CLVT và điều trị phẫu thuật trong thời gian từ tháng 2/2022 đến tháng 11/2022, tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

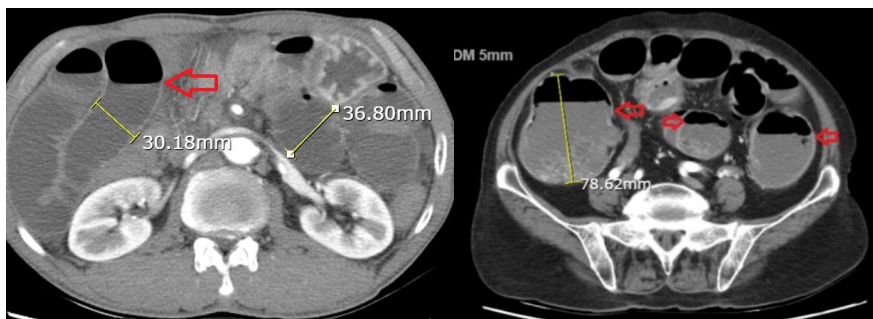
1. Hình ảnh tắc ruột trên CLVT

Bảng 1. Các dấu hiệu tắc ruột thường gặp trên phim CLVT

Dấu hiệu	Tần suất	Tỷ lệ
Quai ruột giãn	84	100%
Mức nước hơi	63	75%
Điểm chuyển tiếp	70	83,3%
Ngấm thuốc kém	6	7,1%
Khí tự do ổ bụng	0	0%
Thâm nhiễm mỡ	23	27,4%
Dày thành	47	56%
Dịch ổ bụng	66	78%

**Nhận xét:** hình ảnh quai ruột giãn trên CLVT (Hình 1) có ở tất cả bệnh nhân tắc ruột, dấu hiệu có điểm chuyển tiếp chiếm 83,3%; mức nước hơi 75%. Các dấu hiệu gợi ý

biến chứng tắc ruột dấu hiệu thường gặp nhất là dịch tự do ổ bụng, dấu hiệu giảm ngấm thuốc thành ruột đặc hiệu cho biến chứng thiếu máu ruột nhưng chỉ chiếm 6%.



Hình 1. Hình ảnh quai ruột giãn trên 2,5cm kèm dấu hiệu mức nước hơi (mũi tên)

Bảng 2. Vị trí tắc ruột xác định trên phim CLVT

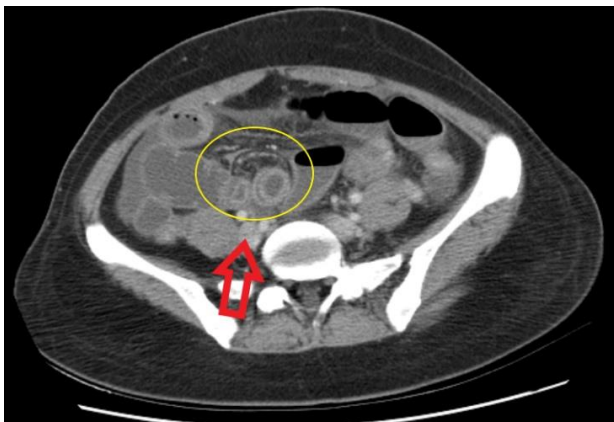
Vị trí	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Ruột non	67	79,8%
Đại tràng trái	1	1,2%
Đại tràng phải	5	6%
Đại tràng ngang	4	4,8%
Đại tràng Sigma	6	7,1%
Trực tràng	1	1,2%
Tổng	84	100%

**Nhận xét:** vị trí tắc ruột phổ biến nhất là tắc ruột non (79,8%), đối với đại tràng, tắc ruột ở đại tràng Sigma gặp nhiều nhất.

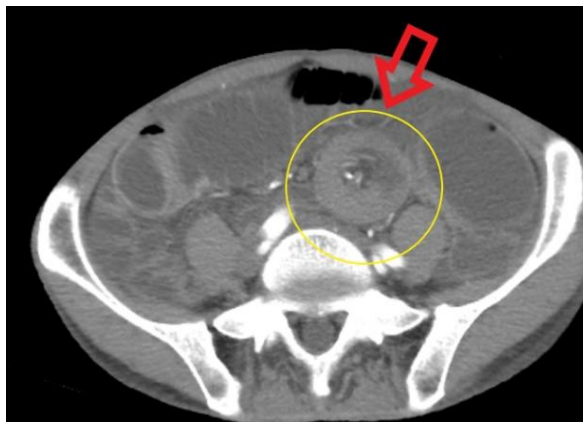
Bảng 3. Nguyên nhân tắc ruột xác định trên phim CLVT

Nguyên nhân	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Bã thức ăn	14	16,7%
U	24	28,6%
Viêm	2	2,4%
Dính	13	15,5%
Dây chằng	19	22,6%
Lồng ruột	1	1,2%
Xoắn	6	7,1%
Thoát vị	5	6%
Tổng	84	100%

**Nhận xét:** nguyên nhân gặp nhiều nhất là do u (28,6%), nguyên nhân hay gặp khác như do bã thức ăn (16,7%), do dính (15,5%) và do dây chằng (22,6%) (Hình 2), các trường hợp tắc ruột do lồng ruột chiếm tỷ lệ ít nhất (1,2%) (Hình 3).



Hình 2. Nghi ngờ điểm chuyển tiếp vị trí đoạn cuối hồi tràng kèm dày thành quai ruột, hướng tới tắc ruột do dây chằng (mũi tên).



Hình 3. CLVT thì ĐM tại vị trí chuyển tiếp thấy khối lồng ruột non - ruột non, trong chứa mạc treo, mạch máu, thành ruột còn ngậm thuốc (mũi tên).

2. Giá trị CLVT trong chẩn đoán tắc ruột

Bảng 4. So sánh nguyên nhân tắc ruột trên CLVT với phẫu thuật

Nguyên nhân trên CLVT	Nguyên nhân tắc trong phẫu thuật		Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác
	Có	Không			
<b>Do bã thức ăn</b>					
Có	10	4	100%	94,6%	95,2%
Không	0	70			
<b>Do u</b>					
Có	24	0	88,9%	100%	96,4%
Không	3	57			
<b>Do viêm</b>					
Có	1	1	100%	98,8%	98,8%
Không	0	82			
<b>Do dính</b>					
Có	9	4	69,2%	94,3%	90,4%
Không	4	67			
<b>Do dây chằng</b>					
Có	18	1	85,7%	96,8%	95,2%
Không	3	62			
<b>Do lồng ruột</b>					
Có	1	0	100%	100%	100%
Không	0	83			
<b>Do xoắn ruột</b>					
Có	4	2	80%	97,5%	96,4%
Không	1	77			
<b>Do thoát vị</b>					
Có	5	0	100%	100%	100%
Không	0	79			

**Nhận xét:** CLVT chẩn đoán nguyên nhân do lồng ruột và thoát vị đạt độ nhạy và độ đặc hiệu 100%, nguyên nhân do dính có độ nhạy thấp nhất 69,2%; độ đặc hiệu 94,3%, độ chính xác 90,4%.

**Bảng 5. So sánh vị trí tắc ruột trên CLVT với phẫu thuật**

Vị trí tắc trên CLVT	Vị trí tắc trong phẫu thuật		Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác
	Có	Không			
<b>Ruột non</b>					
Có	63	4	100%	80,9%	95,2%
Không	0	17			
<b>Đại tràng trái</b>					
Có	1	0	50%	100%	98,8%
Không	1	82			
<b>Đại tràng phải</b>					
Có	5	0	83,3%	100%	98,8%
Không	1	78			
<b>Đại tràng ngang</b>					
Có	6	0	100%	100%	100%
Không	0	78			
<b>Đại tràng Sigma</b>					
Có	4	0	80%	100%	98,8%
Không	1	79			
<b>Trực tràng</b>					
Có	1	0	50%	100%	98,8%
Không	1	82			

**Nhận xét:** độ nhạy trong chẩn đoán tắc ruột non là 100%, độ đặc hiệu 80,9%; độ chính xác 95,2%. Chẩn đoán tắc ruột tại đại tràng trái và trực tràng chỉ có độ nhạy 50%.

**III. BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm tắc ruột trên phim CLVT**

Trong 84 bệnh nhân thuộc nhóm đối tượng nghiên cứu, tuổi trung bình là 52,9 ± 12,2, tỷ lệ nam/nữ : 47/37. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân và tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế có kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Khánh<sup>8</sup>. Điều này có thể giải thích do các nguyên nhân tắc ruột đa dạng nhưng thường gặp ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi và nam giới như: sau mổ, u, thoát vị,...

Trong số bệnh nhân nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân có hình ảnh quai ruột giãn đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán, dấu hiệu đoạn chuyển tiếp gặp ở 83,3%, mức

nước hơi 75%. Biến chứng nặng nhất trong tắc ruột đó là thiếu máu thành ruột, dẫn đến hoại tử và thủng ruột. Dấu hiệu ngấm thuốc kém thành ruột rất có giá trị trong chẩn đoán thiếu máu thành ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 6 bệnh nhân có dấu hiệu ngấm thuốc kém thành ruột gợi ý biến chứng thiếu máu thành ruột (7,1%) và không có bệnh nhân nào có khí tự do ổ bụng gợi ý biến chứng thủng ruột.

Tỷ lệ tắc ruột non/tắc ruột già trong nghiên cứu của chúng tôi là 4/1, tương đồng với nhiều nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Ranjana Gupta và cộng sự (2016) tỷ lệ tắc ruột non là 76,67% và tỷ lệ tắc ruột già là 23,33%, tỷ lệ tắc ruột non/tắc ruột già là 3,55 [6].

Nguyên nhân chính gây tắc ruột ở nghiên cứu của chúng tôi là do u (28,6%), các nguyên nhân hay gặp khác như tắc ruột do dây chằng (22,6%), tắc ruột do bã thức ăn (16,7%), tắc ruột do dính (15,5%). Trong nghiên cứu

của tác giả Nguyễn Văn Phương, nguyên nhân gây tắc ruột chủ yếu cũng được chỉ ra là do u và do dính [9]. Điều này tương tự như nghiên cứu của tác giả Megibow (1991) [10], đây là nghiên cứu đầu tiên trên thế giới về vai trò của CLVT trong chẩn đoán tắc ruột. Đối với ruột non, nguyên nhân gây tắc hàng đầu là dây chằng (31,7%) và do dính (22,2%) và đối với tắc ruột già nguyên nhân do u chiếm 88,2%, điều này cũng khá phù hợp với y văn và nghiên cứu của nhiều tác giả khác, đa số các nghiên cứu đều chỉ ra rằng nguyên nhân gây tắc ở ruột non chủ yếu là do dính và ruột già là do u [11].

## 2. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán tắc ruột

Trong 84 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có 3 trường hợp có hình ảnh tắc ruột trên phim CLVT nhưng sau khi phẫu thuật được chẩn đoán bán tắc ruột. Chụp CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán các nguyên nhân gây tắc ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy và độ đặc hiệu của CLVT trong chẩn đoán các nguyên nhân dao động từ 70% - 100%, độ chính xác từ 90% - 100%. Phương pháp cắt lớp vi tính rất có giá trị trong chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 94,6% và độ chính xác 96,4%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hoa Huệ với độ nhạy 88,9%, độ đặc hiệu 94,3%. Bốn nguyên nhân ít gặp như do thoát vị, lồng ruột, viêm và xoắn ruột đều có khoảng tin cậy đối với độ đặc hiệu nằm trong khoảng 97 – 100%, độ nhạy khoảng 80 – 100%. Từ các kết quả trên cho thấy CLVT có giá trị rất cao trong việc chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột, kể cả những nguyên nhân ít gặp. Tuy nhiên cắt lớp vi tính đa dãy cũng cho thấy hạn chế về chẩn đoán một vài nguyên nhân tắc ruột. Chẩn đoán nguyên nhân do dính có độ nhạy là 62,9% thấp hơn so với các nguyên nhân khác. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoa Huệ, độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác của CLVT trong chẩn đoán nguyên nhân do dính là 59,1%; 90% và 79% [12]. Điều này có thể được giải thích bởi chẩn đoán tắc ruột do dính màng và dính có dây chằng có cùng cơ

chế bệnh sinh trong tắc ruột sau mổ và việc xác định dây chằng trên cắt lớp vi tính là một chẩn đoán khó, dễ nhầm lẫn điều này đòi hỏi bác sĩ chẩn đoán cần có nhiều kinh nghiệm, cũng như kết hợp.

Trong chẩn đoán vị trí tắc ruột, CLVT có độ nhạy từ 50% - 100%, độ đặc hiệu 80% - 100%. Đã có rất nhiều nghiên cứu về giá trị của CLVT trong chẩn đoán tắc ruột non có độ nhạy 90%–96%, độ đặc hiệu 96% và độ chính xác 95%, nghiên cứu của Furukawa cũng chỉ ra CLVT có độ nhạy 78% -100% để phát hiện tắc ruột non [13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, CLVT chẩn đoán tắc tại ruột non trước phẫu thuật có độ nhạy 100% tương đồng với các nghiên cứu khác.

Trong các nghiên cứu khác về giá trị của CLVT trong chẩn đoán tắc ruột già, các tác giả thường không tính độ đặc hiệu và độ nhạy của CLVT với từng vị trí tắc ruột già. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra CLVT có độ nhạy dao động nhiều từ 50% - 100% và độ đặc hiệu là 100% đối với tất cả các vị trí tắc ruột già. Nghiên cứu của D. Frager và cộng sự (1966), CLVT chẩn đoán thành công tắc nghẽn đại tràng ở 45 trên 47 bệnh nhân (độ nhạy 96%), giả tắc nghẽn được chẩn đoán chính xác ở 26 trên 28 bệnh nhân (độ đặc hiệu 93%) [14]. Một nghiên cứu khác của Garth C.Beattie và cộng sự, độ nhạy và độ đặc hiệu của CLVT là 91% <sup>15</sup>ages 39-94 years, mean 71 years. Có sự khác nhau giữa kết quả của chúng tôi với các nghiên cứu khác có thể do nghiên cứu của chúng tôi tính riêng giá trị chẩn đoán của CLVT với từng vị trí khác nhau của đại tràng.

## IV. KẾT LUẬN

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá và quản lý các trường hợp nghi ngờ tắc ruột. CLVT là kỹ thuật có độ nhạy và độ chính xác cao trong chẩn đoán tắc ruột, đặc biệt là chẩn đoán nguyên nhân, vị trí tắc ruột cũng như đánh giá tình trạng quai ruột giúp đưa ra hướng điều trị phù hợp.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Griffiths S, Glancy DG. Intestinal obstruction. *Surg Oxf.* 2020;38(1):43-50. doi:10.1016/j.mpsur.2019.10.014
2. Burkill G, Bell J, Healy J. Small bowel obstruction: the role of computed tomography in its diagnosis and management with reference to other imaging modalities. *Eur Radiol.* 2001;11(8):1405-1422. doi:10.1007/s003300100882
3. Catena F, De Simone B, Coccolini F, Di Saverio S, Sartelli M, Ansaloni L. Bowel obstruction: a narrative review for all physicians. *World J Emerg Surg.* 2019;14(1):20. doi:10.1186/s13017-019-0240-7
4. Li Z, Zhang L, Liu X, Yuan F, Song B. Diagnostic utility of CT for small bowel obstruction: Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* 2019;14(12):e0226740. doi:10.1371/journal.pone.0226740
5. Galia M, Agnello F, La Grutta L, et al. Computed tomography of bowel obstruction: tricks of the trade. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2015;9(8):1115-1125. doi:10.1586/17474124.2015.1051030
6. Gupta R, Mittal P, Mittal A, Gupta S, Mittal K, Taneja A. Spectrum of MDCT Findings in Bowel Obstruction in a Tertiary Care Rural Hospital in Northern India. *J Clin Diagn Res JCDR.* 2016;10(11):TC01-TC04. doi:10.7860/JCDR/2016/21186.8781
7. Fernandes T, Oliveira MI, Castro R, Araújo B, Viamonte B, Cunha R. Bowel wall thickening at CT: simplifying the diagnosis. *Insights Imaging.* 2014;5(2):195-208. doi:10.1007/s13244-013-0308-y
8. Nguyễn Văn Khánh (2019). *Đánh Giá Giá Trị Cắt Lớp vi Tính Đa Dây Trong Chẩn Đoán Một Số Nguyên Nhân Tắc Ruột Cơ Giới. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học. Trường Đại Học Y Hà Nội.*
9. Nguyễn Văn Phương, Lê Văn Ngọc Cường. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính ở bệnh nhân tắc ruột. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế.* 2017.
10. Megibow AJ, Balthazar EJ, Cho KC, Medwid SW, Birnbaum BA, Noz ME. Bowel obstruction: evaluation with CT. *Radiology.* Published online August 1, 1991. doi:10.1148/radiology.180.2.2068291
11. Nguyễn Duy Hùng, Vương Kim Ngân. Đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán tắc ruột non do thoát vị. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022.
12. Nguyễn Hoa Huệ, Nguyễn Duy Hùng, Dư Đức Thiện. Giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dây trong chẩn đoán tắc ruột non. *Tạp chí nghiên cứu Y học.* 2020:10.
13. Furukawa A, Yamasaki M, Furuichi K, et al. Helical CT in the Diagnosis of Small Bowel Obstruction. *RadioGraphics.* 2001;21(2):341-355. doi:10.1148/radiographics.21.2.g01mr05341
14. Frager D, Medwid SW, Baer JW, Mollinelli B, Friedman M. CT of small-bowel obstruction: value in establishing the diagnosis and determining the degree and cause. *AJR Am J Roentgenol.* 1994;162(1):37-41. doi:10.2214/ajr.162.1.8273686
15. Beattie GC, Peters RT, Guy S, Mendelson RM. Computed tomography in the assessment of suspected large bowel obstruction. *ANZ J Surg.* 2007;77(3):160-165. doi:10.1111/j.1445-2197.2006.03998.

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đánh giá giá trị của cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy trong chẩn đoán tắc ruột (TR) nhằm đánh giá giá trị của chụp CLVT đa dãy trong chẩn đoán tắc ruột.

**Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 84 bệnh nhân chẩn đoán tắc ruột trên chụp CLVT từ 16 dãy trở lên và được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 02 đến tháng 11 năm 2022

**Kết quả:** Trong số 84 bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột trên CLVT với độ tuổi trung bình  $52,9 \pm 12,2$ , tỷ lệ nam/nữ : 47/37. Độ nhạy trong chẩn đoán tắc ruột đạt 100%, độ chính xác 96,4%. Độ đặc hiệu trong chẩn đoán các nguyên nhân gây tắc ruột như do u, bã thức ăn, do dính, thoát vị,... đều cao trên 90%. Độ đặc hiệu trong chẩn đoán vị trí tắc ruột non là 80,9%; tắc ruột già là 100%, độ nhạy của CLVT trong chẩn đoán tắc tại đại tràng trái và trực tràng đạt 50%, các vị trí khác đều trên 80%.

**Kết luận:** Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá và quản lý các trường hợp nghi ngờ tắc ruột. CLVT là kỹ thuật có độ nhạy và độ chính xác cao trong chẩn đoán tắc ruột, đặc biệt là chẩn đoán nguyên nhân, vị trí tắc ruột cũng như đánh giá tình trạng quai ruột giúp đưa ra hướng điều trị phù hợp.

**Từ khóa:** Tắc ruột, cắt lớp vi tính, phẫu thuật.

Người liên lạc: Trần Quang Lộc. **Email:** tranquangloc8396@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/10/2023. Ngày nhận phản biện: 02/11/2023. Ngày chấp nhận đăng: 25/03/2024