

Nghiên cứu

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm túi thừa đại tràng có biến chứng

Nguyễn Hữu Trí^{1*}, Lê Phụng², Phan Đình Tuấn Dũng¹, Nguyễn Quang Bảo Tú¹, Đoàn Phước Vượng¹

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Bác sĩ nội trú Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Hữu Trí; email: trihuonguyen@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 26/02/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 19/08/2026; Ngày xuất bản (Published): 28/09/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.5.976

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ viêm túi thừa đại tràng trái thấp hơn nhưng tỷ lệ biến chứng và tỷ lệ phải phẫu thuật cao hơn so với viêm túi thừa đại tràng phải ở các nước châu Á.

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm túi thừa đại tràng có biến chứng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu gồm 53 bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng có biến chứng điều trị tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Đại học Y - Dược Huế từ tháng 4/2023 đến tháng 1/2026

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng có biến chứng là 44,9, trong đó độ tuổi trung bình của bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng phải là 39,0 thấp hơn so với 67,2 ở bên trái. Tỷ lệ nam/nữ là 2,7. Đau bụng chiếm 100%. Số lượng bạch cầu trung bình là 12,2 K/ μ L, 71,7% bệnh nhân có tăng bạch cầu. CRP trung bình 101,7 mg/L. Trong số bệnh nhân này, 46 bệnh nhân được điều trị nội khoa, 7 bệnh nhân điều trị ngoại. Tất cả bệnh nhân điều trị ngoại khoa đều có viêm túi thừa ở đại tràng trái. Trong các phương pháp phẫu thuật, phẫu thuật Hartmann là lựa chọn chính. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng phải là 6,2 ngày so với 15,8 ngày ở viêm túi thừa đại tràng trái. Với nhóm bệnh nhân điều trị ngoại khoa: tỷ lệ biến chứng là 57,1%, tỷ lệ tử vong là 14,3%.

Kết luận: VTTĐT thường gặp ở bên phải hơn bên trái. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân VTTĐT phải thấp hơn của bệnh nhân VTTĐT trái. Tỷ lệ biến chứng viêm phúc mạc, thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân VTTĐT trái cao hơn bên phải.

Từ khóa: viêm túi thừa đại tràng; viêm túi thừa đại tràng có biến chứng; phẫu thuật Hartmann.

Clinical and paraclinical characteristics and treatment outcomes of complicated colonic diverticulitis

Nguyen Huu Tri^{1*}, Le Phung², Phan Dinh Tuan Dung¹, Nguyen Quang Bao Tu¹, Doan Phuoc Vung¹

¹University of Medicine and Pharmacy, Hue University

²Resident, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Left-sided diverticulitis occurred less frequently than right-sided diverticulitis in Asian countries; however, it was associated with a higher rate of complications and a greater likelihood of requiring surgical intervention.

Objectives: To evaluate the clinical, paraclinical features, and treatment outcomes of patients with complicated colonic diverticulitis.

Subjects and methods: Prospective study, included 53 patients diagnosed with complicated colonic diverticulitis who were treated at the Department of Digestive Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, from April 2023 to January 2026.

Results: The overall mean age of patients with complicated colonic diverticulitis was 44.9 years. Patients with right-sided colonic diverticulitis were younger, with a mean age of 39.0 years, compared with 67.2 years in those with left-sided. The male/female ratio was 2.7. All patients presented with abdominal pain. The mean white blood cell count was 12.2 K/ μ L. Overall, 71.7% of patients had leukocytosis. The mean CRP was 101.7 mg/L. Among the study population, 46 patients received conservative management, whereas 7 underwent surgical treatment. All patients who underwent surgery had left-sided colonic diverticulitis. Hartmann's procedure was the predominant approach. The mean length of hospital stay was 6.2 days for patients with

right-sided colonic diverticulitis, compared with 15.8 days for those with left-sided disease. For surgical treatment patients, the postoperative complication rate was 57.1%, and the mortality rate was 14.3%.

Conclusions: Complicated colonic diverticulitis was more frequently observed in the right colon than in the left colon. Patients with right-sided colonic diverticulitis were younger than those with left-sided disease. Left-sided complicated colonic diverticulitis was associated with a higher incidence of peritonitis, longer hospital stay compared with right-sided.

Keywords: *Complicated colonic diverticulitis; colonic diverticulitis, Hartmann's procedure.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi thừa đại tràng (VTTĐT) là tình trạng viêm ở một hay nhiều túi thừa và có thể gây ra nhiều biến chứng như chảy máu, áp xe, thủng túi thừa, rò, hẹp đại tràng... Bệnh lý viêm túi thừa đại tràng hay gặp hơn ở các nước phương Tây và đang có sự gia tăng tần suất mắc bệnh ở các nước phương Tây cũng như ở các nước châu Á [1]. Nguy cơ mắc bệnh tăng dần theo tuổi [2].

Triệu chứng lâm sàng của VTTĐT ít đặc hiệu nên gây khó khăn cho chẩn đoán. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng. Các nghiên cứu ở nước ta cũng như ở châu Á cho thấy tỷ lệ VTTĐT bên trái thấp hơn so với VTTĐT bên phải nhưng tỷ lệ biến chứng và tỷ lệ can thiệp phẫu thuật cao hơn so với VTTĐT bên phải [3, 4].

Điều trị VTTĐT nhất là VTTĐT có biến chứng vẫn còn nhiều thách thức. Với VTTĐT không biến chứng có thể điều trị ngoại trú nếu bệnh nhân có thể ăn uống đường miệng và không kèm theo yếu tố nguy cơ nhưng với VTTĐT có biến chứng cần điều trị nội trú. Bệnh nhân VTTĐT độ 3, 4 theo phân độ của Hiệp hội phẫu thuật cấp cứu thế giới (World Society of Emergency Surgery – WSES) có chỉ định điều trị ngoại khoa [5]. Với các bệnh nhân này, tỷ lệ biến chứng sau mổ cũng như tỷ lệ tử vong vẫn còn cao (42,9% và 10,9%) [6].

Từ thực tiễn đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị VTTĐT có biến chứng tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán VTTĐT có biến chứng được điều trị tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế từ tháng 04/2023 đến tháng 1/2026.

2.1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân VTTĐT được chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng, hình ảnh CLVT ổ bụng có hình ảnh VTTĐT:

+ Dày thành đại tràng: thành đại tràng đoạn viêm dày > 4 - 5 mm, dày thành không đối xứng chủ

yếu ở vùng túi thừa.

+ Thâm nhiễm mỡ: Mỡ vị trí quanh túi thừa tăng tỷ trọng biểu hiện tình trạng phù nề, viêm nhiễm.

+ Áp xe: Khí trong ổ áp xe, hình ảnh mức hơi dịch.

+ Khí tự do trong ổ phúc mạc: khí cạnh đại tràng, dưới cơ hoành ...

+ Đường rò từ vị trí viêm túi thừa đại tràng.

+ Dịch ổ bụng: Dịch tập trung vùng hố chậu, rãnh đại tràng hoặc lan tỏa trong ổ bụng.

- Chẩn đoán VTTĐT có biến chứng dựa trên bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng và được phân độ theo WSES 2020 theo đặc điểm CLVT [5]:

+ Độ 1A: Bóng khí quanh đại tràng hoặc một lượng nhỏ dịch quanh đại tràng không tạo thành ổ áp xe (trong vòng 5 cm tính từ đoạn ruột bị viêm) .

+ Độ 1B: Áp xe ≤ 4 cm

+ Độ 2A: Áp xe > 4 cm

+ Độ 2B: Khí ở xa vị trí viêm (> 5 cm tính từ đoạn ruột bị viêm)

+ Độ 3: Có dịch lan tỏa nhưng không có khí tự do ở xa vị trí viêm

+ Độ 4: Có dịch kèm có khí tự do ở xa vị trí viêm

- Bệnh nhân được chẩn đoán trong quá trình mổ: viêm túi thừa, áp xe túi thừa, thủng túi thừa, hẹp đại tràng do biến chứng viêm túi thừa....

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có viêm túi thừa đại tràng trên nền bệnh lý đại tràng khác: ung thư, lao...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu.

- Cỡ mẫu: chọn cỡ mẫu thuận tiện.

- Cách chọn mẫu: chọn mẫu liên tiếp.

- Bệnh nhân được chỉ định điều trị dựa vào khuyến cáo của WSES 2020 về viêm túi thừa đại tràng.

Chỉ định điều trị ngoại khoa sau:

+ Viêm phúc mạc do thủng túi thừa đại tràng.

+ Viêm túi thừa đại tràng tái phát gây biến chứng: hẹp đại tràng, rò...

+ VTTĐT có biến chứng có chỉ định điều trị bảo tồn nhưng thất bại với điều trị bảo tồn.

Các bệnh nhân còn lại chỉ định điều trị nội khoa bảo tồn.

2.3. Xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần

mềm SPSS 20.0.

+ Giá trị trung bình của các biến theo phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

+ So sánh trung bình: kiểm định T-test hoặc hiệu chỉnh Fisher.

+ So sánh tỷ lệ: kiểm định thống kê bằng test Chi-square (χ^2).

+ Ý nghĩa thống kê được xác định ở mức $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Các thông tin của người bệnh được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu nên phù hợp với đạo đức được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y - Dược Huế. Đề tài đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế số H2023/188.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 53 bệnh nhân mắc VTTĐT có biến chứng đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh.

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng có biến chứng

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	n	%
Tuổi	≤ 20	3
	21 - 40	23
	41 - 60	17
	> 60	10
	Tổng	53
	TB $\pm$ SD	$44,9 \pm 16,7$
Giới	VTTĐT phải (TB $\pm$ SD; NN-LN)	$39,0 \pm 11,9$ (14 - 67)
	VTTĐT trái (TB $\pm$ SD; NN-LN)	$67,2 \pm 13,4$ (50 - 86)
	Nam	39
	Nữ	14
	Tổng	53
		100
Tiền sử	Lao động trí óc	9
	Lao động chân tay	35
	Già - hưu trí	9
	Tổng	53
		100
	1	0
	2	3
	> 2	1
	Chưa từng mắc	49
	Tổng	53
		100

+ Tuổi trung bình là $44,9 \pm 16,7$. Nhóm tuổi từ 21-40 chiếm đa số với 43,4%.

+ Độ tuổi trung bình của bệnh nhân VTTĐT bên trái cao hơn ở bên phải (67,2 so với 39,0 tuổi, $p < 0,001$).

+ Nam giới chiếm đa số (73,6%).

+ 92,5% bệnh nhân chưa từng mắc viêm túi thừa trước đó.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	n	%
Lý do vào viện	Đau bụng	52
	Đau bụng + đại tiện phân đen	1
Sốt	$\leq 37,5^\circ\text{C}$	33
	$37,5^\circ\text{C} < t \leq 38^\circ\text{C}$	8
	$38^\circ\text{C} < t \leq 39^\circ\text{C}$	12
	Tổng	53
Nôn, buồn nôn		100
	Phân lỏng	7
	Táo bón	8
		15,1
Đại tiện bất thường	Phân máu, phân đen	3
	Không rối loạn	5,7
		1
		1,9
Vị trí đau bụng	Tổng	41
		77,4
	Hố chậu phải	38
	Toàn bụng	4
	Hạ sườn phải	7,5
	Quanh rốn	3
	Hạ vị	5,6
	Hố chậu trái	2
	Thượng vị	3,8
	Hạ sườn trái	2
	Tổng	53
Thời gian khởi phát đến khi vào viện (giờ)	≤ 24	13
	$> 24 - 72$	25
	> 72	15
	Tổng	53
Phản ứng thành bụng		100
		21
		39,6

+ 62,5% bệnh nhân không sốt khi vào viện.

+ 71,7% bệnh nhân đau ở vùng hố chậu phải, các bệnh nhân đau toàn bụng đều thuộc nhóm điều trị ngoại khoa.

+ Phần lớn bệnh nhân có thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện $> 24\text{h}$ (75,5%).

+ Có phản ứng thành bụng chiếm 39,6%

3.3. Cận lâm sàng

Bảng 3. Xét nghiệm máu

Đặc điểm		n	%
Bạch cầu (K/ μ L)	< 4	2	3,8
	4 - 10	13	24,5
	> 10	38	71,7
	TB $\pm$ SD	12,2 $\pm$ 3,8	
CRP (mg/L)	< 5	3	5,7
	5 - 50	15	28,3
	50 - 100	14	26,4
	> 100	19	35,8
	TB $\pm$ SD	101,7 $\pm$ 107	

+ Bệnh nhân có tăng bạch cầu chiếm 71,7%.

+ Giá trị CRP trung bình chung là 101,7 $\pm$ 107 mg/L. Tăng CRP chiếm 94,3%.

Bảng 4. Phân độ trên cắt lớp vi tính ổ bụng theo WSES

Đặc điểm		VTTĐT phải		VTTĐT trái		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Phân độ	1A	33	78,6	3	27,3	36	67,9
	1B	7	16,6	2	18,2	9	17,0
	2A	2	4,8	0	0	2	3,8
	2B	0	0	0	0	0	0
	3	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	6	54,5	6	11,3
Tổng		42	79,2	11	20,8	53	100

+ Phần lớn bệnh nhân mắc VTTĐT phải (79,2%).

+ Đối với bệnh nhân VTTĐT phải thì độ 1A chiếm 78,6%, VTTĐT trái độ 4 chiếm 54,5%

3.4. Điều trị

3.4.1. Phương pháp điều trị

Bảng 5. Phương pháp điều trị

	VTTĐT phải		VTTĐT trái		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Nội khoa	42	100	4	36,4	< 0,001
Ngoại khoa	0	0	7	63,6	
Phẫu thuật mở	Phẫu thuật Hartmann		2	28,6	
	Hậu môn nhân tạo		2	28,6	
	Khâu lỗ thủng		1	14,3	
Phẫu thuật nội soi	Cắt đoạn đại tràng nối ngay		1	14,3	
Phẫu thuật nội soi chuyển phẫu thuật mở	Phẫu thuật Hartmann		1	14,3	

+ 100% VTTĐT phải điều trị nội khoa

+ 63,6% VTTĐT trái điều trị ngoại khoa. Tất cả các trường hợp đều là VTTĐT xích ma.

+ 42,9% bệnh nhân điều trị ngoại khoa theo phương pháp Hartmann.

3.5. Kết quả điều trị

Bảng 6. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện (ngày)	Đặc điểm				p
	Điều trị nội khoa		Điều trị ngoại khoa		
	n	%	n	%	
≤ 5 ngày	17	37	0	0	p < 0,01
6 - 10 ngày	27	58,7	1	14,3	
≥ 10 ngày	2	4,3	6	85,7	
TB ± SD	6,4 ± 2,1		19,7 ± 6,7		
	VTTĐT phải		VTTĐT trái		
	6,2 ± 2,0		15,8 ± 7,5		p < 0,01
TB ± SD	8,1 ± 5,4				

- Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân VTTĐT trái dài hơn so với của bệnh nhân VTTĐT phải (15,8 so với 6,2 ngày). Các bệnh nhân điều trị ngoại khoa cũng có thời gian nằm viện trung bình dài hơn nhóm điều trị nội khoa (19,7 so với 6,4 ngày).

Bảng 7. Biến chứng, tử vong ở nhóm điều trị ngoại khoa (n = 7)

	Đặc điểm	n	%
Biến chứng	Nhiễm trùng vết mổ	1	14,3
	Viêm phổi	2	28,5
	Viêm phổi + loét tì đè	1	14,3
	Tổng	4	57,1
Tử vong sau 1 tháng		1	14,3

+ 57,1% bệnh nhân điều trị phẫu thuật có biến chứng sau mổ. Viêm phổi là biến chứng hay gặp nhất.

+ 14,3% bệnh nhân điều trị phẫu thuật tử vong trong vòng 30 ngày.

4. BÀN LUẬN

Theo Turner, tần suất VTTĐT ở châu Á thấp hơn ở phương Tây nhưng ở châu Á phần lớn VTTĐT bên phải [1]. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của bệnh nhân VTTĐT có biến chứng là 44,9 tuổi. Trong đó, có sự khác biệt về độ tuổi trung bình của bệnh nhân VTTĐT phải so với bên trái: bên phải là 39,0 tuổi trong khi bên trái là 67,2 tuổi. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu về độ tuổi trung bình của bệnh nhân VTTĐT ở Việt Nam nói chung: nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng và cs có tuổi trung bình mắc bệnh VTTĐT có biến chứng là 48,1 tuổi [3], hay Thái Hưng Nguyên có tuổi trung bình 45,1 [7]. Nghiên cứu trên thế giới cho thấy có sự khác biệt: nghiên cứu của Isohata và cs cho thấy tuổi trung bình 64 tuổi [8], nghiên cứu của Peery cho thấy tuổi trung bình là 56 [2]. Các nghiên cứu ở châu Á cũng cho thấy đặc điểm bệnh nhân VTTĐT phải có tuổi trung bình thấp hơn VTTĐT trái: nghiên cứu của Phạm Đăng Tú và cs cho thấy bên phải là 41 so với 61 ở bên trái [9]. Tương tự nghiên cứu của Kim và cs cho thấy tuổi trung bình 39,5 ở bên phải so với 52,5 bên trái [4]. Nghiên cứu của Rov và cs cũng cho thấy tuổi trung bình thấp hơn

VTTĐT trái (50,2 so với 61,1, p < 0,0001) [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 79,2% số bệnh nhân bị VTTĐT phải so với 20,8% bên trái, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Các nghiên cứu ở các nước châu Á cũng cho kết quả tương tự: nghiên cứu của Kim và cs ở Hàn Quốc cho thấy VTTĐT phải gấp 8,6 lần VTTĐT trái [4]. Trong khi đó các nước phương Tây tần suất mắc bệnh bên phải rất ít gặp, đặc biệt là ở bệnh nhân trẻ tuổi, đa phần là VTTĐT trái [11]. Nghiên cứu của Peery và cs cho thấy ở những người Mỹ da trắng 75% túi thừa ở đại tràng sigma, 11% ở đại tràng góc lách, 6% đại tràng ngang và 8% đại tràng lên. Ở người da đen kết quả cũng tương tự: 64% túi thừa đại tràng sigma [2]. Với đặc điểm ở người châu Á có VTTĐT phải chiếm đa số trong khi ở phương Tây thì VTTĐT trái chiếm đa số kết hợp độ tuổi trung bình của VTTĐT phải thấp hơn bên trái giúp phần nào giải thích độ tuổi trung bình của VTTĐT ở các nước phương Tây cao hơn ở nước ta cũng như một số nước châu Á. Trong nghiên cứu của chúng tôi nam giới chiếm đa số (73,6%). Ở cả phương Tây và phương Đông đều có nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh của bệnh nhân nam đều cao gấp nhiều

lần so với nữ trong cùng độ tuổi và có xu hướng ngày càng trẻ hóa [2, 3, 8].

Liên quan đặc điểm lâm sàng: đau bụng là triệu chứng gặp trong tất cả các trường hợp VTTĐT có biến chứng. Điều này phù hợp với các nghiên cứu khác ở Việt Nam như trong nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng và cs có 100% bệnh nhân vào viện vì đau bụng [3]. Tác giả Quách Văn Kiên thấy rằng có tới 96,7% bệnh nhân vào viện vì đau bụng [12]. Tùy theo vị trí viêm và tình trạng viêm mà biểu hiện đau sẽ có sự khác nhau ở mỗi bệnh nhân. Đáng lưu ý trong nghiên cứu này chỉ 37,7% bệnh nhân có sốt. Nghiên cứu khác ở Việt Nam như Trần Ngọc Dũng và cs cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có sốt khi vào viện chỉ chiếm 12,2% [3]. Các nghiên cứu ở nước ngoài cũng cho kết quả tương tự: nghiên cứu của Al-Saddi và cs cũng cho thấy chỉ 13,6% bệnh nhân VTTĐT có biến chứng có sốt [13]. Các triệu chứng của VTTĐT ít đặc hiệu nên gây khó khăn cho chẩn đoán. Một chỉ số phản ánh tình trạng viêm thường được sử dụng trên lâm sàng là CRP: trong nghiên cứu này 94,3% bệnh nhân có CRP tăng. Các nghiên cứu khác về VTTĐT cũng cho thấy CRP tăng trong hầu hết trường hợp. Nghiên cứu phân tích gộp của Bolkenstein và cs cho thấy CRP tăng là một trong những yếu tố nguy cơ xảy ra VTTĐT có biến chứng. Đối với VTTĐT không biến chứng có CRP trung bình 68 mg/L (khoảng từ 25 đến 96 mg/L) trong khi ở bệnh nhân VTTĐT có biến chứng có CRP trung bình là 186 mg/L (khoảng từ 134 đến 224 mg/L) [14]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, CRP trung bình là 101,7 mg/L. Nghiên cứu của Nizri và cs với VTTĐT nói chung với mức CRP 90 mg/L thì độ nhạy với chẩn đoán VTTĐT có biến chứng là 88 % và độ đặc hiệu là 75 % [15].

Về phân độ VTTĐT: trong nghiên cứu này 79,2% số bệnh nhân bị VTTĐT phải. Ngoài sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng liên quan vị trí viêm, mức độ nặng của VTTĐT có sự khác biệt giữa bên phải và bên trái. 95,2% bệnh nhân VTTĐT bên phải ở độ 1, không có trường hợp nào độ 3,4. Trong khi ở bệnh nhân VTTĐT trái thì 45,5% ở độ 1, 54,5% ở độ 4. Nghiên cứu của Phạm Đăng Tú cũng cho thấy tỷ lệ VTTĐT có biến chứng áp xe, rò, tắc ruột, thủng ở nhóm bên phải là 12% so với 51,7% bên trái [9]. Nghiên cứu của Nizri và cs đối với VTTĐT bên trái cho thấy tỷ lệ thủng túi thừa ở các bệnh nhân VTTĐT nói chung là 18% [15].

Về điều trị: theo hướng dẫn của WSES đối với các bệnh nhân VTTĐT không biến chứng được định nghĩa là viêm túi thừa khu trú mà không có áp xe hoặc thủng. Có thể điều trị ngoại trú nếu bệnh nhân có thể ăn uống đường miệng và không kèm theo yếu tố nguy cơ. Đánh giá lại sau 7 ngày điều trị ngoại trú.

Nếu tình trạng lâm sàng xấu đi cần đánh giá lại sớm hơn. Ở những bệnh nhân có tình trạng miễn dịch bình thường, mắc viêm túi thừa không biến chứng mà không có dấu hiệu viêm toàn thân thì được khuyến cáo không cần điều trị kháng sinh. Viêm túi thừa cấp tính có biến chứng là VTTĐT mà quá trình nhiễm trùng lan rộng ra ngoài cơ quan, gây ra viêm phúc mạc khu trú hoặc lan tỏa [5]. Trong nghiên cứu này, 86,8% điều trị bảo tồn, 13,2 % điều trị ngoại khoa trong đó có 11,3% do viêm phúc mạc toàn thể. Tất cả bệnh nhân có chỉ định điều trị ngoại khoa đều có VTTĐT trái. Kết quả này phù hợp với xu thế chung trên thế giới với viêm túi thừa đại tràng phải thường nhẹ hơn, gặp ở bệnh nhân trẻ hơn so với viêm túi thừa đại tràng trái [4]. Các bệnh nhân VTTĐT có biến chứng trong nghiên cứu này có tỷ lệ điều trị phẫu thuật là 63,6% đối với VTTĐT trái, còn đối với VTTĐT phải là 0%. Phương pháp điều trị ngoại khoa có thể làm phẫu thuật Hartmann, làm hậu môn nhân tạo tại vị trí thủng hoặc súc rửa khâu lỗ thủng. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu trong nước cũng như trên thế giới. Nghiên cứu Trần Ngọc Dũng cũng cho thấy tất cả bệnh nhân VTTĐT phải phẫu thuật đều có viêm túi thừa bên trái [3]. Nghiên cứu của Kim và cs trên các bệnh nhân VTTĐT nói chung thì tỷ lệ điều trị ngoại khoa đối với bên trái là 30,0% cao hơn so với bên phải 8,1% [4].

Kết quả sau mổ: thời gian nằm viện sau mổ của VTTĐT phải ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với VTTĐT bên trái (6,2 so với 15,8 ngày). Tỷ lệ biến chứng sau mổ khá cao, chiếm 57,1% trong đó chủ yếu do viêm phổi. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu trong nước của Trần Ngọc Dũng và cs: tất cả các trường hợp điều trị phẫu thuật đều do VTTĐT trái, tỷ lệ biến chứng sau mổ 25% với nhiễm trùng vết mổ, rò bàng quang [3]. Các kết quả nghiên cứu ở nước ngoài cũng cho tỷ lệ biến chứng sau mổ chung khá cao 42,9% [6]. Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày của VTTĐT trái có 01 bệnh nhân (14,3% bệnh nhân phẫu thuật), nguyên nhân do viêm phổi và loét do tỳ đè. VTTĐT bên phải không có tử vong. Nghiên cứu của Rov và cs cho thấy biểu hiện lâm sàng của VTTĐT bên phải thường nhẹ, điều trị bảo tồn không cần phẫu thuật, tỷ lệ tái phát thấp, không có tỷ lệ tử vong [10]. Tỷ lệ tử vong sau mổ với các trường hợp viêm phúc mạc do VTTĐT vẫn còn cao 10,9% [6]. Nghiên cứu phân tích gộp của Haas và cs cho thấy tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân VTTĐT được phẫu thuật cấp cứu là 10,6% [16].

Hạn chế: Nghiên cứu của chúng tôi có số lượng bệnh nhân VTTĐT trái còn ít, khó đánh giá tổng thể đặc điểm lâm sàng cũng như kết quả điều trị. Chưa

đánh giá kết quả lâu dài và tỷ lệ tái phát của VTTĐT được điều trị bảo tồn.

5. KẾT LUẬN

VTTĐT thường gặp ở bên phải hơn bên trái. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân VTTĐT phải thấp hơn của bệnh nhân VTTĐT trái. Tỷ lệ biến chứng viêm phúc mạc, thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân VTTĐT trái cao hơn bên phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Turner G.A., O'Grady M.J., Purcell R.V., Frizelle F.A. The Epidemiology and Etiology of Right-Sided Colonic Diverticulosis: A Review. *Ann Coloproctol.* 2021 Aug;37(4):196-203.
2. Peery A.F., Keku T.O., Martin C.F., Eluri S., Runge T., Galanko J.A. et al. Distribution and Characteristics of Colonic Diverticula in a United States Screening Population. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016 Jul;14(7):980-985.
3. Trần Ngọc Dũng, Nguyễn Xuân Minh. Kết quả điều trị viêm túi thừa đại tràng có biến chứng ĐH Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2024. 180:223-32.
4. Kim S.H., Byun C.G., Cha J.W., Choi S.H., Kho Y.T., Seo D.Y. Comparative study of the clinical features and treatment for right and left colonic diverticulitis. *J Korean Soc Coloproctol.* 2010 Dec;26(6):407-12.
5. Sartelli M., Weber D.G., Kluger Y., Ansaloni L., Coccolini F., Abu-Zidan F. et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. *World J Emerg Surg.* 2020 May 7;15(1):32.
6. Edomskis P.P., Hoek V.T., Stark P.W., Lambrechts D.P.V., Draaisma W.A., Consten E.C.J. et al. Hartmann's procedure versus sigmoidectomy with primary anastomosis for perforated diverticulitis with purulent or fecal peritonitis: Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *Int J Surg.* 2022; Feb;98:106221.
7. Thái Nguyên Hưng, Trịnh Thành Vinh. Đánh giá kết quả phẫu thuật và phẫu thuật nội soi viêm túi thừa đại tràng. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; 528:352-7.
8. Isohata N., Nagata K., Utano K., Nozaki R., Nozu S., Kato T. et al. Recent trends in the prevalence and distribution of colonic diverticula in Japan evaluated using computed tomography colonography. *World J Gastroenterol.* 2021 Jul 21;27(27):4441-4452.
9. Phạm Đăng Tú, Võ Tấn Đức, Võ Thị Thúy Hằng. Đặc điểm hình ảnh X-quang cắt lớp vi tính của viêm túi thừa đại tràng. *Y học Tp. Hồ Chí Minh* 2019. 23 (1):201-206.
10. Rov A., Ben-Ari A., Barlev E., Pelcman D., Susmalian S., Paran H. Right-sided diverticulitis in a Western population. *Int J Colorectal Dis.* 2022 Jun;37(6):1251-1256.
11. Wegdam J.A., Andeweg C.S., van Vuuren T.M.A.J., Reilingh T.S.D.V., Zaag-Loonen H.J.V. et al. Disease course of right-sided and left-sided diverticulitis in a western population. *J Gastrointest Dig Syst.* 2016. 6:421.
12. Quách Văn Kiên, Đỗ Tới Nghĩa. Đánh giá kết quả điều trị biến chứng thủng do viêm túi thừa đại tràng tại BV

Hữu Nghị Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2024. 536:42-6.

13. Al-Saadi H., Abdulrasool H., Murphy E. Evaluation of clinical assessment in predicting complicated acute diverticulitis. *Cureus.* 2023 Feb 6;15(2):e34709.

14. Bolkenstein H.E., van de Wall B.J.M., Consten E.C.J., Broeders I.A.M.J., Draaisma W.A. Risk factors for complicated diverticulitis: systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2017 Oct;32(10):1375-1383.

15. Nizri E., Spring S., Ben-Yehuda A., Khatib M., Klausner J., Greenberg R. C-reactive protein as a marker of complicated diverticulitis in patients on anti-inflammatory medications. *Tech Coloproctol.* 2014 Feb;18(2):145-9.

16. Haas J.M., Singh M., Vakil N. Mortality and complications following surgery for diverticulitis: Systematic review and meta-analysis. *United European Gastroenterol J.* 2016 Oct;4(5):706-713.