

## TREATMENT OUTCOMES OF COLONIC DIVERTICULITIS AT E HOSPITAL FROM 2021 - 2024

Nguyen Quoc Dat<sup>1\*</sup>, Huu Hoai Anh<sup>1</sup>, Nguyen Khac Diep<sup>1</sup>, Do Van Minh<sup>1</sup>, Phung Van Quyen<sup>1</sup>, Chu Thi Thuy Nga<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Gastrointestinal Surgery, E Hospital - 89 Tran Cung, Nghia Do ward, Hanoi, Vietnam

<sup>2</sup>Faculty of Anesthesia and Surgical Intensive Care Unit, E Hospital - 89 Tran Cung, Nghia Do ward, Hanoi, Vietnam

Received: 20/01/2026

Revised: 20/02/2026; Accepted: 23/03/2026

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate clinical presentation, diagnostic findings, and treatment outcomes of acute colonic diverticulitis at E Hospital.

**Methods:** Retrospective descriptive study of 55 acute colonic diverticulitis patients (2021-2024). Statistical analysis using SPSS 20.0 software.

**Results:** The patients had an average age of  $47.15 \pm 13.95$  years; 74.55% male. Right-sided acute colonic diverticulitis 78.18%. Right lower quadrant pain 60%. CT detection 98.18%, ultrasound 61.28%. Conservative treatment success 90.91% (100% good outcomes). Surgery 9.09% with 60% good results. Complications only in left-sided cases (58.33% vs 0%),  $p < 0.001$ . Left-sided acute colonic diverticulitis showed higher fever (75% vs 11.6%),  $p < 0.001$ .

**Conclusion:** Right-sided acute colonic diverticulitis more common with better outcomes. CT is gold standard. Conservative management highly effective, surgery reserved for complicated cases.

**Keywords:** Acute colonic diverticulitis, conservative treatment, surgery, CT imaging.

---

\*Corresponding author

**Email:** datnq.smp@gmail.com **Phone:** (+84) 964089402 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4588**



# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN E TỪ NĂM 2021-2024

Nguyễn Quốc Đạt<sup>1</sup>, Hữu Hoài Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Khắc Điệp<sup>1</sup>, Đỗ Văn Minh<sup>1</sup>, Phùng Văn Quyên<sup>1</sup>, Chu Thị Thúy Nga<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Khoa Phẫu thuật tiêu hóa, Bệnh viện E - 89 Trần Cung, phường Nghĩa Đô, Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Khoa Gây mê Hồi sức tích cực ngoại, Bệnh viện E - 89 Trần Cung, phường Nghĩa Đô, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 20/02/2026; Ngày duyệt đăng: 23/03/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm túi thừa đại tràng tại Bệnh viện E.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 55 bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng (2021-2024). Phân tích thống kê sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

**Kết quả:** Các bệnh nhân có tuổi trung bình  $47,15 \pm 13,95$  năm; nam 74,55%. Viêm túi thừa đại tràng phải 78,18%. Đau hố chậu phải 60%. Chụp CT phát hiện 98,18%, siêu âm 61,28%. Điều trị nội khoa thành công 90,91% (100% tốt). Phẫu thuật 9,09% với 60% tốt. Biến chứng chỉ ở đại tràng trái (58,33%) so với đại tràng phải (0%),  $p < 0,001$ . Viêm túi thừa đại tràng trái có sốt cao hơn (75% so với 11,6%),  $p < 0,001$ .

**Kết luận:** Viêm túi thừa đại tràng phải gặp nhiều hơn với kết quả điều trị tốt hơn. Chụp CT là phương pháp chẩn đoán chuẩn vàng. Điều trị bảo tồn hiệu quả cao, phẫu thuật cho biến chứng.

**Từ khóa:** Viêm túi thừa đại tràng, điều trị nội khoa, phẫu thuật, CT scan.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi thừa đại tràng là bệnh lý phổ biến, đặc biệt ở người lớn tuổi. Túi thừa đại tràng là những cấu trúc hình túi nhỏ lồi ra khỏi thành đại tràng, có thể tồn tại không gây triệu chứng hoặc gây viêm nhiễm. Ở các nước phương Tây, viêm túi thừa đại tràng chủ yếu gặp ở đại tràng Sigma, trong khi ở các quốc gia châu Á, bao gồm Việt Nam, bệnh chủ yếu ở đại tràng phải [1].

Tỷ lệ mắc bệnh túi thừa đại tràng tăng theo tuổi, từ 5-10% ở độ tuổi 45 tăng lên đến 80% ở tuổi 80. Mặc dù đa số bệnh nhân có túi thừa đại tràng không triệu chứng, có khoảng 20% phát triển viêm túi thừa. Các yếu tố nguy cơ bao gồm chế độ ăn ít chất xơ, béo phì, sử dụng thuốc chống viêm không steroid, hút thuốc lá và lối sống ít vận động [2].

Chẩn đoán viêm túi thừa đại tràng dựa trên triệu chứng lâm sàng kết hợp với chụp cắt lớp vi tính (CT) hoặc nội soi đại tràng. Trong những năm gần đây, xu hướng điều trị đã thay đổi với sự ưu tiên của phương pháp bảo tồn (điều trị nội khoa) cho các trường hợp không biến chứng [3].

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế về viêm túi thừa đại tràng, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện tại Bệnh viện E. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm túi thừa đại tràng; (2) Đánh giá kết quả điều trị bệnh viêm túi thừa đại tràng bằng phương pháp nội khoa và ngoại khoa.

## 2. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế và đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 55 bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi thừa đại tràng và điều trị tại Khoa Phẫu thuật tiêu hóa, Bệnh viện E từ năm 2021-2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: nội soi đại tràng có hình ảnh túi thừa viêm (phù nề, xung huyết, giả mạc, chảy máu), chụp CT ổ bụng có viêm túi thừa đại tràng hoặc biến chứng, chẩn đoán trong mổ là túi thừa có biến chứng, kết quả giải phẫu bệnh xác nhận viêm túi thừa, hồ sơ bệnh án đầy đủ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân túi thừa đại tràng không có biến chứng, hồ sơ bệnh án không đủ thông tin.

### 2.2. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### 2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích khoa học, nâng cao chất lượng điều trị người bệnh, không nhằm mục đích nào khác.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng (n = 55)

- Tuổi: phần lớn bệnh nhân (74,54%) ở nhóm 21-60 tuổi, trong đó nhóm 41-60 chiếm 38,18%, nhóm 21-40 tuổi

\*Tác giả liên hệ

Email: datnq.smp@gmail.com Điện thoại: (+84) 964089402 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4588>

chiếm 36,36%, nhóm 61-80 tuổi chiếm 20%, các nhóm khác chiếm 5,46%. Tuổi trung bình của bệnh nhân 47,15 ± 13,95 (từ 19-66 tuổi).

- Giới tính: nam giới chiếm ưu thế với 74,55%, nữ giới chiếm 25,45%, tỷ lệ nam/nữ là 2,93/1.

- Địa dư: đa số sống bệnh nhân sống ở thành thị (72,72%), chỉ có 27,28% bệnh nhân sống ở nông thôn.

- Triệu chứng cơ năng: tất cả bệnh nhân (100%) có đau bụng. Các triệu chứng khác ít gặp hơn: nôn (18,18%), táo bón (7,27%), đại tiện phân lỏng (5,45%).

- Vị trí đau ở hố chậu phải chiếm tỷ lệ cao nhất (60%), tiếp theo hạ sườn phải (27,27%), các vị trí khác (12,73%). Tổng cộng 87,27% bệnh nhân có đau ở vùng phải.

- Triệu chứng thực thể: đa số bệnh nhân (54,55%) không có triệu chứng thực thể bất thường. Phản ứng thành bụng ghi nhận ở 36,36% bệnh nhân, cảm ứng phúc mạc ở 9,09% bệnh nhân. Đau âm ỉ liên tục là tính chất đau thường gặp nhất (94,55%).

- Triệu chứng toàn thân: sốt ghi nhận ở 25,45% bệnh nhân, 74,55% bệnh nhân không sốt.

### 3.2. Cận lâm sàng

Bảng 1. Kết quả cận lâm sàng (n = 55)

Phương pháp chẩn đoán		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu máu tăng (> 10 G/L)		37	67,27
Siêu âm ổ bụng	Phát hiện túi thừa	34	61,28
	Dày thành đại tràng	23	41,82
	Thâm nhiễm mỡ	23	41,82
	Ổ áp xe	3	5,45
Chụp CT	Phát hiện túi thừa	54	98,18
	Đại tràng phải	43	78,18
	Đại tràng trái	12	21,82
	Thâm nhiễm mỡ	53	96,36
	Dày thành đại tràng	51	92,73
	Ổ áp xe	7	12,73
Nội soi đại tràng phát hiện có túi thừa (n = 10)		10	100
8/10 bệnh nhân có túi thừa nằm ở đại tràng phải			

### 3.3. Biến chứng và kết quả điều trị nội khoa

Bảng 2. Biến chứng và kết quả điều trị nội khoa (n = 55)

Chỉ số	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Biến chứng thủng túi thừa gây áp xe	7	12,73	
<b>Tất cả đều là biến chứng ở đại tràng trái</b>			
Phương pháp điều trị	Điều trị nội khoa	50	90,91
	Điều trị ngoại khoa	5	9,09
Kết quả điều trị nội khoa (n = 50)	Tốt	50	100
	Thất bại	0	0

**Ghi chú:** Mỗi liên hệ vị trí - biến chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

Kết quả cho thấy nguy cơ ở đại tràng trái cao hơn rõ rệt so với đại tràng phải.

Điều trị nội khoa được áp dụng cho 90,91% bệnh nhân với kết quả tốt 100%, không có thất bại. Thời gian hết đau trung bình 5,88 ± 2,19 ngày (2-14 ngày), thời gian điều trị 6,44 ± 3,23 ngày (2-21 ngày).

### 3.4. Điều trị ngoại khoa

Bảng 3. Kết quả điều trị ngoại khoa (n = 5)

Thông số	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Thái độ xử trí	Mổ cấp cứu	4	80,0
	Mổ phiên	1	20,0
Cách thức mổ	Mổ mở	2	40,0
	Mổ nội soi	3	60,0
Phương pháp mổ	Cắt đại tràng nối ngay	2	40,0
	Phẫu thuật Hartmann	2	40,0
	Dẫn lưu ổ áp xe	1	20,0
Biến chứng sau mổ	Không biến chứng	3	60,0
	Nhiễm trùng vết mổ	1	20,0
	Áp xe tồn dư	1	20,0
Kết quả điều trị	Tốt	3	60,0
	Trung bình	2	40,0

Phẫu thuật được chỉ định ở 5 bệnh nhân (9,09%), tất cả đều có áp xe từ đại tràng trái. 80% mổ cấp cứu, 60% sử dụng phẫu thuật nội soi. Thời gian mổ trung bình 112 ± 17,2 phút (90-140 phút), thời gian nằm viện sau mổ trung bình 15,6 ± 7,42 ngày (10-30 ngày). Kết quả điều trị: 60% tốt, 40% trung bình, không có tử vong.

### 3.5. Mối liên hệ tuổi và vị trí túi thừa

Bảng 4. Mối liên hệ giữa tuổi và vị trí túi thừa (n = 55)

Tuổi	Đại tràng phải	Đại tràng trái	Tổng
21-40 tuổi	19	1	20
41-60 tuổi	16	5	21
61-80 tuổi	5	6	11
Khác	3	0	3
Tổng	43	12	55

**Ghi chú:**  $\chi^2 = 8,92$ ;  $p = 0,0306$ .

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi và vị trí túi thừa ( $p = 0,0306$ ).

Bảng 5. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa đại tràng phải và đại tràng trái

Đặc điểm	Đại tràng phải (n = 43)	Đại tràng trái (n = 12)	p
Thời gian đau (ngày)	1,3 ± 0,5	2,8 ± 2,3	0,008
Phản ứng thành bụng	8 (18,6%)	10 (83,3%)	0,001

Đặc điểm	Đại tràng phải (n = 43)	Đại tràng trái (n = 12)	P
Sốt	5 (11,6%)	9 (75,0%)	< 0,001
Bạch cầu > 10 G/L	28 (65,1%)	9 (75,0%)	0,421
Biến chứng	0 (0,0%)	7 (58,3%)	< 0,001

Viêm túi thừa đại tràng trái có thời gian đau kéo dài hơn, phản ứng thành bụng nhiều hơn, sốt cao hơn và tỷ lệ biến chứng cao hơn so với viêm túi thừa đại tràng phải, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $47,15 \pm 13,95$ . Các bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm tuổi từ 21-60, chiếm phần lớn mẫu với 74,54% (36,36% trong độ tuổi 21-40 và 38,18% trong độ tuổi 41-60). Theo Phạm Hồng Nguyên, tỷ lệ bệnh nhân trong độ tuổi 41-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 42% [1], tỷ lệ này trong nghiên cứu của Hà Đình Thùy là 39,2% [2]. Nghiên cứu của Bahadursingh A.M và cộng sự (2003) thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 61 tuổi [3].

Tỷ lệ nam chiếm ưu thế với 74,55%, trong khi nữ giới chiếm 25,45%; kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trịnh Thành Vinh (60,5% nam) [4]. Nam giới trẻ tuổi có xu hướng ít bổ sung chất xơ hơn và có tỷ lệ hút thuốc, uống rượu cao hơn - những yếu tố có liên quan đến sự hình thành túi thừa và viêm.

Sự chiếm ưu thế của bệnh nhân cư trú ở thành thị (72,72%) gợi ý một mối liên quan tiềm ẩn với thói quen ăn uống và mức độ hoạt động thể chất đặc trưng của cuộc sống thành thị. Tỷ lệ bệnh nhân ở thành thị trong nghiên cứu của Trịnh Thành Vinh là 65,4% [4], của Hà Đình Thùy là 65,8% [2], của Phạm Hồng Nguyên là 59% [1].

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng

**Triệu chứng cơ năng:** Trong số 55 bệnh nhân, tất cả đều có triệu chứng đau bụng (100%), là dấu hiệu phổ biến và đặc trưng nhất của viêm túi thừa. Theo Phạm Hồng Nguyên, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau là 94,3% [1], theo Hà Đình Thùy là 94,3% [2]. Abdullah Al-Sawat và cộng sự (2008) nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân đau bụng đối với bệnh viêm túi thừa đại tràng là 86% [5].

**Vị trí đau:** Đau hố chậu phải chiếm tỷ lệ cao nhất (60%), tiếp theo là hạ sườn phải (27,27%). Tổng cộng 87,27% bệnh nhân có đau ở vùng phải. Kết quả này phù hợp với báo cáo của Phạm Hồng Nguyên năm 2021 (56,9% đau hố chậu phải) [1], Hà Đình Thùy năm 2018 (77,8% đau hố chậu phải) [2]. Nghiên cứu của Marinella M.A và cộng sự (2000) cho thấy 67% bệnh nhân đau bụng ở hố chậu trái, trong khi chỉ có 24% bệnh nhân đau bụng ở hố chậu phải [6].

**Tính chất đau:** Đau âm ỉ liên tục là tính chất đau thường gặp nhất (94,55% đau âm ỉ, 92,73% đau liên tục). Kết quả này cao hơn so với báo cáo của Hà Đình Thùy năm 2018 (67,9% đau âm ỉ liên tục) [2].

**Triệu chứng thực thể:** Phản ứng thành bụng ghi nhận ở 36,36% bệnh nhân, cảm ứng phúc mạc ở 9,09%. Nghiên cứu

của Hà Đình Thùy thấy 53,2% không có dấu hiệu thực thể, 46,8% có phản ứng thành bụng [2]. Theo Phạm Hồng Nguyên, tỷ lệ phản ứng thành bụng là 42%, cảm ứng phúc mạc là 5,7% [1].

**Triệu chứng toàn thân:** Sốt ghi nhận ở 25,45% bệnh nhân, tương đương với nghiên cứu của Phạm Hồng Nguyên (2021) ghi nhận sốt ở 25% [1]. Chapman J và cộng sự (2005) cho rằng sốt là dấu hiệu gợi ý mức độ viêm nặng hoặc biến chứng [7].

### 4.2. Cận lâm sàng

**Xét nghiệm máu:** Bạch cầu tăng ( $> 10$  G/L) ghi nhận ở 67,27% bệnh nhân. Theo Trịnh Thành Vinh, số lượng bạch cầu trung bình là  $14.100 \pm 3.350$  bạch cầu/mm<sup>3</sup>, trong đó tỉ lệ bạch cầu cao trên 10 G/L là 76,6%. Tỷ lệ này phản ánh phản ứng viêm toàn thân của cơ thể đối với viêm túi thừa [4].

**Siêu âm:** Tỷ lệ phát hiện túi thừa đại tràng là 61,28%. Pradel J.A và cộng sự (1997) đã báo cáo siêu âm trong chẩn đoán bệnh lý viêm túi thừa đại tràng có độ nhạy 83% và độ đặc hiệu 84% [8]. Tuy nhiên, siêu âm vẫn phát hiện được dày thành đại tràng ở 41,82% và thâm nhiễm mỡ quanh đại tràng ở 41,82%, những dấu hiệu gián tiếp này gợi ý viêm túi thừa ngay cả khi không nhìn thấy túi thừa rõ ràng.

**Chụp CT:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, 54/55 bệnh nhân (98,18%) được chụp CT ổ bụng (1 bệnh nhân siêu âm ổ bụng và nội soi đại tràng thấy rõ viêm túi thừa nên không cần chụp CT). Tất cả các trường hợp chụp CT đều được chẩn đoán xác định viêm túi thừa đại tràng. CT có độ nhạy cao, không chỉ giúp chẩn đoán xác định sự hiện diện của túi thừa viêm mà còn cung cấp thông tin chi tiết về: vị trí túi thừa (78,18% ở đại tràng phải, 21,82% ở đại tràng trái); mức độ viêm, thâm nhiễm mỡ ở 96,36%; dày thành đại tràng ở 92,73%; các biến chứng áp xe ở 12,73%; liên quan với các cơ quan lân cận. Theo Buckley O và cộng sự, độ nhạy và độ đặc hiệu của chụp CT lần lượt là 97% và 99% [9].

**Nội soi đại tràng:** Được thực hiện ở 18,18% bệnh nhân với độ phát hiện 100%. So sánh với nghiên cứu của Trịnh Thành Vinh (25,9%) [4] và Hà Đình Thùy (35,4%) [2] thì tỷ lệ thực hiện ở Bệnh viện E thấp hơn. Theo Sartelli M và cộng sự, nội soi đại tràng trong giai đoạn cấp tính của viêm túi thừa có nguy cơ thủng đại tràng, vì vậy không được khuyến cáo trong giai đoạn cấp tính (2020) [10].

**So sánh vị trí túi thừa:** Chúng tôi ghi nhận 78,18% ở đại tràng phải cao hơn nghiên cứu của Phạm Hồng Nguyên (56,3%) [1], nhưng tương tự nghiên cứu của Trịnh Thành Vinh (77,8%) [4].

**Biến chứng và mối liên hệ với vị trí:** Thủng túi thừa gây áp xe ghi nhận ở 12,73% bệnh nhân. Theo Phạm Hồng Nguyên, 12,5% bệnh nhân được ghi nhận có biến chứng, trong đó thủng túi thừa chiếm tỉ lệ cao nhất (5,7%), chảy máu túi thừa (3,4%). 100% biến chứng nằm ở túi thừa đại tràng bên trái; trong khi có 50 bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng phải thì không trường hợp nào xác định có biến chứng. Tỷ lệ biến chứng của nhóm bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng trái so với nhóm bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng phải có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  [1].

### 4.3. Kết quả điều trị nội khoa

**Tỷ lệ điều trị nội khoa:** Điều trị nội khoa chiếm 90,91% bệnh nhân, với 100% đạt kết quả tốt. Tỷ lệ này của một số tác giả Việt Nam như Hà Đình Thùy là 87,3% [2], Phạm Hồng Nguyên là 81,82% [1]. Tương tự, Emile S.H và cộng sự (2018) đã thực hiện một đánh giá hệ thống trên 2565 bệnh nhân viêm túi thừa không biến chứng cấp tính, trong đó 65,1% được điều trị bảo tồn [11].

**Thời gian phục hồi:** Thời gian nằm viện trung bình  $6,44 \pm 3,23$  ngày (từ 2-21 ngày). Nghiên cứu của Hà Đình Thùy có số ngày điều trị trung bình là  $5,64 \pm 2,65$  ngày [2].

### 4.4. Kết quả điều trị ngoại khoa

**Tỷ lệ phẫu thuật:** Phẫu thuật được chỉ định cho 9,09% bệnh nhân, chủ yếu là những ca có áp xe từ đại tràng trái. So sánh với nghiên cứu của Hà Đình Thùy là 13,7% [2], Phạm Hồng Nguyên là 18,18% [1].

**Thái độ xử trí:** có 80% mổ cấp cứu (4/5 ca), 20% mổ phiên (1/5 ca). Tỷ lệ mổ cấp cứu theo Phạm Hồng Nguyên là 31,25% [1], theo Hà Đình Thùy là 70% [2].

**Phương pháp phẫu thuật:** Cắt đại tràng nối ngay 40% (2/5 ca), phẫu thuật Hartmann 40% (2/5 ca), dẫn lưu ổ áp xe 20% (1/5 ca). Theo Phạm Hồng Nguyên, tỉ lệ phẫu thuật Hartmann là 31,25%, phẫu thuật cắt đoạn đại tràng thủng, nối ngay là 68,75% [1]. Còn theo Belmonte C và cộng sự, các tỉ lệ này lần lượt là 12% và 88% [12].

**Biến chứng sau mổ:** 60% không biến chứng (3/5 ca), 40% có biến chứng (2/5 ca: nhiễm trùng vết mổ 1 ca, áp xe tồn dư 1 ca). Theo Phạm Hồng Nguyên, trong số 16 bệnh nhân mổ, 12 bệnh nhân (75%) có kết quả tốt; 3 bệnh nhân (18,75%) kết quả trung bình, đó là 3 bệnh nhân có nhiễm trùng vết mổ; và 1 bệnh nhân (6,25%) có kết quả xấu là bục miệng nối phải mổ lại.

**Thời gian mổ và nằm viện:** Thời gian mổ trung bình  $112 \pm 17,2$  phút (90-140 phút), thời gian nằm viện sau mổ trung bình  $15,6 \pm 7,42$  ngày (10-30 ngày). Thời gian mổ trung bình của Hà Đình Thùy là  $93,8 \pm 55,2$  phút [2].

**Mối liên hệ tuổi và vị trí túi thừa:** Bảng 4 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi và vị trí túi thừa ( $p = 0,0306$ ). Viêm túi thừa đại tràng phải gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 21-60 (35/43 ca = 81,4%), trong khi viêm túi thừa đại tràng trái gặp đều ở các nhóm tuổi cao hơn (nhóm 41-60 có 5/12 ca, nhóm 61-80 có 6/12 ca, tức 91,7% ở nhóm > 40 tuổi). Theo Phạm Hồng Nguyên, viêm túi thừa đại tràng phải gặp nhiều ở người trẻ (88%) còn viêm túi thừa đại tràng trái lại gặp nhiều ở người già (60%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,006$  [1].

## 5. KẾT LUẬN

Viêm túi thừa đại tràng thường gặp ở đại tràng phải với biểu hiện lâm sàng đặc trưng. Chụp CT là phương pháp

chẩn đoán tối ưu với độ chính xác cao. Điều trị bảo tồn cho viêm túi thừa đại tràng không biến chứng đạt hiệu quả cao, phẫu thuật dành cho các trường hợp biến chứng.

## 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phạm Hồng Nguyên. Đánh giá kết quả điều trị viêm túi thừa đại tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Trường Đại học Y Hà Nội, 2021.
- [2] Hà Đình Thùy. Đánh giá kết quả điều trị viêm túi thừa đại tràng phải tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Trường Đại học Y Hà Nội, 2018.
- [3] Bahadursingh A.M, Virgo K.S et al. Spectrum of disease and outcome of complicated diverticular disease. Am J Surg, 2003, 186 (6): 696-701. doi: 10.1016/j.amjsurg.2003.08.019.
- [4] Trịnh Thành Vinh. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị bệnh lý túi thừa đại tràng. Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.
- [5] Abdullah Al-Sawat, Shrooq Alswat et al. Relationship between ABO blood group and the risk of colorectal cancer: a retrospective multicenter study. Journal of Clinical Medicine Research, 2022, 14 (3): 119-125. doi: 10.14740/jocmr4691.
- [6] Marinella M.A, Mustafa M. Acute diverticulitis in patients 40 years of age and younger. American Journal of Emergency Medicine, 2000, 18 (2): 140-142.
- [7] Chapman J, Davies M et al. Complicated Diverticulitis. Ann Surg, 2005, 242 (4): 576-583.
- [8] Pradel J.A, Adell J.F et al. Acute colonic diverticulitis: prospective comparative evaluation with US and CT. Radiology, 1997, 205 (2), 503-512.
- [9] Buckley O, Geoghegan T et al. O’Riordain D.S, Lyburn I.D, Torreggiani W.C. Computed tomography in the imaging of colonic diverticulitis. Clin Radiol, 2004, 59 (11): 977-983. doi: 10.1016/j.crad.2004.05.003.
- [10] Sartelli M, Weber D.G et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. World Journal of Emergency Surgery, 2020, 15 (1): 32. doi: 10.1186/s13017-020-00313-4.
- [11] Emile S.H, Elfeki H et al. Management of acute uncomplicated diverticulitis without antibiotics: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of predictors of treatment failure. Techniques in Coloproctology, 2018, 22 (7): 499-509. doi: 10.1007/S10151-018-1817-y.
- [12] Belmonte C, Klas J.V et al. The Hartmann procedure. First choice or last resort in diverticular disease? Arch Surg, 1996, 131 (6): 612-5, discussion 616-7. doi: 10.1001/archsurg.1996.01430180038006.