

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG CÓ BIẾN CHỨNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Ngọc Dũng¹ và Nguyễn Xuân Minh^{2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Điều trị bệnh lý túi thừa đại tràng (TTĐT) có biến chứng bao gồm điều trị nội khoa, dẫn lưu ổ áp xe hoặc phẫu thuật. Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm bệnh học và kết quả điều trị bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2020 đến 12/2023. Cỡ mẫu bao gồm 196 bệnh nhân, tuổi trung bình là $48,1 \pm 14,7$ tuổi; 139 bệnh nhân nam (70,9%). Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng (100%), đau âm ỉ liên tục và tương ứng với vị trí túi thừa, thời gian đau bụng trung bình trước khi vào viện là $2,84 \pm 1,47$ ngày, dấu hiệu cảm ứng phúc mạc và sốt ($\geq 37,50C$) không thường gặp. Siêu âm có độ nhạy 49,2%, phân độ giai đoạn trên cắt lớp vi tính theo WSES (World Society of Emergency Surgery) 2020 có 49,0% độ 0; 33,5% độ 1a; 7,2% độ 1b; 6,7% độ 2a; 1,0% độ 2b; 0,5% độ 3 và 2,1% độ 4. Có 188 bệnh nhân (95,9%) điều trị bảo tồn, bao gồm 182 bệnh nhân (96,8%) điều trị kháng sinh đơn thuần, 6 bệnh nhân (3,2%) phối hợp dẫn lưu áp xe qua da, 100% đạt kết quả điều trị tốt. 8 bệnh nhân (4,1%) được phẫu thuật, trong đó 75% mổ mở và 83,3% phẫu thuật Hartmann, kết quả điều trị tốt chiếm 75%.

Từ khóa: Túi thừa đại tràng, biến chứng, phân loại WSES 2020.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa đại tràng (TTĐT) là bệnh lý lành tính của đại tràng, có thể phát triển thành các loại biến chứng như: viêm túi thừa cấp, áp xe quanh túi thừa, áp xe tiểu khung, rò đại tràng, hẹp đại tràng do túi thừa gây tắc ruột hoàn toàn hay bán tắc ruột, chảy máu túi thừa, nặng nhất là các ca viêm phúc mạc (VPM) mũ hay viêm phúc mạc phần ổ bụng do túi thừa vỡ gây nguy cơ tử vong. Bệnh thường gặp ở các nước phương Tây, ước tính có tới hơn 2/3 dân số hơn 80 tuổi có TTĐT, 90% các túi thừa nằm ở đại tràng chậu hông, với độ tuổi ngày càng tăng thì số lượng túi thừa ngày càng tăng.¹ Nhiều báo cáo gần đây của các tác giả nước ta cũng như các nước lân cận cho thấy đây là một bệnh

rất thường gặp. Cùng với sự phát triển của các phương tiện hình ảnh học: siêu âm, nội soi đại tràng... đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính (CTscan) trong khảo sát các bệnh lý ống tiêu hóa, TTĐT và biến chứng của nó ngày càng được đề cập nhiều hơn.²⁻⁴

Hầu hết bệnh nhân có viêm túi thừa đại tràng đơn thuần đều đáp ứng điều trị nội khoa, với tỉ lệ thành công tới 95 - 97%;⁵ trong khi các biến chứng khác của TTĐT việc điều trị vẫn còn nhiều tranh cãi. Mặc dù có nhiều tài liệu hướng dẫn trên lâm sàng gần đây hỗ trợ trong việc chẩn đoán cũng như lựa chọn phương pháp điều trị.^{6,7} Những bệnh nhân có bệnh lý TTĐT có biến chứng nhập viện cấp cứu cần phải phẫu thuật vẫn còn cao, với tỉ lệ tai biến, biến chứng chưa giảm.³

Trên thế giới có nhiều công trình nghiên cứu về TTĐT và biến chứng. Tuy nhiên ở Việt Nam các báo cáo về bệnh lý này còn ít, báo cáo đơn thuần ở từng bên của đại tràng.^{2,3} Một mặt do

Tác giả liên hệ: Nguyễn Xuân Minh

Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Email: mankelminh@gmail.com

Ngày nhận: 20/06/2024

Ngày được chấp nhận: 15/07/2024

đây là một bệnh vẫn còn chưa được quan tâm trước đó, một mặt do sự phát triển của các phương tiện hình ảnh đặc biệt là CTscan, đã hỗ trợ rất nhiều trong việc chẩn đoán sớm, phân loại và điều trị không mổ đối viêm TTĐT đơn thuần. Vậy TTĐT có biến chứng có triệu chứng đặc trưng là gì? Phương pháp điều trị nào là hiệu quả nhất? Bài viết được thực hiện nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh lý túi thừa có biến chứng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bao gồm tất cả bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới được chẩn đoán là TTĐT có biến chứng và được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu nếu có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- CTscan chẩn đoán xác định là viêm TTĐT, áp xe túi thừa, thủng túi thừa, hẹp đại tràng do túi thừa, rò đại tràng tại vị trí túi thừa. Nếu túi thừa viêm thì phải có thêm cụ thể 2 tiêu chuẩn sau: thành đại tràng dày trên 5mm và thâm nhiễm mỡ quanh túi thừa.⁸

- Nội soi đại tràng có hình ảnh túi thừa viêm,

phù nề, xung huyết, có giả mạc, dịch mủ hoặc chảy máu trong túi thừa.

- Đối với nhóm bệnh nhân được phẫu thuật, cần có thêm: Chẩn đoán trong mổ là TTĐT có biến chứng như viêm, áp xe, thủng, rò đại tràng, hẹp đại tràng. Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là TTĐT viêm, hoại tử, áp xe.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân viêm túi thừa trên nền bệnh lý đại tràng khác: lao, viêm ruột (IBD), ung thư.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu. Chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn ở trên trong thời gian nghiên cứu.

Chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: (i) Đặc điểm chung như tuổi, giới; (ii) Tiền sử điều trị bệnh lý TTĐT, tiền sử bệnh nội khoa, phẫu thuật ổ bụng; (iii) Đặc điểm lâm sàng bao gồm triệu chứng sốt, triệu chứng đau bụng, triệu chứng thực thể như phản ứng thành bụng (PUTB), cảm ứng phúc mạc (CUPM); (iv) Đặc điểm cận lâm sàng như phân độ trên CTscan theo WSES, hình ảnh trên siêu âm ổ bụng, soi đại tràng, số lượng bạch cầu; (v) Chẩn đoán, kết quả điều trị bảo tồn, điều trị phẫu thuật (phương pháp phẫu thuật, biến chứng trong và sau mổ).

Bảng 1. Phân loại theo WSES⁷

Giai đoạn	Hình ảnh trên CT
0	Túi thừa, thành dày hoặc thâm nhiễm mỡ quanh đại tràng.
1a	Bóng khí hoặc ít dịch quanh đại tràng nhưng không phải ổ áp xe (giới hạn 5cm từ đoạn đại tràng viêm).
1b	Áp xe ≤ 4cm.
2a	Áp xe > 4cm.
2b	Bóng khí ở xa (> 5cm từ đoạn đại tràng viêm).
3	Dịch ổ bụng, không có khí tự do ở xa.
4	Dịch ổ bụng với khí tự do ở xa.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Sử dụng phần mềm quản lý bệnh nhân iSoft được cài đặt trên máy tính của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội để tra cứu các trường hợp bệnh nhân có mã ICD10 là K57.x. Các biến liên tục được biểu thị dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn và được đánh giá bằng cách sử dụng bài kiểm tra T-test. Các biến phân loại được biểu thị dưới dạng số (tỷ lệ phần trăm). Tất cả các phân

tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

3. Đạo đức nghiên cứu

Là nghiên cứu hồi cứu nên những bệnh nhân nghiên cứu đã được Bộ Y tế cho phép thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các thông tin của người bệnh được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu nên phù hợp với đạo đức nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ**Bảng 2. Đặc điểm chung và tiền sử của nhóm nghiên cứu (n = 196)**

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi, X \pm SD, (min - max)	48,1 \pm 14,7 (15 - 87)
Giới (nam/nữ)	139/57 = 2,44
Mức bệnh nhiều đợt, n (%)	32 (16,3%)
Tiền sử không có bệnh nội khoa, n (%)	164 (80,4%)
Tiền sử phẫu thuật ổ bụng, n (%)	20 (10,2%)

Tuổi trung bình của nhóm TTĐT có biến chứng bên phải là 45,1 \pm 14,0 và nhóm TTĐT có biến chứng bên trái là 55,8 \pm 13,7. Tập trung

cao nhất xảy ra trong nhóm tuổi từ 21 đến 60 (chiếm 75,5%).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu (n = 196)

Đặc điểm	Kết quả
Sốt (thân nhiệt \geq 37,5°C), n (%)	24 (12,2%)
Đau bụng, n (%)	196 (100%)
Thời gian đau bụng trước khi vào viện, X \pm SD, (min - max)	2,84 \pm 1,47 (1 - 11)
Phản ứng thành bụng, n (%)	92 (46,9%)
Cảm ứng phúc mạc, n (%)	5 (2,6%)

Đau bụng ở vùng hố chậu phải chiếm tỉ lệ cao nhất là 61,2%. Đau bụng âm ỉ liên tục được xem là loại đau phổ biến nhất ở bệnh nhân

TTĐT có biến chứng với tỉ lệ lên đến 86,7%. Có 92 bệnh nhân có PUTB, với tỉ lệ cao nhất ghi nhận ở vùng hố chậu phải.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	n	%
<i>Bạch cầu (BC)</i>		
Tăng BC (trên 10.000 BC/mm ³), n (%)	140	71,4

Đặc điểm	n	%
<i>Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (n = 195)</i>		
Chẩn đoán xác định TTĐT, n (%)	194	99,5
Bệnh nhân có nhiều túi thừa, n (%)	146	75,3
<i>Phân độ trên CTscan theo WSES, n (%)</i>		
0	95	49,0
1a	65	33,5
1b	14	7,2
2a	13	6,7
2b	2	1,0
3	1	0,5
4	4	2,1
<i>Siêu âm ổ bụng (n = 189)</i>		
Phát hiện túi thừa, n (%)	93	49,2
Bệnh nhân có nhiều túi thừa, n (%)	38	20,1
<i>Dạng tổn thương trên siêu âm, n (%)</i>		
Thâm nhiễm xung quanh ĐT	167	88,4
Dày thành ĐT ≥ 5 mm	149	78,8
Dịch khu trú	51	27,0
Dịch tự do ổ bụng	4	2,1
<i>Soi ĐT (n = 10)</i>		
BN có nhiều túi thừa, n (%)	9	4,6
<i>Dạng tổn thương trên soi ĐT, n (%)</i>		
Dịch mũ trong túi thừa	8	4,1
Chảy máu túi thừa	2	1,0

Phần lớn bệnh nhân có BC không tăng cao (BC/mm^3). Có 41 bệnh nhân (20,9%) có BC tăng (50,5% bệnh nhân có BC từ 10.000 đến 15.000 BC/mm^3 trên 15.000 BC/mm^3).

Bảng 5. Chẩn đoán và điều trị

Chẩn đoán (n = 196)	n	%
Vị trí túi thừa (Đại tràng phải/trái)	141/55 = 2,56	
TTĐT viêm, n (%)	117	59,7
Rò đại tràng, n (%)	3	1,5

Chẩn đoán (n = 196)		n	%
TTĐT áp xe hóa, n (%)		25	12,8
TTĐT thủng, n (%)		49	25,0
TTĐT xuất huyết, n (%)		2	1,0
Điều trị bảo tồn (n = 188)		n	%
Kháng sinh đơn thuần, n (%)		182	96,8
Phối hợp dẫn lưu áp xe, n (%)		6	3,2
Phối hợp từ 2 loại kháng sinh, n (%)		163	82,4
Thời gian nằm viện, $\bar{x} \pm SD$, (min - max)		3,28 \pm 1,68	1 - 9
Kết quả điều trị bảo tồn		n	%
Tốt		188	100
Trung bình		0	0
Xấu		0	0
Điều trị ngoại khoa (n = 8)		n	%
Mổ cấp cứu/mổ phiên		5/3	
Mổ nội soi/mổ mở		2/6	
Xử trí trong mổ		n	%
Mổ nội soi	Làm hậu môn nhân tạo	1	12,5
	Phẫu thuật Hartmann, đóng đường rò đại tràng - bàng quang	1	12,5
Mổ mở	Cắt đoạn ruột non, phẫu thuật Hartmann	1	12,5
	Phẫu thuật Hartmann	5	62,5
Thời gian phẫu thuật (phút), $\bar{x} \pm SD$, (min - max)		149,38 \pm 57,84	90 - 270
Ngày trung tiện sau mổ, $\bar{x} \pm SD$, (min - max)		3,00 \pm 1,07	2 - 5
Ngày điều trị sau mổ, $\bar{x} \pm SD$, (min - max)		14,13 \pm 7,40	7 - 30
Biến chứng		n	%
Nhiễm trùng vết mổ		1	12,5
Rò bàng quang		1	12,5
Không biến chứng		6	75,0
Kết quả phẫu thuật		n	%
Tốt		6	75,0
Trung bình		1	12,5
Xấu		1	12,5

Tất cả trường hợp phẫu thuật, vị trí túi thừa tổn thương đều nằm ở đại tràng bên trái. Trong đó, có tới 5 trường hợp (62,5%) có chẩn đoán là viêm phúc mạc do TTĐT thủng. Các trường hợp khác như áp xe TTĐT tái phát, rò đại tràng chỉ chiếm lần lượt 12,5% và 25%. Mổ nội soi chuyển mổ mở không có trường hợp nào và không có trường hợp nào tai biến trong mổ.

IV. BÀN LUẬN

Tần suất viêm túi thừa thủng ngày càng tăng theo tuổi ở các nước đang phát triển; điều này là do phương tiện chẩn đoán ngày càng tiên tiến và ngày càng nhiều người châu Á tiếp cận lối sống và chế độ ăn giống phương Tây với nhiều đạm và ít chất xơ.⁹ Nam giới thường mắc bệnh hơn, tương đồng với các tác giả trước đây.^{2,4} Theo Murphy, ở các bệnh nhân dưới 50 tuổi thì bệnh phổ biến ở nam giới, thay đổi ưu thế ở nữ giới ở độ tuổi 50 - 70 và nữ giới chiếm đa số ở độ tuổi trên 70 tuổi.¹⁰ Có thể do tuổi mắc bệnh trung bình chỉ $48,1 \pm 14,7$ tuổi, cho nên bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có khá ít bệnh lý đi kèm. Tiền sử phẫu thuật ổ bụng cũng chiếm tỉ lệ thấp, phần lớn các phẫu thuật có trước đó là cắt ruột thừa. Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy có mối liên quan giữa những bệnh lý nội khoa như đái tháo đường tăng huyết áp và tiền sử sử dụng Corticoid kéo dài trong bệnh lý TTĐT có biến chứng.¹¹ Bệnh lý đi kèm ảnh hưởng rất nhiều tới chiến lược điều trị đặc biệt trong bệnh cảnh cấp cứu.

Tất cả bệnh nhân vào viện đều có triệu chứng đau bụng (100%). Đau bụng âm ỉ, liên tục thường gặp nhất. Điều này phù hợp với tác giả Dương Minh Tân khi mô tả kiểu đau trên nền âm ỉ xảy ra ở hầu hết các bệnh nhân TTĐT có biến chứng.⁴ Thời gian từ khi đau bụng đến khi nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với các bệnh lý đau bụng cấp khác như viêm ruột thừa hoặc thủng tạng rỗng.

Thường trong các bệnh đau bụng cấp kể trên, bệnh nhân thường đau bụng âm ỉ tăng dần với cường độ mạnh, thời gian đau ngắn. Nguyên nhân vì tiến triển của bệnh lý TTĐT là một quá trình viêm từ từ tại túi thừa sau đó mới có biến chứng khác (áp xe, thủng...). Vị trí khởi phát đau bụng thường tương ứng với vị trí của túi thừa, bên phải gặp nhiều hơn bên trái, trong đó đau hố chậu phải là vị trí hay gặp nhất với 61,2%. Ngược lại với các nước phương Tây là bệnh nhân đau bụng vùng hố chậu trái chiếm ưu thế. Sự khác biệt này có thể giải thích bởi sự khác nhau về vị trí của TTĐT giữa các nước châu Á với các nước phương Tây.¹ Dấu hiệu cảm ứng phúc mạc và sốt ($\geq 37,5^\circ\text{C}$) không thường gặp. Với các trường hợp viêm TTĐT đơn thuần thì dấu hiệu PUTB ít gặp và nếu có thì thường không rõ ràng. Theo tác giả Wall, những bệnh nhân TTĐT có các biến chứng nặng như áp xe, thủng... có sự gia tăng nhiệt độ trung bình, dấu hiệu thực thể và số lượng bạch cầu cao hơn có ý nghĩa so với biến chứng viêm TTĐT đơn thuần.¹²

Siêu âm và CT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị trong bệnh lý TTĐT. Độ nhạy của siêu âm trong nghiên cứu là không cao, chỉ 49,2%. Nhiều báo cáo của các tác giả nước ngoài trước đây cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm rất cao trong chẩn đoán TTĐT có biến chứng. Theo Hollerweger, khi chẩn đoán viêm TTĐT thông qua 3 tiêu chí¹³: dày thành ĐT, thâm nhiễm quanh ĐT, và thấy túi thừa viêm thì độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm lần lượt là 35% và 83%. Nhưng nếu chẩn đoán dựa vào 2 đặc điểm là dày thành đại tràng và thâm nhiễm xung quanh thì độ nhạy và độ đặc hiệu của siêu âm là 76% và 67%. Theo khuyến cáo năm 2020 của hội phẫu thuật cấp cứu thế giới (WSES) đề nghị sử dụng siêu âm là phương tiện đầu tiên đối với những bệnh nhân nghi ngờ viêm TTĐT chỉ khi có bác sĩ siêu

âm có kinh nghiệm.⁷ Một khi kết quả siêu âm ra bình thường hoặc không kết luận nên được chụp CTscan sau đó. CTscan đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và phân độ mức độ bệnh trong bệnh lý túi thừa đặc biệt là túi thừa có biến chứng.¹⁴ Bên cạnh chẩn đoán xác định TTĐT, CTscan còn cho phép phân độ theo hướng dẫn lâm sàng của WSES.⁷ Tùy giai đoạn của bệnh lý TTĐT sẽ có chiến lược điều trị khác nhau. Ngoài ra, CTscan còn được dùng để theo dõi tiến triển và đáp ứng với điều trị trong những trường hợp khối áp xe được chỉ định dẫn lưu qua da.

Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ soi đại tràng rất thấp, tuy nhiên lại có giá trị chẩn đoán khi có các hình ảnh điển hình. Chỉ định nội soi đại tràng không phổ biến được lý giải bởi sự thuận tiện và chính xác của CTscan trong chẩn đoán và phân độ bệnh lý TTĐT nên được ưu tiên thực hiện hơn. Theo Amit K Agarwal và cộng sự khuyến cáo chỉ nên thực hiện nội soi sau giai đoạn cấp từ 6 - 8 tuần.¹⁵ Nghiên cứu của Dennis M Jensen lại chỉ ra rằng, tiến hành soi ĐT cấp cứu không chỉ chẩn đoán nguồn chảy máu một cách chính xác mà còn có thể cầm máu tại vị trí túi thừa chảy máu.¹⁶ Trong khi tỷ lệ mắc bệnh viêm TTĐT phía bên phải ở châu Âu chỉ khoảng 4% thì ở châu Á, tỷ lệ này trên 50%.¹⁷ Trước đây khi nói tới túi thừa đại tràng phía bên phải, chúng ta thường chỉ đề cập tới túi thừa manh tràng, vì đây là vị trí thường gặp, như trong nghiên cứu của chúng tôi, 56,6% túi thừa nằm ở manh tràng. Việc túi thừa manh tràng được phát hiện nhiều hơn có thể do đây là vị trí thường bị chẩn đoán nhầm với viêm ruột thừa.

Điều khiến chúng tôi lo ngại nhất khi điều trị bảo tồn là bệnh chuyển sang giai đoạn nặng hơn và vài ngày sau phải mổ lại với tình trạng xấu hơn. Dù tỉ lệ TTĐT biến chứng thủng trong nghiên cứu không hề thấp (25%). Tuy nhiên,

dấu hiệu thủng túi thừa phim chụp CTscan không đồng nghĩa với chỉ định mổ. Các trường hợp có dấu hiệu trên CTscan như khí tự do cạnh túi thừa hay cạnh đại tràng... nhưng lâm sàng không có biểu hiện viêm phúc mạc thì vẫn có thể điều trị bảo tồn. Yếu tố này cũng đã được đề cập trong hướng dẫn điều trị của WSES.⁷ Dù kết quả bảo tồn thành công đối với các trường hợp như vậy nhưng đó vẫn là dấu hiệu cho thấy khi điều trị cần thêm dõi sát và đánh giá lại khi cần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điều trị bảo tồn có kết quả tốt chiếm 100%, bệnh nhân khỏi, ra viện và không có biến chứng. Kết quả khả quan này khá hợp lý, bởi vì từ khi bệnh nhân vào viện khám, việc chẩn đoán và phân độ dựa trên lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là CT scan đã rất chính xác, từ đó đưa ra được chiến lược điều trị phù hợp ngay từ đầu. Hơn nữa, các bệnh nhân được theo dõi điều trị khá chặt chẽ, siêu âm đánh giá lại trước khi ra viện hay thậm chí là chụp CT scan theo dõi tiến triển với các trường hợp áp xe.

Đối với các trường hợp phải phẫu thuật, chẩn đoán trước mổ và chẩn đoán sau mổ khá tương đồng. Các nghiên cứu trước đây của các tác giả, đối với TTĐT phải, chẩn đoán nhầm lẫn thường gặp nhất là VRT.¹⁸ Còn đối với túi thừa đại tràng trái có biến chứng, chẩn đoán nhầm lẫn thường là u đại tràng.¹⁹ Với việc khác biệt trong tiêu chuẩn lựa chọn nên dễ hiểu vì sao tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật trong nghiên cứu chúng tôi lại chỉ có 4,1% và chẩn đoán chính xác trước mổ lại đạt 100%. 5 trường hợp có viêm phúc mạc trước mổ đều được chỉ định mổ cấp cứu, những trường hợp mổ phiến là do có rò hoặc do biến chứng túi thừa tái phát. Tất cả 8 bệnh nhân này đều được xử trí làm hậu môn nhân tạo đơn thuần hoặc phẫu thuật Hartmann, có hoặc không kèm theo các phẫu thuật khác. Điều này dễ hiểu vì 100% bệnh

nhân được phẫu thuật có túi thừa tổn thương ở đại tràng bên trái, vào viện trong tình trạng ổ bụng không đảm bảo cho việc cắt đại tràng và nối ngay. Như vậy, phẫu thuật viên vẫn lựa chọn phương pháp làm hậu môn nhân tạo mang tính chất “an toàn” hay “kinh điển” tránh việc khâu nối đại tràng trong môi trường viêm phúc mạc làm gia tăng tỉ lệ xì rò. Việc cắt đoạn đại tràng và nối ngay có hay không làm hậu môn nhân tạo bảo vệ phía trên miệng nối đang dần trở nên phổ biến và được áp dụng nhiều hơn trong việc điều trị viêm phúc mạc do thủng TTĐT bên trái. Theo Abbas, tỉ lệ rò miệng nối sau đóng hậu môn nhân tạo kiểu Hartmann cao hơn so với khâu ngay thì đầu (8% > 5,5%).²⁰ Dù vậy, việc lượng giá và phán đoán vẫn đòi hỏi chủ yếu dựa trên đánh giá và kinh nghiệm của phẫu thuật viên trong lúc mổ, không phụ thuộc vào một thước đo hay thang điểm cụ thể nào. Xu hướng của phẫu thuật hiện nay là xâm lấn tối thiểu như phẫu thuật nội soi. Ưu điểm không tranh cãi của phẫu thuật nội soi so với mổ mở là bệnh nhân ít đau hơn, thời gian hồi phục nhanh hơn và có tỉ lệ biến chứng hay tử vong tương đương. Trong nước có công trình nghiên cứu của Lê Huy Lưu cho thấy tính khả thi trong việc sử dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm TTĐT bên phải, kể cả trong cấp cứu.²

Một số các nghiên cứu có kết quả biến chứng sau mổ từ 11,5 - 38,6%.^{2,3} Tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ trong các báo cáo của các tác giả nước ngoài từ 4,6 - 34% hoặc trong nước 3,8 - 34,1%.^{2,3,21,22} Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ tăng bởi các yếu tố như đái tháo đường, suy dinh dưỡng, thời gian mổ kéo dài, tình trạng của ổ bụng, vết mổ dài hay suy giảm miễn dịch... Trong nghiên cứu chúng tôi, duy nhất một trường hợp bệnh nhân có rò đại tràng - bàng quang, sau khi can thiệp cắt đường rò và làm phẫu thuật Hartmann thì bệnh nhân có xuất hiện nước tiểu ra theo dẫn lưu ổ bụng, được

chẩn đoán rò bàng quang sau mổ và phải mổ lại đóng đường rò. So với một số nghiên cứu như của Hà Đình Thủy, Dương Minh Tân, thời gian trung tiện sau mổ trong nghiên cứu chúng tôi có kết quả tương đương, trong khi thời gian mổ và số ngày hậu phẫu lại nhiều hơn, có lẽ lý do là vì các trường hợp mổ của chúng tôi đều tương đối nặng và phức tạp, không có trường hợp nào là viêm TTĐT đơn thuần.^{4,23}

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy bệnh lý TTĐT có biến chứng bệnh lý thường gặp với lý do nhập viện đa số là đau bụng. Độ nhạy của siêu âm thấp, cần chỉ định CTscan cho những trường hợp nghi ngờ do có độ nhạy và chính xác cao. Lựa chọn điều trị dựa trên phân độ của WSES năm 2020. Phẫu thuật Hartmann hoặc làm hậu môn nhân tạo đơn thuần vẫn thường được sử dụng ở những bệnh nhân nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sabiston D C, Townsend C M. *Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice*. 2012;19:1309-1314.
2. Lê Huy Lưu. Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của cắt túi thừa nội soi và điều trị bảo tồn trong viêm túi thừa đại tràng phải. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh; 2019.
3. Phan Văn Sơn. Kết quả điều trị phẫu thuật viêm túi thừa đại tràng chậu hông. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh; 2017.
4. Dương Minh Tân. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật túi thừa đại tràng có biến chứng. Luận văn chuyên khoa II. Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh; 2020.
5. Stollman N, Smalley W, Hirano I. AGA Institute Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association

Institute Guideline on the Management of Acute Diverticulitis. *Gastroenterology*. 2015;149(7):1944-1949.

6. Tochigi T, Kosugi C, Shuto K, et al. Management of complicated diverticulitis of the colon. *Ann Gastroenterol Surg*. 2018;2(1):22-27.

7. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg*. 2020;15(1):32.

8. Ambrosetti P. Acute diverticulitis of the left colon: value of the initial CT and timing of elective colectomy. *J Gastrointest Surg*. 2008;12(8):1318-1320.

9. Lee IK. Right colonic diverticulitis. *J Korean Soc Coloproctol*. 2010;26(4):241-245.

10. Murphy T, Hunt RH, Fried M, et al. Diverticular disease. *WGO-OMGE global guidelines*. Published online 2007:1-16.

11. Feuerstein JD, Falchuk KR. Diverticulosis and Diverticulitis. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(8):1094-1104.

12. van de Wall BJM, Draaisma WA, van der Kaaij RT, et al. The value of inflammation markers and body temperature in acute diverticulitis. *Colorectal Dis*. 2013;15(5):621-626.

13. Hollerweger A, Rettenbacher T, Macheiner P, et al. Sigmoid diverticulitis: value of transrectal sonography in addition to transabdominal sonography. *AJR Am J Roentgenol*. 2000;175(4):1155-1160.

14. Abboud ME, Frasure SE, Stone MB. Ultrasound diagnosis of diverticulitis. *World J Emerg Med*. 2016;7(1):74-76.

15. Agarwal AK, Karanjawala BE, Maykel JA, et al. Routine colonic endoscopic evaluation

following resolution of acute diverticulitis: is it necessary? *World J Gastroenterol*. 2014;20(35):12509-12516.

16. Jensen DM. Endoscopic Diagnosis and Treatment of Colonic Diverticular Bleeding. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2024;34(2):345-361.

17. Hildebrand P, Kropp M, Stellmacher F, et al. Surgery for right-sided colonic diverticulitis: results of a 10-year-observation period. *Langenbecks Arch Surg*. 2007;392(2):143-147.

18. Lý Minh Tùng, Nguyễn Văn Hải. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và kết quả phẫu thuật viêm túi thừa đại tràng. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2012;59-65.

19. Lips LMJ, Cremers PTJ, Pickhardt PJ, et al. Sigmoid cancer versus chronic diverticular disease: differentiating features at CT colonography. *Radiology*. 2015;275(1):127-135.

20. Abbas S. Resection and primary anastomosis in acute complicated diverticulitis, a systematic review of the literature. *Int J Colorectal Dis*. 2007;22(4):351-357.

21. Al-Khamis A, Abou Khalil J, Demian M, et al. Sigmoid Colectomy for Acute Diverticulitis in Immunosuppressed vs Immunocompetent Patients: Outcomes From the ACS-NSQIP Database. *Dis Colon Rectum*. 2016;59(2):101-109.

22. Bhakta A, Tafen M, Glotzer O, et al. Laparoscopic sigmoid colectomy for complicated diverticulitis is safe: review of 576 consecutive colectomies. *Surg Endosc*. 2016;30(4):1629-1634.

23. Hà Đình Thuỳ. Đánh giá kết quả điều trị viêm túi thừa đại tràng phải tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội; 2018.

Summary

TREATMENT OUTCOMES OF COMPLICATED COLON DIVERTICULAR AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Treatment of complicated colon diverticular includes conservative treatment with antibiotics, abscess drainage or surgery. The objective of the study is to describe the clinical characteristics and outcomes of treatment of complicated colon diverticular at Hanoi Medical University Hospital from January 2020 to December 2023. 196 patients with a mean age of 48.1 ± 14.7 were recruited for this study, 139 male patients (70.9%). The most common symptom is abdominal pain (100%), constant dull pain and corresponding to the location of the inflamed diverticulum. The average duration of abdominal pain before admission to the hospital was 2.84 ± 1.47 days, the sign of peritoneal induction and fever ($\geq 37.5^{\circ}\text{C}$) are uncommon. Ultrasound has a sensitivity of 49.2%, WSES 2020 classification has 49.0% grade 0; 33.5% grade 1a; 7.2% grade 1b; 6.7% grade 2a; 1.0% grade 2b; 0.5% grade 3 and 2.1% grade 4. There were 188 patients (95.9%) treated conservatively, including 182 patients (96.8%) treated with antibiotics alone, 6 patients (3.2%) combined with percutaneous abscess drainage, 100% achieved good treatment results. 8 patients (4.1%) had surgery, of which 75% had open surgery and 83.3% had Hartmann surgery, with good treatment results of 75%.

Keywords: Colon diverticular, complications, WSES 2020 classification.