

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF PERFORATED COLONIC DIVERTICULITIS AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL (2017-2024)

Huynh Thanh Long^{1,3,4*}, Nguyen Manh Khiem¹, Huynh Nhat Cao Nhan¹,
Pham Hong Nam¹, Luong Duy Truong³, Nguyen Thi Thanh Nhan²

¹Nguyen Tri Phuong Hospital - 468 Nguyen Trai, Ward 7, Dist 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy Hospital - 215 Hong Bang, Ward 11, Dist 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

³Pham Ngoc Thach University of Medicine - 2 Duong Quang Trung, Ward 12, Dist 10, Ho Chi Minh City, Vietnam

⁴Nguyen Tat Thanh University - 298A Nguyen Tat Thanh, Ward 13, Dist 4, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 13/02/2025

Revised: 28/03/2025; Accepted: 24/04/2025

ABSTRACT

Introduction: Perforated colonic diverticulitis is a serious complication of colonic diverticular disease. If not diagnosed and treated promptly, it can lead to severe peritonitis and even death.

Methods: Retrospective study with a cases series included patients who was diagnosed postoperatively with Perforated colonic diverticulitis at Nguyen Tri Phuong Hospital from January 2017 to January 2024.

Results: There were 68 patients, the mean age was 56.3 years, 2.9% of cases had no abdominal pain, 86.8% of cases had no palpable abdominal mass, 72.1% of cases were classified as IB according to WSES. 56 patients had positive bacterial cultures, accounting for 82.4% of the total; 12 patients had negative cultures, accounting for 17.6%. The bacteria identified included *Enterococcus faecium* in 12 patients (17.6%) and *E. coli* in 35 patients (51.5%); the median hospital stay was 8 days and there was no mortality within 30 days after surgery.

Conclusions: Perforated colonic diverticulitis is common in middle-aged people, the most common clinical symptoms are abdominal pain, fever, diarrhea and peritoneal signs, diagnosis was mainly based on contrast-enhanced abdominal - pelvic CT scan. Promptly identification and treatment help reduce the rate of iatrogenic complications, complications and prevent mortality.

Keywords: Perforated colonic diverticulitis, complications, mortality.

*Corresponding author

Email: Bs.huynhlong1967@gmail.com Phone: (+84) 913662056 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i3.2498>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM THÙNG TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG (2017-2024)

Huỳnh Thanh Long^{1,3,4*}, Nguyễn Mạnh Khiêm¹, Huỳnh Nhất Cao Nhân¹,
Phạm Hồng Nam¹, Lương Duy Trường³, Nguyễn Thị Thanh Nhân²

¹Bệnh viện Nguyễn Tri Phương - 468 Nguyễn Trãi, P. 7, Q. 5, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - 215 Hồng Bàng, P. 11, Q. 5, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch - 2 Dương Quang Trung, P. 12, Q. 10, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

⁴Trường Đại học Nguyễn Tất Thành - Số 298A Nguyễn Tất Thành, P. 13, Q. 4, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13/02/2025

Chỉnh sửa ngày: 28/03/2025; Ngày duyệt đăng: 24/04/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm thủng túi thừa đại tràng (VTTĐT) là biến chứng nặng của bệnh lý túi thừa đại tràng, nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời có thể dẫn đến viêm phúc mạc nặng và thậm chí tử vong.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca, bệnh nhân (BN) được chẩn đoán sau mổ là VTTĐT tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 01/2017 đến 1/2024.

Kết quả: Có 68 bệnh nhân, tuổi trung bình là 56,3 tuổi, có 2,9% trường hợp không có triệu chứng đau bụng, 86,8% trường hợp không sờ thấy khối ở bụng, 72,1% trường hợp phân độ IB theo WSES, 56 BN cấy vi khuẩn dương tính chiếm tỷ lệ 82,4%, 12 BN âm tính chiếm tỷ lệ 17,6%, gồm các loại khuẩn như Enterococcus. Faecium 12 BN chiếm tỷ lệ 17,6%, E. coli 35 BN chiếm 51,5%, thời gian nằm viện trung vị là 8 ngày và không có trường hợp nào tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ.

Kết luận: VTTĐT thường gặp ở độ tuổi trung niên, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng, sốt, tiêu chảy và phản ứng phúc mạc, chẩn đoán chủ yếu dựa vào CT Scan bụng chậu có cản quang. Phát hiện và xử trí kịp thời giúp giảm tỉ lệ tai biến, biến chứng và tránh được tử vong cho người bệnh.

Từ khoá: Viêm thủng túi thừa đại tràng, biến chứng, tử vong.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Viêm túi thừa đại tràng (VTTĐT) được phát hiện và có tỷ lệ mắc bệnh cao ở các nước Âu Mỹ. Bệnh thường gặp ở người lớn tuổi và vị trí túi thừa thường nằm ở đại tràng trái, đặc biệt là đại tràng sigma. Tỷ lệ mắc bệnh VTTĐT ở các nước châu Á thấp hơn, tuy nhiên các nghiên cứu gần đây đã cho thấy tần số mắc bệnh ngày càng tăng và đặc điểm của VTTĐT cũng khác so với các nước phương Tây như túi thừa ở ĐT phải chiếm ưu thế và tuổi trung bình mắc bệnh thấp hơn.

Mặc dù phần lớn bệnh nhân có túi thừa đại tràng không triệu chứng, nhưng 10 – 20% trong số đó có thể gặp biến chứng viêm thủng túi thừa đại tràng. Tại Mỹ, có khoảng 300.000 bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng cấp có biến chứng phải nhập viện và 1,5 triệu bệnh nhân ngoại trú, điều này tiêu tốn khoảng 2 tỷ đô la Mỹ mỗi năm. Bệnh

VTTĐT gây nhiều biến chứng nguy hiểm: viêm cấp tính, áp-xe quanh đại tràng, thủng đại tràng, viêm phúc mạc mủ, viêm phúc mạc phân...

Ở nước ta những năm gần đây VTTĐT xuất hiện với số người mắc tăng cao cùng với sự thay đổi chế độ ăn theo hướng công nghiệp, chế độ ăn ít chất xơ, nhiều đạm đường và thực phẩm chế biến sẵn. Năm 2020, Hội phẫu thuật cấp cứu thế giới (WSES) đưa ra khuyến cáo điều trị viêm túi thừa đại tràng như điều trị nội khoa với kháng sinh đối với viêm túi thừa đại tràng mức độ 1A hoặc 1B. Những bệnh nhân có viêm phúc mạc do thủng túi thừa đại tràng có thể thực hiện phẫu thuật nội soi rửa bụng dẫn lưu hoặc thực hiện phẫu thuật cắt đoạn đại tràng nối ngay thì đầu có hoặc không đưa hồi tràng ra da thay vì làm phẫu thuật Hartmann [2].

*Tác giả liên hệ

Email: Bs.huynhlong1967@gmail.com Điện thoại: (+84) 913662056 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i3.2498>

Hiện nay, nghiên cứu về kết quả điều trị viêm túi thừa đại tràng biến chứng thủng vẫn chưa nhiều. Tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương trước đây phân loại và điều trị bệnh viêm túi thừa đại tràng có biến chứng thủng theo phân loại Hinchey, cho đến gần đây được cập nhật phác đồ điều trị và phân loại theo WSES. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm bệnh học và kết quả điều trị bệnh viêm túi thừa đại tràng có biến chứng thủng theo phân loại mới.

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để trả lời câu hỏi “*Đặc điểm lâm sàng và kết quả sớm của các bệnh nhân Viêm thủng túi thừa đại tràng được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương*”. Với những mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm túi thừa đại tràng có biến chứng thủng*
2. *Mô tả đặc điểm phẫu thuật và kết quả sau mổ trên bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 09/2024 đến 12/2024, tại Khoa Ngoại Tổng Hợp bệnh viện Nguyễn Tri Phương

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là thủng túi thừa đại tràng và viêm túi thừa đại tràng có biến chứng thủng với mã ICD-10: K57 và K57.2 có kết quả giải phẫu bệnh là viêm túi thừa cấp, mạn.

- *Tiêu chuẩn chọn:*

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm thủng túi thừa đại tràng dựa trên chụp CLVT ổ bụng.

Bệnh nhân được điều trị viêm túi thừa dựa trên chụp CLVT ổ bụng.

Có kết quả giải phẫu bệnh là viêm túi thừa cấp, mạn.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

Thủng túi thừa đại tràng do ung thư, dị vật.

Các trường hợp không đủ dữ liệu hồ sơ.

Các trường hợp có Ung thư đại – trực tràng kèm theo

Các trường hợp giải phẫu bệnh sau mổ là Ung thư đại tràng

Bệnh nhân có bệnh kèm theo như đa pô-líp đại trực tràng, viêm loét đại tràng và ung thư thứ phát.

2.4. Phương pháp thu thập mẫu:

Hồi cứu hồ sơ bệnh án hàng loạt ca thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu của 2 khoa ngoại Tổng Hợp và ngoại Tiêu Hóa. Các hồ sơ lưu trữ tại phòng Kế hoạch tổng hợp.

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.6. Vấn đề y đức:

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương bằng văn bản số 1838/NTP-HĐĐĐ, ngày 20/02/2023. Nên không vi phạm y đức

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 1/2018 đến 8/2024 chúng tôi có 68 người bệnh được chẩn đoán viêm thủng túi thừa đại tràng có chỉ định mổ.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.1.1. Tuổi và giới

Tỷ lệ bệnh nhân nam nhiều gấp 1,6 lần so với người bệnh nữ (61,8% so với 38,2%). Tuổi trung bình là $56,3 \pm 8,7$. Tuổi trung bình ở nam thấp hơn nữ ($53,4 \pm 15,6$ so với $61,2 \pm 16,8$), tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $P = 0,52$.

3.1.2. Tiền căn bệnh kèm theo

Cao huyết áp 25 bệnh nhân chiếm 3,6%, đái tháo đường có 19 bệnh nhân chiếm 27,9%, phẫu thuật vùng bụng có 4 bệnh nhân chiếm 5,9%.

3.1.3. Đặc điểm triệu chứng thực thể

Đau bụng có 66 bệnh nhân chiếm 97%.

Bảng 1. Đặc điểm triệu chứng đau bụng

Đau bụng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Không đau bụng	2	2,9
1/4 dưới trái	33	48,5
1/4 dưới phải	26	38,2
Thượng vị	3	4,4
Dưới sườn phải	2	2,9
Hông phải	1	1,5
Hông trái	1	1,5
Tổng	68	100

Sốt có 42 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 61,8% và không sốt có 24 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 35,3%

Nôn có 13 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 19,1% và không nôn có 55 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 80,9%

Tiêu chảy có 37 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 54,4% và không tiêu chảy có 31 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 45,6%

Táo bón có 06 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 8,8% và không táo bón có 62 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 91,2%

Bí tiểu có 03 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 4,4% và không bí tiểu có 65 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 91,2%

3.1.5. Đặc điểm triệu chứng thực thể

Phản ứng phúc mạc có 61 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 89,7% và không có triệu chứng phản ứng phúc mạc có 7 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 10,3%

Sờ thấy khối ổ bụng có 09 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 13,2% và không sờ thấy khối ổ bụng có 59 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 86,8%

3.1.6. Đặc điểm cận lâm sàng

Bạch cầu

Bảng 2. Đặc điểm tăng bạch cầu

Số lượng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
< 10K	9	13,2
10-13K	12	17,6
13-20K	35	51,5
> 20K	12	17,6

Nhận xét: Có 59 bệnh nhân tăng bạch cầu 86,8%, 9 bệnh nhân không tăng bạch cầu 13,2%.

- CRP tăng có 61 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 89,7% và CRP không tăng có 7 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 10,3%.

- XQ bụng không chuẩn bị: khí tự do ổ bụng trên XQ có 04 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 5,9% và không có khí tự do ổ bụng trên XQ có 64 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 94,1%.

Siêu âm bụng: thâm nhiễm mỡ có 10 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 14,7%. Dày thành đại tràng có 4 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 5,9%. Áp xe quanh túi thừa có 05 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 7,4%. Dịch bụng có 48 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 70,6%. Hơi tự do có 01 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 1,5%.

CT Scan bụng chậu có cản quang: 68 bệnh nhân đều chụp trong đó thâm nhiễm mỡ có 25 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 36,7%. Dày thành đại tràng có 19 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 27,9%. Áp xe quanh túi thừa có 05 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 7,4%. Dịch bụng khu trú có 19 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 27,9%. Phân mức độ nặng nhẹ có 44 bệnh nhân nhẹ chiếm tỷ lệ 64,7% và nặng chiếm tỷ lệ 35,3%.

WSES: Type 2A có 01 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 1,5%. Type 2B có 49 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 72,1%. Type 3 có 18 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 26,5%.

CDD: Type 2B có 63 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 92,6%. Type 2C có 05 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 7,4%.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả sau mổ

3.2.1. Đặc điểm thương tổn và phương pháp phẫu thuật

Bảng 3. Vị trí túi thừa trong mổ

Vị trí túi thừa trong mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Sigma	33	48,5
Manh tràng	22	32,4
Đại tràng ngang	5	7,4
Đại tràng góc gan	2	2,9
Đại tràng lên	4	5,9
Đại tràng xuống	2	2,9
Tổng	68	100

Nhận xét: Sigma 33BN chiếm 48,5%, Manh tràng 22 BN chiếm 32,4%, Đại tràng ngang 5 BN chiếm 7,4%, Đại tràng góc gan 2BN 2,9%, +Đại tràng lên 4BN chiếm 5,9%.

Bảng 4. Tình trạng ổ bụng trong mổ

Tình trạng ổ bụng trong mổ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Mủ + Giả mạc	14	20,6
Dịch đục + Giả mạc	16	23,5
Ít dịch	37	54,4
Áp xe thành bụng + Dịch đục	1	1,5
Tổng	68	100

Nhận xét: Mủ và giả mạc có 14 BN chiếm 20,6%, dịch đục và giả mạc có 16 BN chiếm 23,5%, ít dịch có 37 BN chiếm 54,5%, áp xe thành bụng và dịch đục có 1 BN chiếm 1,5%.

Bảng 5. Phương pháp phẫu thuật

Các phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Cắt đoạn sigma đưa 2 đầu làm HMNT	4	5,9
Đưa lỗ thủng làm HMNT	18	26,5
Mổ mở khâu lỗ thủng	2	2,9
Mổ mở cắt đại tràng P	1	1,5

Các phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
PTNS Dẫn lưu ổ áp xe	5	7,4
PTNS cắt túi thừa	19	27,9
Hartmann	1	1,5
PTNS cắt đại tràng phải	6	8,8
PTNS cắt sigma nối máy	11	16,1
PTNS cắt đại tràng trái	1	1,5
Tổng	68	100

Nhận xét: Có 18 BN làm hậu môn tạm 26,5%, 5 BN PTNS dẫn lưu ổ áp xe 7,4%, 19 BN PTNS cắt túi thừa 27,9%, 11 BN PTNS cắt sigma nối máy 16,1%, 6 BN PTNS cắt đại tràng phải 8,8%.

3.2.2. Cấy dịch bụng trong mổ

68 BN đều được cấy dịch trong mổ 100%, trong đó có 56 BN dương tính chiếm tỷ lệ 82,4%, 12 BN âm tính chiếm tỷ lệ 17,6%

3.2.3. Thời gian nằm viện và tai biến biến chứng

Thời gian nằm viện của chúng tôi trung bình là 8 ngày khoảng từ vị từ 6 đến 10 ngày.

Không có trường hợp nào tử vong trong 30 ngày sau mổ.

Không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong mổ, không có trường hợp nào tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 22,1% , trong đó xì miệng nối 1 BN 1,5%, 2 BN áp xe tồn lưu 2,9%, 1 BN viêm phổi 1,5%, 10 BN nhiễm trùng vết mổ 14,7%.

3.2.4. Kết quả cấy vi khuẩn

E. Feacium 12 BN chiếm tỷ lệ 17,6%, E. coli 35 BN chiếm 51,5%, Klebsiella 3 BN chiếm 4,4%, Staphylococcus 1 BN chiếm 1,5%, Enterobacter agglomerans 1 BN chiếm 1,5%, Streptococcus 1 BN chiếm 1,5%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy viêm thủng túi thừa manh tràng chiếm tỷ lệ 32,4%, độ tuổi trẻ hơn, trung bình là $40,3 \pm 6,7$ tuổi ($P = 0,02$), hầu như không có biến chứng nặng sau mổ, chúng tôi có 1 trường hợp rò miệng nối khu trú sau mổ cắt đại tràng Sigma, đáp ứng điều trị nội khoa, cũng có thể giải thích đa phần phương pháp mổ là phẫu thuật nội soi cắt túi thừa chỉ có 6 trường hợp PTNS cắt đại tràng phải và 1 trường hợp mổ mở cắt đại

tràng phải. Và bệnh nhân ít bệnh nền thời gian xử lý sớm. Thời gian nằm viện trung bình 5 ngày.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm thủng túi thừa đại tràng

4.1.1. Tuổi và giới

Nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp bệnh nhân nam, 16 tuổi được chẩn đoán là viêm thủng túi thừa manh tràng, có 16 trường hợp (23,5%) có tuổi dưới 40, cho thấy độ tuổi VTTTĐT ngày càng trẻ hóa, tác giả Tursi cũng có nhận định tương tự [3]

Nghiên cứu của tác giả Quách Văn Kiên [4], tỷ lệ bệnh nhân nam gấp 2,6 lần bệnh nhân nữ (15 nữ so với 39 nam) trong khi đó tuổi trung bình là $60,14 \pm 14,7$ tuổi là tương đương với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Dũng báo cáo tuổi trung bình là $48,1 \pm 14,7$, tỷ lệ nam gấp 2,44 lần so với nữ [5].

4.1.2. Tiền căn bệnh kèm theo

Nghiên cứu của chúng tôi có 36,8% và 27,9% các trường hợp có tăng huyết áp và đái tháo đường trong khi tác giả Nguyễn Tuấn Anh [2] ghi nhận 75% bệnh nhân có bệnh lý nội khoa kèm theo, trong đó có 43,7% bệnh nhân có trên 2 bệnh nội khoa. Tăng huyết áp, bệnh mạch vành và đái tháo đường là 3 bệnh lý nội khoa thường gặp nhất trong nghiên cứu. Tác giả Quách Văn Kiên báo cáo tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử nội khoa trong nghiên cứu là 31,5%. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm cao nhất với tỷ lệ 25,9% [4]. Tác giả Sirinthornpunya cho rằng số bệnh nội khoa kèm theo ảnh hưởng đến mức độ nặng của bệnh viêm túi thừa đại tràng, những bệnh nhân có từ 3 bệnh nội khoa kèm theo có nguy cơ cao xảy ra viêm túi thừa đại tràng có biến chứng [6].

4.1.3. Đặc điểm lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi hầu hết bệnh nhân nhập viện đều có triệu chứng đau bụng (97,1%), sốt (61,8%), cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Quách Văn Kiên (92,6%, 44%) [4]. Tác giả Trần Ngọc Dũng báo cáo tỷ lệ đau bụng là 100% sốt chỉ có 12,2% và triệu chứng kích thích phúc mạc là 49,5% [5] trong khi tỷ lệ kích thích phúc mạc trong nghiên cứu của chúng tôi là 89,7%, điều này là do tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều có biến chứng thủng gây viêm phúc mạc và có chỉ định mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân viêm thủng túi thừa manh tràng đều có có triệu chứng tiêu chảy, có thể do tình trạng viêm làm ảnh hưởng đến chức năng hấp thụ nước của đại tràng phải. Về triệu chứng bí tiểu, có 3 trường hợp, cả 3 trường hợp này đều sở được khối áp-xe hạ vị do thủng túi thừa đại tràng sigma, số lượng bạch cầu trên 20K, siêu âm thấy ổ áp-xe hạ vị, có thể giải thích là do ổ áp-xe gây kích thích bàng quang.

4.1.4. Đặc điểm cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 61 bệnh nhân có CRP tăng chiếm tỷ lệ 89,7%, trong khi nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuấn Anh đa số bệnh nhân (91,2%) có tăng nồng độ CRP ≥ 10 mg/L trong đó có 14 bệnh nhân (43,7%) có nồng độ CRP tăng ≥ 140 mg/L [2].

Về dạng tổn thương trên siêu âm, tỷ lệ thâm nhiễm mỡ, dày thành đại tràng, áp-xe quanh túi thừa, dịch bụng, hơi tự do lần lượt là 14,7%, 5,9%, 7,4%, 70,6%, 1,5% trong khi tác giả Trần Ngọc Dũng [4] báo cáo 88,4%, 78,8%, 27%, 2,1% và 0%. WSES khuyến cáo sử dụng siêu âm là phương tiện chẩn đoán đầu tiên đối với những bệnh nhân nghi ngờ viêm túi thừa đại tràng khi có bác sĩ siêu âm kinh nghiệm [7].

Về dạng tổn thương trên chụp bụng cản quang tỷ lệ thâm nhiễm mỡ, dày thành đại tràng, áp-xe quanh túi thừa, dịch bụng khu trú với tỷ lệ là tác giả Phan Tiến Mạnh 48,7%, 38,1%, 6,6%, 6,6%. Phân độ nặng nhẹ sẽ là 86,8%, 11,4% [8]. Của chúng tôi 36,7%, 27,9%, 7,4%, 27,9%. Phân mức độ nặng nhẹ 35,3% và 64,7%. Điều này là do trong nghiên cứu của chúng tôi toàn bộ đều có biến chứng thủng còn của Phan Tiến Mạnh biến chứng thủng chỉ có 74,8% [8].

Về phân độ WSES, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi toàn bộ được chỉ định mổ cấp cứu nên tỷ lệ type 2A, 2B và 3 lần lượt là 1,5%, 72,1% và 26,5%, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Dũng với tỷ lệ 6,7%, 1% và 0,5% [5]. Sau khi tái phân loại theo CDD thì hầu hết là type 2B (92,6%), type 2C chỉ chiếm 7,4%.

4.2. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả sau mổ

Tác giả Quách Văn Kiên thời gian nằm viện theo phân loại Hinchey lần lượt là $10,5 \pm 5,6$ ngày giai đoạn Ib, $12 \pm 6,8$ ngày giai đoạn II điều trị nội khoa, 10 ± 3 ngày giai đoạn II điều trị ngoại khoa, $13,9 \pm 6,5$ ngày giai đoạn III, $20,25 \pm 8,8$ ngày giai đoạn IV. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ chiếm 50% [4].

Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong mổ, chúng tôi có 15 BN có biến chứng chiếm tỷ lệ 22,1%, có 1 trường hợp rò miệng nối sau cắt nối đại tràng 1 thì đáp ứng điều trị nội khoa, 2 BN áp xe tồn lưu 2,9%, 1 BN viêm phổi 1,5%, 10 BN nhiễm trùng vết mổ 14,7%.

4.2.1. Vị trí túi thừa và phương pháp phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, đa số thủng ở đại tràng sigma (48,5%) và manh tràng (32,4%) còn nếu phân chia đại tràng trái:phải thì tỷ lệ sẽ là 58,8%:41,2%. Trong khi đó tác giả Quách Văn Kiên báo cáo đa số vị trí thủng túi thừa nằm ở đại tràng trái (64,8%), đại tràng phải (35,2%) [4], tác giả Trần Ngọc Dũng báo cáo túi thừa ở đại tràng phải nhiều gấp 2,56 lần túi thừa ở đại tràng trái [5].

Về phương pháp điều trị, tác giả Quách Văn Kiên báo cáo 51,8% bệnh nhân được điều trị nội khoa, trong đó

17,9% bệnh nhân được phối hợp kháng sinh và dẫn lưu ổ áp xe, 48,2% bệnh nhân được phẫu thuật trong đó 73,1% có chỉ định mổ cấp cứu và 7 bệnh nhân được mổ chương trình (26,9%), và được cắt đại tràng nối ngay. Trong đó, chỉ định phẫu thuật của đại tràng trái chiếm đa số (80,8%) còn 19,2% thuộc về đại tràng phải, 17 bệnh nhân được thực hiện bằng phẫu thuật Hartmann (65,4%) [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận có 1 trường hợp thủng túi thừa đại tràng sigma đơn độc được PTNS cắt túi thừa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% người bệnh được phẫu thuật, điều này có thể giải thích là do cách chọn mẫu ngay từ đầu, chỉ định phẫu thuật của đại tràng trái và phải lần lượt là 58,9% và 41,1% và chỉ có 1,5% bệnh nhân (01 trường hợp) được phẫu thuật Hartmann.

4.2.2. Cấy dịch bụng và loại vi khuẩn

68 BN đều được cấy dịch trong mổ 100%, trong đó có 56 BN dương tính chiếm tỷ lệ 82,4%, 12 BN âm tính chiếm tỷ lệ 17,6%, gồm các loại khuẩn như Enterococcus. Faecium 12 BN chiếm tỷ lệ 17,6%, E. coli 35 BN chiếm 51,5%, Klebsiella 3 BN chiếm 4,4%, Staphylococcus 1 BN chiếm 1,5%, Enterobacter agglomerans 1 BN chiếm 1,5%, Streptococcus 1 BN chiếm 1,5%. Nhạy với nhóm cephalosporine thế hệ 3 và nhóm quinolon. Giống như tác giả Phan Tiến Mạnh [8] chúng tôi hoặc dùng đơn độc nhóm cephalosporine thế hệ 3 hoặc phối hợp nhóm quinolon đáp ứng tốt.

5. KẾT LUẬN

VTĐTĐT thường gặp ở độ tuổi trung niên, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng, sốt, tiêu chảy và phản ứng phúc mạc, chẩn đoán chủ yếu dựa vào CT Scan bụng chậu có cản quang. Phát hiện và xử trí kịp thời giúp giảm tỷ lệ tai biến, biến chứng và tránh được tử vong cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Severi C, Carabotti M, Cicienia A, et al (2018), "Recent advances in understanding and managing diverticulitis". F1000Res, 7.
- [2] Nguyễn Tuấn Anh, Phạm Tiến Quang, Nguyễn Hồng Sơn, et al (2022), "Điều trị viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng". Tạp Chí Học TP Hồ Chí Minh, 26(1), 77-83.
- [3] Tursi A, Scarpignato C, Strate L, et al (2020), "Colonic diverticular disease". Nat Rev Dis Primers, 6(1), :20.
- [4] Quách Văn Kiên, Nguyễn Xuân Hùng, Đỗ Tới Nghĩa (2024), "Đánh giá kết quả điều trị biến chứng thủng do viêm túi thừa đại tràng tạo bệnh viện hữu nghị Việt Đức". Tạp chí Y học Việt Nam, 536(1), 42-46.
- [5] Trần Ngọc Dũng, Nguyễn Xuân Minh (2024), "Kết quả điều trị bệnh lý túi thừa đại tràng có

- biến chứng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội".
Tạp chí nghiên cứu Y học, 180(7), 223-232.
- [6] Sirinthornpunya S (2016), "Characteristics and Treatment Outcomes of Colonic Diverticulitis in Hospitalized Patients in Thailand.". J Med Assoc Thai, 99(2), 136-146.
- [7] Sartelli M, Catena F, Ansaloni L, et al (2016), "WSES Guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting". World Journal of Emergency Surgery, 11(37).
- [8] Phan Tiến Mạnh (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng , cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội Luận văn thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.

