

- World Journal of Urology. 2018;36(6):955-61. doi: 10.1007/s00345-018-2197-7.
4. **Kankaria S, Gali KV, Chawla A, Bhaskara SP, Hegde P, Somani B, et al.** Super-mini PCNL (SMP) with suction versus standard PCNL for the management of renal calculi of 1.5 cm–3 cm: a randomized controlled study from a university teaching hospital. World Journal of Urology. 2024; 42(1):257. doi: 10.1007/s00345-024-04954-x.
 5. **Marco N, Giancarlo A, Francesco R, Ester Z, Elisa De L, Boeri L, et al.** Assessment of Effectiveness and Safety of Aspiration-Assisted Nephrostomic Access Sheaths in PCNL and Intrarenal Pressures Evaluation: A Systematic Review of the Literature. Journal of Clinical Medicine. 2024. doi: 10.3390/jcm13092558.
 6. **Chung TK, Nguyễn PQH, Vĩnh T, Nguyễn TK, Phùng TV, Nguyễn LQĐ.** Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phương pháp lấy sỏi thận qua da với đường hầm siêu nhỏ. Y Học TP Hồ Chí Minh - Phụ Bản Tập 22, Số 2, 2018 - Nghiên cứu Y học (Hội Nghị Khoa Học Kỹ Thuật BV Bình Dân năm 2018). 2018;22(2 (Phụ bản)):329.
 7. **Trần Hoài Nam, Nguyễn Trần Thành.** Kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an. Tạp chí Y học Việt Nam (Vietnam Medical Journal). 2023;533(2):229.
 8. **Guddeti RS, Hegde P, Chawla A, de la Rosette J, Laguna Pes MP, Kapadia A.** Super-mini percutaneous nephrolithotomy (PCNL) vs standard PCNL for the management of renal calculi of <2 cm: a randomised controlled study. BJU Int. 2020;126(2):273-9. Epub 20200731. doi: 10.1111/bju.15144. PubMed PMID: 32619050.
 9. **Pillai SB, Chawla A, de la Rosette J, Laguna P, Guddeti R, Reddy SJ, et al.** Super-mini percutaneous nephrolithotomy (SMP) vs retrograde intrarenal surgery (RIRS) in the management of renal calculi ≤ 2 cm: a propensity matched study. World Journal of Urology. 2022; 40(2):553-62. doi: 10.1007/s00345-021-03860-w.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT THÙNG TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG TRÁI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Phùng Dũng Tiến¹, Đặng Chí Tùng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thùng túi thừa đại tràng trái là bệnh lý hiếm gặp, tuy nhiên bệnh thường gây nhiễm trùng rất nặng nề với tỉ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời [1]. Hiện nay tùy mức độ thùng túi thừa đại tràng, vị trí thùng có nhiều phương pháp điều trị khác nhau, nhưng đối với thùng túi thừa có viêm phúc mạc phẫu thuật là phương pháp điều trị chính [1], [2]. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 460 trường hợp thùng túi thừa đại tràng trái được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2020 – 1/2025. **Kết quả nghiên cứu:** Tỉ lệ nam:nữ trong nghiên cứu là 2,1:1. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $56,3 \pm 6,2$ tuổi. Tỉ lệ bệnh nhân có bệnh đồng mắc là 51,7%, thời gian từ khi khởi phát tới khi nhập viện trung bình là $2,1 \pm 1,3$ ngày, tỉ lệ bệnh nhân có sốc nhiễm trùng khi nhập viện là 20%. Tỉ lệ biến chứng sau mổ là 11,3%, trong đó tỉ lệ tử vong sau mổ 3%. **Kết luận:** Thùng túi thừa đại tràng là biến chứng nguy hiểm, đặc biệt khi bệnh nhân nhập viện trễ. Phẫu thuật đưa đại tràng chứa lỗ thùng làm hậu môn nhân tạo (HMNT) là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, có thể thực hiện trong thời gian ngắn, an toàn, phù hợp với nhiều cơ sở y tế. **Từ khóa:** Thùng túi thừa đại tràng, sốc nhiễm trùng.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OUTCOMES OF LEFT-SIDED COLONIC DIVERTICULAR PERFORATION AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Left-sided colonic diverticular perforation is a rare condition; however, it often causes severe infection with a high mortality rate if not diagnosed and treated promptly [1]. Currently, depending on the degree and site of perforation, various treatment methods can be applied, but in cases with generalized peritonitis, surgery remains the mainstay of treatment [1], [2]. **Patients and Methods:** A retrospective study was conducted on 460 cases of left-sided colonic diverticular perforation treated surgically at Chợ Rẫy Hospital from January 2020 to January 2025. **Results:** The male-to-female ratio was 2.1:1. The mean age was 56.3 ± 6.2 years. The proportion of patients with comorbidities was 51.7%. The mean interval from symptom onset to hospital admission was 2.1 ± 1.3 days. Septic shock on admission occurred in 20% of cases. The postoperative complication rate was 11.3%, with a postoperative mortality rate of 3%. **Conclusion:** Colonic diverticular perforation is a serious complication, especially in patients presenting late. Surgical creation of a colostomy at the site of perforation is a simple, feasible, time-efficient, safe method suitable for many healthcare settings.

Keywords: Colonic diverticular perforation, septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thùng túi thừa đại tràng là một biến chứng nặng nề của bệnh túi thừa đại tràng. Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh túi thừa ở Việt Nam chưa cao như

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phùng Dũng Tiến

Email: tranpdtien@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

các quốc gia phương Tây, nhưng trong những năm gần đây có xu hướng gia tăng cùng với sự thay đổi lối sống và chế độ ăn uống. Khi túi thừa bị viêm và tiến triển đến thủng, người bệnh thường nhập viện trong tình trạng viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng – nhiễm độc nặng, làm tăng nguy cơ biến chứng và tử vong [1].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu đối với các trường hợp thủng túi thừa đại tràng có viêm phúc mạc. Tuy nhiên, lựa chọn phương pháp phẫu thuật nào còn nhiều tranh luận, tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân, mức độ viêm phúc mạc, vị trí lỗ thủng và điều kiện cơ sở y tế. Các phương pháp thường được áp dụng bao gồm: khâu lỗ thủng, cắt đoạn đại tràng có hoặc không nối lại ngay, khâu túi thừa thủng kèm làm HMNT trên dòng, hoặc đưa đoạn đại tràng thủng ra làm HMNT [1], [3], [4]. Trong đó, phẫu thuật đưa đại tràng thủng làm HMNT vẫn được coi là lựa chọn an toàn, đơn giản, dễ thực hiện và phù hợp trong nhiều tình huống cấp cứu, đặc biệt ở những bệnh nhân nặng hoặc nhập viện trễ [5].

Chính vì vậy, việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị và đánh giá hiệu quả của các phương pháp phẫu thuật trong thủng túi thừa đại tràng có ý nghĩa quan trọng, giúp các bác sĩ lâm sàng lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu, góp phần giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu trên 460 trường hợp thủng túi thừa đại tràng được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2020 – 1/2025.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh:

– Người bệnh được chẩn đoán: Thủng túi thừa đại tràng

- Có đầy đủ hồ sơ
- Giải phẫu bệnh sau mổ là thủng túi thừa.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đầy đủ hồ sơ.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả loạt ca.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện.

Phương pháp thu thập số liệu: Tất cả BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được thu thập thông tin theo một mẫu bệnh án thống nhất gồm các chỉ số về lâm sàng, cận lâm sàng, cách thức phẫu thuật, các tai biến và biến chứng phẫu thuật, kết quả sau phẫu thuật.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2025 có 460 BN thủng túi thừa đại tràng được phẫu thuật đưa vào trong nghiên cứu

3.1. Đặc điểm lâm sàng. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân được trình bày trong bảng 1, đa số bệnh nhân lớn tuổi, nam nhiều gấp 2 lần nữ, phần lớn BN có bệnh đồng mắc. thời gian nhập viện trễ và số trường hợp bệnh nhân có sốc nhiễm trùng khi nhập viện cao.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	N	Tỉ lệ (%)
Tuổi	56,3 ± 6,2 tuổi	
Giới		
Nam	312	67,8
Nữ	148	32,2
Bệnh đồng mắc	238	51,7
Tăng huyết áp	112	24,3
Đái tháo đường	85	18,5
Cushing	67	14,6
Bệnh mạch vành	23	5
Khác	46	10
ASA I	65	15,5
ASA II	170	40,5
ASA III	225	53,6
Thời gian khởi phát	2,1 ± 1,3 ngày	
Sốc trước mổ	92	20
Vị trí thủng		
Đại tràng ngang	18	3,9
Đại tràng xuống	99	21,5
Đại tràng sigma	327	71,1
Trực tràng	16	3,5

3.2. Phương pháp phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật được lựa chọn được trình bày trong bảng 2. Đa số bệnh nhân được đưa đại tràng thủng làm HMNT. Thời gian phẫu thuật trung bình là 98 phút, lượng máu mất trung bình là 56 ml.

Bảng 2: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	N	Tỉ lệ
Đưa đại tràng thủng làm HMNT	288	62,6
PT Hartmann	101	21,9
Khâu lỗ thủng, làm HMNT trên dòng	71	15,5
Thời gian phẫu thuật	98±23 phút	
Lượng máu mất	56±23 ml	

3.3. Kết quả phẫu thuật. Kết quả phẫu thuật được trình bày trong bảng 3. Thời gian nằm viện trung bình là 4,2 ngày. Số trường hợp có biến chứng sau mổ cao, chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ, viêm phổi, số trường hợp tử vong sau mổ còn cao: 14 trường hợp.

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật

	N	Tỉ lệ
Thời gian nằm viện	4,2 ± 1,8 ngày	
Biến chứng sau mổ	52	11,3
Nhiễm trùng vết mổ	37	8
Viêm phổi	23	5
Bụng thành bụng	5	1,1
Thủng ruột non	1	0,2
Hoại tử HMNT	3	0,7
Áp xe tồn lưu	6	1,3
Tử vong	14	3

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 460 trường hợp thủng túi thừa đại tràng trái được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Đặc điểm nổi bật là bệnh nhân phần lớn lớn tuổi (tuổi trung bình 56,3), nam giới chiếm ưu thế (tỉ lệ nam:nữ = 2,1:1), hơn một nửa có bệnh đồng mắc và tỉ lệ sốc nhiễm trùng khi nhập viện khá cao (20%). Điều này phản ánh tình trạng bệnh nhân Việt Nam thường nhập viện trễ, tương tự với nhiều nghiên cứu quốc tế rằng yếu tố trì hoãn chẩn đoán làm tăng mức độ nặng và nguy cơ biến chứng.

Phương pháp phẫu thuật chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là đưa đoạn đại tràng thủng ra làm HMNT (62,6%), tiếp theo là Hartmann (21,9%) và khâu lỗ thủng kèm HMNT trên dòng (15,5%). Tỉ lệ tử vong sau mổ chỉ 3%, thấp hơn so với tỉ lệ 7–9% được báo cáo trong các nghiên cứu châu Âu đối với những trường hợp bệnh nhân có viêm phúc mạc toàn thể. Nguyên nhân có thể do sự lựa chọn phương pháp phẫu thuật “an toàn” như HMNT ở nhóm bệnh nhân nặng, giúp giảm thời gian phẫu thuật, nguy cơ xì rò miệng nối từ đó giúp giảm tỉ lệ tử vong sớm. Trái lại, các nghiên cứu tại châu Âu, như DIVERTI trial, lại chú trọng so sánh Hartmann với cắt đại tràng nối ngay và cho thấy cắt đại tràng nối ngay có tỉ lệ tử vong tương tự phẫu thuật Hartmann (4% so với 7,7%), nhưng ưu điểm lớn là khả năng hồi phục lưu thông tiêu hóa cao hơn (96% so với 65%) [4]. Một phân tích gộp khác của Cirocchi và cộng sự (2018) cho thấy cắt nối đại tràng thì đầu và phẫu thuật Hartmann không khác biệt về tỉ lệ tử vong hay biến chứng, nhưng cắt nối đại tràng thì đầu làm giảm nguy cơ áp-xe ổ bụng và xu hướng giảm tỉ lệ hậu môn nhân tạo vĩnh viễn [2]. Tuy nhiên, các RCT quốc tế thường loại trừ bệnh nhân quá nặng (sốc nhiễm trùng, suy đa cơ quan), trong

khi nghiên cứu của chúng tôi có tới 20% sốc nhiễm trùng khi nhập viện. Do vậy, lựa chọn HMNT trong bối cảnh Việt Nam là hợp lý và an toàn, dù phải chấp nhận hạn chế là bệnh nhân cần mổ lại để phục hồi lưu thông tiêu hóa.

Tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp (3%) so với các báo cáo quốc tế (khoảng 7–10%) có thể phản ánh hai yếu tố: (1) kinh nghiệm xử trí cấp cứu và kiểm soát nhiễm trùng tại trung tâm tuyến cuối, và (2) xu hướng chọn lựa HMNT ở bệnh nhân nặng thay vì cố gắng nối ngay, qua đó tránh biến chứng rò miệng nối thường thấy ở các nghiên cứu phương Tây. Tuy nhiên, về lâu dài, việc áp dụng cắt nối đại tràng ở thì đầu ở nhóm bệnh nhân ổn định – như xu hướng ở châu Âu – cần được cân nhắc, nghiên cứu thêm nhằm giảm gánh nặng hậu môn nhân tạo vĩnh viễn và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật đưa đại tràng chứa túi thừa thủng HMNT là phương pháp an toàn, nhanh chóng, phù hợp với nhiều trung tâm tại Việt Nam, đặc biệt trong trường hợp bệnh nhân nặng, nhập viện trễ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Horesh N., Emile S.H., Khan S.M. và cộng sự.** (2023). Meta-analysis of Randomized Clinical Trials on Long-term Outcomes of Surgical Treatment of Perforated Diverticulitis. *Ann Surg*, 278(5), e966–e972.
2. **Cirocchi R., Afshar S., Shaban F. và cộng sự.** (2018). Perforated sigmoid diverticulitis: Hartmann's procedure or resection with primary anastomosis-a systematic review and meta-analysis of randomised control trials. *Tech Coloproctology*, 22(10), 743–753.
3. **Cirocchi R., Popivanov G., Konaktchieva M. và cộng sự.** (2021). The role of damage control surgery in the treatment of perforated colonic diverticulitis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*, 36(5), 867–879.
4. **Bridoux V., Regimbeau J.M., Ouassii M. và cộng sự.** (2017). Hartmann's Procedure or Primary Anastomosis for Generalized Peritonitis due to Perforated Diverticulitis: A Prospective Multicenter Randomized Trial (DIVERTI). *J Am Coll Surg*, 225(6), 798–805.
5. **Seta T., Iwagami H., Agatsuma N. và cộng sự.** (2023). Efficacy of antimicrobial therapy in patients with uncomplicated acute colonic diverticulitis: an updated systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 35(10), 1097–1106.