

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

TÓM TẮT

Nguyễn Tuấn Cảnh^{1*}

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 năm 2023 được chẩn đoán là lồng ruột và có chỉ định tháo lồng bằng hơi.

Kết quả: Giới tính: nam 50/88 (56,8%), nữ 38/88 (43,2%). Nhóm tuổi: trẻ < 12 tháng là 15/88 (17,0%), từ 12-24 tháng chiếm 26/88 (29,5%). Tiền sử mắc lồng ruột: 13/88 (14,8%) trẻ bị lồng ruột tái phát. Dấu hiệu lâm sàng khi nhập viện của trẻ: hầu hết các trẻ đều có dấu hiệu đau bụng, quấy khóc chiếm 88/88 (100%), nôn ói chiếm 58/88 (65,9%), có 4/88 (4,5%) trẻ đi tiêu phân đẫm máu. Khám thực thể ghi nhận: đa số trẻ không có dấu hiệu mất nước chiếm 72/88 (81,8%); có 24/88 (27,3%) trẻ bị chướng bụng và khi thăm khám sờ được khối lồng ruột chiếm 71/88 (80,7%). Tình trạng toàn thân của trẻ lúc nhập viện: bỏ bú chiếm 9/88 (10,2%). Kết quả siêu âm ghi nhận 88/88 (100%) phát hiện hình ảnh khối lồng. Đa số các trường hợp đều được tháo lồng bằng hơi thành công trong lần đầu chiếm 81/88 (92,0%), có 7/88 (8,0%) phải tháo từ 2 lần trở lên.

Kết luận: Các dấu hiệu lâm sàng: đau bụng, quấy khóc chiếm 100%. Dấu hiệu thực thể: sờ được khối lồng ruột khi thăm khám chiếm 80,7%. Dấu hiệu toàn thân: chưa điển hình do bệnh nhi đến sớm, chỉ có dấu hiệu trẻ bỏ bú chiếm 10,2%. Cận lâm sàng: Siêu âm bụng phát hiện khối lồng ruột chiếm 100%. Kết quả tháo lồng bằng hơi: thành công trong 1 lần tháo chiếm 92,0%; tháo 2 lần trở lên chiếm 8,0%. Phương pháp tháo lồng bằng hơi điều trị lồng ruột ở trẻ em là một phương pháp an toàn, hiệu quả và dễ thực hiện.

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

1. Trường Đại học Ngoại ngữ - Tin học Thành Phố Hồ Chí Minh

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Tuấn Cảnh

Email: canhnt@hufit.edu.vn

Ngày nhận bài: 10/01/2026

Ngày phản biện: 3/3/2026

Ngày duyệt bài: 7/3/2026

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

ABSTRACT

Objective: Survey of clinical and paraclinical characteristics of intussusception in children; Evaluate the results of treatment by pneumatic debulking in children.

Method: Descriptive retrospective study of all children hospitalized in Can Tho Children's Hospital diagnosed with intussusception and indicated for pneumatic debulking in 2023.

Results: Gender: male 50/88 (56.8%), female 38/88 (43.2%). Age group: children < 12 months old accounted for 15/88 (17.0%), from 12-24 months accounted for 26/88 (29,5%). History of intussusception: 13/88 (14.8%) of children had recurrent intussusception. Clinical signs of children when admitted: all children had signs of abdominal pain, crying accounted for 88/88 (100%), vomiting accounted for 58/88 (65.9%), 4/88 (4.5%) of children had bloody stools. Physical examination showed: most children had no signs of dehydration accounted for 72/88 (81.8%); 24/88 (27.3%) of children had abdominal distension and when examined, a palpable mass accounted for 71/88 (80.7%). General condition of children when admitted: refusal to breastfeed 9/88 (10.2%). Ultrasound results showed that 88/88 (100%) of children had detected images of the mass through ultrasound. Most cases were successfully removed by air on the first attempt, accounting for 81/88 (92.0%), 7/88 (8.0%) had to be removed 2 or more times.

Conclusion: Clinical signs: especially abdominal pain and crying, accounting for 100%. Physical signs: palpable intussusception mass during examination, accounting for 80.7%. General signs: not typical because the patient arrived early, only signs of the child refusing to breastfeed, accounting for 10.2%. Paraclinical: abdominal ultrasound detected intussusception mass, accounting for 100%. Results of removing intussusception by air: successful in 1 removal, accounting for 92.0%; removal 2 or more times: 8.0%. The method of pneumatic debulking for treating intussusception in children is a safe, effective and easy method.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lồng ruột (LR) 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 [1]. LR 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 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, LR 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% [2]. Ngày nay, việc tháo lồng bằng bơm hơi được sử dụng phổ biến thay cho tháo lồng bằng Baryt và phẫu thuật [3]. Tháo lồng bằng hơi có nhiều ưu điểm như nhanh, rẻ và ít xâm lấn, tỷ lệ thành công rất cao như: Lâm Thùy Đoan và cộng sự có tỷ lệ thành công là 95,7%, Lê Phước Lộc và cộng sự có tỷ lệ thành công là 97,6%, Tạ Vũ Quỳnh và cộng sự có tỷ lệ thành công là 98,35%[1],[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 với phương pháp này, tuy nhiên gần đây vẫn chưa có nghiên cứu thực hiện nhằm đánh giá lại kết quả của phương pháp này. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành nhằm mục đích khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh LR ở trẻ em và đánh giá kết quả của phương pháp tháo lồng bằng hơi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2023.

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
	12 - 24 tháng	26	29,5
	25 - 36 tháng	29	33,0
	37 - 48 tháng	11	12,5
	49 - 60 tháng	7	8,0
	Trung bình: 26,6 ± 12,4 tháng (3 - 52 tháng)		
Tiền sử LR	Có	1 lần	7 8,0
		≥ 2 lần	6 6,8
	Không	75	85,2
Tiền sử bệnh	Nhiễm trùng hô hấp	8	9,1
	Nhiễm trùng tiêu hóa	11	12,5
	Không	69	78,4

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 LR và có chỉ định tháo lồng bằng hơi.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

+ Bệnh nhi được điều trị LR bằng phương pháp tháo lồng bằng hơi tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ..

+ Có đầy đủ các thông tin, hồ sơ bệnh án cần nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhi có tình trạng shock, viêm phúc mạc, nhiễm trùng nặng.

- **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 lựa tất cả những bệnh nhi được chẩn đoán là LR 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.

- **Tháo lồng thất bại:** Khi tháo lồng bằng hơi với áp lực bơm hơi tối đa 120mmHg, trong 3 lần, mỗi lần cách nhau 3 phút nhưng vẫn không tháo được khối lồng, phải chuyển mổ.

- **Xử lý số liệu:** Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các test có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

Nhận xét: Bệnh nhi bị LR phân bố cao nhất ở độ tuổi 25 - 36 tháng với 33,0% và thấp nhất ở độ tuổi 49 - 60 tháng với 8,0%. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $26,6 \pm 12,4$ tháng tuổi, nhỏ nhất là 03 tháng tuổi và lớn nhất là 52 tháng tuổi. LR xảy ra nhiều hơn ở bé trai với 56,8% so với bé gái là 43,2%, tỷ lệ nam/nữ $\approx 1,32$. Tiền sử bị LR chiếm 14,8%, trong đó có 8,0% có tiền sử LR 01 lần và 6,8% LR từ 2 lần trở lên. Tiền sử bệnh nhi nhiễm trùng đường tiêu hóa chiếm 12,5% và tiền sử nhiễm trùng hô hấp chiếm 9,1%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lồng ruột

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh lồng ruột

Đặc điểm lâm sàng		Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	
Đau bụng, quấy khóc	Có	88	100	
	Không	0	0,0	
Nôn	Có	58	65,9	
	Không	30	34,1	
Tiêu phân nhầy máu	Có	4	4,5	
	Không	84	95,5	
Dấu hiệu mất nước	Có	16	18,2	
	Không	72	81,8	
Bụng chướng	Có	Chướng nhẹ	17	19,3
		Chướng vừa	7	8,0
	Không	64	72,7	
Sờ có khối lồng	Có	71	80,7	
	Không	17	19,3	
Sốt	Có	17	19,3	
	Không	71	80,7	
Chán ăn, bỏ bú	Có	9	10,2	
	Không	79	89,8	
Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện	< 6h	19	21,6	
	6 - 12h	33	37,5	
	13 - 24h	13	14,8	
	> 24h	23	26,1	

Nhận xét: Tất cả các trẻ đều có dấu hiệu đau bụng, quấy khóc chiếm 100%, nôn chiếm 65,9%, chỉ có 4,5% trẻ đi tiêu phân đàm máu. Đa số bệnh nhi không có dấu hiệu mất nước chiếm 81,8%. Bụng chướng ghi nhận được ở 24 trẻ với 27,3%, trong đó có 19,3% trẻ bị chướng nhẹ và 8% bị chướng vừa. Thăm khám sờ được khối lồng chiếm tỷ lệ cao với 80,7%. Tình trạng trẻ có sốt lúc nhập viện chiếm 19,3%. Bệnh nhi chán ăn, bỏ bú chiếm 10,2%. Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện chiếm đa số ở nhóm 6 - 12 giờ với 37,5%, số bệnh nhi nhập viện trong vòng 24 giờ chiếm 73,9%.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng		Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
Siêu âm có hình ảnh LR	Có	88	100
	Không	0	0,0
Chiều dài khối lồng trên siêu âm	< 40 mm	9	10,2
	40 - 60 mm	63	71,6
	> 60 mm	16	18,2
	Trung bình: $51,5 \pm 8,47$ (30 - 70 mm)		

Đặc điểm cận lâm sàng		Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)
Đường kính khối lồng trên siêu âm	≤ 20 mm	0	0,0
	20 – 30 mm	86	97,7
	> 30 mm	2	2,3
	Trung bình: 29,8 ± 3,85 (20 - 43 mm)		
Cấu trúc khối lồng trên siêu âm	Đơn giản	73	83,0
	Phức tạp	15	17,0
Số lượng bạch cầu	Tăng	48	54,5
	Bình thường	40	45,5

Nhận xét: Kết quả siêu âm ghi nhận hình ảnh khối lồng ở tất cả các trường hợp. Chiều dài khối lồng trung bình trên siêu âm là 51,5 ± 8,47 mm, chiều dài khối lồng ngắn nhất là 30 mm, chiều dài khối lồng dài nhất là 70 mm, chiều dài khối lồng nhóm 40 - 60 mm chiếm cao nhất với 71,6%. Đường kính khối lồng trung bình trên siêu âm là 29,8 ± 3,85 mm, đường kính khối lồng nhỏ nhất là 20 mm, đường kính khối lồng lớn nhất là 43 mm. Cấu trúc khối lồng trên siêu âm dạng đơn giản chiếm 83,0%. Bệnh nhi có tăng số lượng bạch cầu chiếm 54,5%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 4. Kết quả điều trị bằng phương pháp tháo lồng bằng hơi

Đặc điểm		Số bệnh nhi	Tỷ lệ (%)	
Kết quả tháo lồng	Thành công	Tháo 1 lần	81	92,0
		Tháo ≥ 2 lần	7	8,0
	Thất bại, chuyển mổ		0	0,0
	Xây ra biến chứng (vỡ ruột, ...)		0	0,0
Diễn biến sau tháo lồng	Diễn biến tốt		86	97,7
	Diễn biến chưa tốt		2	2,3

Nhận xét: Tất cả bệnh nhi đều được tháo lồng bằng hơi thành công. Tháo lồng thành công lần đầu chiếm 92%, có 8,0% phải tháo từ 2 lần trở lên. Không có xảy ra tai biến, biến chứng. Theo dõi tình trạng sau tháo lồng có 97,7% diễn tiến tốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Về giới tính của trẻ, chúng tôi ghi nhận nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ ≈ 1,32. Kết quả này phù hợp các tác giả khác. Lê Phước Lộc ghi nhận nam giới chiếm 57%, nam/nữ ≈ 1,33 [1]. Nguyễn Văn Sách ghi nhận nam giới chiếm đa số với 71,8%, nam/nữ ≈ 2,54 [5]. Lâm Thùy Đoan ghi nhận nam giới chiếm đa số với 53,1%, nam/nữ ≈ 1,13 [2]. Đỗ Thị Bích Nga ghi nhận nam giới chiếm đa số với 58,7%, nam/nữ ≈ 1,42 [6].

Chúng tôi nhận thấy bệnh nhi bị LR phân bố cao nhất ở độ tuổi 25 - 36 tháng với 33,0% và thấp nhất ở độ tuổi 49 - 60 tháng với 8,0%. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 26,6 ± 12,4 tháng tuổi, nhỏ nhất là 03 tháng tuổi và lớn nhất là 52 tháng tuổi. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Tạ Vũ Quỳnh, Hồ Hữu Thiện và Lâm Thùy Đoan [4],[7]. Lâm Thùy Đoan ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhi là 24,25, lứa tuổi thường gặp nhất là 13 - < 24

tháng tuổi với 37,7% [2]. Lê Phước Lộc ghi nhận trẻ <12 tháng chiếm 23,3%, từ 12-24 tháng chiếm 25,5% và trẻ >24 tháng chiếm tỷ lệ 51,2% [1]. Một số tác giả ghi nhận tuổi trung bình thấp hơn chúng tôi. Nguyễn Văn Sách ghi nhận tuổi trung bình nhỏ là 13,13 ± 5,93 tháng [5]. Đỗ Thị Bích Nga ghi nhận tuổi trung bình ở nhóm tháo lồng bằng hơi là 17,1 ± 7,7 tháng [6]. Sự khác biệt này là do thời gian và số lượng của mẫu nghiên cứu không giống nhau.

Tiền sử bị LR chiếm 14,8%, trong đó có 8,0% có tiền sử LR 01 lần và 6,8% LR từ 2 lần trở lên. Tác giả Nguyễn Văn Sách có 16 trường hợp có tiền sử LR chiếm 6,5%, trong đó, 1 lần có 8 cas, 2 lần có 3 cas và 3 lần có 5 cas [5]. Đỗ Thị Bích Nga ghi nhận bệnh nhi có tiền sử bệnh LR là 13,7% [6]. Trẻ có tiền sử bị LR tái phát không ảnh hưởng đến kết quả điều trị, những trẻ đã từng bị LR thường người nhà đã từng biết các dấu hiệu bệnh lý của trẻ, có thể

đưa trẻ đến sớm để điều trị, tránh tình trạng đến muộn dẫn đến các biến chứng.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Các trẻ mắc bệnh LR có các triệu chứng như: đau bụng, quấy khóc, nôn ói, có tiêu phân đàm máu. Dấu hiệu đau bụng, quấy khóc của chúng tôi chiếm 100%, nôn chiếm 65,9% và tiêu phân nhầy máu ít gặp với 4,5%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các tác giả khác. Nghiên cứu của các tác giả Tạ Vũ Quỳnh và Hồ Hữu Thiện ghi nhận 100% bệnh nhi có đau bụng, quấy khóc [4],[7]. Lê Phước Lộc ghi nhận đau bụng, quấy khóc chiếm rất cao với 97,7%, nôn chiếm 66,3% và tiêu phân nhầy máu ít gặp hơn với 17,4% [1]. Lâm Thuỳ Đoan ghi nhận đau bụng, khóc thét chiếm nhiều nhất với 95,1%, nôn hay ọc sữa chiếm 69,8% và tiêu máu ít gặp hơn với 22,2% [2]. Tiêu máu là một yếu tố nguy cơ quan trọng liên quan đến hoại tử ruột. Tiêu máu xuất hiện khi các mạch máu mạc treo bị chèn ép dẫn đến tắc tĩnh mạch và phù nề thành ruột kể đến là các mạch máu suy yếu rồi vỡ và xuất huyết vào lòng ruột khiến cho phân có lẫn nhầy máu [8]. Tiêu máu có độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán và là một trong các dấu hiệu dự đoán tháo lồng thất bại [9]. Giữa độ tuổi và triệu chứng tiêu máu có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê, càng nhỏ tuổi càng dễ xuất hiện tiêu máu [8],[10]. Tam chứng LR (đau bụng/khóc thét, nôn/ọc sữa và tiêu máu) có giá trị chẩn đoán LR cao mặc dù tỉ lệ xuất hiện thấp (10% - 20%) [11], nhưng ở một vài trường hợp trẻ đến sớm và trẻ lớn thì đây không phải là tiêu chuẩn duy nhất để chẩn đoán. Tỉ lệ tam chứng của chúng tôi là 4,5% thấp hơn các nghiên cứu khác: Aoki (cỡ mẫu 105, tỉ lệ tam chứng lồng ruột 23,8%) [8], Ondhia (cỡ mẫu 209, tỉ lệ tam chứng lồng ruột 17%) [12]. Theo Hồ Hữu Thiện và Huỳnh Thuỳ Đoan thì tam chứng LR là một yếu tố dự đoán tháo lồng thất bại [2],[7]. Các triệu chứng thực thể và toàn thân không điển hình do bệnh nhi đến sớm chưa có biểu hiện nặng, tuy nhiên khám thực thể sờ được khối lồng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao với 80,7%, đây là một trong những dấu hiệu lâm sàng để chẩn đoán xác định lồng ruột ở trẻ. Lê Phước Lộc cũng ghi nhận dấu hiệu sờ được khối lồng chiếm tỷ lệ cao với 95,3% [1]. Hồ Hữu Thiện và Lâm Thuỳ Đoan có tỷ lệ sờ chạm khối lồng thấp hơn với tỷ lệ lần lượt là 42,3% và 39,5% [2],[7].

Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện của trẻ được ghi nhận chủ yếu là nhóm 6 - 12 giờ với 37,5%, số bệnh nhi nhập viện trong vòng 24 giờ chiếm 73,9%. Tác giả Lâm Thuỳ Đoan có tỷ lệ bệnh

nhi nhập viện trong vòng 24 giờ chiếm 54,3%, trong vòng 24-48 giờ chiếm 42,0% và 3,7% nhập viện sau 48 giờ [2]. Lê Phước Lộc ghi nhận số bệnh nhi nhập viện trong vòng 48 giờ sau khởi phát chiếm đến 89,5% [1]. Đỗ Thị Bích Nga ghi nhận thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện trung bình ở nhóm tháo lồng bằng hơi là $13,7 \pm 13,9$ [6]. Kết quả của chúng tôi cũng khá tương đồng với các nghiên cứu khác. Điều đó là do đối tượng mắc bệnh là trẻ em nên việc phát hiện những bất thường của trẻ là rất sớm. Khi có biểu hiện trẻ đang chơi bỗng nhiên quấy khóc do cơn co thắt ruột hoặc trẻ bỏ bú kèm nôn ói là người nhà lập tức đưa trẻ đến cơ sở y tế ngay. Tuy nhiên vẫn còn một số trường hợp chủ quan, khi phát hiện trẻ có biểu hiện bệnh thì tự ý mua thuốc uống, do bận công việc không có thời gian quan tâm tới trẻ, hoặc ở vùng sâu, vùng xa ít tiếp cận với chăm sóc y tế... dẫn đến việc đưa trẻ nhập viện trễ.

Phương pháp chẩn đoán có giá trị cao là siêu âm bụng, 100% bệnh nhi đều phát hiện LR qua kết quả siêu âm, dựa vào siêu âm và thăm khám đã có thể chẩn đoán xác định được. Lê Phước Lộc cũng có kết quả tương tự với tỷ lệ phát hiện khối lồng trên siêu âm chiếm 98,8% [1].

4.3. Kết quả điều trị

Kết quả tháo lồng tùy thuộc rất lớn vào thời gian đau đến khi nhập viện, bệnh nhi càng đến sớm, tỷ lệ tháo lồng thành công càng cao. Tất cả bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi đều được tháo lồng bằng hơi thành công. Tháo lồng thành công lần đầu chiếm 92%, có 8,0% phải tháo từ 2 lần trở lên. Không có xảy ra tai biến, biến chứng. Theo dõi tình trạng sau tháo lồng có 97,7% diễn tiến tốt. Kết quả của này cũng tương tự các nghiên cứu của các tác giả khác. Lê Phước Lộc có tỷ lệ tháo lồng bằng hơi thành công chiếm 97,6%, thành công trong 1 lần tháo chiếm 82,5%, tháo 2 lần trở lên chiếm 15,1%, có 2 trường hợp thất bại chiếm tỷ lệ 2,4%, trong đó 1 trường hợp không tháo được người nhà xin chuyển tuyến trên còn 1 trường hợp phải chuyển mổ cấp cứu. Trường hợp mổ mở do bệnh nhi đến trễ, có dấu hiệu nặng (tiêu chảy, bụng chướng hơi, sốt) đã điều trị ở tuyến dưới, sau khi chuyển viện lên BV Sản Nhi Trà Vinh đã xử trí hồi sức, tháo lồng bằng hơi 2 lần không thành công phải chuyển mổ cấp cứu. Quá trình phẫu thuật ghi nhận ổ bụng có dịch, khối lồng ở hố chậu phải lồng vào hồi manh tràng kích thước 50 x 40cm, tháo khối lồng bằng tay, kiểm tra đoạn hồi tràng, đại tràng không thấy bất thường, cắt ruột thừa thứ phát cho bệnh nhi. Kết quả sau phẫu thuật 6 ngày,

bệnh nhi ổn, cho xuất viện [1]. Nghiên cứu của Lâm Thuỳ Đoan có tỉ lệ tháo lồng bằng hơi thành công rất cao 95,7%. Trong số những trường hợp thất bại không có trường hợp nào tử vong. Tỉ lệ tái phát trong lúc nằm viện là 9,9% và tái phát sau khi ra viện 4,3%. Những trường hợp tái phát đều được tháo lồng bằng hơi thành công [2]. Đỗ Thị Bích Nga ghi nhận tỷ lệ thành công ở nhóm tháo lồng bằng hơi là 90,2% [6]. Nhìn chung, qua kết quả nghiên cứu, kết quả tháo lồng bằng hơi tỷ lệ thành công khá cao. Kết quả tháo lồng và tuổi có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê, trẻ có độ tuổi ≤ 12 tháng có tỉ lệ tháo lồng thất bại cao hơn [2],[13],[14]. Tác giả Xiaolong cho rằng tuổi ≤ 12 tháng có tỉ lệ tháo lồng thất bại cao có thể là do khẩu kính của ruột trẻ có kích thước nhỏ nên khối lồng khó tháo [14]. Thời gian vào viện > 24 giờ theo nhiều tác giả là một yếu tố tiên lượng tháo lồng thất bại vì tình trạng bệnh kéo dài dẫn đến khối lồng phù nề nhiều, khó khăn trong việc bơm hơi tháo lồng so với các bệnh nhi nhập viện sớm [13],[4],[7]. Một số tác giả cho rằng cân nặng có mối liên quan với kết quả tháo lồng [2],[14]. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế do chỉ đánh giá đơn trung tâm, không có nhóm đối chứng và chưa phân tích được yếu tố tiên lượng.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp tháo lồng bằng hơi điều trị LR ở trẻ em là một phương pháp an toàn, hiệu quả và dễ thực hiện và tỷ lệ thành công cao. Bơm hơi bằng máy tạo hơi, có thể áp dụng ở những cơ sở có trang bị siêu âm, Xquang và có khả năng phẫu thuật cấp cứu bụng để xử trí các tình huống tháo lồng thất bại hoặc có biến chứng vỡ ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Phước Lộc, Lâm Văn Nút (2024), “Đánh giá kết quả điều trị lồng ruột ở trẻ em với phương pháp tháo lồng bằng hơi tại Khoa Ngoại Nhi - Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh năm 2017”, Tạp chí Y học Việt Nam. 545(3), tr. 74-78.
2. Lâm Thuỳ Đoan, Lê Diệp Hải Dương, Lê Thị Thanh Xuân và cộng sự (2023), “Các yếu tố dự đoán tháo lồng bằng hơi thất bại trong lồng ruột ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố Cần Thơ”, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 62, tr. 76-83.
3. Nguyễn Thị Minh Trang (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm và kết quả điều trị bệnh lồng ruột cấp ở trẻ em, Trường Đại học Y Dược Huế, Huế.
4. Tạ Vũ Quỳnh, Phạm Văn Linh (2018), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm, đánh giá kết quả và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả tháo lồng ruột bằng hơi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2017-2018”, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 16, tr. 1-7.
5. Nguyễn Văn Sách, Phan Văn Bé, Lê Cao Sang và cộng sự (2011), “Kết quả điều trị lồng ruột cấp tính ở nhũ nhi tại Bệnh viện Đa khoa An Giang”, Kỷ yếu Hội nghị Khoa học bệnh viện An Giang. Số tháng 10/2011, tr. 85-92.
6. Đỗ Thị Bích Nga, Lê Cao Sang, Hồ Nguyễn Hoàng và cộng sự (2015), “So sánh kết quả tháo lồng bằng hơi và tháo lồng bằng nước điều trị lồng ruột cấp tính ở nhũ nhi”, Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện An Giang, tr. 54-59.
7. Hồ Hữu Thiện (2020), “Nghiên cứu các yếu tố xác định tháo lồng bằng phẫu thuật ở trẻ em dưới 2 tuổi bị lồng ruột cấp”, Tạp chí Y học Lâm sàng. 59, tr. 26-33.
8. Y. Aoki, A. Iguchi, K. Kitazawa và cộng sự. (2021), “Differences in Clinical Findings Based on the Duration of Symptoms and Age of Children With Ileocolic Intussusception: A Single-Institution Survey in Rural Japan”, *Pediatr Emerg Care.* 37(11), tr. 537-542.
9. H. Y. Huang, X. Z. Huang, Y. J. Han và cộng sự (2017), “Risk factors associated with intestinal necrosis in children with failed non-surgical reduction for intussusception”, *Pediatr Surg Int.* 33(5), tr. 575-580.
10. J. Hu, M. Liu, X. Yu và cộng sự (2019), “Clinical Characteristics of Intussusception with Surgical Reduction: a Single-Center Experience with 568 Cases”, *J Gastrointest Surg.* 23(11), tr. 2255-2262.
11. I. K. Park, M. J. Cho (2021), “Clinical Characteristics According to Age and Duration of Symptoms to Be Considered for Rapid Diagnosis of Pediatric Intussusception”, *Front Pediatr.* 9, tr. 651297.
12. M. N. Ondhia, Y. Al-Mutawa, S. Harave và cộng sự. (2020), “Intussusception: A 14-year experience at a UK tertiary referral centre”, *J Pediatr Surg.* 55(8), tr. 1570-1573.
13. Trần Tấn Lộc (2019), “Đánh giá các yếu tố tiên lượng tháo lồng bằng hơi thất bại trong bệnh lồng ruột ở trẻ em”, Tạp chí Y học Việt Nam. 511, tr. 49-53.
14. X. Xiaolong, W. Yang, W. Qi và cộng sự. (2019), “Risk factors for failure of hydrostatic reduction of intussusception in pediatric patients: A retrospective study”, *Medicine (Baltimore).* 98(1), tr. e13826.