

5. **Nguyễn Văn Chung** (2017), Nghiên cứu hình ảnh tổn thương sọ não trong chấn thương sọ não kín trên phim chụp cắt lớp tại Bệnh viện Đa khoa Đan Phượng từ tháng 01/2017 đến tháng 8/2017, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Đa khoa Đan Phượng
6. **Trung tâm Y tế Củ Chi** – Thành phố Hồ Chí Minh (2008) "Nghiên cứu tình hình chấn thương sọ não

do tai nạn lưu thông được theo dõi, điều trị tại trung tâm y tế Củ Chi – TP.HCM". Tạp chí y học thực hành 4/2008

7. **Phan Đức Lập** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và đánh giá kết quả điều trị chấn thương sọ não nguy cơ thấp, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội

TẦN SUẤT, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH NỘI SOI CỦA VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG

Phol Punlork¹, Đào Văn Long^{1,2,3}, Đào Việt Hằng^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm khảo sát tần suất, mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh nội soi ở bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Phòng khám đa khoa Hoàng Long từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024. Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được nội soi đại tràng, đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Thông tin lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh nội soi của bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng được thu thập và phân loại theo thang điểm DICA. **Kết quả:** Có tổng cộng 945 bệnh nhân nội soi đại tràng được thu thập, với 171 bệnh nhân có túi thừa (18,1%), trong đó túi thừa xuất hiện nhiều nhất ở manh tràng (54,4%) và đại tràng lên (48,5%). Phần lớn bệnh nhân có túi thừa không biến chứng (DICA 1) chiếm 95,3%, trong khi viêm túi thừa nghiêm trọng (DICA 3) chỉ chiếm 3,5%. Bệnh nhân viêm túi thừa có mức bạch cầu cao hơn đáng kể so với nhóm túi thừa không viêm. **Kết luận:** Tỷ lệ túi thừa đại tràng ở bệnh nhân nội soi đại tràng ở mức cao, trong đó hầu hết chưa có biến chứng. **Từ khóa:** túi thừa đại tràng, viêm túi thừa đại tràng, DICA

SUMMARY

FREQUENCY, CLINICAL FEATURES, LABORATORY FINDINGS, AND ENDOSCOPIC IMAGES OF COLONIC DIVERTICULITIS

Objectives: This study aims to investigate the frequency and describe the clinical features, laboratory findings, and endoscopic images in patients with colonic diverticulitis. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at Hoang Long General Clinic from August 2023 to August 2024. The study subjects were patients who underwent colonoscopy and met the selection criteria. Clinical information, laboratory findings, and endoscopic

images of patients with colonic diverticulitis were collected and classified according to the DICA (Diverticular Inflammation and Complication Assessment) score. **Results:** A total of 945 colonoscopy patients were recruited, with 171 patients having diverticula (18.1%), with the diverticula most commonly appearing in the cecum (54.4%) and ascending colon (48.5%). The majority of patients had uncomplicated diverticulitis (DICA 1), accounting for 95.3%, while severe diverticulitis (DICA 3) accounted for only 3.5%. Patients with diverticulitis had significantly higher white blood cell counts compared to the non-inflamed group. **Conclusion:** The frequency of colonic diverticula in colonoscopy patients is high, with most cases being uncomplicated.

Keywords: diverticula, diverticulitis, colon, gastrointestinal

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh túi thừa là một trong những bệnh lý đường tiêu hóa phổ biến nhất ở các nước phát triển [1, 2]. Khoảng 5% bệnh nhân bị bệnh lý túi thừa có thể phát triển thành viêm túi thừa được chẩn đoán dựa trên nội soi đại tràng hoặc chụp cắt lớp vi tính [2, 3]. Viêm túi thừa cũng rất phổ biến với những người trên 60 tuổi [3]. Viêm túi thừa đại tràng (VTTĐT) là sự tắc nghẽn của lỗ túi thừa bởi phân hoặc thức ăn, từ đó dẫn đến tình trạng viêm. Những tình trạng này cần được chẩn đoán, phân loại và điều trị kịp thời để ngăn ngừa gia tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong. Ngày nay, việc can thiệp nội soi điều trị viêm túi thừa đã được triển khai phổ biến, được chứng minh là thủ thuật an toàn khi túi thừa chưa có biến chứng thủng, giúp bệnh nhân hồi phục nhanh [2, 3].

Trên thế giới có nhiều cách phân loại tình trạng viêm túi thừa đại tràng. Một phân loại mới dựa trên nội soi được phát triển là thang đo đánh giá biến chứng và viêm túi thừa - Diverticular Inflammation and Complication Assessment (DICA) [4]. Thang đo dựa vào các thông tin lâm sàng và nội soi, phân loại bệnh nhân làm 3 loại DICA 1, DICA 2 và DICA 3, trong đó DICA 3 được cho là có tình trạng viêm túi

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội,

³Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 19.9.2024

thừa nghiêm trọng với nguy cơ biến chứng cao. DICA có tính phân loại cao, trực quan và đơn giản, giúp cho các bác sỹ lâm sàng và nội soi có thể đánh giá tốt tình trạng bệnh một cách nhanh chóng, từ đó đưa ra phương án điều trị hợp lý.

Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu được tiến hành về đặc điểm của túi thừa đại tràng qua nội soi đánh giá theo các phân loại quốc tế. Việc cung cấp những bằng chứng về đặc điểm hình ảnh nội soi của túi thừa đại tràng đóng vai trò quan trọng trong việc xây dựng các chiến lược điều trị hiệu quả cho bệnh. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm "Khảo sát tần suất, mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh nội soi ở bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Để đánh giá tần suất của túi thừa đại tràng, tất cả các bệnh nhân có chỉ định nội soi đại tràng sẽ được thu tuyển. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: 1) Tuổi từ 18 trở lên; 2) Được chỉ định nội soi đại tràng; 3) Đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: 1) Các trường hợp không soi được hết đại tràng, dây soi không vào được tới góc hồi manh tràng, các trường hợp có điểm 0 và 1 theo thang điểm chuẩn bị ruột Boston (Boston Bowel preparation score – BBPS); 2) Không có chỉ định nội soi đại tràng hoặc chống chỉ định nội soi đại tràng; 3) Các trường hợp ung thư đại tràng, xuất huyết đại tràng hoặc viêm ruột (inflammatory bowel disease - IBD; và 3) Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: tại Phòng khám Đa khoa Hoàng Long, Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa Gan mật từ 8/2023 đến 8/2024

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, chọn tất cả các đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu Phòng khám Đa khoa Hoàng Long, Viện Nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hóa Gan mật trong khoảng thời gian từ 8/2023 đến 8/2024.

Quy trình và nội dung thu thập thông tin: Các bệnh nhân vào đến khám vì đau bụng, hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, chỉ định xét nghiệm máu và nội soi đại tràng. Bệnh nhân được thu thập các thông tin cần thiết về các chỉ tiêu nghiên cứu ghi vào mẫu bệnh án thống nhất. Phân loại tình trạng viêm túi thừa theo DICA, bao gồm [4]:

Các tiêu chí của DICA[4]

| Tiêu chí | Điểm |
|---------------------------------|------|
| Túi thừa độ I (<15 túi thừa) | 0 |
| Túi thừa độ II (>= 15 túi thừa) | 1 |

| | |
|---|---|
| Không có viêm (Viêm khi xuất hiện ít nhất 1 trong các biểu hiện: phù nề lỗ túi thừa, xung huyết quanh túi thừa; trợt, loét lỗ túi thừa và xung quanh; SCAD) | 0 |
| Phù- xung huyết | 1 |
| Trợt – loét lỗ túi thừa và xung quanh | 2 |
| Viêm đại tràng từng đoạn liên quan đến túi thừa (SCAD) | 3 |
| Thành đại tràng xơ cứng | 4 |
| Hẹp lòng đại tràng | 4 |
| Mủ ở lỗ túi thừa | 4 |
| Chảy máu túi thừa | 4 |

Kết quả điểm của DICA [4]:

- DICA 1, khi tổng số điểm < 3: cho thấy sự hiện diện của túi thừa mà không có bất kỳ dấu hiệu viêm nội soi nào và thường không có bất kỳ biến chứng lâm sàng nào;

- DICA 2, khi tổng điểm từ 4 đến 7: xác định một tình trạng viêm túi thừa trung bình với khả năng biến chứng lâm sàng thấp;

- DICA 3, khi tổng số điểm ≥ 8: xác định tình trạng viêm túi thừa nghiêm trọng với nguy cơ biến chứng cao hơn

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được xử lý trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng, bao gồm trung bình, độ lệch chuẩn, tần số và tỷ lệ phần trăm. Kiểm định khi bình phương được sử dụng để so sánh. Giá trị p <0,05 được xem xét có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Bệnh nhân được giải thích đầy đủ thông tin trước khi tham gia nghiên cứu. Thông tin của bệnh nhân chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu và không sử dụng với mục đích khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của bệnh nhân (n=945)

| Đặc điểm | | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------|---------------------------|-------------------|-----------|
| Giới tính | Nam | 431 | 45,6 |
| | Nữ | 514 | 54,4 |
| Nhóm tuổi | 18-30 | 50 | 5,3 |
| | 31-45 | 248 | 26,2 |
| | 46-60 | 361 | 38,2 |
| | >60 | 286 | 30,3 |
| | TB ± SD (Min-Max) | 52,4±13,8 (18-87) | |
| Lý do khám | Đau thượng vị | 314 | 33,2 |
| | Đầy bụng, ợ hơi, khó tiêu | 121 | 12,8 |
| | Trào ngược dạ dày | 95 | 10,1 |
| | Rối loạn tiêu hóa | 148 | 15,7 |

| | | |
|-----------------|-----|------|
| Tiêu chảy | 69 | 7,3 |
| Táo bón | 60 | 6,4 |
| Đại tiện ra máu | 55 | 5,8 |
| Đau hạ vị | 18 | 1,9 |
| Đau hạ sườn | 9 | 1,0 |
| Khám sức khỏe | 114 | 12,1 |
| Khác | 15 | 1,6 |

Trong 945 bệnh nhân đến khám, bảng 1 cho thấy nam chiếm 45,6% (431 người) và nữ chiếm 54,4% (514 người). Về nhóm tuổi, phần lớn nằm trong nhóm tuổi từ 46-60 (38,2%) và trên 60 tuổi (30,3%), với tuổi trung bình là 52,4 ± 13,8 năm (từ 18 đến 87 tuổi). Các lý do khám chủ yếu bao gồm đau thượng vị (33,2%), rối loạn tiêu hóa (15,7%), và đầy bụng, ợ hơi, khó tiêu (12,8%).

Đánh giá tiền sử bệnh cho thấy thấy 13,9% bệnh nhân có tiền sử polyp đại tràng, 3,4% có tiền sử polyp khác như polyp dạ dày hoặc polyp trực tràng; 16,5% có tiền sử các bệnh dạ dày khác (bao gồm dương tính với vi khuẩn H.pylori); 3,9% mắc các bệnh đại tràng khác. Có 10,2% bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa như đái tháo đường, tăng huyết áp, phổi tắc nghẽn mạn tính, v...v..

Bảng 2. Kết quả nội soi của bệnh nhân (n=945)

| Kết quả nội soi | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|--------------|-----------|
| Bình thường | 289 | 30,6 |
| Polyp đại tràng | 393 | 41,6 |
| Túi thừa | 171 | 18,1 |
| Trực tràng | 106 | 11,2 |
| Hậu môn | 70 | 7,4 |
| Hồi tràng | 51 | 5,4 |
| Trĩ | 41 | 4,3 |
| Viêm đại tràng | 30 | 3,2 |
| Khác | 6 | 0,6 |

Bảng 2 cho thấy polyp là kết quả phổ biến nhất, chiếm 41,6%. Kết quả bình thường chiếm 30,6%, đứng thứ hai. Tỷ lệ túi thừa là 18,1%, tiếp theo là tổn thương trực tràng (11,2%, như viêm trực tràng), 7,4% có tổn thương hậu môn (như trĩ ống hậu môn hoặc sẹo loét ống hậu môn), 5,4% có tổn thương hồi tràng (như viêm hoặc loét hồi tràng), 4,3% bị trĩ và 3,2% viêm đại tràng.

Bảng 4. So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa bệnh nhân viêm và không viêm túi thừa (n=171)

| Đặc điểm | Viêm túi thừa (n=6) | | Không viêm (n=165) | | p-value |
|-----------|---------------------|-----------|--------------------|------------|---------|
| | N | (%) | N | (%) | |
| Giới tính | Nam | 6 (100,0) | 104 (63,0) | 110 (64,3) | 0,07 |
| | Nữ | 0 (0,0) | 61 (37,0) | 61 (35,7) | |
| Nhóm | 18-30 | 0 (0,0) | 2 (1,2) | 2 (1,2) | 0,34 |

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh nội soi của bệnh nhân có túi thừa và viêm túi thừa đại tràng (n=171)

| Đặc điểm | | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|--|---|--------------|-----------|
| Vị trí | Manh tràng | 93 | 54,4 |
| | Đại tràng lên | 83 | 48,5 |
| | Đại tràng ngang | 20 | 11,7 |
| | Đại tràng xuống | 5 | 2,9 |
| | Đại tràng sigma | 24 | 14,0 |
| | Dọc khung đại tràng | 13 | 7,6 |
| Số lượng túi thừa | ≤5 | 124 | 72,5 |
| | 6-10 | 16 | 9,4 |
| | >10 | 31 | 18,1 |
| Phân độ túi thừa | Độ 1 (<15 túi thừa) | 142 | 83,0 |
| | Độ 2 (≥15 túi thừa) | 29 | 17,0 |
| Các đặc điểm lâm sàng và nội soi theo DICA | Không có viêm | 1 | 0,6 |
| | Phù-xung huyết | 6 | 3,5 |
| | Trợt-loét lỗ túi thừa và xung quanh | 0 | 0,0 |
| | Viêm đại tràng từng đoạn liên quan đến túi thừa | 7 | 4,1 |
| | Thành đại tràng xơ cứng | 4 | 2,3 |
| | Hẹp lòng đại tràng | 4 | 2,3 |
| | Mủ ở lỗ túi thừa | 8 | 4,7 |
| | Chảy máu túi thừa | 0 | 0,0 |
| Điểm DICA | DICA 1 | 163 | 95,3 |
| | DICA 2 | 2 | 1,2 |
| | DICA 3 | 6 | 3,5 |

Bảng 3 cho thấy vị trí túi thừa chủ yếu nằm ở manh tràng với 93 trường hợp (54,4%), tiếp theo là đại tràng lên với 83 trường hợp (48,5%). Các vị trí khác bao gồm dọc khung đại tràng (13 trường hợp, 7,6%), đại tràng xuống (5 trường hợp, 2,9%), đại tràng sigma (4 trường hợp, 2,3%) và đại tràng ngang (2 trường hợp, 1,1%). Số lượng túi thừa <5 có 124 trường hợp (72,5%), từ 6-10 có 16 trường hợp (9,4%) và >10 có 31 trường hợp (18,1%). Về phân độ túi thừa, độ 1 (ít hơn 15 túi thừa) chiếm 29,2% và độ 2 (15 túi thừa trở lên) chiếm 70,8%. Các đặc điểm lâm sàng và nội soi theo DICA cho thấy gặp phổ biến túi thừa manh tràng (54,4%) và đại tràng phải (48,5%), chủ yếu ≤5 túi thừa (72,5%) và ở mức độ nhẹ DICA 1 (95,3%)

| | | | | | |
|-------------------------|---------------------|---------------|--------------|-----------|------|
| tuổi | 31-45 | 2 (33,3) | 31 (18,8) | 33 (19,3) | |
| | 46-60 | 3 (50,0) | 56 (33,9) | 59 (34,5) | |
| | >60 | 1 (16,7) | 76 (46,1) | 77 (45,0) | |
| Vị trí | Manh tràng | 3 (50,0) | 90 (54,6) | 93 (54,4) | 0,57 |
| | Đại tràng lên | 6 (100,0) | 77 (46,7) | 83 (48,5) | 0,01 |
| | Đại tràng ngang | 0 (0,0) | 20 (12,1) | 20 (11,7) | 0,47 |
| | Đại tràng xuống | 0 (0,0) | 5 (3,0) | 5 (2,9) | 0,84 |
| | Đại tràng sigma | 2 (33,3) | 22 (13,3) | 24 (14,0) | 0,20 |
| | Độc khung đại tràng | 0 (0,0) | 13 (7,9) | 13 (7,6) | 0,62 |
| Hồng cầu (T/L), TB (SD) | 5,4 (0,6) | 4,9 (0,5) | 4,9 (0,6) | 0,06 | |
| Bạch cầu (G/L), TB (SD) | 10,1 (3,5) | 6,3 (1,8) | 6,5 (2,1) | 0,004 | |
| Tiểu cầu (G/L), TB (SD) | 255,8 (26,5) | 210,4 (111,7) | 212,3(109,8) | 0,17 | |

Bảng 4 cho thấy, bệnh nhân viêm túi thừa có tỷ lệ túi thừa ở đại tràng lên (100,0%) cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không viêm (46,7%) ($p < 0,01$). Bệnh nhân viêm túi thừa có lượng bạch cầu trung bình là 10,1 (SD=3,5) G/L cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân không bị viêm với trung bình là 6,3 (SD=1,8) ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã tiến hành khảo sát và mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và hình ảnh nội soi của viêm túi thừa đại tràng ở bệnh nhân tại một cơ sở y tế lớn. Kết quả cho thấy 18,0% có túi thừa đại tràng. Nội soi đại tràng cho thấy sự hiện diện của túi thừa ở nhiều vị trí khác nhau trong đại tràng, với túi thừa ở manh tràng và đại tràng lên chiếm tỷ lệ cao nhất. Điểm DICA giúp phân loại mức độ viêm và nguy cơ biến chứng, cho thấy phần lớn bệnh nhân có túi thừa không biến chứng nhưng một số ít có tình trạng viêm nghiêm trọng (3,5%).

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ túi thừa đại tràng là 18,0% trong số 945 bệnh nhân được nội soi. Tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, cho thấy túi thừa là một vấn đề sức khỏe tiêu hóa phổ biến, đặc biệt ở các nước phát triển. Đây là một trong những bệnh lý đường tiêu hóa phổ biến nhất ở bệnh nhân nội trú và ngoại trú ở các nước phát triển [1, 2]. Ở những quốc gia này, bệnh túi thừa đại tràng có tỷ lệ mắc từ 5–70% [5]. Tại Mỹ, viêm túi thừa đại tràng là phát hiện phổ biến nhất khi nội soi đại tràng định kỳ [6], và là chẩn đoán bệnh nhân ngoại trú phổ biến thứ tám, với tổng số gần 3 triệu lượt bệnh nhân ngoại trú [1].

Kết quả nội soi đại tràng trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy túi thừa xuất hiện nhiều nhất ở manh tràng và đại tràng lên, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các vị trí được khảo sát. Điều này có thể được giải thích bởi áp lực trong lòng đại tràng ở khu vực này thường cao hơn, dẫn đến sự hình thành túi thừa. Điều này phù hợp với báo

cáo trước đây cho thấy túi thừa đại tràng lên chiếm phổ biến ở người châu Á so với các nước phương Tây [7]. Nghiên cứu tại các nước phương Tây cho thấy vị trí chủ yếu của túi thừa là ở đại tràng sigma (95%) [8]. Trong y văn, túi thừa đại tràng phải thường được cho là bẩm sinh, trái ngược với túi thừa trái hay túi thừa ở đại tràng sigma thường cho là mắc phải trong quá trình sinh sống [9]. Điều này có thể giải thích cho việc tỷ lệ mắc túi thừa ở đại tràng trái và sigma ở phương Tây cao hơn do yếu tố nguy cơ liên quan đến hành vi và lối sống của người dân ở các vùng này phổ biến hơn so với các nước Châu Á [9].

Các triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất của viêm túi thừa là đau bụng và rối loạn tiêu hóa, phù hợp với các nghiên cứu trước đây [10]. Nội soi đại tràng cho thấy sự hiện diện của túi thừa và các dấu hiệu viêm như phù nề, xung huyết và sự hiện diện của mủ. Nhìn chung, biểu hiện lâm sàng của viêm túi thừa tùy thuộc vào vị trí của túi thừa viêm, mức độ nghiêm trọng của quá trình viêm cũng như các biến chứng. Phần lớn những người có túi thừa đại tràng không có triệu chứng gì đặc biệt và chỉ được phát hiện bệnh vì sự tình cờ khi chụp bụng hay soi đại tràng vì một lý do khác nào đó. Trong số bệnh nhân bị viêm túi thừa đại tràng, chỉ có khoảng 20% có biểu hiện lâm sàng như sốt, đau bụng, rối loạn tiêu hóa... Các triệu chứng này không đặc trưng cho viêm túi thừa đại tràng và thường bị nhầm với các bệnh lý khác, hay gặp nhất là chẩn đoán nhầm với viêm ruột thừa (VRT) [10]. Mức bạch cầu cao hơn ở bệnh nhân viêm túi thừa so với nhóm không viêm cho thấy phản ứng viêm của cơ thể là một chỉ số quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi bệnh.

Việc sử dụng thang đo DICA để phân loại mức độ viêm giúp các bác sĩ lâm sàng có cái nhìn rõ ràng hơn về tình trạng bệnh của bệnh nhân và đưa ra phương án điều trị phù hợp. Kết quả cho thấy phần lớn bệnh nhân có túi thừa không biến chứng (DICA 1) chiếm 95,3%. Tuy

hiện, một số ít bệnh nhân (3,5%) có tình trạng viêm túi thừa nghiêm trọng (DICA 3) với nguy cơ biến chứng cao. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán và điều trị kịp thời để ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của P Ambrosetti và cộng sự trên 50 bệnh nhân theo dõi 1 năm, với tỷ lệ 68% DICA 1, 32% DICA 2, viêm túi thừa không biến chứng xảy ra ở 23 bệnh nhân (9 DICA 1 và 14 DICA 2, $p=0,238$), Viêm túi thừa cấp tính ở 6 bệnh nhân (1 DICA 1 và 5 DICA 2, $p=0,083$). Các tác giả đánh giá việc phân loại bằng số giúp đơn giản hóa việc phân loại bệnh túi thừa.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu được thực hiện tại một cơ sở y tế duy nhất do vậy cần thêm các nghiên cứu mở rộng để đánh giá chính xác dịch tễ của bệnh lý này tại Việt Nam. Thứ hai, thiết kế nghiên cứu cắt ngang chỉ cho phép quan sát tại một thời điểm, không thể đánh giá sự tiến triển của bệnh. Thứ ba, các yếu tố nguy cơ như chế độ ăn uống, lối sống và tiền sử bệnh lý không được phân tích đầy đủ, có thể ảnh hưởng đến kết quả.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ túi thừa đại tràng ở bệnh nhân nội soi đại tràng ở mức cao, trong đó hầu hết chưa có biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Rezapour, S. Ali và N. Stollman (2018)**, "Diverticular Disease: An Update on Pathogenesis and Management", *Gut Liver*, **12(2)**, tr. 125-132.
2. **L. L. Strate và A. M. Morris (2019)**, "Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis", *Gastroenterology*, **156(5)**, tr. 1282-1298.e1.
3. **L. Lamanna và P. E. Moran (2018)**, "Diverticular Disease: Traditional and Evolving Paradigms", *Gastroenterol Nurs*, **41(2)**, tr. 111-119.
4. **G. Cambiè, A. Violi, C. Miraglia và các cộng sự. (2018)**, "Development and usefulness of the new endoscopic classification: DICA", *Acta Biomed*, **89(9-s)**, tr. 113-118.
5. **A. T. Hawkins, P. E. Wise, T. Chan và các cộng sự. (2020)**, "Diverticulitis: An Update From the Age Old Paradigm", *Curr Probl Surg*, **57(10)**, tr. 100862.
6. **K. Shahedi, G. Fuller, R. Bolus và các cộng sự. (2013)**, "Long-term risk of acute diverticulitis among patients with incidental diverticulosis found during colonoscopy", *Clin Gastroenterol Hepatol*, **11(12)**, tr. 1609-13.
7. **P. Lê, H. Blondon và C. Billey (2004)**, "[Right colon diverticulitis]", *J Chir (Paris)*, **141(1)**, tr. 11-20.
8. **T. G. Parks (1975)**, "Natural history of diverticular disease of the colon", *Clin Gastroenterol*, **4(1)**, tr. 53-69.
9. **A. G. Epifani, D. Cassini, R. Cirocchi và các cộng sự. (2021)**, "Right sided diverticulitis in western countries: A review", *World J Gastrointest Surg*, **13(12)**, tr. 1721-1735.
10. **A. F. Peery, A. Shaikat và L. L. Strate (2021)**, "AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review", *Gastroenterology*, **160(3)**, tr. 906-911.e1.

TỶ LỆ KÉM KHOÁNG HOÁ MEN RĂNG VÀ YẾU TỐ TIỀN SỬ Y KHOA Ở TRẺ TỪ 8-11 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ THUẬN AN, BÌNH DƯƠNG NĂM 2023-2024

Trần Tuấn Anh¹, Võ Trương Như Ngọc², Bùi Duy Phúc³,
Nguyễn Thế Huy¹, Nguyễn Thị Hoài Nhi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tỷ lệ kém khoáng hóa men răng (MIH) và mối liên quan đến tiền sử bệnh ở nhóm trẻ có độ tuổi từ 8-11. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang. **Kết quả:** trong tổng số 294 trẻ tham gia nghiên cứu có 73 trẻ mắc MIH, trong đó số trẻ mắc mức độ nhẹ là 59 (19,18%), mức độ nặng là 14 (5,65%). Số trẻ có răng hàm mắc MIH là 52 (15,3%) và ở răng cửa là 64 (21,8%). Có 34 trẻ mắc MIH mức độ nhẹ ở răng hàm (65,4%), 18 trẻ mắc MIH mức độ

nặng chiếm 34,6%; có 49 trẻ mắc MIH mức độ nhẹ ở răng cửa (76,5%), 15 trẻ có MIH mức độ nặng ở răng cửa (23,5%). Trẻ mắc MIH có liên quan tiền sử bệnh lý đường tiêu hóa chiếm 21,1%, bệnh lý đường hô hấp chiếm 14,6%, tiền sử gia đình có người mắc MIH chiếm 61,9%. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc MIH ở các phường tại thành phố Thuận An tỉnh Bình Dương là khá cao. Trẻ em có tiền sử y khoa mắc các bệnh lý về đường tiêu hóa, hô hấp và gia đình có tiền sử mắc MIH sẽ có nguy cơ mắc MIH cao hơn. Tỷ lệ mắc MIH mức độ nhẹ cao hơn mức độ nặng và ở nam cao hơn nữ.

Từ khóa: kém khoáng hóa; độ tuổi 8-11, yếu tố liên quan, tiền sử y khoa.

SUMMARY

PREVALENCE OF MOLAR-INCISOR HYPOMINERALIZATION AND POSSIBLE ETIOLOGICAL FACTORS IN CHILDREN AGED 8-11 YEARS IN THUAN AN CITY, BINH DUONG PROVINCE 2024

¹Bệnh viện quốc tế Becamex

²Viện đào tạo RHM-ĐH Y Hà Nội

³Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Bình Dương.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tuấn Anh

Email: Tstrantuananh@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024