

DOI: 10.59715/pntjmp.1.1.11

## Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của tắc đại tràng do ung thư đại tràng

Phan Lê Cao Cường<sup>1</sup>, Huỳnh Quang Huy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Bình Dân, TP Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm hình ảnh tắc đại tràng do ung thư đại tràng ở người lớn trên cắt lớp vi tính.

**Đối tượng và phương pháp:** 70 trường hợp tắc đại tràng cơ học được chụp cắt lớp vi tính và phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân tính từ năm 2019-2021. Trong đó, có 64 trường hợp tắc đại tràng do ung thư đại tràng, 6 trường hợp còn lại là do nguyên nhân lành tính. Tiến hành phân tích các đặc điểm hình ảnh tắc đại tràng và hình ảnh tổn thương tại vùng chuyển tiếp trong nhóm tắc do ung thư đại tràng, phân tích so sánh với nhóm tắc do nguyên nhân lành tính.

**Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp tắc đại tràng đều hiện diện hai dấu hiệu chính là đại tràng giãn nở kế đại tràng xẹp và có vùng chuyển tiếp với tỷ lệ 100%, đường kính đại tràng thay đổi và phụ thuộc vào tình trạng giãn các quai ruột non kèm theo, trung bình là  $6,7 \pm 1,23$  cm. Vị trí tắc thường gặp nhất là đại tràng Sigma. Đối với tắc đại tràng do nguyên nhân ung thư đại tràng, chúng tôi nhận thấy rằng hình ảnh tại vùng chuyển tiếp trên CT có các đặc điểm như sau: hình dạng thâm nhiễm lồi (93,8%), bất thuốc cản quang mạnh thì động mạch (100%), kích thước theo chiều dọc (chiều dài) < 50mm (68,8%), thâm nhiễm mỡ xung quanh dạng nốt lưới (82,8%). Tất cả các tổn thương ung thư đại tràng trong nghiên cứu đều vượt quá giai đoạn T2.

**Kết luận:** Bên cạnh khả năng chẩn đoán chính xác bệnh cảnh tắc đại tràng, cắt lớp vi tính còn có giá trị cao trong chẩn đoán nguyên nhân tắc do ung thư đại tràng. Đây nên là phương tiện đầu tay trong thực hành lâm sàng đối với các trường hợp nghi ngờ tắc đại tràng.

**Từ khóa:** Tắc đại tràng, ung thư đại tràng, tắc ruột, vùng chuyển tiếp, đại tràng giãn.

### Abstract

#### Computed tomography Findings of large bowel obstructions caused by colon cancer

**Objectives:** This study aims to evaluate radiological features on computed tomography of large bowel obstructions caused by colon cancer in adults.

**Materials and Methods:** Computed tomography examinations of 70 patients, who were affected by the colonic obstruction, have been operated on at Binh Dan hospital in three consecutive years between 2019 and 2021, including 64 cases caused by colon cancer and the remaining 6 cases which have benign causes.

This study conducts and analyzes radiological features of bowel obstructions and images of lesions at the transition-point the in malignant large bowel obstruction group, as well as makes the comparison to that of the benign group.

**Results:** Our study figures out that all the reviewed subjects who were affected by bowel obstructions both present two primary signs: (100%) colonic distension proximal to the obstruction with collapse distally and the transition-point image, large bowel's diameter has altered, depending on the presence of small bowel dilatation, with the mean of  $6.7 \pm 1.23$ cm. The dominant site of obstruction is the sigmoid colon. In terms

Ngày nhận bài:

26/11/2021

Ngày phản biện:

17/12/2021

Ngày đăng bài:

20/01/2022

Tác giả liên hệ:

Huỳnh Quang Huy

Email:

huyhq@pnt.edu.vn

ĐT: 0982108108

of colonic obstruction caused by colon cancer, the computed tomography assessment has indicated these following features at the transition - point: convex appearance (93.8%), strong contrast enhancement in the arterial phase (100%), lesion length < 50mm (68.8%), reticulonodular fat stranding (82.8%). All the malignant lesions of the colon in the study were beyond stage T2.

**Conclusions:** In addition to providing high accuracy in diagnosing bowel obstruction, computed tomography also illustrates its potential in diagnosing the causes of colon cancer. Thus, this approach should be prioritized in clinical practice for suspected bowel obstruction patients.

**Keywords:** Large bowel obstruction, colon cancer, bowel obstruction, transition-point, dilated colon

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuy tắc đại tràng chỉ gặp trong khoảng 10-25% các trường hợp tắc ruột cơ học, nhưng chiếm đến gần 2-4% các chỉ định phẫu thuật ngoại khoa [3]. Bên cạnh đó, tắc đại tràng thường xảy ra ở nhóm các bệnh nhân lớn tuổi với nhiều bệnh cảnh khác đi kèm và có tỉ lệ tử vong khá cao, nhất là với trường hợp tắc hoàn toàn cấp tính hoặc chẩn đoán chậm trễ [4]. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm và chính xác tắc đại tràng là rất cần thiết.

Chẩn đoán tắc đại tràng lâu nay thường dựa trên bệnh sử, khám lâm sàng kết hợp với các dấu hiệu hình ảnh trên siêu âm, phim Xquang bụng không sửa soạn, Xquang đại tràng cản quang [3]. Tuy nhiên, các phương pháp này vẫn có những hạn chế nhất định.

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã áp dụng CT vào chẩn đoán tắc ruột, với hy vọng cải thiện khả năng chẩn đoán và khắc phục hạn chế của các phương pháp khác trước đây. Hầu hết các nghiên cứu cho thấy được CT có giá trị cao trong chẩn đoán xác định tắc đại tràng, bên cạnh đó CT cũng giúp chẩn đoán được nguyên nhân gây tắc [1] [2]. Ung thư đại tràng đã được chứng minh là nguyên nhân gây tắc đại tràng hàng đầu, việc chẩn đoán đúng nguyên nhân này là rất cần thiết cho việc can thiệp và tiên lượng bệnh nhân [15], tuy nhiên hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu đi sâu vào vấn đề này.

Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của tắc đại tràng do ung thư đại tràng. Từ đó thấy được vai trò của CLVT trong chẩn đoán tình trạng bệnh lý này.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân tắc

đại tràng cơ học được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân trong thời gian từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 01 năm 2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có độ tuổi từ 18 tuổi trở lên. Bệnh nhân tắc đại tràng được chụp CT đánh giá trước phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán xác định ung thư đại tràng hoặc nguyên nhân thực thể khác.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã từng được chẩn đoán bệnh lý ung thư khác trước đó. Bệnh nhân tắc đại tràng do ung thư đại tràng tái phát. Bệnh nhân tắc đại tràng có biến chứng thủng tạng rỗng.

### 2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu.

Lấy tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chí chọn mẫu và tiêu chí loại trừ, chúng tôi chọn được 70 trường hợp.

Thu thập thông tin bệnh nhân tại phòng lưu trữ dữ liệu của bệnh viện bao gồm những thông tin sau: (1) Chẩn đoán cuối cùng là tắc đại tràng do ung thư đại tràng hoặc nguyên nhân thực thể khác. (2) Được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện. (3) Kết quả giải phẫu bệnh xác định ung thư đại tràng hoặc nguyên nhân thực thể khác. (4) Được chụp CT chẩn đoán trước phẫu thuật theo đúng protocol nghiên cứu.

Sau đó tiến hành thu thập hình ảnh CT trên hệ thống PACS (Picture Archiving and Communication System) của bệnh viện.

Lấy kết quả giải phẫu bệnh của bệnh nhân sau phẫu thuật.

Phương tiện và hệ thống chụp CT của bệnh viện: Máy CT 64 lát cắt và 16 lát cắt tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bình Dân

### 2.3. Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu đã mã hoá, nhập vào máy vi tính theo phần mềm SPSS 16.0. So

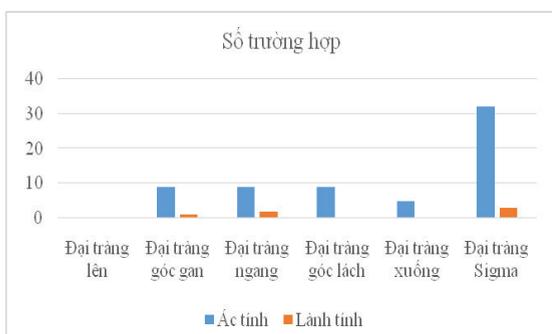
sánh các biến số định lượng bằng T test, ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ . So sánh các biến số định tính bằng Test  $\chi^2$ , ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ .

### 3. KẾT QUẢ

#### 3.1. Đặc điểm hình ảnh tắc đại tràng trên cắt lớp vi tính

Đường kính đại tràng trung bình là 6,7cm với độ lệch chuẩn 1,23. Đường kính lớn nhất 9,58cm, nhỏ nhất 4,35cm. Đường kính đại tràng trung bình trong nhóm có ruột non dẫn là 6,05cm, nhóm không có ruột non dẫn là 7,25cm. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Vị trí tắc: dựa theo vị trí của vùng chuyển tiếp



Biểu đồ 1. Phân bố nhóm bệnh nhân theo vị trí tắc đại tràng

Ở cả hai nhóm tắc đại tràng do nguyên nhân lành tính và ác tính, vị trí tắc thường gặp nhất là đại tràng Sigma, đại tràng lên không gặp trường hợp nào, các vị trí còn lại có tỉ lệ khá đồng đều.

Bảng 1. Dấu hiệu hình ảnh khác trong tắc đại tràng

	Tần số	Tỉ lệ %
Hình ảnh đại tràng dẫn nằm kế đại tràng xẹp	70	100
Hình ảnh vùng chuyển tiếp	70	100
Hình ảnh quai ruột non dẫn	32	45,7

Nhận xét: Hai hình ảnh đặc trưng của tắc đại tràng là đại tràng dẫn nằm kế đại tràng xẹp và vùng chuyển tiếp đều phát hiện được trên CT với tỉ lệ 100%, trong đó thấy được 32 trường hợp có dẫn các quai ruột non (chiếm 45,7%).

#### 3.2. Đặc điểm hình ảnh vùng chuyển tiếp trên cắt lớp vi tính

Bảng 2. Hình thể tổn thương trên CT

Hình thể tổn thương	Tần số	Tỉ lệ %
Dạng khối	0	0
Dạng thâm nhiễm		
+ Lồi	61	87,1
+ Phẳng	3	4,3
+ Lõm	6	8,6
Tổng	70	100

Tất cả 70 trường hợp đều quan sát được vùng chuyển tiếp trên hình ảnh CT. Trong đó, hình thể dạng thâm nhiễm lồi thường gặp nhất (87,1%), hình thể dạng khối không gặp trường hợp nào.

Bảng 3. Tính chất bắt thuốc của tổn thương trên CT

Tính chất bắt thuốc	Tần số	Tỉ lệ %
Bắt thuốc kém	0	0
Bắt thuốc vừa	2	2,9
Bắt thuốc mạnh	68	97,1
Tổng	70	100

Phần lớn các tổn thương bắt thuốc mạnh (97,1%), tổn thương bắt thuốc vừa chiếm tỉ lệ rất thấp (2,9%), không gặp trường hợp nào bắt thuốc kém.

Bảng 4. Kích thước tổn thương theo chiều dọc

Chiều dài tổn thương	Tần số	Tỉ lệ %
< 50mm	45	64,3
≥ 50mm	25	35,7
Tổng	70	100

Chiều dài của tổn thương nhóm < 50mm chiếm đa số với 64,3%. Chiều dài trung bình của tổn thương là 48,8mm với độ lệch chuẩn 2,35. Chiều dài thấp nhất là 20mm và dài nhất là 154,2mm.

Bảng 5. Kích thước tổn thương theo chiều ngang

Chiều ngang tổn thương	Tần số	Tỉ lệ %
< 10mm	9	12,9
10-30mm	60	85,7
>30mm	1	1,4
Tổng	70	100

Chiều ngang của tổn thương nhóm 10-30mm chiếm đại đa số (85,7%), thấp nhất 4,9mm, cao nhất 33mm. Chiều ngang trung bình của tổn thương là 13,6mm với độ lệch chuẩn 0,45.

**Bảng 6.** Hình ảnh thâm nhiễm mỡ quanh tổn thương trên CT

Thâm nhiễm mỡ	Tần số	Tỉ lệ %
Dạng kính mờ	1	1,4
Dạng đường (lưới)	14	20
Dạng nốt-lưới	55	78,6
Không thâm nhiễm mỡ	0	0
Tổng	70	100

Nhận xét: Tất cả các trường hợp đều quan sát thấy thâm nhiễm mỡ kèm theo, trong đó chủ yếu là thâm nhiễm mỡ dạng nốt-lưới (78,6%), chỉ có 1 trường hợp có thâm nhiễm mỡ dạng kính mờ.

**Bảng 7.** Hình ảnh CT đánh giá giai đoạn T của tổn thương

Mức độ xâm lấn	Tần số	Tỉ lệ %
T <sub>≤2</sub>	0	0
T <sub>3</sub>	34	53,1
T <sub>4</sub>	30	46,9
Tổng	64	100

Trong số 64 tổn thương ung thư đại tràng, giai đoạn T<sub>3</sub> chiếm tỉ lệ cao nhất (53,12%). Không tổn thương giai đoạn T<sub>≤2</sub> nào được phát hiện.

#### 4. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm hình ảnh tắc đại tràng trên cắt lớp vi tính

Bàn về các dấu hiệu tắc đại tràng trên CT, đa số các nghiên cứu sử dụng hai dấu hiệu chính là đại tràng giãn nằm kế đại tràng xẹp và vùng chuyển tiếp. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Đức Huy, hình ảnh đại tràng giãn nằm kế đại tràng xẹp hiện diện 42 trong số 44 trường hợp (chiếm tỉ lệ 95,5%), hình ảnh vùng chuyển tiếp hiện diện 41 trong số 44 trường hợp (chiếm tỉ lệ 93,2%) [2]. Đây cũng là hai hình ảnh chính và có tỉ lệ xuất hiện cao nhất so với các hình ảnh khác. Với Lê Huy Lưu, việc dựa vào hai tiêu chuẩn hình ảnh trên có thể chẩn đoán chính xác đến 97,3% trường hợp [1]. Trong nghiên cứu

của chúng tôi, hai dấu hiệu hình ảnh trên hiện diện trong tất cả các trường hợp và đều được phát hiện trên CT với tỉ lệ 100%, một lần nữa khẳng định vai trò ưu việt của CT trong việc đánh giá các dấu hiệu tắc đại tràng.

Giá trị đường kính đại tràng dần là thay đổi theo các nghiên cứu khác nhau. Cụ thể, trong nghiên cứu của Frager, đại tràng được gọi là giãn khi đường kính ở manh tràng, đại tràng ngang và đại tràng chậu hông lần lượt lớn hơn 10cm, 5,5cm, 4,5cm [12]. Với Taourel thì đại tràng giãn là khi đường kính lớn hơn 8cm, do trong một số trường hợp liệt ruột, ruột có thể giãn đến 5cm [16]. Nghiên cứu của tác giả Conder thì cho rằng đại tràng giãn lớn trên 6cm mới là bất thường [10]. Tác giả Huang trong nghiên cứu của mình cho ra được con số trung bình của kích thước đại tràng giãn là 5,98cm [13]. Một nghiên cứu trong nước của Trần Đức Huy cho ra kết quả ngưỡng chẩn đoán đại tràng giãn là 4,5cm, với độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 97,8% và 93,3% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi trên 70 trường hợp tắc đại tràng, đường kính trung bình của đại tràng là 6,7cm. Kết quả này là khá tương đồng với các nghiên cứu nước ngoài nêu trên, phù hợp với ngưỡng chẩn đoán tắc đại tràng của tác giả Trần Đức Huy.

Trong nghiên cứu của Frager, CT chẩn đoán chính xác được vị trí tắc 44 trên 47 trường hợp (chiếm tỉ lệ 94%) [11]. Tác giả Beattie trong 22 trường hợp tắc đại tràng, CT chẩn đoán đúng vị trí tắc 18 trường hợp, chiếm tỉ lệ 81,8%, vị trí tắc nhiều nhất là đại tràng Sigma (50%) [9]. Nghiên cứu khảo sát các trường hợp tắc đại tràng do nguyên nhân ác tính của tác giả Angelelli xác định chính xác được 100% vị trí tắc, theo thứ tự nhiều nhất là đại tràng xuống (40,7%), đại tràng Sigma (37%), đại tràng lên (18,6%), đại tràng ngang (3,7%) [6]. Tại Việt Nam, tác giả Trần Đức Huy nghiên cứu trên 46 trường hợp tắc đại tràng cho kết quả CT chẩn đoán chính xác được vị trí tắc trong 41 trường hợp, chiếm tỉ lệ 89,1%, tắc nhiều nhất là ở đại tràng Sigma với tỉ lệ 41,3% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khả năng chẩn đoán chính xác vị trí tắc đại tràng của CT lên đến 100%, trong đó đại tràng Sigma là vị trí tắc có tỉ lệ cao nhất (50%). Kết quả này là phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước khác, cho thấy

CT có khả năng chẩn đoán chính xác vị trí tắc đại tràng.

#### **4.2. Đặc điểm hình ảnh vùng chuyển tiếp trên cắt lớp vi tính**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả đều là tổn thương dày thành thâm nhiễm, không thấy tổn thương dạng khối. Trong đó, đa số là tổn thương dạng thâm nhiễm lồi (chiếm tỉ lệ 87,1%). Kết quả này là khá tương đồng với nghiên cứu của Angelelli, nghiên cứu trên các trường hợp tắc ruột (chủ yếu là tắc ruột non, chiếm 2/3 số trường hợp), tác giả kết luận hình ảnh vùng chuyển tiếp dạng lồi phản ánh nguyên nhân ác tính (độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác lần lượt là 87%, 100% và 97%) [8]. Một nghiên cứu khác của Angelelli về hình ảnh vùng chuyển tiếp lồi (“protruding lips”) trên CT trong các trường hợp tắc ruột cũng cho kết quả tương tự rằng dấu hiệu này rất có ích trong việc phân biệt tổn thương lành và ác tính, khi có sự xuất hiện của dấu hiệu này tại vùng chuyển tiếp, khả năng tổn thương là ác tính lên đến 100%, ngược lại khi không thấy dấu hiệu này thì khả năng tổn thương là lành tính lên đến 90% [7].

Về tính chất ngấm thuốc cản quang, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tất cả tổn thương tại vùng chuyển tiếp đều ngấm thuốc cản quang sau tiêm, hầu hết là ngấm thuốc mạnh thì động mạch (chiếm tỉ lệ 97,1%). Nghiên cứu của W.Hundt trên 37 bệnh nhân ung thư đại trực tràng cho thấy phần lớn các tổn thương ung thư đều ngấm thuốc cản quang mạnh (trung bình từ 84,8HU đến 122,5HU), nhiều hơn so với thành ruột bình thường (trung bình 72,8HU) trong thì động mạch, và sự ngấm thuốc cản quang này tăng theo giai đoạn của khối u, tác giả kết luận rằng độ nhạy của dấu hiệu ngấm thuốc cản quang giúp phát hiện tổn thương ung thư trong thì động mạch là 97,2% và ở thì tĩnh mạch là 81,6% [14].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương được đo kích thước trên CT theo cả hai chiều dọc và ngang. Chiều dài trung bình của tổn thương là 48,8mm với độ lệch chuẩn 2,35. Chiều dài thấp nhất là 20mm và dài nhất là 154,2mm. Chiều dài của tổn thương nhóm < 50mm chiếm đại đa số với 64,3%. Theo nghiên cứu của Trần Hiếu Học và cộng sự về kết quả phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại tràng, phần lớn khối u nhỏ

hơn 5 cm chiếm tỷ lệ cao 60,3%, từ 5-10 cm chiếm tỷ lệ 25,4% và trên 10 cm chiếm tỷ lệ 3,2% [4]. Điều này có thể cho thấy trong tắc đại tràng do ung thư đại tràng, tổn thương u có xu hướng phát triển theo chu vi lòng ruột hơn là theo chiều dọc của lòng ruột, từ đó gây hẹp và cản trở sự lưu thông của lòng ruột, phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh.

Đối với chiều ngang của tổn thương, hay độ dày của thành ruột tại tổn thương, có kích thước trung bình là 13,6mm với độ lệch chuẩn 0,45, thấp nhất 4,9mm, dày nhất 33mm. Chiều ngang của tổn thương nhóm 10-30mm chiếm đại đa số (85,7%). Độ căng của thành đại tràng rất quan trọng đối với việc đo độ dày thành đại tràng bình thường. Khi khung đại tràng căng phồng lên, bề dày thành đại tràng là nhỏ hơn 3 mm. Trên CT được thực hiện trong điều kiện tối ưu, độ dày của thành đại tràng thường được coi là bình thường lên đến 3 mm và bệnh lý là trên 5mm. Nghiên cứu của A. Akbas và các cộng sự về hình ảnh dày thành trên hai nhóm bệnh nhân với nguyên nhân lành tính và ác tính cho kết quả ở nhóm lành tính có độ dày trung bình là  $9,43 \pm 3,89\text{mm}$  và ở nhóm ác tính là  $16,21 \pm 10,3\text{mm}$ , sự khác biệt trên có ý nghĩa về mặt thống kê, tổn thương ác tính có xu hướng dày hơn so với lành tính. Tác giả cho ra kết luận rằng độ dày thành đại tràng có thể được xem như một dấu hiệu nguy cơ độc lập cho ung thư đại tràng, với điểm cutoff là 9mm (độ nhạy 82%, độ đặc hiệu 65%), tuy nhiên vẫn cần thêm các dữ kiện khác để bổ sung chẩn đoán như Hb, NLR, and MPV [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các tổn thương có chiều dày lớn hơn 5mm, phù hợp với tình trạng hiện diện bệnh lý tại vùng chuyển tiếp. Kích thước bề dày trung bình của nhóm các tổn thương ác tính là  $13,8 \pm 0,6\text{mm}$ , của nhóm các tổn thương lành tính là  $11,5 \pm 1,8\text{mm}$ , khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của A.Akbas, tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm trên trong nghiên cứu của chúng tôi là không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

Kết quả là toàn bộ các trường hợp đều có thể nhận diện được tình trạng thâm nhiễm mỡ quanh tổn thương tại vùng chuyển tiếp. Trong đó, thâm nhiễm mỡ dạng nốt lưới chiếm tỉ lệ cao nhất là. Tuy nhiên dấu hiệu này lại phụ thuộc khá lớn vào tình trạng mỡ trong ổ bụng, mỡ

quanh tổn thương của bệnh nhân. Nói một cách khác nếu bệnh nhân gầy, ổ bụng ít mỡ sẽ gây hạn chế trong việc quan sát, nhận diện và khó xác định tình trạng thâm nhiễm mỡ trên hình.

## 5. KẾT LUẬN

Tất cả các trường hợp tắc đại tràng đều hiện diện hai dấu hiệu chính là đại tràng giãn nở kèm đại tràng xẹp và có vùng chuyển tiếp với tỉ lệ 100%, đường kính đại tràng thay đổi và phụ thuộc vào tình trạng giãn các quai ruột non kèm

theo, trung bình là  $6,7 \pm 1,23$ cm. Vị trí tắc thường gặp nhất là đại tràng Sigma. Đối với tắc đại tràng do nguyên nhân ung thư đại tràng, chúng tôi nhận thấy rằng hình ảnh tại vùng chuyển tiếp trên CT có các đặc điểm như sau: hình dạng thâm nhiễm lồi (93,8%), bắt thuốc cản quang mạnh thì động mạch (100%), kích thước theo chiều dọc (chiều dài) < 50mm (68,8%), thâm nhiễm mỡ xung quanh dạng nốt lưới (82,8%). Tất cả các tổn thương ung thư đại tràng trong nghiên cứu đều vượt quá giai đoạn T2.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Huy Lư (2008). “Vai trò của CT scan trong chẩn đoán tắc ruột cơ học ở người lớn”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
2. Trần Đức Huy (2014), “Vai trò của chụp cắt lớp điện toán trong chẩn đoán tắc đại tràng”, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
3. Nguyễn Văn Hải (2003). “Giá trị của X quang bụng không sửa soạn trong chẩn đoán tắc ruột cơ học ở người lớn”, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
4. Trần Hiếu Học, Trần Quế Sơn (2015). “Kết quả phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại tràng tại bệnh viện Bạch Mai”. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 96(4), tr.91-97.
5. Akbas A., Bakir H., Dasiran M. F., et al (2019). “Colonic Wall Thickening Reported in Abdominal CT: Does It Always Imply Malignancy?”.
6. Gastroenterology Research and Practice, 2019 (2): 2492097.
7. Angelelli G., Moschetta M., Binetti F., et al (2010). “Prognostic value of MDCT in malignant large-bowel obstructions”. Radiol Med, 115(5), pp.747-57.
8. Angelelli G., Moschetta M., Sabato L., et al (2011). “Value of “protruding lips” sign in malignant bowel obstructions”. European Journal of Radiology 80, pp.681-685.
9. Angelelli G., Moschetta M., Cosmo T., et al (2012). “CT diagnosis of the nature of bowel obstruction: morphological evaluation of the transition point”. Radiol med, 117, pp.749-758.
10. Beattie G.C., Peters R.T., Guy S., et al (2007). “Computed Tomography in the assessment of suspected large bowel obstruction”. ANZ J. Surg, 77, pp.160-165.
11. Conder Gabriel (2009). “A-Z of abdominal radiology”, Cambridge University Press Cambridge, pp.xiii, 351p.
12. Frager D., Rovno H.D.S., Baer J.W., et al (1998). “Prospective evaluation of colonic obstruction with computed tomography”. Abdom Imaging, 23, pp.141-146.
13. Frager D. (2002). “Intestinal obstruction Role of CT”. Gastroenterol Clin N Am, 31, pp.777-799.
14. Huang Chun Chao, Yang Fei Shih (2012). “The Value of Urgent Barium Enema and Computed Tomography in Acute Malignant Colonic Obstruction: Is Urgent Barium Enema Still Necessary?”. J Radiol Sci, 37, pp.105-110.
15. Hundt W., Braunschweig R., Reiser M. (1999). “Evaluation of spiral CT in staging of colon and rectum carcinoma”. Eur Radiol, 9(1), pp.78-84.
16. Sharma S.K., Milsom J.W. (2014). “The evolution of surgery for the treatment of malignant large bowel obstruction”. Techniques in Gastrointestinal Endoscopy. Elsevier Inc.
17. Taourel P., Kessler N., Lesnik A., et al (2003). “Helical CT of large bowel obstruction”. Abdom Imaging, 28, pp.267-275.