

SURGICAL OUTCOMES IN THE MANAGEMENT OF COMPLICATED CECAL DIVERTICULITIS AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL, HAI PHONG (2024–2026)

Phan Minh Nghi¹; Le, Kha Bach²; Nguyen, Minh Chau³; Cao, Minh Tiep^{1,2} Dinh Van Chien⁴

¹Hai Phong University of Medicine and Pharmacy-No. 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

²Viet Tiep Friendship Hospital-No. 1 Nha Thuong Street, Le Chan Ward, Hai Phong City, Vietnam

³Nam Thang Long Hospital-38 Tan Xuan, Dong Ngac Ward, Hanoi City, Vietnam

⁴Nghe An Friendship General Hospital-Km5, Lenin Avenue, Vinh Phu Ward, Nghe An Province, Vietnam

Received: 05/11/2025

Revised: 06/01/2026; Accepted: 04/06/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and surgical outcomes of complicated cecal diverticulitis at Viet Tiep Friendship Hospital from January 2024 to January 2026.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 32 patients aged 18 years or older who were diagnosed with and surgically treated for complicated cecal diverticulitis.

Results: The mean age was 59.8 ± 16.1 years, with patients aged ≥ 60 years accounting for 56.3%. The male-to-female ratio was 5:3. Clinically, right iliac fossa pain was present in 100% of cases, and abdominal guarding was observed in 96.9%. Hinchey grade III accounted for 65.6% and grade IV for 34.4%. Computed tomography identified perforated diverticulum in 78.1% of cases. Primary resection with anastomosis was performed in 84.4% of patients. The mean postoperative hospital stay was 11.5 ± 5.0 days. The early postoperative complication rate was 9.4% and the mortality rate was 3.1%.

Conclusion: Early postoperative outcomes in this study group were promising; however, preoperative diagnosis remained challenging. Enhanced use of computed tomography in the diagnostic workup and optimization of postoperative care protocols are recommended to reduce complications and shorten hospital stay.

Keywords: Cecal diverticulum, surgery, complications.

*Corresponding author

Email: Drminhnghi90@gmail.com **Phone:** (+84) 965619686 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD7.5606

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ VIÊM TÚI THỪA MANH TRÀNG CÓ BIẾN CHỨNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP - HẢI PHÒNG GIAI ĐOẠN 2024 – 2026

Phan Minh Nghi¹, Lê Khả Bách², Nguyễn Minh Châu³, Cao MinhTiệp^{1,2}, Đinh Văn Chiến⁴

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng-Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp-Số 1 Phố Nhà Thương, phường Lê Chân, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

³Bệnh viện Nam Thăng Long-38, Tân Xuân, phường Đông Ngạc, thành phố Hà Nội, Việt Nam

⁴Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An-Km5, Đại lộ Lê nin, phường Vinh Phú, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 06/01/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật điều trị viêm túi thừa manh tràng (VTTMT) có biến chứng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp giai đoạn 01/2024 – 01/2026.

Phương pháp: Mô tả hồi cứu trên 32 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị VTTMT có biến chứng.

Kết quả: Tuổi trung bình là $59,8 \pm 16,1$ tuổi, nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 56,3%. Tỷ lệ nam/nữ là 5/3. Về lâm sàng, 100% bệnh nhân có đau hố chậu phải, phản ứng thành bụng gặp ở 96,9% trường hợp. Phân độ Hinchey III chiếm 65,6%, Hinchey IV chiếm 34,4%. Cắt lớp vi tính phát hiện túi thừa thủng trong 78,1% trường hợp. Phương pháp cắt đại tràng nối một thì được áp dụng ở 84,4% bệnh nhân. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $11,5 \pm 5,0$ ngày. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 9,4%, tỷ lệ tử vong là 3,1%.

Kết luận: Kết quả sớm sau phẫu thuật trong nhóm nghiên cứu là khả quan, song chẩn đoán trước mổ vẫn còn nhiều thách thức. Cần tăng cường vai trò của cắt lớp vi tính trong tiếp cận chẩn đoán và tối ưu hóa quy trình chăm sóc sau mổ nhằm giảm biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện.

Từ khóa: Túi thừa manh tràng, phẫu thuật, biến chứng

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi thừa manh tràng là tình trạng viêm cấp tính của một hoặc nhiều túi thừa tại vùng manh tràng, có thể dẫn đến các biến chứng ngoại khoa nghiêm trọng như áp xe quanh manh tràng, thủng gây viêm phúc mạc, chảy máu tiêu hóa hoặc tắc ruột. Khác với các nước phương Tây nơi viêm túi thừa đại tràng sigma chiếm ưu thế, tại châu Á túi thừa đại tràng phải (bao gồm manh tràng và đại tràng lên) chiếm khoảng 60–75% các trường hợp viêm túi thừa. Bệnh thường gặp ở người trẻ hơn, với đỉnh tuổi từ 20–50.

Trên lâm sàng, viêm túi thừa manh tràng thường biểu hiện đau hố chậu phải, sốt và tăng bạch cầu nên dễ nhầm lẫn với viêm ruột thừa cấp, khiến việc chẩn đoán trước mổ còn khó khăn. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về bệnh lý này còn hạn chế, tuy nhiên phẫu thuật trong các trường hợp có biến chứng được ghi nhận mang lại kết quả tốt. Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp là cơ sở thường xuyên tiếp nhận và điều trị các trường hợp viêm túi thừa manh tràng có biến chứng, song việc chẩn đoán và xử trí vẫn còn nhiều thách thức.

Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: (1) mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm túi thừa manh tràng có biến chứng được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong giai đoạn từ

tháng 01/2024 đến tháng 01/2026; và (2) đánh giá kết quả sớm của điều trị phẫu thuật đối với nhóm bệnh nhân này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả hồi cứu có phân tích so sánh.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 01/2026.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 32 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán viêm túi thừa manh tràng có biến chứng viêm phúc mạc và được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp trong thời gian nghiên cứu.

Chẩn đoán xác định dựa trên kết quả trong mổ, với tiêu chuẩn xác định là viêm phúc mạc mù (Hinchey III) hoặc viêm phúc mạc phân (Hinchey IV) do thủng túi thừa manh tràng. Các trường hợp viêm túi thừa khu trú, áp xe còn khu trú hoặc rò mà chưa có viêm phúc mạc lan tỏa (Hinchey I-II) không được đưa vào nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: Drminhngghi90@gmail.com Điện thoại: (+84) 965619686 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5606

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân ≥ 18 tuổi

Được phẫu thuật và xác định chẩn đoán viêm túi thừa manh tràng có viêm phúc mạc (Hinchey III hoặc IV) qua kết quả trong mổ và giải phẫu bệnh

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ:

Viêm túi thừa manh tràng không biến chứng hoặc biến chứng khu trú (Hinchey I-II)

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn toàn bộ các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

Tổng số mẫu nghiên cứu là 32 bệnh nhân.

2.5. Biến số và chỉ tiêu nghiên cứu

2.5.1. Đặc điểm chung

Tuổi

Giới tính

Nghề nghiệp

2.5.2. Đặc điểm lâm sàng

Đau bụng hố chậu phải

Sốt

Buồn nôn, nôn

Phản ứng thành bụng

Sờ thấy khối vùng hố chậu phải

2.5.3. Cận lâm sàng

Số lượng bạch cầu

CRP

Kết quả siêu âm bụng

Kết quả chụp cắt lớp vi tính (CT)

Tình trạng khí tự do trong ổ bụng

2.5.4. Kết quả sớm sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ

Biến chứng sớm (rò miệng nối, viêm phúc mạc sau mổ)

Kết quả điều trị phẫu thuật (phân loại: tốt, trung bình, xấu).

Đánh giá kết quả sớm sau mổ:

Tốt: Ra viện ổn định, không biến chứng sớm, vết mổ liền tốt

Trung bình: Có biến chứng nhẹ (nhiễm trùng vết mổ, liệt ruột kéo dài) nhưng điều trị bảo tồn được, ra viện ổn định

Kém: Biến chứng nặng cần can thiệp lại, hoặc tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Số liệu được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, biên bản phẫu thuật và kết quả cận lâm sàng của các bệnh nhân.

Các thông tin được ghi nhận theo bảng thu thập số liệu thống nhất, đảm bảo tính đầy đủ và chính xác.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các phương pháp thống kê mô tả được sử dụng để trình bày kết quả dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn, tần suất và tỉ lệ phần trăm.

Các phép so sánh được thực hiện khi cần thiết, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp chấp thuận.

Thông tin bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối và mã hóa, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Do tính chất hồi cứu, nghiên cứu không can thiệp nên được miễn trừ đồng ý tham gia của người bệnh theo quy định.

3. KẾT QUẢ DỊCH TỄ VÀ LÂM SÀNG

Bảng 1. Tỉ lệ phân bố giới tính và tuổi trung bình

	N = 32
Tỉ lệ nam nữ	5/3
Độ tuổi trung bình	59,8 $\pm$ 16,1 tuổi

Tỉ lệ nam/ nữ nhóm bệnh nhân viêm túi thừa manh tràng có biến chứng là 5/3 với độ tuổi trung bình là 59,8 $\pm$ 16,1 tuổi.

Bảng 2. Tỉ lệ phân bố độ tuổi và nghề nghiệp

Nhóm tuổi	Số lượng (N=32)	Tỉ lệ (%)
<40 tuổi	3	9.3
40-59 tuổi	11	34.4
≥ 60 tuổi	18	56.3
Tổng	32	100
Nghề nghiệp	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Lao động chân tay	6	18.8
Nhân viên văn phòng	6	18.8
Nghỉ hưu	16	50
Khác	4	12.5
Tổng	32	100

Nhóm bệnh nhân nghỉ hưu có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất (50%)

Bảng 3. Tiền sử bệnh và yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Táo bón mạn	4	12.5
Béo phì	2	6.3
Sử dụng NSAIDs	8	25
Bệnh lý tim mạch	16	50
Không có yếu tố nguy cơ	9	28.1
Lao động chân tay	6	18.8

Bảng 4. Bảng đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Chỉ tiêu	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đặc điểm triệu chứng lâm sàng		
Đau bụng hố chậu phải	32	100.0
Sốt	20	62.5
Buồn nôn/nôn	19	59.4

Chỉ tiêu	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Phản ứng thành bụng (+)	31	96.9
Khối hố chậu phải	6	18.8
Đặc điểm cận lâm sàng		
Bạch cầu tăng (>10 G/L)	28	87.5
Siêu âm: viêm túi thừa	10	31.3
CT có túi thừa thủng	25	78.1
Dấu hiệu hơi tự do	19	59.4
Phân độ Hinchey 1978		
I	0	0.0
II	0	0.0
III	21	65.6
IV	11	34.4
Tổng	32	100.0

Đau bụng hố chậu phải gặp ở 100% (32/32) bệnh nhân. Phản ứng thành bụng dương tính gặp ở 96,9% (31/32) trường hợp. Toàn bộ 100% bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc Hinchey III (65,6%) và Hinchey IV (34,4%).

Tăng bạch cầu (> 10 G/L) chiếm tỉ lệ 87,5% (28/32). Cắt lớp vi tính (CLVT) cho kết quả chẩn đoán hình ảnh phù hợp chiếm 78,1% (25/32) trường hợp

Bảng 5. Đặc điểm phẫu thuật

Chỉ tiêu	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật		
Nối một thì	27	84.4
Phẫu thuật Hartmann	0	0.0
Khâu lỗ thủng, rửa bụng	5	15.6
Đường mổ		
Mổ mở	18	56.3
Mổ nội soi	14	43.8

Cắt đại tràng nối ngay một thì là phương pháp được lựa chọn ở 84,4% (27/32) bệnh nhân. Về đường mổ, mổ mở chiếm 56,3% (18/32) và nội soi chiếm 43,8% (14/32).

Bảng 6. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật

Chỉ tiêu	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đánh giá biến chứng sớm		
Nhiễm trùng vết mổ	2	6.3
Rò miệng nối	1	3.1
Viêm phúc mạc tái phát	0	0.0
Tử vong	1	3.1
Thời gian nằm viện sau mổ		
< 7 ngày	1	3.1
7–14 ngày	27	84.4
> 14 ngày	4	12.5
Kết quả sớm sau mổ		
Tốt	29	90,6

Chỉ tiêu	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Trung bình	1	3.1
Kém	2	6.3
Tổng	32	100.0
Kết quả xa (Đánh giá sau mổ)		
Hồi phục hoàn toàn	29	90.6
Còn triệu chứng tiêu hóa	2	6.3
Biến chứng muộn (hẹp, tái phát)	1	3.1
Tổng	32	100.0

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là $59,8 \pm 16,1$ tuổi, dao động từ 19 đến 87 tuổi. Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỉ lệ cao nhất với 56,3% (18/32 trường hợp), phù hợp với đặc điểm sinh lý bệnh của túi thừa đại tràng nói chung — thành đại tràng suy yếu dần theo tuổi tác làm tăng nguy cơ hình thành và biến chứng túi thừa. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Cao Minh Tiệp và cs. tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp (tuổi trung bình $60,0 \pm 14,6$; nhóm > 60 tuổi chiếm 50%) cũng như các nghiên cứu tại châu Á ghi nhận bệnh tập trung nhiều ở người cao tuổi.

Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế rõ rệt với tỉ lệ 62,5% (20/32), tỉ lệ Nam/Nữ = 5/3 ($\approx 1,67/1$). Điều này khác biệt so với nghiên cứu của Lê Lưu Huy và cs. tại Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định 2016 (Nam/Nữ = 1/1) cũng như một số tác giả nước ngoài, sở dĩ có thể có sự khác biệt này do cỡ mẫu còn nhỏ và đặc điểm dân số của cơ sở nghiên cứu. Một số tác giả cho rằng nam giới có thói quen ăn uống ít chất xơ và sử dụng NSAIDs nhiều hơn, làm tăng nguy cơ biến chứng túi thừa.

4.2. Yếu tố nguy cơ

Bệnh lý tim mạch đi kèm là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất trong nghiên cứu, chiếm 50,0% (16/32) — phản ánh nhóm bệnh nhân cao tuổi có bệnh nền phức tạp, đồng thời lý giải mức độ nặng của bệnh cảnh lâm sàng. Sử dụng NSAIDs mạn tính đứng thứ hai với 25,0% (8/32), là yếu tố được nhiều nghiên cứu xác nhận làm tăng nguy cơ thủng túi thừa thông qua cơ chế ức chế tổng hợp prostaglandin, giảm hàng rào bảo vệ niêm mạc ruột. Táo bón mạn gặp ở 12,5% (4/32) — tăng áp lực trong lòng đại tràng là cơ chế chính dẫn đến hình thành và vỡ túi thừa. Béo phì chiếm tỉ lệ thấp nhất (6,3%, 2/32), có thể do đặc điểm thể trạng của người Việt Nam. Đáng lưu ý, 28,1% (9/32) bệnh nhân không xác định được yếu tố nguy cơ rõ ràng, cho thấy bệnh viêm túi thừa mạn tràng có biến chứng có thể xảy ra ngay cả ở đối tượng không có yếu tố nguy cơ kinh điển.

Đau bụng hố chậu phải là triệu chứng hằng định, gặp ở 100% (32/32) bệnh nhân, phản ánh đặc điểm vị trí tổn thương chủ yếu ở khu vực manh tràng/ đại tràng phải trong nghiên cứu. Phản ứng thành bụng dương tính gặp ở 96,9% (31/32) trường hợp — tỉ lệ cao này phù hợp với bệnh cảnh viêm phúc mạc chiếm đa số trong mẫu nghiên cứu (toàn bộ bệnh nhân Hinchey III–IV). Sốt và buồn nôn/nôn lần lượt chiếm 62,5% và 59,4%, là các triệu chứng toàn thân của quá trình nhiễm trùng-viêm. Khối hố chậu phải chỉ sờ thấy ở 18,8% (6/32) bệnh nhân — tỉ lệ thấp phù hợp với đặc điểm tổn thương thủng tự do gây viêm phúc mạc hơn là hình thành khối áp xe khu trú.

4.3. Cận lâm sàng

Tăng bạch cầu ($> 10\text{ G/L}$) là xét nghiệm nhạy nhất với tỉ lệ 87,5% (28/32), là dấu hiệu viêm hệ thống đáng tin cậy giúp định hướng chẩn đoán sớm. Cắt lớp vi tính (CLVT) được thực hiện ở 78,1% (25/32) trường hợp và cho thấy vai trò không thể thiếu trong chẩn đoán — đây là phương tiện chính xác nhất để xác định vị trí túi thừa, mức độ tổn thương và phân loại Hinchey trước mổ. Dấu hiệu hơi tự do gặp ở 46,9% (15/32) — phản ánh tỉ lệ thủng tự do vào ổ phúc mạc cao trong nhóm nghiên cứu. Siêu âm bụng chỉ có giá trị gợi ý trong 43,8% (14/32) trường hợp, thấp hơn CLVT rõ rệt, do hạn chế trong đánh giá các tổn thương sâu vùng tiểu khung và bị ảnh hưởng bởi hơi ruột. Từ đó, nghiên cứu khẳng định cần ưu tiên chỉ định CLVT trong tiếp cận chẩn đoán viêm túi thừa manh tràng có biến chứng.

Toàn bộ 100% bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc Hinchey III (65,6%) và Hinchey IV (34,4%) — tức là viêm phúc mạc mủ lan tỏa và viêm phúc mạc phân. Không có trường hợp Hinchey I hay II nào được ghi nhận. Điều này phản ánh đặc điểm của một bệnh viện tuyến cuối tiếp nhận các ca nặng, cấp cứu muộn, đồng thời lý giải tại sao toàn bộ bệnh nhân đều phải can thiệp phẫu thuật. So sánh với nghiên cứu, cơ cấu Hinchey tương đồng với đa số giai đoạn III–IV.

4.4. Phương pháp phẫu thuật và đường mổ

Cắt đại tràng nối ngay một thì là phương pháp được lựa chọn ở 84,4% (27/32) bệnh nhân — tỉ lệ cao phản ánh xu hướng hiện đại trong xử trí TTĐT biến chứng, ưu tiên phục hồi lưu thông tiêu hóa ngay thì đầu thay vì phải mổ lại. Phương pháp khâu túi thừa/lỗ thủng chiếm 15,6% (5/32), áp dụng trong các trường hợp tổn thương khu trú, không cắt đại tràng được. Không có trường hợp nào áp dụng phẫu thuật Hartmann trong nghiên cứu này.

Về đường mổ, mổ mở chiếm 56,3% (18/32) và nội soi chiếm 43,8% (14/32). Tỉ lệ nội soi khá cao trong bệnh cảnh viêm phúc mạc nặng cho thấy năng lực phẫu thuật nội soi của đơn vị đã được nâng cao. Tuy nhiên, cần thận trọng khi chỉ định nội soi trong Hinchey IV do nguy cơ tổn thương và khó làm sạch ổ phúc mạc.

Tỉ lệ biến chứng sớm sau mổ là 9,4% (3/32), thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu Việt Tiệp (28,9%) và nhiều nghiên cứu quốc tế (15–30% với Hinchey III–IV). Cụ thể: nhiễm trùng vết mổ 6,3% (2 ca), rò miệng nối 3,1% (1 ca), tử vong 3,1% (1 ca — bệnh nhân Hinchey IV, 74 tuổi, bệnh nền tim mạch). Không ghi nhận trường hợp viêm phúc mạc tái phát.

Thời gian nằm viện trung bình là $11,5 \pm 5,0$ ngày, ngắn hơn so với nghiên cứu Việt Tiệp ($14,6 \pm 3,8$ ngày). Đáng lưu ý, ca nằm viện dài nhất (34 ngày) là bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng và rò miệng nối, kéo dài đáng kể so với phần còn lại (trung vị 10,5 ngày).

Kết quả sớm Tốt đạt 90,6% (29/32), cao hơn so với nghiên cứu Việt Tiệp (71,1%) và các nghiên cứu trong nước đã công bố (~87%). Kết quả Kém gặp ở 2 bệnh nhân (6,3%) — đều là Hinchey IV, tuổi cao, có bệnh nền nặng. Về kết quả xa, 90,6% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, 6,3% còn triệu chứng tiêu hóa dai dẳng và 3,1% có biến chứng muộn — các số liệu này khẳng định hiệu quả của phẫu thuật điều trị TTMT biến chứng tại đơn vị.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hồi cứu 32 trường hợp viêm túi thừa manh tràng có biến chứng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp giai đoạn 2024–2026, kết quả sớm sau điều trị phẫu thuật trong nhóm nghiên cứu là khả quan. Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn

nhỏ, thiết kế hồi cứu và không có nhóm chứng, các kết quả này cần được diễn giải thận trọng và chưa đủ cơ sở để khái quát hóa như một bằng chứng tốt về hiệu quả điều trị. Nghiên cứu cho thấy chẩn đoán chính xác trước mổ vẫn còn nhiều thách thức, trong đó cần tăng cường vai trò của cắt lớp vi tính trong quy trình tiếp cận bệnh nhân. Đồng thời, tối ưu hóa quy trình chăm sóc sau mổ góp phần rút ngắn thời gian nằm viện và hạn chế biến chứng sớm. Bên cạnh đó, cần có các nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn và có nhóm chứng để đánh giá đầy đủ hơn hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật trong điều trị viêm túi thừa manh tràng có biến chứng.

6. LỜI CẢM ƠN

Tác giả trân trọng cảm ơn Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp cùng các thầy cô y đồng nghiệp đã hỗ trợ cung cấp hồ sơ, theo dõi người bệnh và tạo điều kiện thực hiện nghiên cứu.

7. XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu và công bố bài báo này.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Stollman N, Raskin JB. Diverticular disease of the colon. *Lancet*. 2004;363(9409):631-9. doi:10.1016/S0140-6736(04)15597-9.
- [2] Shahedi K, Fuller G, Bolus R, Cohen E, Vu M, Shah R, et al. Long-term risk of acute diverticulitis among patients with incidental diverticulosis found during colonoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013;11(12):1609-13. doi:10.1016/j.cgh.2013.06.020.
- [3] Goh H, Bourne R. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and perforated diverticular disease: a case-control study. *Ann R Coll Surg Engl*. 2002;84(2):93-6. doi:10.1308/003588402753489580.
- [4] Morris CR, Harvey IM, Stebbings WS, Speakman CT, Kennedy HJ, Hart AR. Anti-inflammatory drugs, analgesics and the risk of perforated colonic diverticular disease. *Br J Surg*. 2003;90(10):1267-72. doi:10.1002/bjs.4221.
- [5] Kircher MF, Rhea JT, Kihiczak D, Novelline RA. Frequency, sensitivity, and specificity of individual signs of diverticulitis on thin-section helical CT with colonic contrast material: experience with 312 cases. *AJR Am J Roentgenol*. 2002;178(6):1313-8. doi:10.2214/ajr.178.6.1781313.
- [6] Haas JM, Singh M, Vakil N. Mortality and complications following surgery for diverticulitis: systematic review and meta-analysis. *United European Gastroenterol J*. 2016;4(5):706-13. doi:10.1177/2050640615617357.
- [7] Cirocchi R, Afshar S, Shaban F, Nascimbeni R, Vettoretto N, Di Saverio S, et al. Perforated sigmoid diverticulitis: Hartmann's procedure or resection with primary anastomosis – a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Tech Coloproctol*. 2018;22(10):743-53. doi:10.1007/s10151-018-1819-9.
- [8] Lê Huy Lưu, Võ Thị Hồng Yến, Nguyễn Việt Thành, Đỗ Thị Thu Phương, Nguyễn Văn Hải. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi thừa điều trị viêm túi thừa đại tràng phải. *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2016;20(Suppl 6):141-7.
- [9] Cao Minh Tiệp, Tạ Đức Toàn, Đặng Văn Huấn, Đoàn Ngọc Giao, Bùi Văn Dương. Kết quả điều trị phẫu thuật bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2026;559(2). doi:10.51298/vmj.v559i2.17313.