

tôi có đến 2 trường hợp có tình trạng tăng biên độ cục đông trên ROTEM, trong khi đó trên xét nghiệm đông máu cơ bản vẫn có tình trạng rối loạn giảm đông cả ở xét nghiệm đông máu nội sinh và đông máu ngoại sinh, điều này có thể do các yếu tố tăng đông tăng 1 cách quá mức và vượt trội so với các yếu tố giảm đông khác.

Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của tác giả Klaus Gorlinger [6]. Trong nghiên cứu của ông chỉ ra rằng độ cứng của cục đông ở thời điểm 10 phút (A10) hoặc độ cứng cục đông cực đại – MCF cũng chỉ ra mối tương quan ở mức độ trung bình.

Trong nghiên cứu của Herbstreit F và cộng sự theo dõi thay đổi đông máu ở 20 bệnh nhân ghép gan bằng xét nghiệm đông máu cơ bản và ROTEM, kết quả ghi nhận có mối tương quan rất cao giữa MCF-EXTEM với số lượng tiểu cầu ( $r=0,779$ ), tương quan trung bình giữa MCF-FIBTEM với nồng độ fibrinogen ( $r=0,59$ ) [7].

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tương quan cao giữa APTTs và CT INTEM ( $r = 0,622$ ,  $p < 0,001$ ) do trong suy gan cấp các yếu tố đông máu bị suy giảm dẫn đến việc hoạt hóa quá trình đông máu cũng giảm. Tuy nhiên, CT EXTEM và PT% lại có mối tương quan thấp ( $r = -0,377$ ,  $p = 0,006$ ) và biên độ cục đông cực đại ở FIBTEM có mối tương quan trung bình với fibrinogen cho thấy CT trong ROTEM và PT, aPTT không thể sử dụng

thay thế và mặc dù xét nghiệm đông máu cơ bản rối loạn rất nặng nhưng độ cứng hay biên độ của cục máu đông (quá trình đông máu) không bị ảnh hưởng nhiều.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thái Bảo (2011). Rối loạn đông máu ở bệnh nhân suy gan cấp do viêm gan nhiễm độc, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
2. Wendon J, Cordoba J, Dhawan A, et al (2017). EASL Clinical Practical Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure. Journal of Hepatology, 66(5), 1047–1081.
3. Klaus Görlinger, Antonio Pérez-Ferrer, Daniel Dirkmann et al (2019). The role of evidence-based algorithms for rotational thromboelastometry-guided bleeding management. Korean J Anesthesiol, 72, 297 – 322.
4. Gabriel Dumitrescu, Anna Januszkiewicz, Anna Ågren et al (2015). The temporal pattern of postoperative coagulation status in patients undergoing major liver surgery. Thrombosis Research, 136(2), 402–407.
5. Rouillet S, Pillot J, Freyburger G et al (2010). Rotation thromboelastometry detects thrombocytopenia and hypofibrinogenaemia during orthotopic liver transplantation. British Journal of Anaesthesia, 104, 4, 422–428.
6. Görlinger K (2006). Coagulation management during liver transplantation. Hämostaseologie, 26, 3, 1-64.
7. Herbstreit EM, Winter JP et al (2010). Monitoring of haemostasis in liver transplantation: comparison of laboratory based and point of care tests. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 15, 44 – 49.

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>, Trịnh Thành Vinh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Mô tả đặc điểm dịch tễ học (DTH), lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) bệnh viêm túi thừa đại tràng (VTTĐT). 2. Tỷ lệ mắc bệnh VTTĐT phải, VTTĐT trái, VTTĐT phải và ĐT trái. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC):** + Đối tượng NC: Bệnh nhân (BN), không phân biệt tuổi giới, được chẩn đoán VTTĐT, được điều trị tại khoa phẫu thuật cấp cứu bụng, BV Việt Đức. + Phương pháp NC:

Mô tả hồi cứu. + Thời gian: 1/2008-12/2013. **Kết quả NC:** Có 81 BN, Nam 49 BN (60,5%), nữ 32 BN (39,5%), Tuổi TB 45.14±18,5 T (16-93T). Thành thị 65,4%, nông thôn 34,6%, Trí thức 48,2%, nông dân 18,5%, nghề khác 33,3%. Triệu chứng (TC) 77,8% đau HCP, đau HCT 9,9%, đau khắp bụng 3,7%; Không TC 51,9 %,45,7% phản ứng thành bụng (PUTB), 1,2% cảm ứng phúc mạc (CUPM), 1,2% co cứng thành bụng (CCTB). Không sốt 49,4%. Sốt ≤ 38° 32,1%; Sốt > 38° 18,5%. Số BC TB 12,830 ± 3790/mm<sup>3</sup> (6730-23720/mm<sup>3</sup>). 68/81 BN chụp CLVT; 85,3% có túi thừa. Phân bố: Túi thừa ĐT phải 77,89%, ĐT trái 12,3%,ĐT phải và trái 9,9%.Biến chứng (BC) viêm túi thừa 22,2%. Phẫu thuật(PT) 51,9%, điều trị nội 48,1%. **Kết luận:** NC 81 BN chẩn đoán VTTĐT, được điều trị tại BV Việt Đức, chúng tôi kết luận: - **Các đặc điểm dịch tễ học:** +Tuổi TB mắc VTTĐT 45,14±18,5 T (16- 93 T), Nhóm < 40 T tỷ lệ mắc cao nhất 49,3%, nhóm > 80 T tỷ lệ mắc thấp

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Đại học Y Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023

2,5%. Tuổi TB nhóm VTTĐT phải 39,62±15,14 T; VTTĐT trái 70,9±16,78 T. + Giới: Nam 60,5%, Nữ 39,5%. + Địa dư: Thành thị 65,4%, Nông thôn 34,6%. + Nghề: Trí thức 48,2%, nông dân 18,5%, khác 33,3%. - **Các đặc điểm về triệu chứng LS và xét nghiệm CLS:** +Đặc điểm LS: ++ Vị trí đau bụng: 100% BN đau bụng; đau HCP 77,8%, HSP 8,6%, HCT 9,9%, HST 1,2%, hạ vị 7,4%, thương vị 2,5%, khắp bụng 3,7%. ++ Tính chất đau bụng: VTTĐT phải: Đau âm ỉ; VTTĐT trái đau âm ỉ + trở thành cơn (P< 0,01). ++ Thời gian đau: Thời gian đau TB VTTĐT phải 2,33±1,92 ngày, VTTĐT trái 3,60±2,17 ngày (P=0,049). ++ Sốt: 50,6% BN sốt, T<sup>o</sup> TB 38,06±0,6<sup>o</sup>C, Nhóm VTTĐT phải T<sup>o</sup> TB 37,93±0,52<sup>o</sup>, VTTĐT trái T<sup>o</sup> TB 3,6±2,17 (P=0,004). + **Đặc điểm CLS:** ++ Bạch cầu (BC) tăng 76,6% BN, BC TB: 12,800±3790/mm<sup>3</sup>. ++ CLVT có giá trị chẩn đoán xác định bệnh cao 85,3%. + **Đặc điểm phân bố vị trí VTTĐT:** + Tỷ lệ mắc VTTĐT phải 77,8%: Manh tràng (MT): 54,3%, ĐT lên 19,8%, MT và ĐT lên 3,7%. + Tỷ lệ VTTĐT trái 12,3%: ĐT xuống 1,2%, ĐT xích ma 11,1%. + Tỷ lệ VTTĐT phải - trái 9,9%. + Tỷ lệ biến chứng: 18 BN (22,2%): Biến chứng do VTTĐT phải 50,0% (9 BN), VTTĐT trái 7 BN (38,8%), VTTĐT phải và trái 11,2% (2 BN). + **Đặc điểm tỷ lệ mắc theo độ tuổi:** ++ VTTĐT phải: Tuổi mắc trẻ (16T), nhóm tuổi mắc cao nhất là 21-40 (52,4%), giảm dần ở nhóm 41-60 T (28,6%) và 61-80 T (12,75%) Không BN mắc VTTĐT phải >80 T. ++ Viêm TTĐT trái tỷ lệ mắc tăng theo tuổi, lứa tuổi 61-80 T tỷ lệ mắc 60,0%; > 80 T 20,0%. ++ Nhóm VTTĐT phải - trái: Tỷ lệ mắc nhóm 61-80 là 50,0%, Nhóm >80 T không có BN mắc. + **Kết quả điều trị:** ++ Mổ 51,9%, điều trị nội 48,1%. ++ Mổ cấp cứu: 85,7%, phẫu 14,3%.

## SUMMARY

### THE EPIDEMIOLOGY CLINIC AND PARA CLINIC FEATURE AND THE PROPORTION OF COLON DIVERTICULITIS

**Study aim:** 1. Evaluation of epidemiology, clinic and para clinic feature of colon diverticulitis. 2. The proportion of colon diverticulitis (The proportion of distribution of diverticulitis in right colon, left and sigmoid colon). Patient and method: +Retrospective study. +Time 2008-2013. +**Result:** 81 patients, male 60,5%, female 39,5%, mean age: 45,14±18,5 years (range 16-93 Y), Urban area 65,4%, rural 34,6%; Occupation: intellecture: 48,2%, farmer 18,5%, others 33,3%. Symtoms: abdominal pain in right lower quadrant 77,8%, pain in left lower quadrant 9,9%, pain diffuse in 3,7%. No fever in 49,4%, fever <= 38<sup>o</sup> in 32,1%, fever > 38<sup>o</sup> in 18,5%. Leucocyte Elevation in 76,6%. Abdominal CT Scan performed in 68 patients, detected diverticulitis in 85,3%. The distribution: right colon diverticulitis 77,8%, left colon diverticulitis 9,9%, Combination of diverticulitis right and left colon 12,3%. Surgical management 51,9%, medical 48,1%. Emergency operation 85,7%. Laparoscopic surgery 61,9%. **Conclusion:** 1. Epidemiology of colon diverticulitis: mean age: 45,14±18,5 years (range 16-93 Y), male 60,5%, female 39,5%. Occupation: intellecture 48,2%, Farmer 18,5%, other 33,3%. Age group <40: 49,3%,

>80 Years 2,5%. Mean age of the right colon diverticulitis 39,62±15,14 Y; Left colon diverticulitis 70,9±16,78 Y. 2. Clinic and paraclinic feature: + Abdominal pain: Pain in right lower quadrant 77,8%, right upper quadrant 8,6%, left lower quadrant 9,9%, left upper quadrant 1,2%, epigastric 2,5%, pain diffuse 3,7%. ++ Pain duration: The average duration of right diverticulitis 2,33±1,92 days; left group 3,60±2,17 days (P=0,049). ++ Fever: 50,6% of patients, Average T<sup>o</sup> 38,06±0,6<sup>o</sup> C. Temperature of right group: 37,93 ±0,52<sup>o</sup>; Left group 3,6±2,17 (P=0,004). + Leucocyte elevation: 76,6%, mean parametre 12,800±3790/mm<sup>3</sup>. + CTscan: Performed in 68 patients, detected diverticulitis in 85,3%. + Diverticulitis distribution: ++ Right colon diverticulitis 77,8%. Left colon diverticulitis 12,3%. Combination of right - left diverticulitis 9,9%. + The age group diverticulitis: ++ Right diverticulitis: The highest proportion of right colon diverticulitis was age of 21-40 years old: 52,4%; age of 41-60 Y 28,6%, age of 61-80 Y 12,75%; > 80 Y No patient. ++ Left diverticulitis: Age of 61-80 Y: Highest proportion 60,0%, > 80 Y 20,0%. ++ Combination right and left diverticulitis Highest proportion: age of 61-80 Y (50,0%), No patient > 80 Y had diverticulitis. + The management: ++ Surgical management 51,9%, medical 48,1%. ++ Emergency surgery 85,7%, elective 14,3%.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh VTTĐT được phát hiện và có tỷ lệ mắc bệnh cao ở các nước Âu Mỹ. Nguyên nhân do sự thay đổi chế độ ăn uống, sinh hoạt, chế độ ăn nhiều đạm, mỡ, ít chất xơ. Bệnh VTTĐT gây nhiều biến chứng nguy hiểm: viêm tấy, apxe quanh đại tràng, thủng đại tràng, viêm phúc mạc (VPM) mũ, VPM phân...

Có nhiều điểm khác nhau giữa VTTĐT ở Tây Âu với VTTĐT ở châu Á và ĐN Á. Các NC cho thấy ở Nhật, VTTĐT xuất hiện ở người trẻ và thường VTTĐT phải trong khi ở Tây Âu chủ yếu là VTTĐT xixh ma xảy ra ở người cao tuổi.

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. Tuy nhiên các đặc điểm DTH, lâm sàng, cận lâm sàng, các phương pháp chẩn đoán, điều trị bệnh chưa được NC nhiều. Bởi vậy chúng tôi NC đề tài này với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm DTH, lâm sàng, cận lâm sàng bệnh VTTĐT*

2. *Tỷ lệ mắc bệnh VTTĐT phải, ĐT trái, ĐT phải phối hợp ĐT trái*

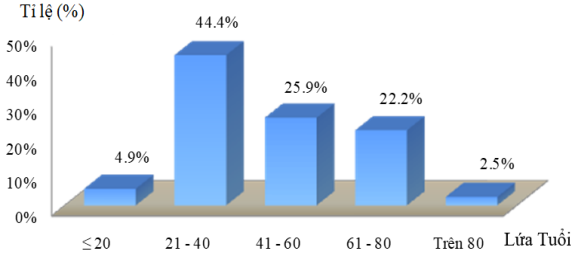
## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ Đối tượng NC: Các bệnh nhân (BN), không phân biệt tuổi giới, được chẩn đoán VTTĐT, điều trị tại khoa phẫu thuật cấp cứu bụng, BV Việt Đức.

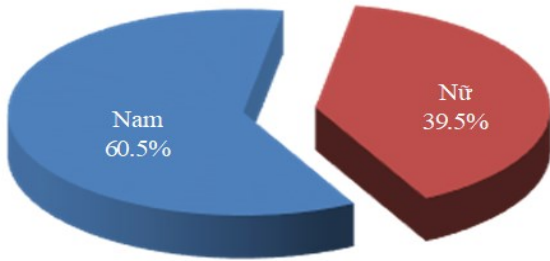
- + Phương pháp NC: Mô tả hồi cứu.
- + Thời gian: 1/2008-12/2013.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

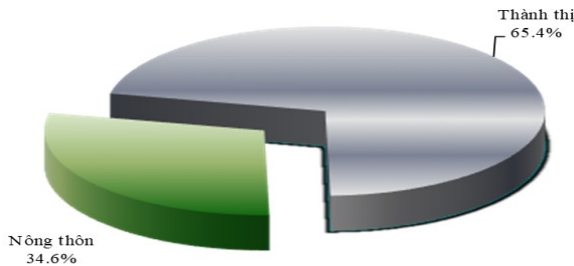
Có 81 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC trong đó nam 49 BN (60,5%), nữ 32 BN (39,5%), Tuổi TB là 45.14±18,5 T (từ 16-93T).



**Biểu đồ 1. Phân bố tỉ lệ mắc bệnh theo nhóm tuổi**



**Biểu đồ 2. Tỉ lệ mắc bệnh theo giới**



**Biểu đồ 3. Phân bố địa dư**

- Địa dư: Thành thị tỷ lệ VTTĐT 65,4%, tỷ lệ mắc ở nông thôn 34,6%.

**Bảng 1: Phân bố nghề**

Nghề	N	%
Trí thức	39	48,2
Nông dân	15	18,5
Nghề khác	27	33,3
Tổng	81	100

Tỷ lệ trí thức 48,2%, nông dân VTTĐT 18,5%.

- Tiền sử (TS):

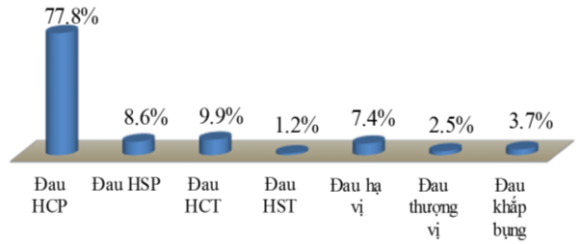
+ 95,1% mắc bệnh đợt đầu, 4,9% mắc nhiều đợt.

+ 14,8% PT bụng, 85,2% chưa mổ bụng.

+ TS bệnh nội khoa: 2,5% ĐTĐ, 8,6% cao HA, 2,5% dùng corticoid kéo dài.

- Lâm sàng:

- + Đau bụng: 97,5%.
- + Vị trí đau bụng:



**Biểu đồ 4. Vị trí đau bụng**

**Nhận xét:** 77,8% BN đau HCP, đau HCT 9,9%, khắp bụng 3,7%.

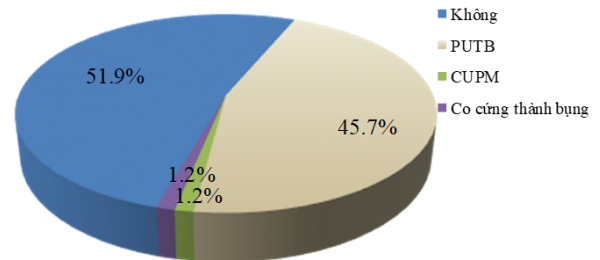
- + Tính chất đau bụng:

**Bảng 2: Tính chất đau bụng**

Tính chất đau	n	%
Đau bụng âm ỉ liên tục	55	67,9
Đau bụng quặn từng cơn	13	16,0
Đau bụng âm ỉ, trội thành cơn	11	13,6
Đau bụng dữ dội	2	2,5
<b>Tổng</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đau bụng âm ỉ liên tục chiếm 67,9%

- + Triệu chứng thực thể (khám bệnh)



**Biểu đồ 5. Tỉ lệ PUTB, CUPM, co cứng thành bụng**

+ 51,9% Không có biểu hiện, 45,7% PUTB, 1,2% CUPM, 1,2% CCTB

- + Sốt: K0 sốt 49,4%.

Sốt ≤ 38°: 32,1%.

Sốt > 38°: 18,5%

- + Rối loạn tiêu hóa:

**Bảng 3: Rối loạn tiêu hóa**

Triệu chứng	n	%
Ỉa lỏng	8	9,9
Ỉa máu	5	6,2
Ỉa BT	68	84,0
TS	81	100

- XN cận lâm sàng:

- + Bạch cầu (BC):

**Bảng 4: XN bạch cầu**

BC (mm <sup>3</sup> )	n	%
< 8000	7	8,6
8000 - ≤ 10.000	12	14,8
> 10000 - 15000	46	56,8

> 15.000	16	19,8
N	81	100

+ BC trung bình: 12,830 ± 3790/mm<sup>3</sup> (6730-23720/mm<sup>3</sup>).

+ Chụp CLVT:

++ Bảng: Kết quả CLVT

**Bảng 5: Chụp CLVT**

CLVT	n	%
Túi thừa ĐT	58	85,3
Không thấy túi thừa ĐT	10	14,7
TS	68	100

++ 68/81 BN chụp CLVT; 85,3% có túi thừa

++ Vị trí túi thừa (CLVT)

**Bảng 6: Vị trí túi thừa (CLVT)**

Vị trí túi thừa	n	%
TT ĐT phải	44	75,9
TT ĐT trái	6	10,3
TTĐT phải - trái	8	13,8
n	58	100

++ Số lượng túi thừa (CLVT):

++ 55,2% 1 túi thừa.

++ 44,8% nhiều túi thừa.

++ Tổn thương phổi hợp với túi thừa (CLVT)

**Bảng 7: Tổn thương phổi hợp (CLVT)**

Tổn thương	n	%
Dày thành ĐT	44 (58)	75,86
Thâm nhiễm quanh ĐT	58 (58)	100
Ổ dịch khu trú	21 (58)	36,2
Dịch tự do OB	3 (58)	5,2
Khí tự do OB	3 (58)	5,2

+ Tổn thương túi thừa (SA bụng):

++ Có túi thừa: 38,3%.

++ Không túi thừa: 61,7%.

+ Kết quả soi đại tràng (NSĐT): 17 BN soi đại tràng.

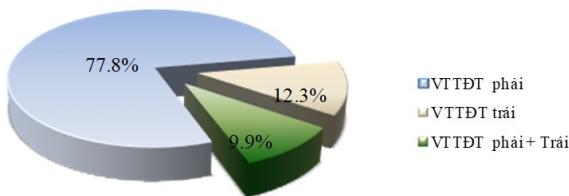
**Bảng 8: Kết quả NSĐT**

Vị trí túi thừa	n (n=17)	5
TT ĐT phải	11	64,6
TTĐT trái	2	11,8
TTĐT phải -Trái	4	23,6
N	17	100

++ NSĐT có 1 túi thừa: 17,6%

++ NSĐT nhiều túi thừa: 82,4%.

- Chẩn đoán



**Biểu đồ 6. Tỷ lệ phân bố bệnh lý**

++ VTTĐT phải: 77,8%

++ VTTĐT trái: 12,3%.

++ VTTĐT phải - trái: 9,9%

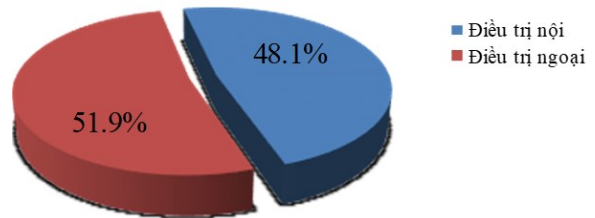
**Bảng 9. Vị trí túi thừa**

Vị trí túi thừa		Số BN (n=81)	Tỷ lệ %
ĐT phải (77.8%)	Manh tràng	44	54,3
	ĐT lên	16	19,8
	Manh tràng + ĐT lên	3	3,7
ĐT trái (12.3%)	ĐT xuống	1	1,2
	ĐT sigma	9	11,1
Cả ĐT phải + trái (9.9%)		8	9,9
<b>N</b>		<b>81</b>	<b>100,0</b>

**Bảng 10. Biến chứng túi thừa**

Biến chứng	N ( 81)	Tỷ lệ %
Có	18	22,2
Không	63	77,8
<b>N</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>

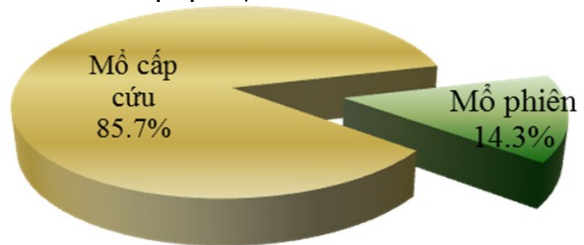
+ Phương pháp điều trị:



**Biểu đồ 7. PP điều trị**

+ Phẫu thuật: 51,9%

+ Điều trị nội: 48,1%



**Biểu đồ 8. Thái độ xử trí**

+ So sánh tương quan giữa nhóm tuổi và vị trí túi thừa:

**Bảng 11. Phân bố tuổi và vị trí VTTĐT**

Tuổi	Vị trí			Tổng
	ĐT phải	ĐT trái	ĐT phải + trái	
Dưới 20	4 (6,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	4 (4,9%)
Từ 21 – 40	33 (52,4%)	0 (0,0%)	3 (37,5%)	36 (44,4%)
Từ 41 – 60	18 (28,6%)	2 (20,0%)	1 (12,5%)	21 (25,9%)
Từ 61 – 80	8 (12,7%)	6 (60,0%)	4 (50,0%)	18 (22,2%)
Trên 80	0(0,0%)	2(20,0%)	0(0,0%)	2 (2,5%)
<b>Tổng số</b>	<b>63 (100,0%)</b>	<b>10 (100,0%)</b>	<b>8 (100,0%)</b>	<b>81 (100,0%)</b>

+ Sự tương quan giữa vị trí túi thừa và biến chứng

**Bảng 12. Liên quan giữa biến chứng VTTĐT và vị trí**

Biến chứng	Vị trí			Tổng số
	ĐT phải	ĐT trái	ĐT phải + trái	
Có	9 (14,3%)	7 (70,0%)	2 (25,0%)	18 (22,2%)
Không	54 (85,7%)	3 (30,0%)	6 (75,0%)	63 (77,8%)
Tổng số	63 (100,0%)	10 (100,0%)	8 (100,0%)	81 (100,0%)

+ Đặc điểm lâm sàng của viêm túi thừa đại tràng phải, trái.

**Bảng 13. Đặc điểm lâm sàng VTTĐT phải và trái**

Đặc điểm	VTTĐT phải	VTTĐT trái	Giá trị p
Thời gian đau (ngày)	2,33 ± 1,92	3,60 ± 2,17	<b>0,049*</b>
PUTB	29 (46,0%)	6 (60,0%)	0,331
Sốt	32 (50,8%)	7 (70,0%)	0,165
Nhiệt độ trung bình (BN sốt)	37,93 ± 0,52	38,69 ± 0,56	<b>0,004*</b>
BC trung bình (BC/mm <sup>3</sup> )	12,680 ± 3,450	13,890 ± 4,920	0,641

+ Đặc điểm kiểu đau bụng của viêm túi thừa đại tràng phải, trái

**Bảng 14. Liên quan kiểu đau bụng giữa VTTĐT phải và trái**

Kiểu đau bụng	VTTĐT phải	VTTĐT trái
Đau âm ỉ liên tục	50 (79,4%)	1 (10,0%)
Đau bụng quặn cơn	7 (11,1%)	4 (40,0%)
Đau dữ dội	2 (3,2%)	0 (0,0%)
Đau âm ỉ trở thành cơn	4 (6,3%)	5 (50,0%)
<b>N</b>	<b>63 (100%)</b>	<b>10 (100%)</b>

#### IV. BÀN LUẬN

Bệnh lý túi thừa được biết đến cuối TK 19 - cho tới những năm 1920. Painter và Burkitt [6] cho rằng sự thay đổi thói quen ăn uống là nguyên nhân chính dẫn tới bệnh VTTĐT. Những năm 1870-1880, việc xuất hiện những máy xay lúa mì có hiệu quả cao, tạo ra bột mì xay mịn cùng với sự xuất hiện của tủ lạnh và công nghệ đóng hộp, tiêu thụ đạm, đường, mỡ tăng nhanh bởi vậy lượng chất xơ trong khẩu phần ăn giảm nhiều chỉ còn 1/10 so với những năm trước đó. Khẩu phần ăn nhiều xơ tạo ra những cục phân to, đại tràng dễ dàng đẩy phân ra ngoài, thời gian lưu thông ruột giảm, tỷ lệ ung thư ở người

ăn nhiều chất xơ thấp. Burkitt và CS so sánh thời gian lưu thông ruột và trọng lượng phân của nhiều dân tộc thấy rằng các vùng nông thôn châu Phi có tỷ lệ mắc bệnh đại trực tràng thấp. Người dân ở đây ăn 400 g phân/35 h trong khi người Anh chỉ ăn 100 g phân/5 ngày. So sánh bệnh đại trực tràng (ĐT) ở người ăn chay cũng thấy giảm 12% so với người không ăn chay (tăng 35% bệnh lý ĐT).

Cho tới nay, tại Mỹ, bệnh VTTĐT xuất hiện khoảng 50,0% ở những người < 60 tuổi, chỉ 10,0% số này có biểu hiện LS

Ở nước ta, VTTĐT chưa được NC nhiều. Báo cáo từ 2001-2008 tại BV Việt đức có 20 BN VTTĐT, tuổi TB 46,8 T, nam 65%, tỷ lệ VTTĐT phải là 75,0%, VTTĐT trái 1,0%, VTTĐT phải + trái 20%.[4].

++ NC của Thái Nguyên Hưng, Trần Bình Giang từ 2008-2012: [1] 54 BN V TTĐT, tuổi TB 46,7 (21-91 T); Nam 63%, thành thị 68,5%; trí thức (55,5%), LR 16,6%.

++ Trong NC này: tuổi TB 45,1 ± 18,5T (16-93), Nam 60,5%, Nữ 39,5%, thành thị 65,4%, nông thôn 34,6%. Trí thức 48,2%, nông dân 18,5%, nghề khác 33,3%.

++ NC của các tác giả nước ngoài: Tuổi mắc bệnh dao động từ 60,1 (Tursi A), 65 T (Champman); 61 T (Bahadursingh). Các tác giả thấy rằng ở các nước Âu - Mỹ bệnh VTTĐT tăng theo tuổi trái ngược với ở Châu Á và ĐNÁ nơi có tỷ lệ mắc bệnh ở người trẻ tuổi cao. NC này cho thấy tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất từ 21-40 T chiếm 44,4%; > 80 T 2,5%.

Tỷ lệ xuất hiện bệnh ở các vùng của ĐT cũng khác nhau giữa các nước châu Âu và châu Á. Bảng 6: VTTĐT phải 75,9%, VTTĐT phải - trái 13,8%, VTTĐT trái 10,3%. Các NC cho thấy VTTĐT ở Tây Âu chủ yếu là ở ĐT trái, tỷ lệ cao nhất là VTTĐT xích ma, tỷ lệ VTTĐT phải 4%. Tỷ lệ VTTĐT ở Châu Á > 50,0%, NC Thái Nguyên Hưng 76,0%.[1]

++V TTĐT phải được Potier lần đầu tiên mô tả vào 1912 [11]. Ban đầu các tác giả đều cho rằng VTTĐT phải là tổn thương bẩm sinh, tồn tại đồng thời với bệnh lý TTĐT. Tuy nhiên NC của Murayama CS kết luận rằng cơ chế bệnh sinh của bệnh lý VTTĐT phải giống như VTTĐT trái.

VTTĐT phải có tỷ lệ mắc cao ở Nhật. Các NC cho thấy tuổi mắc VTTĐT phải trẻ hơn VTTĐT trái, TTĐT có đặc điểm ngắn, cổ túi thừa rộng.

VTTĐT phải có TC rất giống viêm ruột thừa (VRT). Trong số BN được mổ 66,7% được chẩn đoán trước mổ VRT.

Bởi vậy NC các đặc điểm LS, CLS, điện

quang của BN rất quan trọng và có ý nghĩa quyết định chẩn đoán bệnh cũng như quyết định mổ hay điều trị nội.

++NC trên 30 BN V TTĐT điều trị nội tại BV Việt-Đức, Thái Nguyên Hưng thấy rằng có 80% BN đau hố chậu phải (HCP) nhưng 20/30 BN Ko có PUTB; có 30% có PUTB vùng HCP. Tổn thương VTTĐT qua CLVT: 85,2% VTTĐTTP; 11,1% VTTĐT phải - trái; 3,1% VTTĐTTrái.Kết luận: VTTĐT giai đoạn I (Hinchev) có thể điều trị nội với sự kết hợp 2 loại kháng sinh (KS) cephalosporin thế hệ 3 và metronidazol cho kết quả tốt, BN hết sốt sau 2,3 ngày, 100% ra viện thời gian điều trị TB 4,2 ngày. CLVT có giá trị chẩn đoán chính xác 100%.[2].

Các NC khác về giá trị của chụp CLVT trong chẩn đoán VTTĐT: độ nhạy CLVT 93,0% Cho. KC [8], Le Kyong Ho 98,0%.

Các NC cho rằng khi có mass cạnh ĐT,sỏi phân, quai ruột non giãn cạnh mass ĐT. Chụp đại tràng có thuốc có hình khuyết cạnh ĐT hoặc hình ảnh rò ĐT gợi ý chẩn đoán VTTĐT [7].

++NC 81 BN này: Dấu hiệu dày thành ĐT 75,86%, thâm nhiễm quanh ĐT 100%, ổ dịch khu trú 36,2%, dịch tự do OB 5,2%, khí tự do OB 5,2%

+Phân loại: VTTĐT theo Hinchev (1978)

**Bảng 15: phân loại Hinchev**

Giai đoạn	Tổn thương CLVT
<b>Giai đoạn I</b>	Viêm tấy hoặc apxe cạnh ĐT
<b>Giai đoạn II</b>	Apxe tiểu khung
<b>Giai đoạn III</b>	Viêm phúc mạc mũ
<b>Giai đoạn IV</b>	Viêm phúc mạc phân.

++ Phân loại Hinchev cải tiến:

**Bảng 16: Phân loại Hinchev cải tiến**

Mức độ	Phân loại Hinchev cải tiến (Warvary)	Dấu hiệu trên CTscan (Kaiser)
0	VTTĐT biểu hiện LS nhẹ	Túi thừa viêm.+/- dày thành ĐT
Ia	Viêm khu trú quanh thành ĐT	Dày thành ĐT, thay đổi mô mỡ xung quanh
Ib	Apxe quanh ĐT hoặc mạc treo	Dày thành ĐT, thay đổi mô mỡ XQuanh kèm hình ảnh apxe
II	Apxe xa: vùng chậu,giữa các quai ruột hay sau phúc mạc	Dày thành,thay đổi mô mỡ XQuanh kèm apxe ở xa chỗ nguyên phát
III	VPM mũ toàn thể	Khí và dịch tự do + dày thành PM
IV	VPM phân toàn thể	Khí và dịch tự do + dày thành PM

++Kovalcik và Sustarsic: 11 BN được PT VTT mạnh tràng, tuổi TB 149,T. 9 BN cắt ĐT; 1 BNnổi ngay; 2 BN cắt túi thừa. K0 có tử vong hay rò miệng nổi.[10]

++Gouge : 14 BN VTTĐT phải trong đó 8 BN thủng túi thừa trên nền apxe nhưng K0 viêm phúc mạc toàn thể hay thủng túi thừa ra OB tự do. Tất cả được cắt ĐT phải và nối hồi-ĐT, không có TV hay rò miệng nổi, tuổi TB 51 (VTTĐT trái : 62 T).[9]

++McFee: 18 ca VTTĐTTP,có 17 BN cắt ĐT phải, nối ngay, k0 có tử vong. Chỉ có 2 BN chẩn đoán VTTĐT trước mổ, tuổiTB 46.

Tỷ lệ VTTĐT ngang rất thấp,điểm lại Y văn: chỉ có 19 BN VTTĐT ngang và BN theo báo cáo của Mc.clure và Welch. Tất cả BN này được cắt ĐT phải như VTTĐTTP đều tuổi trẻ, chẩn đoán VTTĐT trong mổ.

Các báo cáo đều cho thấy TC của VTTĐT phải khá giống VRT: đau bụng thượng vị, buồn nôn, nôn, đau lan xuống HCP, sốt nhẹ (trừ thủng đại tràng ra OB tự do), PUTB vùng HCP không rõ, BC tăng.

Số liệu 81 BN của NC: 64,1% K0 sốt, 28,2% sốt < 38°; 7,7% sốt > 38°; 51,9% không rõ TC, 45,7% PUTB; 1 BN co cứng TB.

Phân loại VTT mạnh tràng theo Greaney và Snyder:

++Giai đoạn I: Túi thừa viêm cấp đơn thuần.

++Giai đoạn II: Tạo thành khối viêm

++ Giai đoạn III: Thủng khu trú trên nền khối viêm.

++Giai đoạn IV: Mủ tràn khắp bụng.

++Đánh giá sự liên quan giữa tuổi mắc bệnh và vị trí xuất hiện túi thừa, bảng 11 cho thấy tỷ lệ VTTĐT ở lứa tuổi <= 40 khá cao 45,7%, chiếm 58,7% VTTĐTTP. Lứa tuổi > 40-60 bắt đầu xuất hiện VTTĐT trái với tỷ lệ thấp 2,46% tổng số mắc VTTĐT và chỉ chiếm 2/10 BN VTTĐT trái (20,0%). Ở lứa tuổi này, tỷ lệ VTTĐT phải vẫn cao chiếm 22,2% tổng số BN mắc, chiếm 28,6% số ca mắc VTTĐTTP (63 BN).

Lứa tuổi >60-80, tỷ lệ mắc phân bố khá đều: 8/81 BN có VTTĐT phải (9,87%); 6/81 BN VTTĐT trái (7,4% tổng số BN mắc); 4/81 BN VTTĐT phải và trái (4,93%). Ở lứa tuổi > 80 chỉ có BN mắc VTTĐT trái với tỷ lệ thấp (2,5%)

++So sánh về tuổi TB, lứa tuổi TB VTTĐT phải 39,62±15,14 (16-76), tuổi TB VTTĐT trái 70,9±16,78 ( 52-93 T), sự khác biệt về tuổi mắc bệnh giữa VTTĐT phải và VTTĐT trái có ý nghĩa thống kê (P< 0,01).

++So sánh về tỷ lệ biến chứng của VTTĐT so với vị trí mắc bệnh, chúng tôi thấy (Bảng 12)

tỷ lệ BC của VTTĐ phải là 9/63 BN (14,3%); Tỷ lệ BC của VTTĐ trái là 7/10 BN (70,0%), tỷ lệ BC VTTĐ phải và trái là 2/8 BN (25,0%). Sự khác biệt về tỷ lệ BC của VTTĐ trái > VTTĐ phải có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,01$ ).

++Bảng 13 cho thấy thời gian đau trước khi nhập viện nhóm VTTĐTP  $2,33 \pm 1,92$ , thời gian đau này nhóm VTTĐ trái  $3,6 \pm 2,17$  ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,049$ ). Mặt khác nhóm VTTĐ phải thường sốt nhẹ, TB =  $37,93 \pm 0,52^\circ$ , trong khi VTTĐ trái sốt cao hơn, TB =  $38,69 \pm 0,56^\circ$  ( $P = 0,004$ ).

++Xét về tính chất đau bụng chúng tôi thấy VTTĐ phải có kiểu đau bụng âm ỉ liên tục (79,4%) trong khi nhóm VTTĐ trái kiểu đau bụng cơn trên nền âm ỉ (50,0%) sự khác biệt tính chất đau có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,01$ ). (Bảng 14)

## V. KẾT LUẬN

### - Các đặc điểm dịch tễ học:

+Tuổi TB mắc bệnh VTTĐ:  $45,14 \pm 18,5$  T (16- 93 T), Nhóm tuổi < 40 có tỷ lệ mắc cao nhất 49,3%, lứa tuổi > 80 T có tỷ lệ mắc thấp 2,5%. Tuổi TB VTTĐ phải  $39,62 \pm 15,14$  T, tuổi TB VTTĐ trái  $70,9 \pm 16,78$  T.

+ Giới: Nam 60,5%, Nữ 39,5%.

+ Thành thị 65,4%, Nông thôn 34,6%.

+ Nghề: Trí thức 48,2%, nông dân 18,5%, khác 33,3%.

### - Các đặc điểm về triệu chứng LS và các xét nghiệm CLS

+ Đặc điểm LS:

++ Vị trí đau bụng: 100% đau bụng, đau HCP 77,8%, HSP 8,6%, HCT 9,9%, HST 1,2%, hạ vị 7,4%, thượng vị 2,5%, khắp bụng 3,7%.

++Tính chất đau bụng: VTTĐ phải: Đau âm ỉ. VTTĐ trái đau âm ỉ có lúc trội thành cơn ( $P < 0,01$ ).

++Thời gian đau: Thời gian đau TB VTTĐ phải  $2,33 \pm 1,92$  ngày; VTTĐ trái  $3,60 \pm 2,17$  ngày ( $P = 0,049$ ).

++ Sốt: 50,6% sốt,  $T^\circ$  TB  $38,06 \pm 0,6^\circ\text{C}$ , Nhóm VTTĐ phải  $T^\circ$  TB  $37,93 \pm 0,52^\circ$ ; VTTĐ trái  $T^\circ$  TB  $3,6 \pm 2,17^\circ$  ( $P = 0,004$ )

+ Đặc điểm CLS và chẩn đoán hình ảnh:

++ Bạch cầu tăng: 76,6% ,số lượng BC TB:  $12,800 \pm 3790/\text{mm}^3$ .

++ CLVT có giá trị chẩn đoán xác định bệnh cao 85,3%.

+ Đặc điểm phân bố vị trí VTTĐ :

+Tỷ lệ VTTĐ phải: 77,8%, VTT mạnh tràng: 54,3%, ĐT lên 19,8%, MT+ ĐT lên 3,7%.

+Tỷ lệ VTTĐ trái 12,3%: ĐT xuống 1,2%, ĐT xích ma 11,1 %.

+Tỷ lệ VTTĐ phải + trái 9,9%.

+Tỷ lệ biến chứng: 22,2%; Biến chứng do VTTĐ phải 50,0%; do VTTĐ trái 38,8%, do VTTĐ phải + trái 11,2%

+ Đặc điểm tỷ lệ mắc theo độ tuổi:

++ VTTĐ phải: Tuổi mắc trẻ (16 T), nhóm tuổi mắc cao nhất 21-40 (52,4%), giảm dần ở nhóm 41-60 T (28,6%) và 61-80 T (12,75), Ko có BN mắc VTTĐ phải ở lứa tuổi >80 T.

++VTTĐ trái: Tỷ lệ mắc tăng theo tuổi, lứa tuổi 61-80 T tỷ lệ mắc 60,0%.

> 80 T là 20,0%

++Nhóm VTTĐ phải + trái: Tỷ lệ mắc nhóm 61-80 là 50,0%, Nhóm >80 T Ko có BN mắc.

+ Kết quả điều trị:

++ Phẫu thuật: 51,9%, điều trị nội 48,1%.

++ Mổ cấp cứu: 85,7%, phẫu 14,3%

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Thái Nguyên Hưng, Trần Bình Giang:** Đánh giá kết quả phẫu thuật và phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý túi thừa đại tràng tại bệnh viện Việt-Đức. Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt nam số 4 (3) 2013:5-13.
- Thái Nguyên Hưng:** Đánh giá kết quả điều trị nội khoa bệnh lý túi thừa đại tràng. Y học thực hành 1140 (7), 2020:114-117
- Lê Huy Lưu, Nguyễn Văn Hải:** Viêm túi thừa đại tràng. NXB Thanh niên. 2018:147-158.
- Đặng Thị Hoài Thu:** Một số nhận xét về đặc điểm lâm sàng và kết quả sớm điều trị phẫu thuật bệnh viêm túi thừa đại tràng từ 2001-2008. Khoa luận tốt nghiệp bác sỹ Y khoa 2003-2009. Hà Nội 2009.
- Beranbaun SL:** Diverticular disease of the right colon. From Greenbaun EI (ed): Radiographic Atlas of colon disease, pp125-143. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1980.
- Burkitt. DP, Walker ARP, Painter NS:** Effect of dietary fibre on stool and transit times and its role in the causation of disease. Lancet 1972;2:1408-1412.
- Chiu PW et al:** Conservative approach is feasible in the management of acute diverticulitis of the right colon. ANZ J Surg, 2001.71(11):634-6.
- Cho. KC** (1990): Sigmoid diverticulitis: Diagnosis role of CT comparison with Barium anema. Radiology 176 (1).111-5.
- Gouge TH, Coppa GF:** Management of diverticulitis of ascending colon. Am J Surg 1983;145: 387-391.
- Kovalsik PJ, Sustarsic DL:** Cecal Diverticulitis. Am. Surg 1981;47:72-73.
- Potier. F:** Diverticulite et appendicite. Bull. Mem. Soc. Anat (Paris) 1912; 87: 29-31.