

Giá trị của chụp cắt lớp vi tính bơm thuốc cản quang trực tràng trong chẩn đoán rò miệng nối đại trực tràng sau phẫu thuật ung thư

Diagnostic value of computed tomography with rectal contrast administration in detecting colorectal anastomotic leakage after cancer surgery

Phan Thanh Liêm¹
và Hồ Xuân Tuấn^{2*}

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
²Trường Đại học Kỹ thuật - Y Dược Đà Nẵng

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định giá trị của chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có bơm thuốc cản quang trực tràng trong chẩn đoán rò miệng nối ĐTT sau phẫu thuật điều trị ung thư. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 80 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng nghi ngờ rò miệng nối ĐTT sau phẫu thuật điều trị ung thư, có chụp CLVT bơm thuốc cản quang trực tràng và được phẫu thuật lại. Các dấu hiệu CLVT được đối chiếu với kết quả phẫu thuật để đánh giá giá trị chẩn đoán. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $58,1 \pm 16,2$, nam chiếm 60,0%. Sự vắng mặt của khí tự do trong ổ bụng là dấu hiệu có giá trị loại trừ rò cao nhất (LR- = 0,10; KTC 95%: 0,04 - 0,26). Khí tự do quanh miệng nối là dấu hiệu có giá trị khẳng định rò cao nhất (LR+ = 8,29; KTC 95%: 1,29 - 53,36). CLVT có bơm thuốc cản quang trực tràng có độ nhạy 92,9%, độ đặc hiệu 70,0%, giá trị tiên đoán dương 95,6% và giá trị tiên đoán âm 58,3% (LR+ = 3,10; LR- = 0,10). **Kết luận:** CLVT có bơm thuốc cản quang trực tràng là phương tiện hữu ích trong chẩn đoán rò miệng nối ĐTT sau phẫu thuật ung thư, đặc biệt ở các trường hợp còn nghi ngờ lâm sàng. Tuy nhiên, kết quả âm tính không loại trừ hoàn toàn rò miệng nối và cần được diễn giải kết hợp với lâm sàng.

Từ khóa: Chụp cắt lớp vi tính, thuốc cản quang đường trực tràng, rò miệng nối đại trực tràng.

Summary

Objective: To determine the diagnostic value of CT with rectal contrast administration in detecting colorectal anastomotic leakage after surgery for colorectal cancer. **Subject and method:** A retrospective cross-sectional study was conducted in 80 patients with clinically suspected colorectal anastomotic leakage after cancer surgery, who underwent CT with rectal contrast administration and subsequent reoperation. CT findings were compared with operative findings to evaluate diagnostic performance. **Results:** The mean age was 58.1 ± 16.2 years, and men accounted for 60.0% of the cohort. The absence of free intraperitoneal air had the highest rule-out value for anastomotic leakage (LR- = 0.10; 95% CI: 0.04 - 0.26). Perianastomotic free air had the highest rule-in value (LR+ = 8.29; 95% CI: 1.29 - 53.36). CT with rectal contrast administration showed a sensitivity of 92.9%, a specificity of 70.0%, a positive predictive

Ngày nhận bài: 02/02/2026, ngày chấp nhận đăng: 18/5/2026

* Tác giả liên hệ: hxtuan@dhktyduocdn.edu.vn - Trường Đại học Kỹ thuật - Y Dược Đà Nẵng

value of 95.6%, and a negative predictive value of 58.3% (LR+ = 3.10; LR- = 0.10). *Conclusion:* CT with rectal contrast administration was a useful modality for diagnosing colorectal anastomotic leakage after cancer surgery, particularly in patients with persistent clinical suspicion. However, a negative CT result did not completely exclude anastomotic leakage and should be interpreted in conjunction with the clinical findings.

Keywords: Computed tomography, rectal contrast, colorectal anastomotic leakage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (ĐTT) là bệnh lý ác tính thường gặp của hệ tiêu hóa và là nguyên nhân quan trọng gây bệnh tật, tử vong. Trong điều trị triệt căn, cắt đoạn ĐTT và tái lập lưu thông bằng miệng nối là phương pháp phẫu thuật nền tảng. Tuy nhiên, rò miệng nối vẫn là biến chứng nặng, với tỷ lệ có thể lên đến 15% - 20%, làm tăng bệnh suất, tử vong, kéo dài thời gian nằm viện, tăng nhu cầu dẫn lưu hoặc phẫu thuật lại và có thể trì hoãn điều trị bổ trợ^{1,2}. Do đó, phát hiện sớm và xử trí kịp thời rò miệng nối có ý nghĩa quan trọng trong cải thiện tiên lượng người bệnh.

Chẩn đoán sớm rò miệng nối thường khó khăn do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, trong khi quyết định can thiệp cần dựa trên bằng chứng khách quan. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) bụng chậu hiện là phương tiện hình ảnh được ưu tiên khi nghi ngờ rò miệng nối, nhờ khả năng phát hiện các dấu hiệu như khí tự do, dịch tự do, tụ dịch hoặc khí quanh miệng nối, thâm nhiễm mỡ quanh vùng nối và dấu hiệu trực tiếp là thoát thuốc cản quang ra ngoài lòng ruột³. Tuy vậy, CLVT vẫn có thể âm tính giả, với độ nhạy được ghi nhận khoảng 68% - 73% và giá trị tiên đoán âm khoảng 70%⁴. Một trong những nguyên nhân là thuốc cản quang đường uống không phải lúc nào cũng đến được vị trí miệng nối, đặc biệt ở bệnh nhân liệt ruột hoặc rối loạn nhu động sau mổ. Vì vậy, bơm thuốc cản quang qua đường trực tràng được xem là giải pháp giúp tăng khả năng thuốc tiếp cận vùng miệng nối, cải thiện phát hiện thoát thuốc và giảm các trường hợp kết luận không xác định⁵.

Tại Việt Nam, dữ liệu về giá trị của CLVT có bơm thuốc cản quang trực tràng trong chẩn đoán rò miệng nối ĐTT sau phẫu thuật ung thư còn hạn chế, đồng

thời còn khác biệt về đối tượng nghiên cứu, tiêu chuẩn tham chiếu và quy trình sử dụng thuốc cản quang. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá giá trị của chụp CLVT có bơm thuốc cản quang qua đường trực tràng trong chẩn đoán rò miệng nối ĐTT sau phẫu thuật điều trị ung thư.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Nhóm đối tượng: Nghiên cứu được thực hiện trên 80 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng rò miệng nối đại tràng sau phẫu thuật đại tràng do ung thư đại tràng tại Bệnh viện Bình Dân trong thời gian từ 01/2018 đến 11/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán trên lâm sàng nghi ngờ rò miệng nối sau phẫu thuật điều trị ung thư ĐTT, có chụp CLVT có bơm thuốc cản quang trực tràng, và có kết quả phẫu thuật lại để đối chiếu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bỏ viện trong thời gian điều trị; Bệnh nhân không có kết quả phẫu thuật lại để đối chiếu hoặc không có đầy đủ hồ sơ bệnh án phục vụ nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính (nam/nữ), giai đoạn bệnh (I-IV).

Đặc điểm CLVT ổ bụng: Khí tự do trong ổ bụng; lượng dịch tự do trong ổ bụng (ít, vừa, nhiều).

Đặc điểm CLVT tại miệng nối: Khí tự do quanh miệng nối; thâm nhiễm mỡ quanh miệng nối; mất liên tục thành ruột tại miệng nối; tụ dịch quanh miệng nối; vị trí lỗ rò (đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng sigma, trực tràng).

Kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính: Kỹ thuật chụp CLVT được thực hiện theo quy trình thống nhất hệ thống máy CLVT đa dãy (64 lát, hãng Brilliance TC Philips) tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bình Dân. Bệnh nhân nhịn ăn 4 - 6 giờ trước chụp, được đặt sonde Foley qua hậu môn khoảng 5cm và bơm bóng 10 mL khí để cố định. Thuốc cản quang đường trực tràng là thuốc cản quang i-ốt tan trong nước, pha với NaCl 0,9% theo tỷ lệ 1:20; lượng bơm qua hậu môn từ 100 - 500mL tùy vị trí nghi ngờ rò. Thuốc cản quang tĩnh mạch là thuốc cản quang i-ốt tan trong nước không ion, thể tích 70 - 100mL, tiêm bằng bơm tiêm điện với tốc độ 2 - 3 mL/giây. Chụp thì trước tiêm, thì động mạch sau tiêm 30 - 35 giây và thì tĩnh mạch sau tiêm 60 - 70 giây; độ dày lát cắt 3 - 5mm, tái tạo lát cắt mỏng < 1mm theo mặt phẳng ngang. Cửa sổ bụng: WL = 60, WW = 360. Cửa sổ khí: WL = -600, WW = 1600 trong các trường hợp cần tìm khí tự do trong ổ bụng.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 27.0. Các

biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Kết quả chụp CLVT được đối chiếu với kết quả phẫu thuật theo bảng 2x2 để tính các chỉ số giá trị chẩn đoán gồm độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và tỷ số khả dĩ (LR+ và LR-).

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh của Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch thông qua theo số phiếu 686/TĐHYKPNT-HĐĐĐ ngày 31/05/2022 và Bệnh viện Bình Dân chấp thuận trước khi tiến hành.

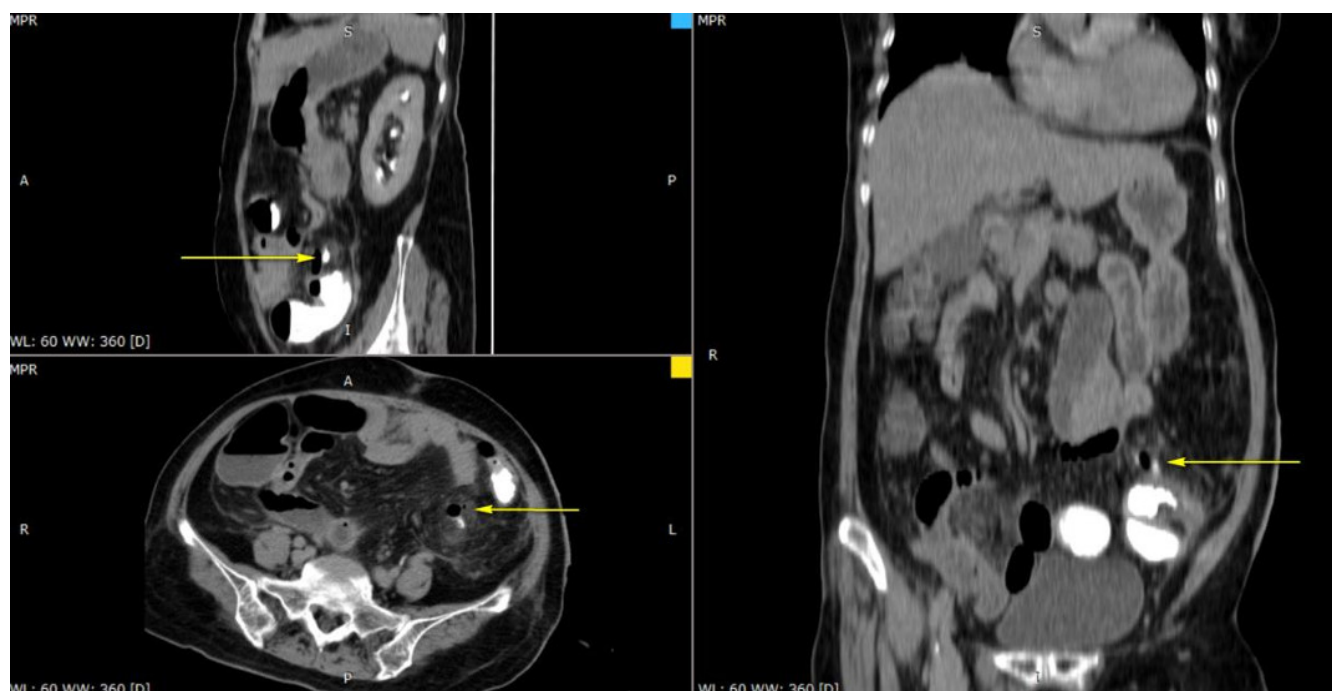
III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 01/2018 đến 11/2022, có 80 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng nghi ngờ rò miệng nối đại trực tràng sau phẫu thuật điều trị ung thư được đưa vào phân tích. Tuổi trung bình là 58,1 $\pm$ 16,2 tuổi, nam giới chiếm 60,0%. Đau bụng vùng phẫu thuật là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất (73,8%), tiếp theo là sốt (68,8%) và dấu hiệu viêm phúc mạc (36,3%). Phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn III-IV (68,7%).

Bảng 1. Đặc điểm cắt lớp vi tính ổ bụng

Đặc điểm (n = 80)		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Khí tự do trong ổ bụng		68	85,0
Thâm nhiễm mỡ trong ổ bụng		36	45,0
Lượng dịch tự do trong ổ bụng	Ít	47	58,8
	Vừa	22	27,4
	Nhiều	11	13,8
Tỷ trọng dịch tự do trong ổ bụng	> 13 HU	61	76,3
	≤ 13 HU	19	23,7

Nhận xét: Trong 80 trường hợp, dấu hiệu CLVT gặp nhiều nhất là khí tự do trong ổ bụng (85,0%). Dịch tự do chủ yếu là mức độ ít (58,8%) và đa số dịch tự do ổ bụng có tỷ trọng >13 HU (76,3%).

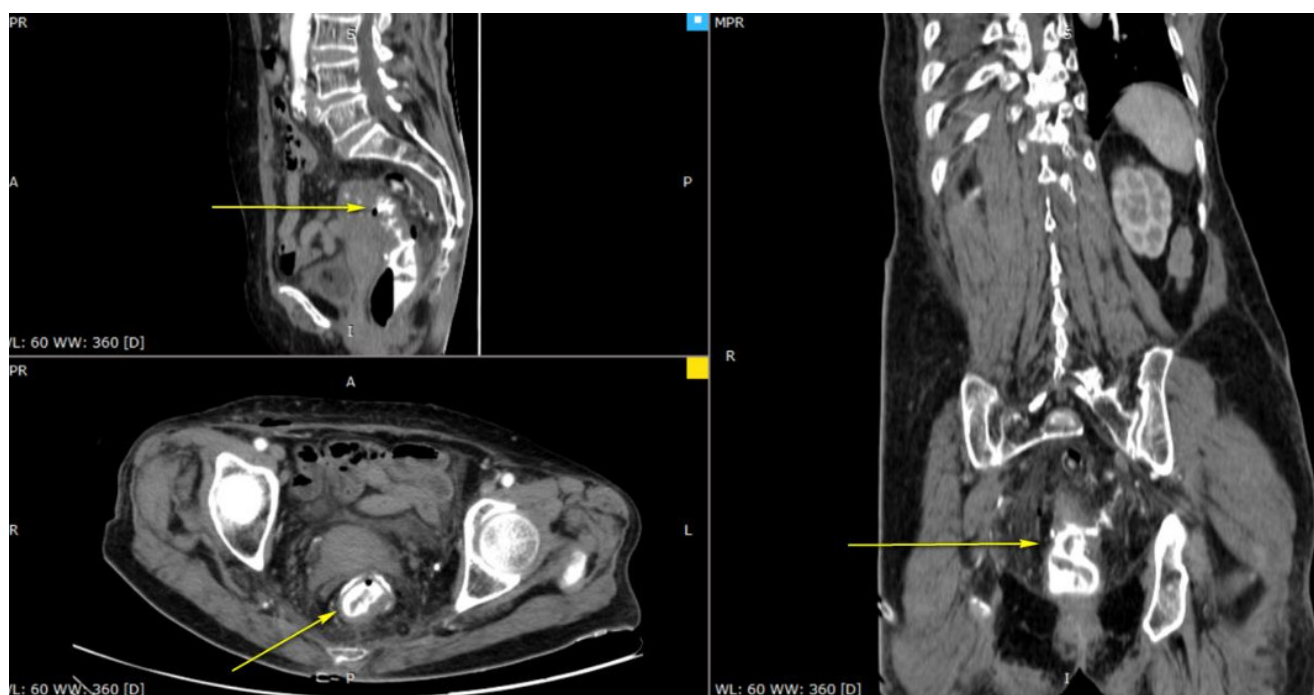


Hình 1. CLVT bệnh nhân rò miệng nối đại tràng sigma sau mổ trong nghiên cứu. Rò ở vùng đại tràng xích ma, có khí, dịch và thoát thuốc quanh miệng nối (mũi tên). (Bệnh nhân T.T.N 61 tuổi)

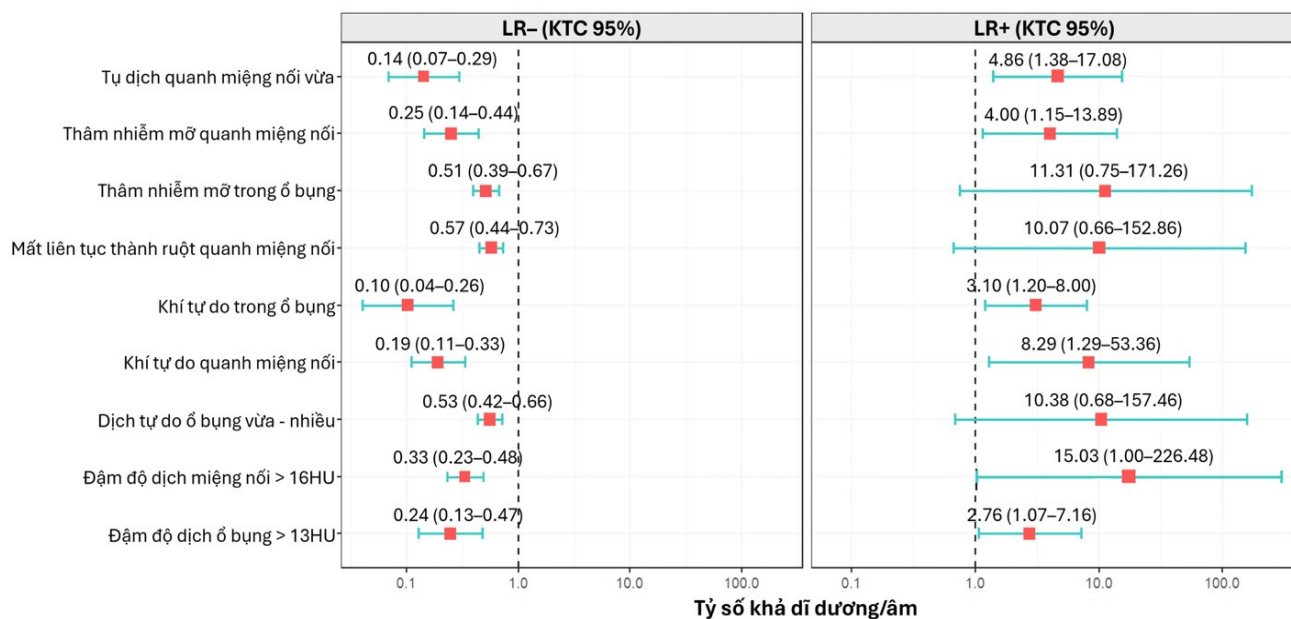
Bảng 2. Đặc điểm cắt lớp vi tính miệng nối

Đặc điểm (n = 80)		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Khí tự do quanh miệng nối		59	73,7
Thâm nhiễm mỡ quanh miệng nối		58	72,5
Mất liên tục thành ruột tại miệng nối		32	40,0
Tụ dịch quanh miệng nối		63	78,7
Tỷ trọng dịch tự do quanh miệng nối	> 16 HU	48	60,0
	≤ 16 HU	32	40,0
Vị trí lỗ rò	Đại tràng lên	11	15,7
	Đại tràng ngang	9	12,8
	Đại tràng xuống	6	8,5
	Đại tràng xích ma	10	14,3
	Trực tràng	34	48,7

Nhận xét: Các dấu hiệu thường gặp quanh miệng nối là tụ dịch, khí tự do và thâm nhiễm mỡ quanh miệng nối. Về tỷ trọng dịch quanh miệng nối, đa số (60,0%) có tỷ trọng > 16 HU. Vị trí lỗ rò chủ yếu ở trực tràng (48,7%).



Hình 2. CLVT bệnh nhân rò miệng nối vùng trực tràng sau mổ trong nghiên cứu. Hình ảnh rò vùng trực tràng có khí, dịch và thoát thuốc quanh miệng nối (mũi tên). (Bệnh nhân V.T.L 56 tuổi)



Biểu đồ 1. Tỷ số khả dĩ của một số dấu hiệu CLVT trong chẩn đoán rò miệng nối ĐTT

Nhận xét: Dấu hiệu có giá trị loại trừ rò cao nhất khi âm tính là khí tự do trong ổ bụng (LR- = 0,10; KTC 95%: 0,04 - 0,26). Các dấu hiệu khác có LR- thấp gồm tụ dịch quanh miệng nối và khí tự do quanh miệng

nối. Ở chiều khẳng định rò khi dương tính, khí tự do quanh miệng nối có giá trị cao nhất (LR+ = 8,29), tiếp theo là tụ dịch quanh miệng nối và thâm nhiễm mỡ quanh miệng nối.

Bảng 3. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán rò miệng nối ĐTT

Giá trị của cắt lớp vi tính		Rò miệng nối trên phẫu thuật	
		Có	Không
Rò miệng nối trên cắt lớp vi tính	Có	65	3
	Không	5	7
Độ nhạy	92,9%	Độ đặc hiệu	70,0%
PPV	95,6%	NPV	58,3%
LR+	3,10	LR-	0,10

Chú thích: PPV: Giá trị tiên đoán dương; NPV: Giá trị tiên đoán âm; LR+: Tỷ số khả dĩ dương; LR-: Tỷ số khả dĩ âm.

Nhận xét: Kết quả đối chiếu giữa CLVT và phẫu thuật lại cho thấy có 65 trường hợp dương tính thật, 3 trường hợp dương tính giả, 5 trường hợp âm tính giả và 7 trường hợp âm tính thật. LR- thấp cho thấy giá trị loại trừ tương đối tốt khi kết quả âm tính, trong khi LR+ ở mức trung bình đối với khả năng khẳng định rò miệng nối ĐTT.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 80 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng nghi ngờ rò miệng nối đại trực tràng sau phẫu thuật điều trị ung thư đại trực tràng cho thấy CLVT có độ nhạy cao (92,9%) và giá trị tiên đoán dương cao (95,6%), trong khi độ đặc hiệu đạt mức trung bình (70,0%) và giá trị tiên đoán âm thấp (58,3%). Các dấu hiệu hình ảnh thường gặp gồm khí tự do trong ổ bụng, tụ dịch quanh miệng nối, khí tự do quanh miệng nối và thâm nhiễm mỡ quanh miệng nối. Về giá trị chẩn đoán, không có khí tự do trong ổ bụng là dấu hiệu có giá trị loại trừ rò cao nhất khi âm tính (LR- = 0,10), trong khi khí tự do quanh miệng nối và tụ dịch quanh miệng nối là các dấu hiệu có giá trị khẳng định khi dương tính.

Các đặc điểm CLVT trong rò miệng nối ghi nhận trong nghiên cứu nhìn chung phù hợp với y văn, dù tần suất có thể khác nhau giữa các báo cáo. Khí tự do trong ổ bụng là dấu hiệu thường gặp, tương tự một số nghiên cứu ghi nhận phần lớn bệnh nhân rò có khí tự do trong giai đoạn sớm sau mổ⁶. Tuy nhiên, khí tự do hậu phẫu sớm không hoàn toàn đặc hiệu do có thể tồn lưu sinh lý; một số tác giả cho thấy khí tự do có thể kéo dài nhiều ngày ở bệnh nhân không

có rò miệng nối⁷. Vì vậy, các dấu hiệu khu trú quanh miệng nối có giá trị định hướng cao hơn. Trong nghiên cứu này, khí ngoài lòng ruột và tụ dịch quanh miệng nối gặp với tần suất cao, phù hợp với nhận định rằng sự phối hợp giữa khí và dịch quanh miệng nối có giá trị chẩn đoán quan trọng^{7,8}. Thâm nhiễm mỡ quanh miệng nối là dấu hiệu thường gặp nhưng kém đặc hiệu, do có thể xuất hiện ở cả bệnh nhân có và không có rò trong giai đoạn sớm sau mổ. Tuy vậy, khi đi kèm các dấu hiệu khác, tình trạng này vẫn góp phần củng cố chẩn đoán⁹. Mất liên tục thành ruột tại miệng nối là dấu hiệu trực tiếp nhưng không phải lúc nào cũng quan sát được trên CLVT. Việc diễn giải khí và dịch sau phẫu thuật cần đặt trong bối cảnh thời điểm hậu phẫu. Trong giai đoạn sớm, khí tự do và một lượng dịch ổ bụng có thể là thay đổi tồn dư sau mổ, do đó nếu đánh giá đơn độc sẽ không đủ đặc hiệu để khẳng định rò miệng nối. Ngược lại, khả năng rò tăng lên khi khí hoặc dịch khu trú quanh miệng nối, dịch có đậm độ cao, đi kèm thâm nhiễm mỡ khu trú, mất liên tục thành ruột hoặc thoát thuốc cản quang ra ngoài lòng ruột. Vì vậy, cần phân tích đồng thời thời điểm sau mổ, mức độ khu trú của khí/dịch, đặc điểm đậm độ dịch và dấu hiệu thoát thuốc thay vì chỉ dựa vào sự hiện diện của khí hoặc dịch tự do trong ổ bụng^{7,8}.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ngoài sự hiện diện dịch, đậm độ dịch cũng thường tăng, với tỷ trọng dịch tự do ổ bụng > 13 HU chiếm 76,3% và tỷ trọng dịch quanh miệng nối > 16 HU chiếm 60,0%, đồng thời tụ dịch quanh miệng nối gặp 78,7%. Về ý nghĩa lâm sàng, đậm độ tăng gợi ý dịch không đơn

thuần (dịch viêm/nhiễm bẩn hoặc lẫn máu), do đó khi đặt trong bối cảnh các dấu hiệu quanh miệng nổi sẽ làm tăng mức độ nghi ngờ rò⁹. Nhận định này nhìn chung phù hợp với các nghiên cứu trước đây khi tụ dịch/ổ dịch quanh miệng nổi và/hoặc khí quanh miệng nổi là những dấu hiệu CT thường gặp và có giá trị trong định hướng rò^{3,7}. Đồng thời, vì CT có thể âm tính giả trong một tỷ lệ nhất định, việc mô tả thêm đậm độ dịch có thể được xem như một thông tin định lượng bổ trợ, giúp diễn giải tốt hơn các trường hợp dịch/ tụ dịch quanh miệng nổi mà chưa kèm theo dấu hiệu trực tiếp của rò rõ ràng⁴.

Các dấu hiệu có LR- thấp trong nghiên cứu cho thấy giá trị loại trừ tương đối tốt khi âm tính, tuy nhiên cần được diễn giải trong điều kiện kỹ thuật bơm thuốc cản quang trực tràng đạt yêu cầu và thuốc đến được vị trí miệng nổi. Tác giả Marres và cộng sự (2021) lưu ý rằng rò vẫn có thể bị bỏ sót nếu thuốc cản quang không tới được vị trí miệng nổi và các trường hợp âm tính giả thường gặp trong nhóm này^{9,10}. Vì vậy, kết quả CLVT âm tính không nên làm giảm mức độ nghi ngờ nếu lâm sàng còn gợi ý. Ở chiều hướng định, nhiều nghiên cứu cho thấy thoát thuốc cản quang ra ngoài lòng ruột là dấu hiệu có độ đặc hiệu rất cao, theo Samji và cộng sự (2018) báo cáo độ đặc hiệu là 96,6%¹¹. Trong bối cảnh đó, các dấu hiệu khu trú như khí quanh miệng nổi và thâm nhiễm mỡ quanh miệng nổi có LR+ cao trong nghiên cứu của chúng tôi là có giá trị chẩn đoán phù hợp vì phản ánh tình trạng viêm và đường rò tại vùng phẫu thuật. Ngược lại, các dấu hiệu toàn ổ bụng có thể bị ảnh hưởng bởi thay đổi sinh lý sau mổ, do đó cần được đánh giá cùng với các dấu hiệu khu trú và bối cảnh thời điểm sau phẫu thuật⁹.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận CLVT có độ nhạy cao (92,9%) nhưng độ đặc hiệu chỉ ở mức trung bình (70,0%), thấp hơn so với một số báo cáo trước đây; các tổng quan hệ thống cho thấy CLVT thường đạt độ nhạy khoảng 68 - 73% và độ đặc hiệu 84 - 92%⁴. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm quần thể nghiên cứu, vì đây là nhóm bệnh nhân có nghi ngờ lâm sàng cao và đều được chỉ định phẫu thuật lại, làm tăng xác suất trước xét nghiệm, từ đó góp phần làm tăng giá trị tiên đoán dương nhưng

cũng có thể ảnh hưởng đến độ đặc hiệu của phương pháp. Kornmann và cộng sự cũng ghi nhận độ nhạy (59%) và giá trị tiên đoán âm (70%) của CLVT sau phẫu thuật kết tràng còn hạn chế, cho thấy rằng kết quả CLVT âm tính không đủ để loại trừ rò khi nghi ngờ lâm sàng vẫn còn rõ¹². Trong nghiên cứu này, giá trị tiên đoán dương cao, tương tự các nghiên cứu sử dụng thuốc cản quang đường trực tràng, cho thấy khi CLVT gợi ý rò thì độ tin cậy chẩn đoán tương đối tốt.¹⁰ Tuy nhiên, giá trị tiên đoán âm thấp phản ánh hạn chế đáng lưu ý của CLVT trong loại trừ rò miệng nổi, nhất là trong bối cảnh hậu phẫu sớm khi các biểu hiện lâm sàng và hình ảnh có thể chồng lấp với thay đổi sau mổ^{1,4}.

Về mặt thực hành, việc bơm thuốc cản quang qua đường trực tràng có ưu điểm là làm tăng khả năng thuốc tiếp cận vị trí miệng nổi, từ đó làm nổi bật các dấu hiệu trực tiếp của rò và giảm các trường hợp kết luận không xác định^{3,5}. Một số nghiên cứu cho thấy hiệu năng chẩn đoán được cải thiện khi thuốc cản quang tới được miệng nổi, với độ nhạy và giá trị tiên đoán âm cao hơn so với CLVT thông thường¹⁰. Báo cáo gần đây cũng ghi nhận rằng bổ sung cản quang trực tràng sau CLVT ban đầu âm tính có thể làm tăng độ nhạy và cải thiện giá trị tiên đoán âm¹⁴. Những dữ liệu này ủng hộ vai trò của CLVT có bơm thuốc cản quang trực tràng như một phương pháp tăng cường, đặc biệt ở những trường hợp CLVT thường quy âm tính nhưng vẫn còn nghi ngờ lâm sàng, ở bệnh nhân có sốt, đau bụng, tăng bạch cầu hoặc CRP sau mổ chưa xác định rõ nguyên nhân, hoặc khi cần thêm bằng chứng hình ảnh để hỗ trợ quyết định can thiệp sớm hay phẫu thuật lại. Dù vậy, y văn cũng ghi nhận tỷ lệ âm tính giả của CLVT có thể đáng kể và việc bỏ sót rò có thể dẫn đến trì hoãn xử trí với hậu quả bất lợi¹³. Vì vậy, kết quả CLVT luôn cần được diễn giải kết hợp với lâm sàng và các dấu hiệu nhiễm trùng; trong những trường hợp diễn tiến không phù hợp dù kết quả ban đầu âm tính, cần cân nhắc chụp lại, theo dõi sát hoặc đánh giá bổ sung để tránh bỏ sót rò miệng nổi. Về ưu điểm, CLVT có bơm thuốc cản quang trực tràng giúp đánh giá trực tiếp sự thoát thuốc tại vị trí miệng nổi, đồng thời vẫn khảo sát được các dấu

hiệu gián tiếp như tụ dịch, ổ áp xe, khí quanh miệng nối và tình trạng viêm trong ổ bụng. Phương pháp này đặc biệt hữu ích khi thuốc cản quang đường uống không đến được vùng khảo sát hoặc khi CLVT thường quy chưa đủ bằng chứng để quyết định xử trí. Tuy nhiên, kỹ thuật này cũng có một số hạn chế như phụ thuộc vào lượng thuốc bơm, vị trí miệng nối, khả năng thuốc đến được vùng nghi ngờ rò, chất lượng thực hiện kỹ thuật, sự dung nạp của người bệnh và nguy cơ âm tính giả trong các trường hợp lỗ rò nhỏ hoặc tạm thời bị bít¹⁰.

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được lưu ý. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang với cỡ mẫu còn hạn chế. Thứ hai, nghiên cứu chỉ bao gồm các trường hợp được phẫu thuật lại, do đó có thể có sai lệch chọn mẫu và kết quả chưa phản ánh đầy đủ hiệu năng chẩn đoán của CLVT trong toàn bộ quần thể bệnh nhân nghi ngờ rò miệng nối, đặc biệt là các trường hợp mức độ nhẹ được điều trị bảo tồn. Thứ ba, một số biến lâm sàng quan trọng như loại phẫu thuật, thời điểm xuất hiện rò sau mổ, tình trạng mở thông hồi tràng hoặc đại tràng bảo vệ, cũng như phân loại mức độ rò theo ISREC, không được thu thập đầy đủ trong hồ sơ nên chưa thể phân tích trong nghiên cứu này. Ngoài ra, nghiên cứu chưa phân tích định lượng thời gian từ phẫu thuật đến thời điểm chụp CLVT, trong khi đây là yếu tố có thể ảnh hưởng đến diễn giải khí và dịch tồn dư sau mổ. Cuối cùng, vẫn ghi nhận các trường hợp âm tính giả trên CLVT, cho thấy kết quả âm tính không loại trừ hoàn toàn rò miệng nối khi nghi ngờ lâm sàng còn cao.

V. KẾT LUẬN

Chụp cắt lớp vi tính có bơm thuốc cản quang trực tràng là phương tiện hữu ích trong đánh giá rò miệng nối đại trực tràng sau phẫu thuật ung thư, với độ nhạy cao và giá trị tiên đoán dương cao trong nhóm bệnh nhân được phẫu thuật lại. Phương pháp đặc biệt có giá trị ở những trường hợp còn nghi ngờ lâm sàng hoặc cần hỗ trợ quyết định can thiệp sớm. Tuy nhiên, kết quả âm tính không loại trừ hoàn toàn rò miệng nối và cần được diễn giải kết hợp với bối cảnh lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Slieker JC, Komen N, Mannaerts GH et al (2012) *Long-term and perioperative corticosteroids in anastomotic leakage: A prospective study of 259 left-sided colorectal anastomoses*. Arch Surg 147(5): 447-452. doi:10.1001/archsurg.2011.1690
2. Rahbari NN, Weitz J, Hohenberger W et al (2010) *Definition and grading of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: a proposal by the International Study Group of Rectal Cancer*. Surgery 147(3): 339-351. doi:10.1016/j.surg.2009.10.012
3. Notash AY, Sadeghian E, Moghimi Z, Rahimi Y, Sobhanian E (2025) *Diagnostic value of CT scan findings for anastomotic leakage after low anterior resection without ileostomy in rectal cancer*. Sci Rep 15(1): 20950. doi:10.1038/s41598-025-06712-4
4. Kornmann VN, Treskes N, Hoonhout LH, Bollen TL, van Ramshorst B, Boerma D (2013) *Systematic review on the value of CT scanning in the diagnosis of anastomotic leakage after colorectal surgery*. Int J Colorectal Dis 28(4): 437-445. doi:10.1007/s00384-012-1623-3
5. Peters EG, Dekkers M, van Leeuwen-Hilbers FW et al (2017) *Relation between postoperative ileus and anastomotic leakage after colorectal resection: A post hoc analysis of a prospective randomized controlled trial*. Colorectal Dis 19(7): 667-674. doi:10.1111/codi.13582
6. Dương Đình Hoàn, Võ Tấn Đức, Lê Văn Phước (2022) *Describing the features of computed tomography in diagnosing anastomotic leak*. Vietnamese Journal of Radiology and Nuclear Medicine 32: 16-21. doi:10.55046/vjrn.32.533.2018
7. Power N, Atri M, Ryan S, Haddad R, Smith A (2007) *CT assessment of anastomotic bowel leak*. Clin Radiol 62(1): 37-42. doi:10.1016/j.crad.2006.08.004
8. Gervaz P, Platon A, Buchs NC, Rocher T, Perneger T, Poletti PA (2013) *CT scan-based modelling of anastomotic leak risk after colorectal surgery*. Colorectal Dis 15(10): 1295-1300. doi:10.1111/codi.12305

9. Tsai YY, Chen WT (2019) *Management of anastomotic leakage after rectal surgery: A review article*. J Gastrointest Oncol 10(6): 1229-1237. doi:10.21037/jgo.2019.07.07
10. Marres CCM, Engelmann EWM, Buskens CJ, Haak HE, Bemelman WA, van de Ven AWH (2021) *The importance of rectal contrast in CT assessment to detect anastomotic leakage after colorectal surgery*. Colorectal Dis 23(9): 2466-2471. doi:10.1111/codi.15764
11. Samji KB, Kielar AZ, Connolly M et al (2018) *Anastomotic leaks after small- and large-bowel surgery: Diagnostic performance of CT and the importance of intraluminal contrast administration*. AJR Am J Roentgenol 210(6): 1259-1265. doi:10.2214/AJR.17.18642
12. Kornmann VN, van Ramshorst B, Smits AB, Bollen TL, Boerma D (2014) *Beware of false-negative CT scan for anastomotic leakage after colonic surgery*. Int J Colorectal Dis 29(4): 445-451. doi:10.1007/s00384-013-1815-5
13. Gessler B, Eriksson O, Angenete E (2017) *Diagnosis, treatment, and consequences of anastomotic leakage in colorectal surgery*. Int J Colorectal Dis. 2017;32(4):549-556. doi:10.1007/s00384-016-2744-x
14. Moreno-Lopez N, Mvouama S, Bourredjem A, et al (2023) *CT scan for early diagnosis of anastomotic leak after colorectal surgery: Is rectal contrast useful?* Tech Coloproctol 27(8): 639-645. doi:10.1007/s10151-022-02716-8