

quả có thai giữa các đối tượng có thể tích tinh hoàn từ 10 – 15ml. Tuy nhiên, không có mối liên quan về mật độ tinh trùng thu được sau thủ thuật PESA và chất lượng phôi chuyển với tỷ lệ có thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bernie, Aaron M et al.** "Predictive factors of successful microdissection testicular sperm extraction." Basic and clinical andrology vol. 23 5. 2 Oct. 2013, doi:10.1186/2051-4190-23-5
2. **Hùng HS, Mai TTP.** Nghiên cứu hiệu quả tiêm tinh trùng vào bào tương noãn bằng tinh trùng

lấy từ, mào tinh ở bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Luận Án Tiến Sĩ Học.

3. **Jarow, J P et al.** "Evaluation of the azoospermic patient." The Journal of urology vol. 142,1 (1989): 62-5. doi:10.1016/s0022-5347(17)38662-7
4. **Loan VTB.** Nghiên cứu hiệu quả điều trị vô sinh nam bằng PESA tại Phụ sản Trung Ương 2019. Luận Án Tiến Sĩ Học.
5. **Phan PV.** Đánh giá hiệu quả PESA-ICSI tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. Luận Văn Thạc Sĩ Học.
6. **Thùy NB, Hương TM.** Đánh giá kết quả chọc hút mào tinh hoàn trên bệnh nhân Azoospermia tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Luận Văn Thạc Sĩ Học.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG THÙNG DO VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Quách Văn Kiên¹, Nguyễn Xuân Hùng¹, Đỗ Tới Nghĩa²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân có biến chứng thủng do viêm túi thừa đại tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu cắt ngang tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là biến chứng thủng do viêm túi thừa đại tràng và được điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2018 – 12/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Gồm 54 bệnh nhân (BN) (15 nữ và 39 nam), tuổi trung bình là 60,14 ± 14,7 tuổi. Triệu chứng bao gồm đau bụng khu trú (92,6%), sốt (44%) và sốc (7,4%). Đa số vị trí thủng túi thừa nằm ở đại tràng trái (64,8%), đại tràng phải chiếm tỷ lệ 35,2% trên cắt lớp vi tính. Phân loại hình ảnh tổn thương theo phân loại Hinchey giai đoạn (GD) Ib, II, III, IV lần lượt là 22,2%, 44,4%, 26%, 7,4%. 51,8% BN được điều trị nội khoa, trong đó 17,9% BN phối hợp kháng sinh và dẫn lưu ổ áp xe. 48,2% BN được phẫu thuật trong đó 73,1% có chỉ định mổ cấp cứu theo phân loại Hinchey GD II, III, IV lần lượt là 5,3%, 73,7%, 21%; chỉ định phẫu thuật của đại tràng trái chiếm đa số (80,8%) còn 19,2% thuộc về đại tràng phải, 17 BN được thực hiện bằng phẫu thuật Hartmann (65,4%), 7 BN mổ phiến (26,9%) đều thuộc giai đoạn II và được cắt đại tràng nối ngay. Thời gian điều trị theo phân loại Hinchey lần lượt là 10,5 ± 5,6 ngày giai đoạn Ib, 12 ± 6,8 ngày giai đoạn II điều trị nội khoa, 10 ± 3 ngày giai đoạn II điều trị ngoại khoa, 13,9 ± 6,5 ngày giai đoạn III, 20,25 ± 8,8 ngày giai đoạn IV. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ sau mổ chiếm 50%. **Kết luận:** Viêm túi thừa đại tràng biến chứng thủng hay gặp ở độ tuổi trung niên, nam

thường chiếm ưu thế. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau bụng, sốt và sốc. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào cắt lớp vi tính và thủng túi thừa bên phải tiên lượng tốt hơn bên trái; tỷ lệ Hinchey giai đoạn III, IV còn cao. Chính vì vậy, chúng ta cần đánh giá tốt giai đoạn thủng túi thừa đại tràng để có chiến lược điều trị kịp thời và phù hợp với từng bệnh nhân.

Từ khóa: viêm túi thừa đại tràng trái, thủng túi thừa đại tràng, phẫu thuật Hartmann, phẫu thuật cắt đại tràng nối ngay

SUMMARY

THE RESULTS OF TREATMENT OF COMPLICATIONS OF PERFORATED COLONIC DIVERTICULITIS AT VIET DUC FRIENDLY HOSPITAL

Objectives: The results of treatment of complications of perforated colonic diverticulitis at Viet Duc Friendly Hospital from 2018 to 2022. **Method:** Cross-sectional retrospective description of all patients diagnosed with perforation complications due to colonic diverticulitis and treatment at Viet Duc Friendly Hospital from January 2018 to December 2022. **Results:** Includes 54 patients (15 female and 39 male), the mean age was 60.14 ± 14.7 years old, symptoms include abdominal pain (92.6%), fever (44%), shock (7.4%). The majority of diverticulitis perforation sites are located in the left colon (64.8%), and the right colon accounts for 35.2% on computed tomography. Classification of lesion images according to Hinchey classification stage Ib, II, III, IV are 22.2%, 44.4%, 26%, 7.4%. 51.8% of patients received medical treatment, of which 17.9% of patients received a combination of antibiotics and abscess drainage. 48.2% of patients had surgery, of which 73.1% had indications for emergency surgery according to Hinchey stage II, III, IV, 5.3%, 73.7%, 21%; indications for surgery of the left colon were the majority (80.8%), while 19.2% were for the right colon, 17 patients had the Hartmann's procedure (65.4%), 7 patients had the surgery sessions (26.9%)

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: quachvankien@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

were all stage II and had primary anastomosis. Treatment time according to the Hinchey classification was 10.5 ± 5.6 days for stage Ib, 12 ± 6.8 days for stage II medical treatment, 10 ± 3 days for stage II surgical treatment, 13.9 ± 6.5 days for stage III, 20.25 ± 8.8 days for stage IV. The rate of patients with postoperative wound infection was 50%.

Conclusion: Colon diverticulitis complicated by perforation is common in middle-aged people, with a male predominance. Common clinical symptoms are abdominal pain, fever and shock. Diagnosis is mainly based on computed tomography and right diverticulum perforation has a better prognosis than the left; the rate of Hinchey stages III and IV is still high. Therefore, we need to evaluate well the stage of perforated diverticulitis to have a timely and appropriate treatment strategy for each patient.

Keywords: left-side colonic diverticulitis, perforated diverticulitis, Hartmann's procedure, primary anastomosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa đại tràng (TTĐT) là một cấu trúc hình túi nhỏ, lồi ra khỏi thành đại tràng (ĐT), Nó có thể là túi thừa thật hay túi thừa giả, đơn độc hay đa túi thừa, bẩm sinh hay mắc phải. Viêm túi thừa đại tràng (VTTĐT) là khi viêm hoặc nhiễm trùng của một hay nhiều túi thừa đại tràng. VTTĐT có thể dẫn đến các biến chứng như thủng túi thừa dẫn đến VPM, rò, áp xe, chảy máu, tắc ruột¹... Trong đó biến chứng thủng là hay gặp nhất gây áp xe khu trú hoặc viêm phúc mạc. Ở các nước Tây Âu, TTĐT thường ở ĐT trái, trong đó chủ yếu là ở ĐT Sigma và thường do mắc phải^{2,3}. Bệnh lý này được phát hiện nhiều ở các nước Tây Âu vào đầu thế kỷ XIX, chiếm 5% dân số ở độ tuổi trên 40, tăng lên 33% - 55% ở trên tuổi 50 và khoảng 80% ở độ tuổi trên 80⁴. Bệnh VTTĐT ở các nước châu Á đang có xu hướng tăng lên rõ rệt, nhất là ở một số nước phát triển như Nhật Bản, Singapore, Hàn Quốc⁵. Tại Việt Nam, mặc dù bệnh lý VTTĐT xuất hiện những năm gần đây ngày càng nhiều, nhưng cho tới nay chưa có nghiên cứu nào có hệ thống với số lượng lớn về bệnh này.

Đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước nghiên cứu vấn đề này và các nghiên cứu đều ủng hộ quan điểm ưu tiên cho điều trị nội khoa với các trường hợp VTTĐT thể nhẹ. Phẫu thuật được đặt ra đối với các trường hợp VTTĐT có biến chứng, tái phát nhiều lần, điều trị nội khoa không có kết quả. Mặc dù Hội phẫu thuật cấp cứu thế giới (WSSES) đưa ra khuyến cáo điều trị viêm túi thừa đại tràng như điều trị nội khoa với kháng sinh đối với viêm túi thừa đại tràng mức độ 1a hoặc 1b, những bệnh nhân có viêm phúc mạc do thủng túi thừa đại tràng có thể thực hiện

phẫu thuật nội soi rửa bụng dẫn lưu hoặc thực hiện phẫu thuật cắt đoạn đại tràng nối ngay thì đều có hoặc không đưa hồi tràng ra da thay vì làm phẫu thuật Hartmann nhưng chưa có nhiều nghiên cứu cho thấy lựa chọn phương pháp nào mang lại hiệu quả nhất cho người bệnh⁶. Cho tới nay, mặc dù có nhiều có nhiều nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị biến chứng thủng của VTTĐT nhưng lựa chọn phương pháp nào mang lại hiệu quả nhất cho người bệnh thì vẫn là câu hỏi ngỏ. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá của bệnh nhân có biến chứng thủng do viêm túi thừa đại tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là biến chứng thủng do VTTĐT và được điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2018 – 12/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán biến chứng thủng do VTTĐT dựa trên phim chụp CLVT ổ bụng.
- Bệnh nhân được điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (nội khoa – ngoại khoa).
- Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là tổn thương đại tràng viêm, hoại tử, áp xe, thủng, rò đại tràng trên những bệnh nhân được phẫu thuật.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân thủng đại tràng do nguyên nhân bệnh lý khác như ung thư, dị vật...
- Hồ sơ bệnh án không có đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.1.3. Phân loại Hinchey

- GĐ Ia: Nhiễm trùng + viêm tấy quanh ruột có giới hạn.
- GĐ Ib: Áp xe quanh ruột có giới hạn.
- GĐ II: Áp xe vùng chậu, xa trong ổ bụng hoặc sau phúc mạc.
- GĐ III: Viêm phúc mạc toàn thể mù.
- GĐ IV: Viêm phúc mạc phần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu cắt ngang với các thông số dựa trên hồ sơ bệnh án lưu tại phòng lưu trữ hồ sơ Hữu nghị Việt Đức Các thông số nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật và kết quả điều trị. Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 15.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Trong tổng số 54 bệnh nhân nghiên cứu ghi nhận nam chiếm đa

số 72,2%, tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 60,14 ± 14,7 tuổi. Không có sự khác biệt giữa tuổi mắc bệnh giữa nam (58 ± 14,27 tuổi) và nữ (65,73 ± 14,85 tuổi) trong nghiên cứu với p=0,083 (kiểm định t test). Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử nội khoa là 31,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm 25,9%. Tỷ lệ bệnh nhân có các tiền sử nội khoa khác như đái tháo đường, tim mạch và dùng thuốc Corticoid và ức chế miễn dịch lần lượt là 16,7%, 11,1% và 5,6%. Về tiền sử điều trị VTTĐT, Đa số bệnh nhân được điều trị đợt đầu, chiếm tỷ lệ 92,6%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng (n=54)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vị trí đau bụng	Khu trú	50	92,6
	Khắp bụng	4	7,4
Thời gian đau bụng (ngày)		3±2,3	1-14
Sốt	Sốt ≤ 38,5 ^o C	47	87
	Sốt > 38,5 ^o C	7	13
Sốc	Có	4	7,4
	Không	50	92,6

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đau khu trú, chiếm tỷ lệ 92,6%. Tỷ lệ bệnh nhân đau khắp bụng chiếm 7,4%. Thời gian bệnh nhân bắt đầu đau bụng đến khi đến viện trung bình 3 ngày, từ 1 ngày đến 14 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân sốt trên 38,5^oC chiếm 13%. Có 4/54 bệnh nhân trong nghiên cứu ghi nhận dấu hiệu sốc (7,4%).

3.3 Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2: Cận lâm sàng (n=54)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bạch cầu	Dưới 8.000	8	14,8
	Từ 8000 đến ≤15.000	25	46,3
	Trên 15.000	21	38,9
Vị trí túi thừa qua CT	ĐT phải	19	35,2
	ĐT trái	35	64,8
Tổn thương theo phân loại Hinchey	GD Ib	12	22,2
	GD II	24	44,4
	GD III	14	26
	GD IV	4	7,4
Số lượng túi thừa	1 túi thừa	26	48,2
	Nhiều túi thừa	28	51,8

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu trên 15.000 BC/mm³ là 38,9%. Trên hình ảnh tổn thương qua CT ổ bụng, đ số vị trí thủng túi thừa nằm ở đại tràng trái (64,8%), đa túi thừa (51,8%). Phân loại theo phân độ Hinchey, Đa số người bệnh tổn thương ở giai đoạn II theo phân loại Hinchey với tỷ lệ 44,4%.

3.4. Kết quả điều trị. Với tổn thương theo phân độ Hinchey được trình bày ở bảng 2, có 28/54 bệnh nhân được điều trị nội khoa (51,8%) và 26/54 bệnh nhân được điều trị ngoại khoa. Trong số 28 bệnh nhân điều trị nội khoa, có 5 bệnh nhân được chỉ định dẫn lưu áp xe túi thừa kết hợp kháng sinh, chiếm tỷ lệ 17,8% và tất cả các bệnh nhân đều thuộc GD II theo phân loại Hinchey. Mỗi liên quan giữa quyết định lựa chọn phương pháp điều trị cho bệnh nhân và phân độ Hinchey, vị trí túi thừa được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3: Phương pháp điều trị và các yếu tố liên quan (n=54)

Đặc điểm		Nội khoa	Ngoại khoa	Giá trị p
Phân độ giai đoạn theo Hinchey	GD Ib	12(100)	0	0,018
	GD II	16(66,7)	8(33,3)	
	GD III	0	14(100)	
	GD IV	0	4(100)	
Vị trí túi thừa	Đại tràng phải	14(73,7)	5(26,3)	0,018
	Đại tràng trái	14 (40)	21 (60)	
Thời gian điều trị		11,4±6,3 (4-30)	13,7±6,8 (6-33)	0,025

Nhận xét: Có mối tương quan thuận giữa phân độ tổn thương theo Hinchey và tỷ lệ điều trị ngoại khoa. Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn III, IV theo Hinchey có tỷ lệ can thiệp bằng ngoại khoa cao gấp 2,25 lần giai đoạn II. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001 (kiểm định Fisher chính xác). Kết quả ghi nhận Tỷ lệ bệnh nhân có túi thừa đại tràng bên trái có tỷ lệ can thiệp ngoại khoa gấp 2,28 lần với p=0,018 (kiểm định Chi bình phương). Bệnh nhân áp dụng ngoại khoa để loại bỏ túi thừa có thời gian điều trị dài hơn trung bình 2 ngày so với bệnh nhân được chỉ định điều trị nội khoa với p=0,025 (kiểm định t).

Bảng 4: Phương pháp điều trị nội khoa và các yếu tố liên quan (n=28)

		Đại tràng phải (n=14)	Đại tràng trái (n=14)	Tổng	Giá trị p
Dẫn lưu	Có	1 (20)	4 (80)	5 (100)	0,326
	Không	13 (56,6)	10 (43,4)	23 (100)	
Thời gian điều trị		11,64±7,2 (5-30)	11,1±5,4 (4-23)	11,4±6,3 (4-30)	0,837

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội khoa viêm túi thừa đại tràng bên phải và bên trái là tương đồng (50%). Bệnh nhân có túi thừa đại tràng trái có tỷ lệ dẫn lưu trong điều trị nội khoa cao gấp 4 lần đại tràng phải nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p=0,326 (kiểm định chính xác Fisher). Thời gian điều trị

bệnh nhân nội khoa trung bình là $11,4 \pm 6,3$ ngày và thời gian điều trị nội khoa là tương đồng giữa 2 nhóm bệnh nhân có viêm túi thừa ở đại tràng phải và đại tràng trái với $p=0,837$ (kiểm định chính xác Fisher).

Trong tổng số 26 bệnh nhân được chỉ định ngoại khoa trong nghiên cứu, 19 bệnh nhân được mổ cấp cứu, chiếm tỷ lệ 73,1%. Có 7 bệnh nhân được chỉ định mổ phiến và tất cả bệnh nhân này được phân độ giai đoạn II theo Hinchey.

Bảng 5: Phương pháp điều trị ngoại khoa và các yếu tố liên quan (n=26)

		Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đại tràng	Phải	5	19,2
	Trái	21	80,8
Phương thức phẫu thuật	Cắt đoạn ĐT nối ngay	7	26,9
	PT Hartmann	17	65,4
	Đưa 2 đầu ra ngoài kiểu nông súng	2	7,7
Thời gian điều trị	GD II	10 ± 3	6 – 13
	GD III	$13,9 \pm 6,5$	7 – 33
	GD IV	$20,25 \pm 8,8$	9 – 30
	Tổng	$13,7 \pm 6,8$	6 – 33

Nhận xét: Đa số bệnh nhân điều trị ngoại khoa có túi thừa đại tràng nằm bên trái (80,8%). Đa số bệnh nhân được phẫu thuật kiểu Hartmann, chiếm tỷ lệ 65,4%. Thời gian điều trị ngoại khoa trung bình của bệnh nhân là $13,7 \pm 6,8$ ngày. Trong đó, thời gian điều trị bệnh nhân ở GD IV theo phân loại Hinchey là lâu nhất với thời gian trung bình là $20,25 \pm 8,8$ ngày.

Về biến chứng sau mổ, nghiên cứu ghi nhận 13 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, chiếm tỷ lệ 50%. Các biến chứng khác như áp xe tồn dư, rò miệng nối chưa được ghi nhận trong nghiên cứu. Về kết quả chung sau mổ, 100% bệnh nhân đạt kết quả từ trung bình trở lên. Trong đó, 50% bệnh nhân đạt kết quả tốt.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ mắc bệnh túi thừa của đại tràng thường rất thấp ở những người dưới 40 tuổi⁷. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $60,14 \pm 14,7$ tuổi. Tuy nhiên bệnh nhân nhỏ tuổi nhất trong nghiên cứu được ghi nhận là 25 tuổi. Kết quả này cho thấy sự trẻ hóa về tuổi mắc bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự tương đồng về tuổi mắc bệnh của bệnh nhân so với nghiên cứu "điều trị viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng" của tác giả Nguyễn Tuấn Anh và cộng sự (2022) tại TP. Hồ Chí Minh với tuổi trung bình là $63,59 \pm 1,94$ tuổi, phân bố từ 42 tuổi đến 82

tuổi⁸. Về giới tính, nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt giữa tuổi mắc bệnh giữa nam và nữ. Kết quả nghiên cứu "điều trị viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng" của tác giả Nguyễn Tuấn Anh và cộng sự (2022) không có sự khác biệt với tỷ lệ nam và nữ là tương đồng, lần lượt là 53,1% và 46,9%⁸. Nghiên cứu tại Hàn Quốc năm 2017 của tác giả Pill Sun Paik (2017) cũng cho rằng tỷ lệ mắc bệnh là như nhau giữa nam và nữ⁹.

Về tiền sử, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử nội khoa trong nghiên cứu là 31,5%. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm cao nhất với tỷ lệ 25,9%. Nghiên cứu của Yamada E (2017) ghi nhận xu hướng bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng trái thủng thường có bệnh lý nội khoa đồng mắc¹⁰. Nhiều nghiên cứu trên thế giới kết luận bệnh kèm theo là yếu tố nguy cơ dẫn đến biến chứng thủng của viêm túi thừa đại tràng và mức độ nặng của bệnh. Sirinthornpunya S. (2016) gợi ý rằng những bệnh nhân có từ 3 bệnh nội khoa kèm theo có nguy cơ cao xảy ra viêm túi thừa đại tràng có biến chứng.

Trong nghiên cứu, tất cả 54/54 bệnh nhân trong nghiên cứu đều có triệu chứng đau bụng khi đến bệnh viện. Đa số bệnh nhân có vị trí đau khu trú, chiếm tỷ lệ 92,6%. Thủng viêm túi thừa xảy ra thứ phát sau tình trạng viêm nặng ở các lớp thành ruột dẫn đến hoại tử và mất tính toàn vẹn của thành ruột. Thủng trong phúc mạc có thể biểu hiện đau bụng cấp tính. Khí sau phúc mạc có thể do thủng phần thứ hai và thứ ba của tá tràng, mặt sau của các đoạn đại tràng lên, xuống và đại tràng sigma. Biểu hiện lâm sàng có thể âm thầm và tương đối im lặng ở những bệnh nhân này, khiến chẩn đoán bị trì hoãn và các biến chứng có thể đe dọa tính mạng. Sốt cũng là yếu tố tiên lượng viêm túi thừa đại tràng trái có biến chứng thủng. Tỷ lệ bệnh nhân sốt cao trên 38,5 độ C trong nghiên cứu là 13%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Pill Sun Paik (2017) tại Hàn Quốc khi tỷ lệ sốt trên 38,5 độ C là 5,3%⁹.

Ngày nay, cùng với sự phát triển kỹ thuật và phổ biến CT trong bệnh viện, chụp cắt lớp vi tính trở thành kỹ thuật hình ảnh chủ yếu trong chẩn đoán viêm túi thừa và các biến chứng của nó. Mức độ nghiêm trọng của tình trạng viêm, sự liên quan của đoạn ruột và các biến chứng tại chỗ và xa của viêm túi thừa ngày nay thường được đánh giá bằng CT. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được chỉ định cắt lớp vi tính bụng chậu có cản quang nhằm mục đích chẩn đoán và phân độ viêm túi thừa đại tràng theo Hinchey. Đa số người bệnh tổn thương ở giai đoạn II theo

phân loại Hinchey với tỷ lệ 44,4%. Tỷ lệ người bệnh tổn thương trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuấn Anh (2022) đa số thuộc giai đoạn IV với tỷ lệ 53,1%. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số vị trí túi thừa thủng nằm ở đại tràng trái với tỷ lệ 64,8% trên CT⁸. Nghiên cứu trước đây cho thấy thủng do viêm túi thừa đại tràng thường xảy ra ở bên trái. Nghiên cứu tại Hàn Quốc cũng cho thấy viêm túi thừa thường ảnh hưởng đến đại tràng phải hơn ($n = 194, 86,2\%$), nhưng tuổi cao hơn trong trường hợp liên quan đến đại tràng trái (42 tuổi so với 57 tuổi, $P < 0,001$)⁹. Nhiều nghiên cứu tại Châu Âu cũng cho thấy viêm túi thừa đại tràng thường xuất hiện ở bên phải, nhưng mức độ nặng và tỷ lệ biến chứng xảy ra cao hơn khi xuất hiện ở bên trái.

Theo khuyến cáo của WSES năm 2020, những trường hợp bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng có biến chứng thủng được phân độ 1a hoặc 1b có thể khởi động điều trị nội khoa với kháng sinh⁶. Do đó, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị bằng nội khoa, chiếm tỷ lệ 51,8%. Với bệnh nhân phẫu thuật, đa số bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu là 73,1% và hầu hết thuộc giai đoạn III và IV theo Hinchey. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống năm 2014 tại các nước phương Tây cho thấy khoảng 15% - 20% bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng cấp tính cần được điều trị phẫu thuật ngay khi nhập viện và tỷ lệ này có thể lên đến 50% nếu có các biến chứng đi kèm như thủng, áp xe^{15,16}.

Trong nghiên cứu, thời gian mổ và thời gian điều trị sau mổ kéo dài hơn ở bệnh nhân mổ cấp cứu so với bệnh nhân mổ phiến với $p < 0,001$. Thời gian mổ và thời gian điều trị sau mổ kéo dài hơn ở bệnh nhân phẫu thuật Hartmann so với bệnh nhân mổ cắt đoạn ĐT nối ngay với $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tại Đức của tác giả Oberkofler CE năm 2012 khi cho thấy thời gian phẫu thuật Hartmann dài hơn so với phẫu thuật cắt đoạn ĐT nối ngay (183 phút so với 73 phút, $P < 0,001$) cũng như thời gian nằm viện (9 ngày so với 6 ngày, $P = 0,016$) dài hơn đáng kể.

Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ sau mổ là 50%. Trong đó, bệnh nhân mổ cấp cứu có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ cao gấp 4,4 lần. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tại Đức của tác giả Oberkofler CE năm 2012 khi cho thấy Các biến chứng nặng như phải phẫu thuật lại và suy cơ quan (độ IIIb-V) cũng tương đương (50% ở nhóm phẫu thuật Hartmann và 44% ở nhóm bệnh nhân cắt đoạn ĐT, làm HMNT kiểu Hartmann). Ngoài ra, Các thông

số kết quả khác trong nghiên cứu tại Đức liên quan đến các biến chứng như thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian nằm viện và chi phí đều tương tự nhau ở cả hai nhóm. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, viêm phổi và rò tiêu hóa trong nghiên cứu tại Việt Nam của tác giả Nguyễn Tuấn Anh (2022) lần lượt là 24%, 16% và 4%⁸.

V. KẾT LUẬN

Viêm túi thừa đại tràng biến chứng thủng là bệnh lý thường gặp ở người lớn tuổi với lý do nhập viện đa số là đau bụng và sốt. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào cấy lớp vi tính và thủng túi thừa bên phải tiên lượng tốt hơn bên trái; tỷ lệ Hinchey giai đoạn III, IV còn cao. Chính vì vậy, chúng ta cần đánh giá tốt giai đoạn thủng túi thừa đại tràng để có chiến lược điều trị kịp thời và phù hợp với từng bệnh nhân. Điều trị nội khoa không mổ thường áp dụng cho Hinchey GĐ Ib và II, phẫu thuật Hartmann thường được sử dụng ở những bệnh nhân nặng, phẫu thuật cắt đại tràng nối ngay có thể xem xét thực hiện khi ở giai đoạn II và tùy thuộc tình trạng bệnh nhân và vị trí túi thừa. Thủng túi thừa đại tràng trái có tỷ lệ điều trị ngoại khoa cao gấp 2,28 lần so với bên phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sandor Joffe.** Colon, Diverticulitis. eMedicine. Eds. John L. Haddad, et al. 14 Aug. Medscape. <http://emedicine.medscape.com/article/367320-overview>.
2. **Nguyễn Quang Quyền** (1990). Bài giảng giải phẫu học tập II, NXB y học, 152-180.
3. **Trịnh Văn Minh** (2007). Giải phẫu người, NXB y học, Hà Nội. 427-480.
4. **Connell AM: Applied physiology of the colon: Factors relevant to diverticular disease.** *Clingastroenterol* 1975;4:23-36.
5. **Stollman N, Raskin JB.** Diverticular disease of the colon. *The Lancet*. 2004;363(9409):631-639.
6. **Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, et al.** 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg*. 2020;15(1):1-18.
7. **Tursi A, Scarpignato C, Strate LL, et al.** Colonic diverticular disease. *Nat Rev Dis Primer*. 2020;6(1):20.
8. **Nguyễn Tuấn Anh.** Điều trị viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng. *Tạp Chí Học TP Hồ Chí Minh*. 2022;Số 1(Tập 26):77-83.
9. **Paik PS, Yun JA.** Clinical features and factors associated with surgical treatment in patients with complicated colonic diverticulitis. *Ann Coloproctology*. 2017;33(5):178.
10. **Yamada E, Kuriyama H, Uchida E, et al.** Association between endoscopic findings related to colonic diverticula and bowel habits: A multicenter study in Japan. *J Gastroenterol Hepatol*. 2017;32(12):1938-1942.